



JOSEFINE BUSANELLO

**PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO PARA A TOMADA DE
DECISÕES NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2012

FURG

J
O
S
E
F
I
N
E
B
U
S
A
N
E
U
L
L
O

PPGENF
DOUT
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO PARA A TOMADA DE
DECISÕES NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

JOSEFINE BUSANELLO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem e Saúde.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho

Coorientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber

RIO GRANDE

2012

B976p Busanello, Josefina

Produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em enfermagem / Josefina Busanello. – 2012.

136 f.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho

Coorientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber

Dissertação (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

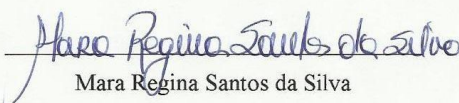
1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Tomada de decisões 4. Grupos focais. I. Título. II. Lunardi Filho, Wilson Danilo. III. Kerber, Nalú Pereira da Costa.

CDU: 616-083

JOSEFINE BUSANELLO

**PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO PARA A TOMADA DE
DECISÕES NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 29 de agosto de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.


Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

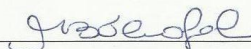
BANCA EXAMINADORA



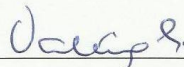
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)



Dra. Clarice Maria Dall'Agnol – Membro Externo (UFRGS)



Dra. Maira Buss Thofehrn – Membro Externo (UFPEL)



Dra. Valéria Lerch Lunardi – Membro Interno (FURG)

Dra. Flávia Regina Souza Ramos – Suplente Externo (UFSC)

Dra. Elina Pinho de Azambuja- Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a uma pessoa que se tornou um exemplo de coragem e superação: Joaquim, meu esposo e eterno companheiro. Vencemos grandes desafios, pois juntos, não há caminhos que não possamos trilhar, estrelas que não possamos alcançar e sonhos que não possamos conquistar.

Dedico também este trabalho a Deus. Aos meus pais, Nilvo e Jurema, meus eternos mestres.

Amor eterno por todos vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência.

Aos meus pais, Nilvo e Jurema, pela vida, pelo amor, pelo carinho e pelo incentivo.

Ao meu esposo Joaquim, pela paciência e pelo companheirismo, em todas as atividades do doutorado, que muitas vezes exigiram privações em nossa vida social e familiar.

Ao meu irmão Josemar, pelo apoio e incentivo na realização desse sonho.

Aos demais familiares, avós, tios, padrinhos, madrinhas, afilhados, primos e primas, pelo carinho e apoio nesses dez anos distantes de Cândido Godói. É sempre bom retornar junto de vocês.

Agradeço o apoio e incentivo da família Amaral, em especial, pelo carinho e acolhimento da Genny, Joaquim e Humberto.

Aos meus amigos e colegas da Universidade Federal do Pampa, Fernanda, Graciela, Cenir, Valdecir e Márcia, pelo companheirismo e apoio.

Às queridas Carine, Liarine, Tatiane, Elisiane, Thyelle e Luise, minhas alunas da Universidade Federal do Pampa.

À Jéssica Almeida, pelo apoio e dedicação.

À Banca Examinadora deste estudo e todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

Ao meu Orientador Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, pela dedicação e pelos ensinamentos. Com grande sabedoria conduziu e acompanhou o meu processo de doutoramento.

E meu agradecimento especial à minha Coorientadora, Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, pela dedicação e pelos ensinamentos. Meu carinho e eterna gratidão por este momento.

RESUMO

BUSANELLO, Josefina. **Produção de Subjetividade do Enfermeiro para de Tomada de Decisões no Processo de Cuidar em Enfermagem**. 2012. 136 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A prática profissional da Enfermagem tem à disposição expressiva produção científica que, indiscutivelmente, vem oportunizando o aprimoramento do processo de cuidar e do Ser Enfermeiro. Nessa configuração, 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, pelas decisões que envolvem o processo de cuidar. Assim, considerando as perspectivas apresentadas por Felix Guattari, acerca da noção de subjetividade e de produção de subjetividade, desenvolveu-se esse estudo a partir de uma abordagem qualitativa e exploratória. Os objetivos foram: analisar os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro na tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem; compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro; e identificar quais os fatores macropolíticos e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que permeiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem. O cenário investigativo foi a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, em Rio Grande, Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram doze Enfermeiros atuantes nessa instituição. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal, com três encontros realizados em dezembro de 2011. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e a participação dos Enfermeiros foi formalizada, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram submetidos à análise temática. Os principais resultados foram: A relação entre a produção de subjetividade do Enfermeiro e a tomada de decisões é mediada pelos sistemas capitalista, de submissão, hierárquico e valores. Foram identificados fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade que subsidiam a tomada de decisões. Esses fatores estão associados aos ambientes que envolvem a instituição de formação acadêmica do Enfermeiro, a instituição hospitalar e as unidades de internação. Esses resultados permitem uma aproximação do processo de produção de subjetividade do Enfermeiro com uma perspectiva ecossistêmica da prática de cuidados, considerando que o controle da subjetivação é mediado, principalmente, pelo sistema capitalista, que domina a produção de subjetividade do Enfermeiro para tomar as decisões na prática de cuidados. Em relação aos modos de produção de subjetividade do Enfermeiro, evidenciou-se que estes oscilam entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, resultando nos comportamentos de autoproteção, de redundância e de dominação; ou uma relação de expressão e de criação, que resulta no comportamento proativo do enfermeiro. Assim, confirma-se a tese de que os modos de produção da subjetividade do Enfermeiro podem condicionar e definir comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões na prática de cuidados. Entende-se que as decisões tomadas pelos Enfermeiros elucidam manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam os comportamentos para o estabelecimento de relações de cuidado, para as interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado.

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

ABSTRACT

BUSANELLO, Josefina. **Nurses' Production of Subjectivity for Decision-making Processes in Nursing Care.** 2012. 136 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The professional practice in Nursing has gotten much scientific production that has obviously led to the improvement of Nursing care and the process of being a nurse. As a result, the importance of reflecting on the meaning of Nursing care in the human dimension has grown and the subjectivity that permeates this process has been highlighted. Therefore, it is fundamental to take into account all ways in which a nurse's subjectivity may be expressed, especially his/her behavior and attitudes which are triggered mainly by decisions that involve the nursing care process. Thus, from the perspective of Felix Guattari regarding the notions of subjectivity and production of subjectivity, this qualitative and exploratory study was carried out. It aimed at: analyzing the nurse's ways of production of subjectivity in decision-making processes that involve Nursing care; understanding the relation between the nurse's decision-making process and his/her production of subjectivity; and identifying the macropolitical and micropolitical factors of the nurse's production of subjectivity that permeate the decision-making process in Nursing care. The investigation was carried out with twelve nurses who work in the *Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*, a hospital located in Rio Grande, RS, Brazil. The focus group that was formed to collect data had three meetings in December, 2011. The research project was approved by the Ethics Committee and the nurses' participation was made official by an Agreement Form. The data underwent a theme analysis whose main results were: the relation between a nurse's production of subjectivity and the decision-making process is mediated by the capitalist system, submission, hierarchy and values; macropolitical and micropolitical factors of production of subjectivity that support the decision-making process were identified; these factors are associated with the environment in the institution where nurses graduate in Nursing, the hospital and its units. These results enable a nurse to develop some relation between his/her production of subjectivity and an ecosystemic perspective of Nursing care, since the control of subjectification is mainly mediated by the capitalist system that dominates a nurse's production of subjectivity when s/he takes decisions in Nursing care. Regarding the nurse's ways of production of subjectivity, they oscillate between two extremes: on one hand, there is a relation of alienation and oppression which results in behavior that shows self-protection, repetition and domination; on the other hand, there is a relation of creation and expression which results in the nurse's pro-active behavior. Therefore, this study reinforces the thesis that the nurse's ways of production of subjectivity may lead and define behavior that prevails in the decision-making process in Nursing care. Decisions taken by nurses are seen as important signs of their subjectivity since their choices determine the behavior that develops relations in care processes, provides interaction within the health team and, mainly, guides care practices.

Descriptors: Nursing; Nursing Care; Decision Making; Focus Groups.

RESUMEN

BUSANELLO, Josefine. **Producción de la Subjetividad del Enfermero para la Toma de Decisiones en el Proceso de la Atención en Enfermería**. 136 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

La práctica profesional de enfermería ha puesto a disposición, significativa producción científica que, sin duda, ofrece la oportunidad de perfeccionar el proceso de la atención y del ser enfermero. En esta configuración, surge la importancia de reflexionar sobre el significado de la atención en Enfermería en la dimensión humana, rescatando la subjetividad que impregna este proceso. Por lo tanto, es esencial llevar en cuenta todas las formas de manifestaciones de la subjetividad del Enfermero, en particular el comportamiento y las actitudes que están direccionadas, principalmente, por decisiones envueltas en el proceso de atención. Así, respetado las perspectivas presentadas por Felix Guattari, acerca de la noción de la subjetividad y de la producción de la subjetividad, se ha desarrollado este estudio, a partir de un análisis cualitativo y exploratorio. Los objetivos fueron: analizar el modo de producción de la subjetividad del Enfermero en la toma de decisiones que envuelven el proceso de atención en Enfermería; comprender la relación entre el proceso de la toma de decisiones y la producción de la subjetividad del Enfermero; e identificar cuáles son los factores macro políticos y micro políticos de la producción de la subjetividad del Enfermero que impregnan la toma de decisiones en el proceso de la atención en Enfermería. El escenario investigativo fue la Asociación de Caridad Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul. Los participantes del estudio fueron doce Enfermeros que trabajan en esta institución. Para recolectar los datos fue utilizada la técnica de grupo focal, con tres encuentros, realizados en diciembre de 2011. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, y la participación de los enfermeros se ha formalizado, a partir de la firma del termo de consentimiento libre y aclarado. Los datos fueron sometidos a análisis temático. Los principales resultados fueron los siguientes: La relación entre la producción de la subjetividad del Enfermero y la toma de decisiones, está mediada por los sistemas capitalistas, de sumisión, jerárquicos y de valores. Fueron identificados factores macro y micro políticos de la producción de la subjetividad que apoya la toma de decisiones. Esos factores están asociados al ambiente que envuelven la institución de formación académica del Enfermero, el hospital y las unidades de internación. Estos resultados permiten una aproximación del proceso de producción de la subjetividad del Enfermero con una perspectiva eco sistémica de la práctica asistencial, se ha considerado que el control de la subjetividad está mediado principalmente por el sistema capitalista, que domina la producción de la subjetividad del Enfermero para la toma de decisiones en la práctica de la atención. En relación al modo de producción de la subjetividad del Enfermero, se ha evidenciado que ese oscila entre dos extremos: una relación de alienación y opresión, lo que resulta el comportamiento de autoprotección, de la redundancia y de dominación; o una relación de expresión y de creación, que resulta en un comportamiento proactivo del enfermero. Así, se confirma la tesis de que el modo de producción de la subjetividad del Enfermero puede limitar y definir conductas que prevalecen en la toma de decisiones en la práctica de la atención. Se entiende que las decisiones tomadas por los Enfermeros aclaran manifestaciones importantes de su subjetividad, ya que sus opciones determinan el comportamiento para el establecimiento de relaciones de cuidado, para las interacciones con el equipo de salud y, principalmente, orientan las prácticas de atención.

Descriptor: Enfermería; Atención de Enfermería; Toma de Decisiones; Grupos Focales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Citação dos artigos que compõem a revisão integrativa. Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2011.....	42
QUADRO 2 - Distribuição dos Enfermeiros participantes, de acordo com a frequência nos encontros focais. Rio Grande, 2011.....	57
QUADRO 3 - Apresentação dos fundamentos que originaram as questões disparadoras dos encontros focais. Rio Grande, 2011.....	59

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	14
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1 A NOÇÃO DE SUBJETIVIDADE E DE PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE.....	22
3.2 A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	29
3.3 TOMADAS DE DECISÃO: CONCEITO E PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM.....	33
3.4 A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CUIDAR: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM.....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA.....	52
4.2 O UNIVERSO EMPÍRICO DA PESQUISA: CENÁRIO INVESTIGATIVO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	53
4.3 COLETA DOS DADOS.....	56
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	61
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
5.1 ARTIGO 1.RELAÇÃO ENTRE A PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE E A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO.....	65
5.2 ARTIGO 2. PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO PARA A TOMADA DE DECISÕES: UMA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA.....	85

5.3 ARTIGO 3. MODOS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO PARA A TOMADA DE DECISÕES.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE 1 – Convite.....	128
APÊNDICE 2 – Roteiro de observação não participante.....	129
APÊNDICE 3 – Guia de Temas: Primeiro Encontro do Grupo Focal.....	130
APÊNDICE 4 –Formulário Auto-Áplicável.....	131
APÊNDICE 5 – Guia de Temas: Segundo Encontro do Grupo Focal.....	132
APÊNDICE 6 –Guia de Temas: Terceiro Encontro do Grupo Focal.....	133
APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	134
ANEXO 1 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	136

APRESENTAÇÃO

A prática profissional da Enfermagem tem à disposição expressiva produção científica na área que, indiscutivelmente, vem oportunizando o aprimoramento do processo de cuidar e do Ser Enfermeiro. Nessa configuração, 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, pelas decisões que envolvem o processo de cuidar.

O interesse em abordar a produção da subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar desponta da perspectiva temporal vivenciada por mim como autora. Em um passado muito próximo, atuando como Enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta, situava-me como consumidora e produtora de uma subjetividade, tomando decisões que, direta ou indiretamente, repercutiam na vida de todos aqueles com quem as práticas de cuidado foram compartilhadas.

No presente, atuando como Enfermeira Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, com responsabilidades na formação de Enfermeiros, estou envolvida ativamente na produção de subjetividade desses futuros profissionais. Essa incumbência remete à necessidade de compreender os processos que permeiam a produção de subjetividade do Enfermeiro, com o intuito de participar da constituição desse profissional, fomentando competências para tomar decisões éticas e humanas na prática de cuidados de Enfermagem. Essa concepção idealiza o futuro que resguardo para a Enfermagem: uma profissão essencial para a humanidade, valorizada e com um campo sólido de conhecimentos próprios.

Destarte, o projeto de tese apresenta como proposta **Analisar os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro na tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem**. Para fundamentá-la, inicialmente, é apresentada a temática em foco, a definição e delimitação do problema de pesquisa, a tese e os objetivos orientadores.

A seção de fundamentação teórica está estruturada em quatro itens. O primeiro, intitulado “**A noção de subjetividade e de produção de subjetividade**”, apresenta algumas definições e dimensões dessa temática abordada por Guattari, um importante e renomado filósofo francês, e Rolnik (2010), sua seguidora no Brasil. “**A produção de subjetividade do Enfermeiro na perspectiva ecossistêmica do cuidado de Enfermagem**”, segunda parte da seção de revisão, foi idealizada considerando a proposta do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, que tem por finalidade formar profissionais capacitados teórico-metodologicamente para a produção do conhecimento em Enfermagem/Saúde, em resposta aos desafios das transformações sociais e ambientais.

A terceira seção da revisão - **Tomada de decisões: conceito e perspectivas para a Enfermagem** - apresenta a definição de tomada de decisões e a articulação desse conceito no âmbito da Enfermagem. A quarta seção da revisão, intitulada “**A tomada de decisão do Enfermeiro no processo de cuidar: produção científica da Enfermagem**” foi construída a partir de uma revisão integrativa, com intuito de resgatar as publicações e estudos desenvolvidos acerca dessa temática. Na continuidade, a quinta seção, “**Delineamento da pesquisa**”, descreve o método da pesquisa: abordagem qualitativa, o universo empírico da pesquisa, a coleta dos dados, a partir da técnica de grupo focal, o tratamento dos dados, de acordo com a análise de conteúdo, e as perspectivas éticas que envolvem o estudo.

No capítulo seguinte, os resultados e as discussões que emergiram do presente estudo são apresentados no formato de três artigos científicos. O primeiro, intitulado “**Relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisão do Enfermeiro**”, responde ao primeiro objetivo específico do estudo. O segundo artigo científico, intitulado “**Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões: uma perspectiva ecossistêmica**”, contempla o segundo objetivo específico do estudo. O terceiro artigo científico corresponde ao objetivo geral do estudo, intitulado “**Modos de produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões**”. Além de contemplar a finalidade principal, este artigo apresenta a defesa da tese proposta no presente trabalho de doutoramento.

Por fim, apresenta-se o capítulo de considerações finais, momento em que é realizada uma síntese dos resultados encontrados, assim como fortalezas e fragilidades do estudo desenvolvido.

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Na antiguidade, a prática de cuidados em saúde estava estreitamente ligada à religiosidade, às ações caritativas e à solidariedade. Com o predomínio do cristianismo no ocidente, a prática de cuidados foi sendo instituída sem apego à construção e renovação de saberes próprios. Assim, o desenvolvimento dos cuidados foi se perpetuando como uma função subalterna, desprovida de reconhecimento, de valor social e, principalmente, de valor econômico (LUNARDI FILHO, 1998).

Ao final do século XIX, com o surgimento das primeiras escolas de Enfermagem, a prática de cuidados passou a incorporar alguns conhecimentos “ditos” científicos. A configuração da Enfermagem, no que se refere à divisão social do trabalho, desde os primórdios do século XIX, foi influenciada pelas primeiras teorias da área da administração. Paralelamente, sob o legado de Florence Nightingale, o cuidado à saúde, assumido pela Enfermagem, além de ser fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, também passou a envolver os preceitos de valorização do ambiente do cuidado (PADILHA; MANCIA, 2005).

Assim, as contribuições de Florence Nightingale foram de grande valia, consolidando fundamentos que serviram de base para a atual prática da Enfermagem. No entanto, a profissionalização da prática de cuidados manteve o caráter de submissão e disciplina assumido pelos Enfermeiros (NIGHTINGALE, 1989). Essa perspectiva passou a vigorar na prática de cuidados da Enfermagem, configurando a forte vocação dos Enfermeiros para obedecer e servir. Esses aspectos e outras formas dominantes conferem à Enfermagem, até os dias atuais, o mito e o rito da subalternidade, dificultando ou mesmo impedindo, a evolução de princípios de valorização da profissão (LUNARDI FILHO, 1998; GOMES; BACKES; PADILHA; CEZAR-VAZ, 2007).

O final do século XIX e início do século XX foram marcados pelo desenvolvimento das técnicas e tecnologias terapêuticas e pelo surgimento de novas categorias na Enfermagem, que instauraram a divisão do trabalho, e de novas profissões (nutrição, fisioterapia, serviço social, entre outras), que foram assumindo determinadas tarefas, antes do domínio da Enfermagem. A postura submissa à ideologia do servir, da doação, da abnegação e da obediência e a responsabilidade, idealmente, por “tudo” que envolve o ambiente assistencial, determinava que o Enfermeiro dedicasse praticamente todo seu tempo para organizar os

recursos humanos e físicos para os demais trabalhadores da saúde, e a administrar as carências e as impossibilidades para a realização do seu trabalho (LUNARDI FILHO, 1998).

Assim, o trabalho da Enfermagem permaneceu em um confronto entre as determinações externas aos fazeres e às diferentes possibilidades de espaços de criação, responsabilidade e liberdade da profissão. Essa perspectiva revela-se na postura adotada pelos profissionais da Enfermagem que, por vezes, têm optado por apresentarem-se como sujeitos do seu trabalho e, por outras, como objetivados na sua ação (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Nesse sentido, questiona-se, se 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. Questiona-se, também, se 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.

Essas características da configuração profissional do Enfermeiro são resultados de um processo de produção de subjetividade presente no âmbito dessa profissão. A história da constituição da Enfermagem como profissão contribuiu para uma produção de subjetividade que foi enraizada no âmbito da profissionalização da prática de cuidados. Um modo de controle da subjetivação, uma “cultura de equivalência” ou “sistemas de equivalência na esfera da cultura”. De acordo com Guattari e Rolnik (2010, p.22),

A cultura ocupa-se da sujeição subjetiva, produzindo indivíduos normalizados, articulados uns aos outros, segundo os sistemas hierárquicos, sistemas de valores e sistemas de submissão. Não são sistemas interiorizados ou internalizados, que implicam uma ideia de subjetividade como algo a ser preenchido. Ao contrário, o que ocorre é simplesmente uma produção da subjetividade, não apenas a nível individual, mas uma produção da subjetividade social que se manifesta em todos os níveis da produção e do consumo.

Já ao final da década de 1990, Lunardi Filho (1998, p. 60) assinalava que muitos Enfermeiros permaneceram à mercê de uma subjetividade que postulou características de submissão e obediência, apresentando “uma tendência a perceberem-se e a sentirem-se extremamente dependentes de seus superiores ou daqueles sobre quem projetam, psicologicamente, algumas de suas partes melhores e mais competentes”.

Essa tendência, presente no processo de constituição profissional dos Enfermeiros, foi sustentada pelo discurso da formação de profissionais críticos, politizados, criativos, com capacidade de liderança e autonomia, com competência para a concepção e execução da assistência a ser prestada aos pacientes (LUNARDI FILHO, 1998). Ao final da década de 1990, Lunardi (1998) destacou que o modo predominante de formação, no âmbito da Enfermagem, favoreceu a construção de sujeitos produtivos e úteis economicamente, porém, frágeis politicamente. Os Enfermeiros, em algumas escolas de profissionalização, eram moldados mais para a obediência, passividade e docilidade, e não para resistir, dizer não e contrapor-se.

Na atualidade, já podem ser percebidos os avanços da prática profissional da Enfermagem, alcançados, principalmente, pela disposição expressiva de conhecimentos científicos próprios da área, que vêm oportunizando o aprimoramento do processo de cuidar e do Ser Enfermeiro. No entanto, percebe-se que algumas características subjetivas de submissão e obediência ainda são absorvidas pelos profissionais. De acordo com Lunardi (1998), essa subjetividade, configurada pela obediência e produtividade, não atinge somente o corpo, mas a alma desses sujeitos, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de querer ser Enfermeiro.

Essa perspectiva de produção de subjetividade na Enfermagem, que molda o comportamento dos profissionais, é resultado de uma produção em massa, pois, de acordo com Guattari e Rolnik (2010), a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Os processos de subjetivação são, fundamentalmente, descentrados, em relação à individuação. É claro que se reencontra o corpo do indivíduo nesses diferentes componentes de subjetivação: nome próprio e pretensão do ego de se afirmar na continuidade no poder. A produção da fala, das imagens, da sensibilidade, e do desejo, entretanto, não se relaciona a essa representação do indivíduo. Essa produção é adjacente a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, de processos de produção e de mutações do universo de valor e de história dos indivíduos. Assim, a subjetividade não é passível de totalização ou centralização no indivíduo.

A subjetividade se expressa no comportamento, no desejo, nas atitudes, na linguagem e na percepção de mundo dos indivíduos (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Nessa perspectiva, pode-se considerar que as decisões tomadas pelos Enfermeiros podem elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam os comportamentos, o

estabelecimento de relações de cuidado, de interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado.

Nesse sentido, é possível afirmar que todas as decisões tomadas pelo Enfermeiro vão se refletir diretamente no processo de cuidar em Enfermagem. Assim, compreende-se que a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes formas, podendo ser essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. No processo de tomada de decisões do Enfermeiro, a subjetividade é manifestada e materializada no comportamento desse profissional frente aos cuidados de Enfermagem.

A manifestação da subjetividade do indivíduo envolve suas ideologias, sua maneira de perceber o mundo, de articular-se com o tecido urbano, com os processos de trabalho e com a ordem social (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Há que considerar que, no fazer do Enfermeiro e das demais categorias de Enfermagem, emergem diferentes modos de subjetividade. Esse fazer da Enfermagem permite vários espaços de criação: na sequência das tarefas a serem executadas; no processo de realização dessas atividades; e na iniciativa ou não em realizá-las. Porém, muito desse fazer, ainda, vem sendo e tem sido determinado por outrem, na prescrição médica e determinações políticas institucionais (WATSON, 1997).

Assim, contrariamente a uma produção de subjetividade perpetuante na Enfermagem, que fomenta a obediência e abnegação, instala-se a necessidade de um processo permanente de construção da subjetividade, capaz de tornar o Enfermeiro sujeito do seu próprio trabalho. Essa perspectiva envolve o desenvolvimento de competências que o habilitem a adotar um comportamento consciente no processo de tomada de decisões que envolvem a prática de cuidados, considerando as alternativas para suas escolhas e assumindo as suas consequências.

A utilização do termo e do conceito de tomada de decisão provém das ciências administrativas (PEREIRA; FONSECA, 1997). No entanto, na atualidade, o estudo da decisão extrapola a área organizacional e passa para o domínio da ciência política e humana, em uma nova perspectiva, que integra todas as ações humanas como frutos de suas decisões.

Na Enfermagem, os estudos voltados para a tomada de decisões do Enfermeiro também, em sua maioria, restringem-se à área administrativa. No entanto, é importante ampliar a discussão sobre essa temática, considerando que o processo de cuidar em Enfermagem requer, constantemente, que os Enfermeiros tomem decisões, alocando recursos e definindo estratégias, que determinam o destino de organizações e de indivíduos. A

identificação dos problemas e necessidades dos indivíduos, famílias e coletividade, e as possíveis soluções emergem dos julgamentos e das escolhas dos Enfermeiros.

Assim, alguns questionamentos são levantados: Qual a relação entre o processo de tomada de decisão e a subjetividade do Enfermeiro? Que modos de produção de subjetividade são produzidos para o processo de tomada de decisão do Enfermeiro? Que tipo de decisões são tomadas pelos Enfermeiros, na implementação dos cuidados de Enfermagem? Qual a intervenção do paciente, na tomada de decisão, e como é valorizada? Como são avaliados os resultados das decisões? Quais as competências do Enfermeiro mobilizadas no processo decisório?

As decisões possuem uma qualidade imperativa, pois selecionam um estado de coisas no futuro, em detrimento de outro, orientando o comportamento do indivíduo e seus pares, rumo à alternativa escolhida. Ou seja, a decisão constitui o processo pelo qual uma alternativa de comportamento adequada a cada momento é selecionada e realizada. Os indivíduos tomam decisões de maneiras diferentes e, obviamente, isso repercute nos resultados ou nas conseqüências que elas provocam. Uma explicação coerente para o processo de decisão baseia-se na polaridade entre a vontade e inteligência, desejo e razão. Não existem decisões perfeitas, assim como ninguém é infalível nas suas escolhas. A decisão é um processo que envolve a pessoa inteira. Mesmo quando decide intuitivamente, ela não deixa de se guiar por uma lógica, que pode ser subjetiva naquele momento, mas sempre envolve a dimensão racional. O oposto também é válido. Por mais racionais que sejam todas as decisões, envolvem valores, crenças e relacionam-se com as experiências de vida e as emoções do decisor (PEREIRA; FONSECA, 1997).

A tomada de decisões do Enfermeiro, no processo de cuidar em Enfermagem, envolve os agenciamentos sociais, os processos de produção, os diferentes componentes de subjetivação e a totalização dos indivíduos, que constituem os processos macro e micropolíticos da produção da subjetividade, descritos por Guattari e Rolnik (2010). A esfera macro pode ser relacionada à cultura institucional das unidades de saúde, ao sistema de saúde vigente, às condições sociais e econômicas da população, ao processo de formação acadêmica dos cursos de Enfermagem e à disponibilidade de recursos para a implementação dos cuidados, entre outros.

No âmbito micropolítico da prática de cuidados de Enfermagem, visualizam-se algumas manifestações subjetivas do enfermeiro, tais como: a constituição do Enfermeiro como sujeito; a priorização de determinados cuidados, em detrimento de outros; a

sensibilidade do Enfermeiro, frente à situação de saúde ou doença do paciente; a participação e envolvimento do paciente nos cuidados; as habilidades e competências do Enfermeiro; a capacidade de liderança do Enfermeiro, frente à equipe de Enfermagem; e os valores éticos e culturais considerados pelo Enfermeiro, entre outros.

As dimensões macro e micropolíticas da produção de subjetividade do Enfermeiro desenvolvem-se, tanto em nível de produção, quanto em nível de manifestação, em diversos ambientes; alguns, configurados em uma esfera mais coletiva, e outros, mais ao próprio indivíduo. Essa ideia permite uma aproximação da dimensão macro e micropolítica da produção de subjetividade do Enfermeiro com a perspectiva ecossistêmica do cuidado de Enfermagem.

Lausten (2006) apresenta ecossistema como uma definição ampliada de ambiente. De acordo com esta autora, o ecossistema é um conjunto de ambientes e elementos interdependentes e integrados, que formam um espaço, no qual a rede de relações humanas perpetua-se, a partir da transferência de matéria e energia entre os seres bióticos e abióticos.

Um estudo que teve como objetivo identificar as possibilidades de expressão da subjetividade no cotidiano de trabalho de Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais situados na região Sul do Brasil, evidenciou essa perspectiva. Os autores concluíram que a subjetividade é influenciada pelo cenário macroinstitucional, pelas características da organização do trabalho e pelas formas de organização das equipes (AZAMBUJA et al, 2010).

Considerando a aproximação entre a perspectiva ecossistêmica e as dimensões macro e micropolítica da subjetividade, é possível inferir que os ambientes que envolvem as práticas de cuidado – unidades básicas de saúde e hospitais - além de serem os espaços nos quais a subjetividade do Enfermeiro manifesta-se, também, constituem-se como ambientes que influenciam os modos de produção da subjetividade do Enfermeiro. Ademais, se a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes formas, podendo ser essencialmente social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares, na tomada de decisões do Enfermeiro, a subjetividade é manifestada e materializada nos cuidados de Enfermagem.

Frente a essas assertivas, o presente estudo busca comprovar a seguinte tese: **Os modos de produção da subjetividade do Enfermeiro podem condicionar e definir comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões na prática de**

cuidados, assim, as decisões tomadas pelos Enfermeiros elucidam manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam os comportamentos para o estabelecimento de relações de cuidado, para as interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro na tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro.

Identificar quais os fatores macropolíticos e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que permeiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seção de fundamentação teórica está estruturada em quatro partes. A primeira, intitulada **A noção de subjetividade e de produção de subjetividade**, apresenta algumas definições e dimensões dessa temática. O presente estudo utilizou como principal referência para definir a noção de subjetividade e de produção da subjetividade a obra *Micropolítica: cartografias do desejo*, de autoria de Felix Guattari, um importante e renomado filósofo francês, e Suely Rolnik, sua seguidora no Brasil.

A produção de subjetividade do Enfermeiro na perspectiva ecossistêmica do cuidado de Enfermagem, segunda parte da revisão, foi idealizada considerando a proposta do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Esse Curso de Doutorado em Enfermagem tem por finalidade formar profissionais capacitados teórico-metodologicamente para a produção do conhecimento em Enfermagem/Saúde, em resposta aos desafios das transformações sociais e ambientais.

A terceira parte, **Tomada de decisões: conceito e perspectivas para a Enfermagem**, apresenta a definição de tomada de decisões e a articulação desse conceito no âmbito da Enfermagem. A parte final da revisão, intitulada **A tomada de decisão do Enfermeiro no processo de cuidar: produção científica da Enfermagem** foi construída a partir de uma revisão integrativa, com intuito de resgatar as publicações e estudos desenvolvidos acerca dessa temática.

3.1 A NOÇÃO DE SUBJETIVIDADE E DE PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE

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 auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma

alteridade, ela mesma subjetiva. Em certos contextos sociais e semióticos¹, a subjetividade se individualiza: uma pessoa, tida como responsável por si mesma, posiciona-se em meio a relações de alteridade regidas por usos familiares, costumes locais e leis jurídicas. Em outras condições, a subjetividade faz-se coletiva, no sentido de uma multiplicidade de existência de máquinas de subjetivação², o que não significa que ela se torne, por isso, exclusivamente, social (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Essa noção ampliada de subjetividade, que ultrapassa a oposição clássica entre sujeito individual e sociedade, está associada a três aspectos: primeiro, a irrupção de fatores subjetivos, no primeiro plano da atualidade histórica; segundo, o desenvolvimento maciço de produções maquínicas de subjetividade; e terceiro, o recente destaque de aspectos ecológicos relativos à subjetividade humana. Alguns componentes que colaboram com essa perspectiva ampliada de subjetividade são: componentes semióticos, que se manifestam através da família, da educação, do meio ambiente, da religião, da arte e do esporte; elementos fabricados pela indústria da mídia e do cinema; e componentes semióticos sem significação, colocando em jogo máquinas informacionais de signos, produzindo e veiculando, paralelamente ou independentemente, significações e denotações que escapam, então, às axiomáticas, propriamente, linguísticas (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

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 (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

De acordo com Guattari e Rolnik (2010), uma economia coletiva e de agenciamentos coletivos de subjetivação, em algumas circunstâncias e contextos sociais, podem se individuar. A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos.

¹Semiótica é definida como a ciência que estuda a relação entre os signos e seus significados. É uma terminologia utilizada por Guattari e Rolnik (2010) para abordar as manifestações, linguísticas ou não, da subjetividade.

²Guattari e Rolnik (2010) apresentam o termo “máquinas de subjetivação” para definir os mecanismos, de diferentes espécies, que transformam ou transmitem a subjetividade. O termo “produções maquínicas de subjetividade” é referenciado pelos autores para intensificar a percepção de subjetividade como produto de mecanismos que não podem ser dominados pelo ser humano, tais como o capitalismo.

É essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe; ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo de singularização³. Essa hipótese vai além da circunscrição dos antagonismos sociais, para os campos econômicos e políticos.

Seria conveniente definir de outro modo 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. Diferentemente, 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 coletiva que são resultados do confronto com as maneiras com que, hoje, se fabrica a subjetividade em escala planetária (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Diante dessa perspectiva, Guattari e Rolnik (2010) definem a subjetividade como um produto das redes históricas, descentrado do indivíduo, sendo sempre coletivo e nunca individual. A subjetividade toma o lugar de “coisa produzida”, é concebida como algo modelado e fabricado nos processos coletivos, sociais e institucionais, que não ocorre em âmbito individual, mas que permeia a vida do indivíduo e o constitui como sujeito, dando forma e matérias de expressão ao desejo (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Nesse processo coletivo de subjetivação, o indivíduo encontra-se, por vezes, na condição de partícipe da produção de subjetividade e, por outras, como consumidor de subjetividade. Todo esse processo ocorre em um entrecruzamento de múltiplos componentes da formação da subjetividade (TEIXEIRA, 2001), que são os mecanismos e estratégias que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, que direcionam as formas de vida (TORRE; AMARANTE, 2001). Entre esses componentes da produção da subjetividade, alguns são inconscientes, outros são mais do domínio do corpo, outros são mais do domínio daquilo que os sociólogos americanos chamam de “grupos primários” (o clã, o bando, a turma). Outros, ainda, são do domínio da produção de poder: situam-se em relação à

³Guattari e Rolnik (2010) fazem referência aos processos de singularização da subjetividade, destacando a possibilidade de uma reapropriação da subjetividade, tornando-a mais do que individuada, diferente do que ela se apresenta para cada indivíduo.

lei, à polícia e a produção capitalística, denominada subjetividade capitalística (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O mais importante é a noção de subjetividade como algo produzido. A produção de subjetividade funciona, forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Assim, se a subjetividade não é natural, é produzida. A invenção de formas de vida nada mais é que produção de subjetividade. A subjetividade não estaria “dada”, não seria interior ao indivíduo, mas produzida pelos vetores mais diversos, presentes na coletividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

A noção de subjetividade diz respeito à sua relação com o chamado “mundo objetivo”. De acordo com Guattari e Rolnik (2010, p. 36), “a produção da subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção”. Essa produção de subjetividade implica o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza macropolítica, relacionadas aos sistemas maquínicos, culturais, econômicos, sociais e tecnológicos, quanto de natureza micropolítica, resultantes do sistema de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de produção de ideias, de valor e de imagem.

Portanto, a perspectiva micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade. Ela se refere aos modos de expressão que passam não só pela linguagem, mas, também, por níveis semióticos heterogêneos. Então, não se trata de elaborar uma espécie de estrutura geral de significados do inconsciente a qual se reduziram todos os níveis estruturais específicos. Os sistemas de equivalências estruturais incidem nos pontos de singularidade, nos quais os processos de singularização são as próprias raízes produtoras da subjetividade em sua pluralidade. Todos os fenômenos importantes da atualidade envolvem dimensões do desejo e da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A dimensão macropolítica de produção de subjetividade envolve também tudo aquilo que caracteriza os modos de produção capitalísticos. De acordo com Guattari e Rolnik (2010), 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: cultura de equivalência ou sistemas de equivalência na esfera da cultura. Desse ponto de vista, o capital funciona de modo complementar à cultura, enquanto conceito de equivalência: o capital ocupa-se da sujeição econômica e a cultura ocupa-se da sujeição subjetiva. A sujeição subjetiva não está relacionada apenas à publicidade para a produção e o consumo de bens. “É a própria essência do lucro capitalista que não se reduz ao campo da mais-valia econômica,

está também na tomada de poder da subjetividade”. Tudo que é produzido pela subjetivação capitalista, seja pela linguagem e/ou tecnologia, não é apenas uma questão de ideias ou de significações por meio de enunciados, tampouco reduz-se a modelos de identidade ou a identificação com pólos maternos e paternos. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de cada ser humano perceber o mundo (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 21).

A partir da definição das perspectivas macro e micropolítica de produção da subjetividade, Guattari e Rolnik (2010, p.78), apresentam alguns questionamentos instigantes:

Será que o que organiza um comportamento, uma relação social, um sistema de produção é o fato de ele ser circunscrito a uma identidade? Ou se o comportamento ainda exercer, sob leis prefixadas, um regulamento? Será que a relação fundadora do ego, aquilo que nos dá o sentimento de sermos nós mesmos, está em nossa obediência ao código de uma micro sociedade ou às leis de uma sociedade? Ou, então, na referência a uma ideologia religiosa, política ou outra qualquer? Será isso que nos permite viver, não só no sentido de podermos nos respeitar, mas também, e sobretudo, no de podermos ter relações criativas? Será isso que permite organizar uma divisão de trabalho? Será isso que permite produzir, tanto no campo material, quanto no subjetivo, as condições de uma vida coletiva e, ao mesmo tempo, as condições de encarnar a vida para nós mesmos (processo de singularização)?

Não são os fatos de linguagem nem de comunicação que produzem a subjetividade. A subjetividade é manufaturada como a energia, a eletricidade e o alumínio. É desde a infância que se instaura a máquina de produção de subjetividade capitalística, desde a entrada da criança no mundo das línguas dominantes, com todos os modelos, tanto imaginários, quanto técnicos, nos quais ela deve se inserir. O indivíduo e os grupos sociais veiculam seus próprios sistemas de modelização⁴ da subjetividade, denominada por Guattari e Rolnik (2010) uma cartografia feita de demarcações cognitivas, místicas e rituais, a partir das quais o indivíduo posiciona-se em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e suas pulsões.

A subjetividade é constituída por forças disseminadas no campo social e por suas positivities, que buscam a modelagem dos indivíduos. Os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder têm a função de definir

⁴ A subjetividade define o modo e a habilidade de agir de um indivíduo. Segundo Guattari e Rolnik (2010), os sistemas de modelização da subjetividade levam à modelagem e homogeneidade dos indivíduos, oprimindo a possibilidade de uma reapropriação da subjetividade, tornando-a apenas individuada.

coordenadas semióticas, que se infiltram no comportamento dos indivíduos, fazendo com que suas funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas⁵. Não se trata de um movimento unilateral de poder como entidade que subjuga o indivíduo, mas como uma naturalização das práticas e discursos (TORRE; AMARANTE, 2001).

A ideologia permanece na esfera da representação e na modelização, que diz respeito aos comportamentos, à sensibilidade e às relações sociais. 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 (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Aqueles a quem se convencionou chamar de “trabalhadores sociais” atuam de alguma maneira na produção de subjetividade. Todos aqueles que ocupam uma posição no campo do trabalho social encontram uma encruzilhada micropolítica fundamental (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Um exemplo disso é a normatividade que está colocada sobre a concepção de saúde. Um conjunto de regras e de estilos de vida, que impedem o sujeito de agir com autonomia sobre si mesmo e seu corpo.

Os efeitos deste modo de subjetivação da saúde, também podem ser observados no que é suscitado no indivíduo, a partir do que denominamos de imagens da saúde no cotidiano: os equipamentos e tecnologias, as roupas brancas dos profissionais da saúde, os hospitais e seus muros, os sons de sirenes de ambulâncias e as filas as quais se submetem os usuários da saúde pública, em especial no Brasil (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

De acordo com Guattari e Rolnik (2010), esses efeitos da subjetivação são resultados de uma cultura que produz, em larga escala, indivíduos moldados, conforme a necessidade de sistemas sociais:

A cultura de massa produz indivíduos normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores e sistemas de submissão – não sistemas de submissão visíveis e explícitos, [...] como nas sociedades arcaicas ou pré-capitalistas [...] esses sistemas são “interiorizados” ou “internalizados” [...] implica uma ideia de subjetividade como algo a ser preenchido. Ao contrário, o que há é simplesmente uma produção da subjetividade. Não somente uma produção da subjetividade individuada, mas uma produção da subjetividade social que se pode encontrar em todos os níveis da

⁵Terminologia utilizada por Guattari e Rolnik (2010) para descrever um comportamento dócil do indivíduo, frente ao mecanismo de poder, no sentido de uma subjetividade que permite a instalação de uma situação de submissão, ou seja, aquele indivíduo que se submete à vontade do(s) outro(s).

produção e do consumo. E mais: uma produção da subjetividade inconsciente [...] essa grande fábrica, essa poderosa máquina capitalística produz, inclusive, aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos, quando nos apaixonamos e assim por diante. [...] é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que podemos chamar de “processos de singularização”: uma maneira de recusar todos esses modos preestabelecidos, todos esses modos de manipulação, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p.22).

Todas essas questões da economia coletiva do desejo, que definem a produção da subjetividade humana, passam a se aproximar de uma realidade compreensiva, a partir do momento em que não mais consideramos esse processo dependente apenas das estruturas de produção das relações sociais.

A materialização dessas ideias pode ser viabilizada, se considerarmos a produção de subjetividade como sendo a matéria prima da evolução das forças produtivas humanas, em suas formas mais desenvolvidas. A produção da subjetividade é, talvez, mais importante do que qualquer outro tipo de produção, constituindo-se como um bem essencial na esfera humana e planetária, até mais do que o petróleo e outras energias, pois a invenção de formas de vida, nada mais é, do que a produção de subjetividades (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Por fim, considerando os preceitos apresentados pelos referenciais que abordam a noção de subjetividade e de produção de subjetividade, entende-se que este processo pode se desenvolver em duas perspectivas. Na produção de subjetividade pode se ter uma perspectiva individuada, em que o indivíduo manifesta seu comportamento a partir da produção de subjetividade imposta pelo capitalismo, que favorece a relação de alienação e opressão sobre os indivíduos. Ou, por outro lado, a produção de subjetividade pode ser apresentada de maneira criativa, na qual o indivíduo manifesta seu comportamento de forma singularizada.

3.2 A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

De acordo com Guattari e Rolnik (2010), a subjetividade está caracterizada em dois hemisférios: de um lado, os processos infrapessoais, que definem a dimensão molecular e que envolvem a perspectiva micropolítica da produção de subjetividade; e, de outro, a dimensão macropolítica da produção de subjetividade, essencialmente agenciada em nível das determinações sociais, culturais e econômicas.

Essa perspectiva proporciona o entendimento de que a produção da subjetividade também envolve ambientes, que podem estar relacionados tanto à dimensão micropolítica, quanto à dimensão macropolítica, formando um conjunto de ambientes interligados e interrelacionados. A perspectiva micropolítica da produção de subjetividade envolve os ambientes ocupados pelo indivíduo, tais como o âmbito familiar; enquanto que a perspectiva macropolítica da produção de subjetividade contempla uma dimensão global, ou seja, os ambientes sociais e culturais, aos quais a família do indivíduo pertence. Esses exemplos favorecem a articulação entre os conceitos de ecossistemas e de produção da subjetividade: um conjunto de ambientes, nos quais a subjetividade humana é produzida e consumida.

O termo “ecossistema” pode ser utilizado como uma alternativa para ampliar o conceito de ambiente, representando uma visão mais totalitária das relações existentes entre os organismos e os fatores físicos e não físicos, que estão ligados por uma rede de interações diretas e indiretas. O conceito de ambiente pode estar atrelado a um significado biótico e abiótico, que tem influência sobre o indivíduo e a coletividade, constituindo a perspectiva ecossistêmica que envolve todas as interações humanas (LAUSTSEN, 2006).

Na Enfermagem, as práticas de cuidados e todas as ações e comportamentos dos Enfermeiros representam as interações ecossistêmicas destes profissionais com os clientes, com o processo de trabalho e com o contexto social e ambiental que envolve o estado de saúde e de doença de indivíduos e coletividade. Essa concepção parte do princípio de que os Enfermeiros/Enfermagem estão interligados aos sistemas ecológicos, assim como os demais seres vivos. As práticas de cuidados desenvolvidas por estes profissionais produzem efeitos sobre os ecossistemas locais e globais. Essas influências também são recíprocas, considerando o ambiente como uma circunstância, na qual ocorre ação, reação e correção entre os seus componentes. Para Laustsen (2006), o comportamento ecológico dos Enfermeiros representa

as ações profissionais que contribuem e conservam o ambiente social, econômico e cultural dos seres humanos.

De acordo com Guattari e Rolnik (2010), o indivíduo vive uma dupla condição de ser: por um lado, submetido às injunções de forças externas e internas; e, por outro lado, dotado de iniciativa e liberdade. A polaridade entre a submissão e a autonomia revela a complexa pluralidade de sentidos que movimentam e influenciam o comportamento e o modo de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o cuidado de Enfermagem tem uma perspectiva ecossistêmica e é, nesse conjunto de ambientes com dimensões micropolíticas e macropolíticas, que é produzida a subjetividade do Enfermeiro. Cada ambiente é, portanto, global e, ao mesmo tempo, particular, pois expressa condições próprias e singulares da constituição do Enfermeiro. Isto significa que o ambiente pode ser simbolizado, ou seja, ganhar um lugar representacional no imaginário do sujeito, o que remete à afirmação de ambiente como espaço para a construção social e produção da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Segundo Guattari (2005), três ecologias culminam na produção da subjetividade: a ecologia social, a ecologia mental e a ecologia ambiental. Para este autor, “ecologia” é um termo que não se restringe aos movimentos de proteção ao habitat humano, envolvendo principalmente o estudo dos ecossistemas (interações entre os seres vivos e os ambientes físicos ou não). Esse posicionamento amplia a perspectiva de ecossistema, valorizando ainda mais os diversos ambientes como espaços significativos para a produção de subjetividade.

A produção da realidade humana na vida social dá-se, portanto, na convergência entre a existência e seus significados, entre a realidade e os sentidos correspondentes que os indivíduos lhe atribuem. No processo de construção da subjetividade, pode-se perceber a condensação ou sedimentação de determinações relacionadas aos ambientes culturais, sociais e econômicos, que se situam aquém ou além da experiência de si e que, de algum modo, conformam ou, pelo menos, designam certos limites e condições (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

As relações ecológicas dos participantes do processo de cuidar - Enfermeiro, ser cuidado e contexto social e ambiental - com o ecossistema, estão presentes e são visíveis no campo de atuação da Enfermagem. O entendimento do comportamento ecossistêmico do

Enfermeiro é imprescindível para definição das relações funcionais deste profissional com os demais organismos e ambientes (LAUSTSEN, 2006).

Compreender a subjetividade e a produção de subjetividade que permeiam os ambientes que envolvem o processo de cuidar é essencial para a evolução profissional da Enfermagem. De acordo com Watson (1997), o cuidado de Enfermagem contempla duas dimensões: a instrumental e a expressiva. A dimensão instrumental do cuidado caracteriza-se pelas ações físicas e estão relacionadas a papéis que cumprem expectativas sociais. A dimensão expressiva do cuidado de enfermagem resulta das interações humanas, sendo manifestada pela subjetividade.

A subjetividade não é uma imanência, mas intersubjetivamente produzida. Os elementos desta produção estão articulados, principalmente, com o ambiente cultural que os indivíduos partilham, numa formação social determinada e em um tempo histórico delimitado. Nenhuma identidade, seja ela individual ou coletiva, pode ser construída fora de sua cultura de referência. O ambiente social e cultural torna-se, nesta perspectiva, a tela que oferece os principais elementos para a produção de subjetividades (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

As instituições de saúde podem ser consideradas ambientes sociais e culturais que fornecem elementos importantes para a produção de subjetividade do Enfermeiro. De acordo com Pereira e Fonseca (1997), alguns sistemas encarnam padrões relevantes para a sociedade, chamadas organizações institucionalizadas ou instituições. Essas são organizações que incorporam normas e valores considerados valiosos para os seus membros e para a sociedade. São organismos vivos, produtos de necessidades e pressões sociais valorizadas pelos seus membros e pelo ambiente, portadores de identidade própria, preocupados não apenas com lucros ou resultados, mas com a sua sobrevivência e perenidade. Nas instituições, as forças e as pressões sociais e culturais atuam como vetores que moldam o comportamento das pessoas.

As instituições de saúde têm se constituído como um ambiente, no qual a manifestação da vida é negada: “da aceitação da doença e da negação da morte; da negação do sujeito como interessado em sua própria vida; e do trabalho insalubre e desgastante, mas, sobretudo, continua sendo um lugar criado pelos seres humanos” (LUNARDI FILHO, 1995, p.18).

Os mitos estruturam as fantasias individuais e grupais e nosso imaginário produz determinações simbólicas na construção de nossas subjetividades. Ao acrescentar-se a dimensão do cotidiano no tempo e no espaço, torna-se possível perceber os valores das escalas que os indivíduos operam na produção de sua subjetividade. A imagem construída

pelo ambiente social e cultural, no qual o indivíduo se insere, é fator privilegiado da constituição do sujeito (VILHENA, 2002).

A cultura de um ambiente hospitalar se expressa em uma dimensão social, sendo o resultado das formas encontradas pelos diversos grupos que se ajustam, nesse espaço, para satisfazer as suas necessidades. Para entender o ambiente hospitalar, na perspectiva ecossistêmica, torna-se necessário considerá-lo como um sistema social dinâmico, composto por uma diversidade de elementos que se interrelacionam e, em conjunto, buscam alcançar a eficiência institucional desse espaço (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

O ambiente institucional desenvolve aspectos culturais muito fortes que orientam e, até mesmo, determinam o comportamento humano. De acordo com Pereira e Fonseca (1997), ao mesmo tempo em que as instituições fornecem proteção aos indivíduos, tolhem a sua mobilidade, a partir dos limites previstos e fixados pela cultura interna e externa, assumindo funções normativas de extrema potência na vida dos indivíduos. As normas e as estruturas rígidas prevalentes nos ambientes institucionais estabelecem rituais e cerimônias, que se constituem como fontes de integração e redução dos conflitos internos, estratificando relações.

As instituições de saúde, em especial o ambiente hospitalar, constituem-se como espaços nos quais a disciplina prevalece. Sem eventos expressivos (prescrições, normas, modos de vestir e de tratar as pessoas), a cultura morre e os valores não produzem impactos. Segundo Svaldi e Siqueira (2010, p.2), na linguagem ecossistêmica, ambiente hospitalar é

O lugar/espaço/território, no qual os trabalhadores da saúde, formados por diversas categorias, atendem as inúmeras necessidades de saúde dos usuários, os quais buscam, de forma individual ou coletiva, os serviços e ações nos níveis da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse espaço é formado por um conjunto de elementos físicos e sociais interdependentes, integrados, interrelacionados, em que as redes humanas formam e constituem a cultura própria desse território em busca de ambientes mais harmoniosos, saudáveis e sustentáveis.

O ambiente institucional hospitalar, por exemplo, possui especificidades e contextos ímpares, distintos da pluralidade das organizações em geral. A organização do trabalho no ambiente hospitalar segue normas e rotinas que regem todos os serviços internos e definem comportamentos e atitudes dos indivíduos. A Enfermagem possui sua cultura enraizada em sistemas hierárquicos que determinam o modo de pensar, organizar e desenvolver o trabalho. Os Enfermeiros são preparados, desde a academia e, após, no mundo do trabalho, a aceitar o

cumprimento de tarefas predeterminadas, em um modelo metodológico, preferentemente estático e inalterado de obediência (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

Percebe-se que a obediência e a passividade da Enfermagem, ainda que não seja um fenômeno exclusivo desta profissão, são resultados, principalmente, de determinações da hierarquia organizacional das instituições (LUNARDI, 1998). Os profissionais enfrentam dificuldades relacionadas às condições de trabalho inadequadas e aos sentimentos de insatisfação com o trabalho, sem apresentar ações suficientes de resistência à cultura institucional que determina as formas de trabalho.

O ambiente organizacional também expressa as relações de poder existentes na instituição. Segundo Guattari e Rolnik (2010), esse poder não incide somente sobre os objetos culturais e sobre as possibilidades de manipulá-los, e criar algo. Mas, também pode atribuir a si, os objetos culturais como signo distintivo na relação social com os outros, tornando-se suporte para a produção de subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p.27). “O poder das instituições sobre os indivíduos é irrefutável, uma vez que modela valores e comportamentos, determinando, em grande parte, as atitudes mentais e as condições para o exercício da obediência e da docilidade” (PEREIRA; FONSECA, 1997, p. 146).

Enfim, pode-se afirmar que o cuidado de Enfermagem tem uma perspectiva ecossistêmica e é, nesse conjunto de ambientes com dimensões macro e micropolíticas, que é produzida a subjetividade do Enfermeiro. Cada ambiente é, portanto, global e, ao mesmo tempo, particular, pois expressa condições próprias e singulares da constituição do Enfermeiro. Isto significa que o ambiente pode ser simbolizado, ou seja, ganhar um lugar representacional no imaginário do sujeito, o que remete à afirmação de ambiente como espaço para a construção social e produção da subjetividade.

3.3 TOMADAS DE DECISÃO: CONCEITO E PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM

A história da humanidade revela uma preocupação constante do ser humano com o seu destino e com as possibilidades de moldá-lo ou controlá-lo. Na antiguidade, algumas decisões importantes foram atribuídas a governantes, religiosos, militares e sábios, que usaram o

processo decisório, inerente às suas funções, para criar ou manter ideologias, instituições, seitas e clãs. Essa perspectiva esteve presente no mundo místico, que considerava as formas de comunicação com o sobrenatural para prever o futuro e para tomar decisões sábias. Na Grécia antiga, as decisões tomadas nos oráculos por todo o Oriente Médio e nos seus conselhos propiciaram a fundação de cidades e a destruição de impérios. Os anglo-saxões e os povos da Europa tomavam decisões amparadas por uma rica mitologia (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Na contemporaneidade, com o desenvolvimento científico, uma nova abordagem do processo de tomadas de decisões foi instaurada. Na concepção mecanicista, preconizada pela metodologia científica cartesiana, as decisões restringiram-se a um âmbito estritamente racional e lógico, baseadas em hipóteses dedutivas com poderes preditivos limitados (PEREIRA; FONSECA, 1997).

A partir do desenvolvimento das Teorias Administrativas surgiram novos paradigmas para o processo de trabalho (SIMON, 1979). Todavia, os valores, os objetivos, as políticas e a estrutura das organizações de trabalho mantiveram o trabalhador como uma variável independente do sistema social e passível de ser ajustado ao contexto do trabalho, prevalecendo a racionalidade funcional, pragmática e objetiva como paradigma oficial da gerência, exacerbando os apelos produtivos da sociedade (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Na Enfermagem, esse paradigma capitalista somou-se ao processo de constituição da profissão, estabelecendo uma tendência dos trabalhadores à submissão, abnegação e obediência. Esses aspectos conferem à Enfermagem, até os dias atuais, o mito e o rito da subalternidade e uma tendência dos Enfermeiros e demais trabalhadores da Enfermagem a seguir, muitas vezes, as condutas de cuidado definidas a partir das decisões tomadas por outros trabalhadores, em especial da classe médica, restringindo o trabalho da Enfermagem em habilidades e conhecimentos voltados ao como fazer (LUNARDI FILHO, 1998; GOMES; BACKES; PADILHA; CEZAR-VAZ, 2007).

Esse paradigma também distanciou os Enfermeiros da perspectiva de que o cuidado, como essência da Enfermagem, está, constantemente, permeado por um processo de tomada de decisões, que requer o Enfermeiro como o decisor, com conhecimentos científicos e competências e habilidades técnicas e éticas para decidir como e por que fazer. De acordo com Pereira e Fonseca (1997), a tomada de decisões envolve o sentido de um agir que responda às necessidades do ser humano. Por isso, não pode ser dispensada da vida humana,

renunciada ou isolada ao âmbito das ciências administrativas. A ideia de não decidir ou de abster-se a uma decisão é, em si mesma, uma decisão.

Etimologicamente, a palavra decisão é formada pelo prefixo *de*, que significa parar, e antepõe-se à palavra *caedere*, que significa cortar, dando o sentido de “parar de cortar” ou “deixar fluir”. O estudo do processo de tomada de decisões emergiu na perspectiva administrativa, pelo pioneirismo de Herbet Simon⁶ que, a partir de 1960, configurou-se como a principal referência científica internacional acerca dessa temática. Posteriormente, Stoner e Freeman (1999) e Chiavenato (2004), também autores da área administrativa, deram continuidade aos estudos voltados para o processo de tomada de decisão. Na atualidade, essa temática vem avançando, também, para o domínio da Ciência Política e Humana, dentro de uma nova perspectiva, que integra todas as ações humanas como frutos de suas decisões.

Na Enfermagem, a produção do conhecimento que envolve a tomada de decisões do Enfermeiro permanece, principalmente, no âmbito nacional, enfocada na perspectiva administrativa. Ciampone (1991) e Marquis e Huston (2010), com base nas referências da Ciência Administrativa, desenvolveram conceitos e bases fundamentais para a abordagem da tomada de decisões do Enfermeiro, na perspectiva gerencial, nos diferentes contextos assistenciais.

No âmbito internacional, os estudos da Enfermagem voltados para essa temática - de acordo com a revisão integrativa, apresentada no próximo capítulo - vêm aumentando, significativamente. Parte-se do entendimento de que a tomada de decisões faz parte de todas as ações assistenciais do Enfermeiro, sejam elas relacionadas ao cuidado, ao ensino e/ou ao processo gerencial, diferenciando-se, a partir da complexidade do contexto assistencial.

Com uma perspectiva que transcende a função gerencial do Enfermeiro, há uma intensa produção científica internacional para definir fundamentos, conceitos e teorias voltadas para a tomada de decisões na implementação dos cuidados de Enfermagem. Todavia, ainda não há uma unanimidade na adoção da terminologia utilizada para essa abordagem, tendo sido utilizados outros termos, tais como: tomada de decisão clínica; julgamento crítico; pensamento crítico; raciocínio clínico; e raciocínio crítico (JESUS, 2004) que, independentemente da finalidade e intenção dos autores, descrevem processos similares e que,

⁶Herbert Simon, economista norte-americano, Doutor em Ciências Políticas, foi o precursor dos estudos sobre Processo de Tomada de Decisão, cujas pesquisas realizadas sobre esta temática lhe laurearam o prêmio Nobel de Economia, em 1978.

no presente estudo, é definido como tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem.

Algumas abordagens direcionam a uma diferenciação entre esses termos. O raciocínio clínico é definido com um processo mental, que está presente em todas as ações e decisões assistenciais do Enfermeiro: no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos (TANNER, 2006). As decisões podem ser tomadas, a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas, de forma que o raciocínio clínico é, fundamentalmente, um processo interacional, contextualizado na prática dos cuidados de Enfermagem. O pensamento crítico, definido como uma habilidade mental e cognitiva envolve algumas habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se baseia nos conhecimentos existentes, no contexto do cuidado e na subjetividade do Enfermeiro. Esses conceitos não são sinônimos do termo tomada de decisões, mas constituem-se como elementos que compõem esse processo (CERULLO; CRUZ, 2010; TANNER, 2006).

A tomada de decisões, na perspectiva dos cuidados de Enfermagem, é definida como um processo que envolve fenômenos inerentes à atividade mental do Enfermeiro, sua capacidade de pensamento crítico e raciocínio clínico e os aspectos ambientais, relacionados ao contexto assistencial. De acordo com Ciampone (1991), as decisões são baseadas em fatos e valores, incluindo a escolha de um comportamento, entre as alternativas propostas, com a intenção de alcançar um objetivo. O Enfermeiro depara-se com situações diversas de cuidado que lhe exigem conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais, considerando que suas decisões influenciam, direta e indiretamente, o processo de saúde e doença de indivíduos e grupos sociais.

De acordo com Marquis e Huston (2010), a tomada de decisão está presente em todas as fases do processo de trabalho da Enfermagem. Thompson (2000), em um estudo realizado em uma unidade de internação clínica britânica, observou que, em um período de apenas três horas, o Enfermeiro toma inúmeras decisões voltadas para a prática de cuidados diretos e indiretos ao paciente.

Entre as decisões de cuidados tomadas pelo Enfermeiro participante do estudo, Thompson (2000) destaca algumas: decide realizar curativo com cobertura oclusiva de três dias, em paciente com úlcera por pressão em região sacral, a partir das características da lesão cutânea; decide comunicar a possibilidade de alta de um paciente, a partir dos resultados laboratoriais de análise sanguínea; decide confirmar se o paciente ou familiar assinou um

termo de consentimento, para a realização de traqueostomia; decide solicitar o aconselhamento nutricional de um paciente; decide indicar os pacientes que têm necessidade de nutrição parenteral; decide quais informações devem ser transmitidas aos familiares dos pacientes; decide ligar para o médico, quanto à possibilidade de administrar aspirina em um paciente com alteração na função plaquetária; decide encaminhar um paciente para avaliação de um Enfermeiro especialista em cuidados paliativos; decide colocar um paciente em um colchão de alívio para a pressão na superfície da pele; decide dar um analgésico, a partir da avaliação do limiar de dor de um paciente; decide solicitar a avaliação médica de um paciente que apresenta dor no peito e alteração nos sinais vitais; atende um colega que pede conselho a respeito da obtenção de uma amostra de secreção de uma ferida, compartilhando a decisão sobre a técnica; decide suspender a alta de um paciente, por algumas horas, para orientá-lo sobre o esquema medicamentoso que ele deverá realizar no domicílio; e decide entrar em contato com a clínica de colonoscopia para solicitar informações sobre a dieta de um paciente com exame marcado. Esses exemplos de situações de cuidados, propiciadas pela tomada de decisões do Enfermeiro, revelam que a decisão constitui o processo pelo qual uma alternativa de comportamento adequada a cada momento é selecionada e realizada (THOMPSON, 2000).

Conforme Simon (1979) e Pereira e Fonseca (1997), o processo decisório deve ser estudado sob três ângulos: a percepção do problema; a identificação dos fatores que direcionam a escolha das alternativas e a consideração das conseqüências da decisão. Inicialmente, a necessidade de tomada de decisão surge da percepção de um problema, que depende da motivação do decisor para ser resolvido e implica a necessidade de escolha e/ou mudança. O processo perceptivo humano é um processo de alta complexidade, sujeito a inúmeras influências, sendo que o modo e o resultado da percepção podem ser modificados pelo contexto de vida do indivíduo. Apresentado o problema, é selecionada uma alternativa de solução, que envolve valores e critérios em que o decisor baseia-se. Esses valores e critérios que o decisor considera podem estar relacionados à cultura, aos sistemas de poder vigentes e aos comportamentos decorrentes desse contexto (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Em relação às conseqüências que envolvem a tomada de decisão, Simon (1979) destaca dois aspectos que influenciam no processo de escolha. O primeiro envolve o conhecimento das conseqüências do comportamento como fator que influencia o processo de escolha. O segundo aspecto está associado às preferências do indivíduo por um determinado grupo de conseqüências, em detrimento de outro.

Esses três ângulos de estudo do processo que envolve a tomada de decisões, apontados por Simon (1979) e Pereira e Fonseca (1997), estão presentes no processo de cuidar em Enfermagem. A definição e implementação dos cuidados requer, inicialmente, a identificação de uma necessidade ou problema de saúde ou de doença de um indivíduo ou grupo social. Envolve, também, a capacidade e habilidade do Enfermeiro de identificar soluções, definindo e priorizando os cuidados de Enfermagem - como e porque fazê-los. Por fim, o Enfermeiro precisa avaliar as consequências dos cuidados de Enfermagem, ou seja, a adequação, a segurança e o poder de resolutividade das ações implementadas.

Considerando a complexidade das situações e dos contextos que envolvem o cuidado de Enfermagem, predispõe-se a possibilidade de fatores que podem influenciar a tomada de decisões do Enfermeiro. De acordo com Jesus (2004), além da incipiência de estudos voltados para investigação dos fatores que influenciam o processo de tomada de decisões do Enfermeiro, há de se considerar algumas limitações metodológicas dos estudos, no que se refere à impossibilidade de não generalização dos resultados, que representam a instabilidade comportamental presente em situações de cuidado que requerem a tomada de decisões.

Na compilação de achados dos estudos voltados para essa perspectiva, Jesus (2004) destaca alguns fatores que podem influenciar as decisões dos Enfermeiros na implementação dos cuidados de Enfermagem. Os fatores individuais e contextuais que estão relacionados, exclusivamente, ao enfermeiro como sujeito proativo do processo de tomada de decisões na implementação dos cuidados e envolvem aspectos da sua subjetividade do Enfermeiro, tais como os conhecimentos e as habilidades técnicas, a habilidade intelectual, a experiência e os valores éticos (JESUS, 2004).

A qualidade das decisões depende dos níveis de consciência e alienação do decisor. Todas as decisões envolvem processos tácitos, intuitivos e inconscientes. Toda escolha é, significativamente, influenciada pelas características estruturais do decisor e por suas condições emocionais, no momento da tomada de decisões. O conhecimento, a experiência e a situação existencial do decisor, no momento em que são tomadas as decisões, são faces de uma mesma moeda e influenciam, decisivamente, na avaliação e na escolha das alternativas para a solução de um problema (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Além dos fatores intrínsecos ao Enfermeiro, os fatores inerentes à dimensão sócio-ambiental também podem influenciar a tomada de decisões dos Enfermeiros. Esses fatores podem estar relacionados à complexidade da situação, aos recursos disponíveis, à política organizacional e às interrelações de todos os sujeitos envolvidos no cuidado (JESUS, 2004).

Um estudo realizado no Reino Unido, com 120 enfermeiros, analisou os tipos de decisões realizadas pelos Enfermeiros e os saberes da natureza dessas decisões, identificando seis dimensões pelas quais perpassam a tomada de decisões do Enfermeiro na implementação dos cuidados de Enfermagem: a intervenção e a eficácia que envolve o processo de escolha das alternativas de cuidados mais adequadas; o alvo dos cuidados, implicando a priorização dos cuidados e os critérios para definir os pacientes que podem ser mais beneficiados com as intervenções; o tempo destinado à tomada de decisão; a comunicação; a gestão do serviço e dos cuidados, considerando a forma como o Enfermeiro organiza o serviço e os cuidados, de modo a serem mais eficazes; e a habilidade de percepção, relacionada com a interpretação dos sinais evidentes no processo de cuidar, que podem determinar quais serão as prioridades de cuidado a serem estabelecidas. Além dessas dimensões que permeiam o processo de tomada de decisão do Enfermeiro, neste estudo, foi destacado o conceito de prática baseada em evidência como um elemento importante para a discussão dessa temática (THOMPSON et al, 2001).

De acordo com Atallah e Castro (1998) e French (1999), a prática baseada em evidências, na perspectiva dos cuidados de Enfermagem, compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente, a partir de informações científicas e da análise da validade dessas informações. Nesse sentido, o conceito da prática baseada em evidências, também se aproxima com a perspectiva abordada no presente estudo.

Dois tipos de tomada de decisões são considerados por Simon (1979), a tomada de decisões programadas e as não programadas. As decisões programadas e previsíveis fazem parte da rotina de trabalho e do cotidiano de vida do ser humano, sendo estas as micro-decisões tomadas de maneira repetida e programadas pelas normas, regulamentos, procedimentos e padrões. Embora os regulamentos nem sempre sejam cumpridos e as normas sejam frequentemente violadas, essas decisões são muito mais fáceis de serem tomadas, pois são prescritas e previsíveis pela estrutura organizacional.

Na prática dos cuidados de Enfermagem, as decisões programadas estão presentes. Nacionalmente, algumas políticas públicas de saúde constituem-se como referências para as condutas implementadas em instituições e serviços de saúde que direcionam a tomada de decisões do Enfermeiro. Além dessas, os manuais de rotina padronizam situações e ações de cuidados.

De acordo com Pereira e Fonseca (1997), a tomada de decisões não programadas envolvem situações e contextos complexos e singulares, que não se enquadram em procedimentos rotineiros ou sistêmicos, pois não apresentam uma estrutura pré-determinada para o desenvolvimento do processo decisivo. Ocorrem em contextos dinâmicos com escassez de informação, exigindo conhecimentos e habilidades para a garantia dos resultados esperados.

O contexto dos cuidados de Enfermagem envolve um ambiente extremamente mutável, não só pelas alterações que podem ocorrer no processo saúde e doença, mas, também, pela dimensão interrelacional de todos os sujeitos envolvidos nos cuidados – profissionais, pacientes e família/acompanhante. Por isso, mesmo em situações de rotina, pode haver a necessidade de decisões não programadas, que não estão previstas em manuais de padronização, pois vários fatores podem interferir no contexto dos cuidados e no processo de tomada de decisões. Constantemente, o Enfermeiro depara-se com situações de emergência que necessitam de decisões rápidas, com poucas alternativas de soluções. As decisões de alto risco são tomadas em condições de incertezas, constituindo um tipo de decisão imprevisível e não programada. Nessas condições, os fatores intervenientes são sempre imprevisíveis, subjetivos e incontroláveis. Nelas, a intuição, a flexibilidade e a criatividade são fundamentais. Como não podem ser programadas nem sempre são conscientemente desejadas e, raramente, são participativas, configuram-se como uma espécie de intervenção (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Os acontecimentos reais são determinados pela escolha entre as alternativas disponíveis para um comportamento imediato do ser humano. Num sentido restrito, uma decisão pode influir no futuro, apenas de duas maneiras. A primeira, voltada para um comportamento no presente, determinado por uma decisão, que pode limitar as possibilidades futuras. Segundo, as decisões futuras podem ser guiadas, em maior ou menor grau, pela decisão presente. É dessa possibilidade de influenciar a escolha futura, por meio de decisões presentes, que a ideia de um plexo de decisões decorre (PEREIRA; FONSECA, 1997).

Segundo Nunes (2006), na prática de cuidados da Enfermagem, a tomada de decisões pode ser subdividida em três dimensões: normativas, descritivas e prescritivas. As normativas concentram-se em como as decisões devem ser tomadas e enunciam normas, que são definidas, a partir de manuais que padronizam as intervenções e cuidados de Enfermagem, em situações rotineiras. As teorias descritivas procuram explicitar os meios pelos quais as decisões são definidas, como por exemplo, o Processo de Enfermagem, que envolve uma

metodologia assistencial, que tem como objetivo a definição dos cuidados de Enfermagem, a partir de um processo cíclico e com etapas interligadas. E, finalmente, as teorias prescritivas, resultado de um processo racional e lógico, que tem como objetivo prescrever a forma como os Enfermeiros tomam decisões.

Assim, corroborando com as ideias apresentadas pelos autores, pode-se considerar que a tomada de decisão está presente em todas as fases do processo de trabalho da Enfermagem. Ademais, as decisões tomadas pelos Enfermeiros podem elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam os comportamentos, o estabelecimento de relações de cuidado, de interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado.

3.4 A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CUIDAR: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM

O presente capítulo apresenta a identificação da produção científica da Enfermagem, acerca da tomada de decisões do Enfermeiro na implementação dos cuidados de Enfermagem. O mapeamento bibliográfico foi realizado, a partir de uma revisão integrativa, no mês de março de 2011, nas seguintes bases de dados: Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde (WHOLIS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), utilizando as palavras-chave *decision making and nursing*, no índice assunto. Os critérios para inclusão dos estudos, na presente revisão, foram: ter texto completo disponível na base de dados; ano de publicação, a partir de 2000; e abordar a tomada de decisões do Enfermeiro.

Foram encontrados, no total, 7.886 resultados. Considerando os critérios de inclusão, foram descartados: 7.764 estudos, que não disponibilizaram texto completo, na base de dados; e 108 estudos, que não abordaram a tomada de decisão do Enfermeiro. Assim, a presente revisão integrativa foi composta de 14 estudos, que contemplaram os critérios de inclusão.

Após essa seleção, foi realizada avaliação criteriosa dos estudos, a partir da leitura exploratória do texto completo, com intuito de coletar dados, por meio de um instrumento que conteve as seguintes questões: identificação numérica aleatória; periódico; ano de publicação; idioma; país de origem do primeiro autor; abordagem do estudo; área temática; e principais resultados referentes à tomada de decisões do Enfermeiro.

Para síntese dos dados, foi usada a análise qualitativa (SEVERINO, 2002), desenvolvida por meio da leitura analítica, seguindo as etapas de: análise textual, realizada a partir da leitura cuidadosa, obtendo-se uma visão mais abrangente dos dados; análise temática, buscando esclarecimentos a respeito do tema abordado; e análise interpretativa, na qual se desenrolou a problematização dos achados.

Das 14 produções científicas, dez estão indexadas na MEDLINE e quatro na LILACS. No âmbito nacional, o único periódico com publicações, acerca da temática em estudo, foi a Revista Latino-Americana de Enfermagem, com três estudos. A maioria dos estudos analisados possui primeiro autor de nacionalidade norte-americana, e três publicações possuem primeiro autor de nacionalidade brasileira. Em relação aos desenhos metodológicos dos estudos analisados, evidenciou-se que a maioria é pesquisa original com abordagem quantitativa. O Quadro 1 apresenta a citação dos artigos que compõem a presente revisão.

STREET, K.; ASHCROFT, R.; HENDERSON, A.; CAMPBELL, A. V. The decision making process regarding the withdrawal or withholding of potential life-saving treatments in a children' shospital. Journal of Medical Ethics , v.26, p.346-52, 2000.
MENKE, J. A.; BRONER, C. W.; CAMPBELL, D.Y.; MCKISSICK, M.Y.; EDWARDS-BECKETT, J.A. Computerized clinical documentation system in the pediatric intensive care unit. Medical Informatics and Decision Making , v.1, n.3, 2001.
SILVA, A. L. Intuitive ability in nursing care. Rev Latino-am Enfermagem , v.11, n.4, p. 429-35, Jul./Ago., 2003.
ANDERSON, R. A.; ISSEL, L. M.; MCDANIEL JR, R. R. Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes. Nurs Res , v.52, n. 1, p. 12–21, Set., 2003.
COOPER, A. B.; JOGLEKAR, A. J.; GIBSON, J.; SWOTA, A. H.; MARTIN, D. K. Communication of bed allocation decisions in a critical care unit and accountability for reasonableness. Health Services Research , v.5, n.67, 2005.
CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. 'New' public health and health promotion via education: between tradition and innovation. Rev Latino-am Enfermagem , v.13, n.3, p.415-22, Mai./Jun., 2005.
AMMENWERTH, E.; ILLER, C.; MAHLER, C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. Medical Informatics and Decision Making , v.6, n.3, Jan., 2006.
HOLMES, D.; PERRON, A. M.; SAVOIE, M. Governing therapy choices: Power/Knowledge in the treatment of progressive renal failure. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine , v.1, n.12, Dez.,2006.

CATHAIN, A. O.; MUNRO, J.; ARMSTRONG, I.; O'DONNELL, C.; HEANEY, D. The effect of attitude to risk on decisions made by nurses using computerised decision support software in telephone clinical assessment: an observational study. Medical Informatics and Decision Making , v.7, n.39, Nov., 2007.
CAMPBELL, E. T. Gaining Insight into Student Nurses' Clinical Decisionmaking Process. Aquichan , v.8, n.1, p.19-32, Abr., 2008.
GIVENS, J. L.; KIELY, D. K.; CAREY, K.; MITCHELL, S. L. Health Care Proxies of Nursing Home Residents with Advanced Dementia: Decisions They Confront and Their Satisfaction with Decision-Making. J Am Geriatr Soc , v.57, n.7, p.1149-55, Jul., 2009.
CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process. Rev Latino-am Enfermagem , v.17, n.6, p.139-45, Nov./Dez., 2009.
KAVANAUGH, K.; MORO, T. T.; SAVAGE, T.; REYES, M.; WYDRA, M. Supporting Parents' Decision Making Surrounding the Anticipated Birth of Extremely Premature Infant. J Perinat Neonatal Nurs , v.23, n.2, p.159-170, 2009.
KONTOS, P. C.; MILLER, K. L.; MITCHELL, G. J. Neglecting the Importance of the Decision Making and Care Regimes of Personal Support Workers: A Critique of Standardization of Care Planning Through the RAI/MDS. The Gerontologist , v.50, n.3, p.352-62, 2009.

Quadro 1. Citação dos artigos que compõem a revisão integrativa. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

De acordo com o levantamento da presente revisão, os estudos que abordaram o processo de tomada de decisões do Enfermeiro na implementação dos cuidados estão voltados, em sua maioria, à saúde do indivíduo adulto em situações clínicas, crônicas e críticas de saúde, à saúde do idoso e aos sistemas de informação em saúde.

A partir da compilação dos principais resultados e conclusões dos estudos analisados, foram estabelecidas duas categorias temáticas: a perspectiva micropolítica da tomada de decisões do Enfermeiro: os sujeitos envolvidos no cuidado; e a perspectiva macropolítica da tomada de decisões do Enfermeiro: conhecimentos científicos e sistema de apoio à decisão.

Os principais achados que delimitaram a categoria temática **“A perspectiva micropolítica da tomada de decisões do Enfermeiro: os sujeitos envolvidos no cuidado”** envolvem aspectos importantes da prática dos cuidados de Enfermagem e retratam os fatores que podem influenciar no comportamento do enfermeiro na tomada de decisão. Esses fatores estão condicionados a uma esfera micropolítica, relacionada aos sujeitos envolvidos no cuidado, quais sejam: os valores éticos, a intuição, as relações interdisciplinares e a relação entre o profissional e o paciente.

A perspectiva ética, presente na tomada de decisões do Enfermeiro, é abordada em um estudo norte americano, que enfocou o processo de formação desse profissional. Os autores

defendem a hipótese de que, quanto mais aprofundado o processo de formação do Enfermeiro nos princípios éticos, maior a confiança nos julgamentos morais, o que influencia diretamente a tomada de decisão. Além da inclusão e consolidação dos atributos éticos do Enfermeiro na esfera acadêmica, é destacada a importância de programas de educação continuada e capacitações, envolvendo a ética, no âmbito profissional. A falta de informações, a indisponibilidade de serviços de apoio e as limitações da autoconfiança dos Enfermeiros podem influenciar negativamente a capacidade de tomar decisões adequadas na prática dos cuidados (MENKE et al, 2001).

A intuição pode ser considerada um modelo de pensamento e um instrumento cognitivo importante para o julgamento clínico e as tomadas de decisão do Enfermeiro. Além do conhecimento científico, os sentimentos que permeiam o processo de tomar decisões, também, são recursos analíticos para realizar escolhas, frente à prática de cuidados. Um estudo que teve como objetivo compreender a habilidade intuitiva de profissionais de Enfermagem evidenciou que as experiências profissionais retratam a importância da intuição no cuidado, principalmente, em situações de dúvidas e de conflitos, nas quais necessitam tomar decisões para a melhor qualidade do cuidado de Enfermagem (SILVA, 2003).

A relação entre intuição e a experiência profissional, na tomadas de decisões, foi comprovada a partir de entrevistas com 78 profissionais da enfermagem. Os participantes do estudo, com habilidade intuitiva iniciante, demonstraram dificuldades em confiar em suas intuições. Foram considerados profissionais com habilidade padrão, aqueles que manifestaram autoconfiança na sua intuição, e que relataram situações marcantes, relacionadas à prática de cuidados, que se tornaram fontes de aprendizagem. Os profissionais com habilidade veterana foram considerados aqueles que declararam que a intuição é um processo natural e inato (SILVA, 2003).

Conforme o mesmo estudo, os fatores que interferem na experiência intuitiva e que podem influenciar as tomadas de decisão na implementação dos cuidados, descritos pelas profissionais participantes do estudo, estão ligados aos fatores ambientais e psicológicos. Os fatores ambientais incluíram a situação clínica do cliente, o apoio técnico disponível no serviço de saúde, a complexidade do cuidado e a filosofia organizacional. Em relação aos fatores psicológicos, esses profissionais destacaram a qualidade da relação profissional-cliente e o estado físico, psicológico e a imagem profissional como principais fatores que interferem na habilidade intuitiva dos trabalhadores da Enfermagem (SILVA, 2003).

A comunicação, os comportamentos de liderança e a formalização das escolhas, considerados elementos da gestão participativa, foram enfocados em um estudo que teve como objetivo identificar os resultados dos cuidados de Enfermagem, frente às tomadas de decisão dos profissionais atuantes em 164 instituições de longa permanência para idosos norte americanos. Os resultados deste estudo sugerem que a comunicação entre os sujeitos profissionais e a sua participação nas tomadas de decisão implicam diretamente na melhoria dos cuidados prestados. A criação de novas conexões organizacionais e profissionais para troca de informações foi fundamental para a determinação das condutas e para a resolução dos conflitos, revelando que os conhecimentos clínicos e as habilidades para a implementação dos cuidados não são os únicos fatores que podem influenciar nas tomadas de decisão dos profissionais de Enfermagem (ANDERSON; ISSEL; MCDANIEL JR, 2003).

Outro estudo, também realizado em instituição de longa permanência para idosos, teve como objetivo identificar os tipos de decisões que envolvem os cuidados a essa população e os fatores relacionados à satisfação, em torno da tomada de decisão. Foram avaliadas 232 decisões tomadas por 123 profissionais de Enfermagem. As decisões tomadas pelos profissionais envolvem cuidados voltados para o atendimento das necessidades humanas básicas, em especial daquelas relacionadas à ingesta alimentar e hídrica, ao tratamento de infecções e ao controle da dor. Outras decisões estavam relacionadas com os padrões respiratórios e a problemas de comportamento. Assim, os resultados do estudo sugerem que a satisfação dos profissionais de Enfermagem, em relação às decisões que envolvem a implementação dos cuidados, estão associadas, principalmente ao bem-estar e ao conforto do paciente (GIVENS et al, 2009).

Buscando compreender o processo das tomadas de decisão, durante o cuidado de pacientes adultos, em várias situações clínicas, um estudo realizado com estudantes de Enfermagem norte americanos evidenciou que os processos cognitivos e emotivos são utilizados nos julgamentos e nas escolhas dos cuidados de enfermagem. Nessa pesquisa, foram identificados elementos que influenciam nas tomadas de decisão: a reciprocidade harmoniosa, que representa uma partilha das decisões entre o estudante de Enfermagem e o paciente; as competências e as habilidades necessárias para identificar as necessidades e problemas de saúde dos pacientes; a precisão da percepção, que favorece a definição de um diagnóstico de Enfermagem adequado; e o heroísmo, a ansiedade e a frustração, nas situações em que as condutas de cuidado não tiveram êxito terapêutico (CAMPBELL, 2008).

As relações interdisciplinares, também, são consideradas como um fator que influencia a tomada de decisão na prática dos cuidados de Enfermagem. Um estudo realizado, no Canadá, buscou identificar as prioridades e a equidade no processo decisório, entre médicos e enfermeiros, para a liberação de leitos em uma unidade de tratamento intensivo para atendimento de indivíduos em situações clínicas e cirúrgicas (COOPER et al, 2005).

Algumas decisões precisam ser compartilhadas, no contexto das práticas de cuidado. Para tanto, duas perspectivas são importantes: a comunicação e a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Nas decisões de cunho interdisciplinar, na maioria das vezes, o Enfermeiro aparece como um sujeito passivo, sem considerar que todas as condutas terapêuticas estão intimamente ligadas à prática de cuidados.

Conforme Street et al (2000), observa-se a falta de envolvimento dos Enfermeiros em determinadas situações e decisões, na perspectiva terapêutica. Um estudo que teve como objetivo investigar os fatores práticos envolvidos no processo de decisão sobre a retirada ou recusa de um tratamento de suporte de vida em um hospital pediátrico, mostrou o desejo dos Enfermeiros em não se envolverem nessas decisões legais.

De acordo com Cooper et al (2005), as condutas assistenciais de outros profissionais também precisam envolver a participação do Enfermeiro, por ser este profissional responsável pela organização do ambiente do cuidado. A indicação de um tratamento intensivo é de responsabilidade do profissional médico. No entanto, os autores do estudo destacam a importância da participação do paciente e seus familiares e, principalmente, do Enfermeiro nas decisões que envolvem a conduta terapêutica.

Um estudo brasileiro, que teve como objetivo analisar o papel do Enfermeiro e do paciente no processo de tomadas de decisão em contextos da prática clínica, enfocou três conceitos fundamentais: saúde, autonomia e decisão clínica partilhada. Como resultado, despontou a perspectiva de oposição ao modelo paternalista de atenção à saúde, ainda vigente em âmbito nacional, que negligencia informações e o consentimento dos clientes para a implementação dos cuidados em saúde (CAMPOS; GRAVETO, 2009).

Essa mesma perspectiva foi evidenciada em um estudo desenvolvido na área da saúde mental, que enfocou a decisão compartilhada entre os profissionais da saúde, pacientes portadores de doença mental grave e seus familiares. Os resultados comprovaram que os Enfermeiros apresentam-se resistentes para compartilhar o plano de cuidados, informações e

aspectos que envolvem tomadas de decisão na implementação dos cuidados de Enfermagem (KAVANAUGH et al, 2009).

Ao longo da história, os Enfermeiros têm sido envolvidos no governo dos corpos individuais, através da produção e idealização de subjetividades, a partir do estabelecimento de normas para o "bom paciente", o "cidadão saudável" e a "mãe cuidadosa". Essa discussão é apresentada por um estudo realizado nos Estados Unidos da América e que aborda terapias disponíveis para o tratamento da doença renal crônica e o compartilhamento das decisões entre profissionais da Enfermagem e pacientes, acerca da implementação dos cuidados. Os poderes disciplinar e pastoral são, muitas vezes, obscurecidos por profissionais de saúde e, embora reconhecendo que esta análise seria aplicável a outros profissionais de saúde, que estão envolvidos no processo decisório de pacientes que enfrentam as opções de tratamento, os Enfermeiros ocupam uma posição estratégica, pois, estão próximos e continuamente em contato com esses pacientes (HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006).

A comunicação fornece informações e conhecimentos que podem subsidiar a participação do paciente na tomada de decisão. Uma das estratégias para envolvê-lo nas práticas de cuidado é a adaptação da linguagem do Enfermeiro para favorecer o processo comunicativo e o seu entendimento. O compartilhamento das condutas que envolvem os cuidados de Enfermagem implica as tomadas de decisão com e para o paciente, através da negociação de estratégias e estabelecimento de resultados em conjunto. As decisões em contexto clínico necessitam incluir a avaliação dos recursos disponíveis, dos desejos do paciente, dos conhecimentos cognitivos que os Enfermeiros possuem da sua prática e, ainda, dos aspectos específicos que envolvem cada situação. Os profissionais precisam apoiar e dar informação aos clientes, de forma a diluir as barreiras que dificultam o seu envolvimento no processo de decisão (CAMPOS; GRAVETO, 2009).

Apesar da produção científica específica da Enfermagem, acerca da decisão compartilhada entre profissional da Enfermagem e paciente, ainda ser incipiente, no âmbito internacional, o Modelo de Decisão Ottawa vem sendo amplamente utilizado para apoiar estudos, acerca dessa temática. Esse modelo baseia-se na avaliação do cliente e nas práticas determinantes das decisões, favorecendo a decisão e avaliação da qualidade e dos resultados da decisão. Esse marco teórico foi utilizado em um estudo de caso que abordou a decisão compartilhada entre Enfermeiros e demais profissionais da Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. Em relação aos profissionais da Enfermagem, buscou analisar as

percepções das decisões, o conhecimento utilizado e as expectativas. Também, avaliou as percepções dos pacientes sobre as decisões tomadas (KAVANAUGH et al, 2009).

A categoria temática “**A perspectiva macropolítica das decisões do Enfermeiro: o conhecimento científico e os sistemas de apoio à decisão**”, é composta por fatores que influenciam as tomadas de decisão na implementação dos cuidados de Enfermagem, em uma perspectiva macropolítica. Nessa esfera, desponta a necessidade dos conhecimentos científicos e a interferência da cultura organizacional da instituição de saúde para a identificação dos problemas e das necessidades dos indivíduos, assim como das alternativas de cuidado mais adequadas.

A necessidade de identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, de buscar informações científicas pertinentes ao problema e de avaliar a validade das informações, foram conclusões de um estudo brasileiro, que teve como objetivo discutir a aplicação de princípios da prática baseada em evidência às decisões diagnósticas no cuidado de enfermagem (CRUZ; PIMENTA, 2005). O desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico é fundamental para que o enfermeiro tome decisões adequadas na prática de cuidados. No entanto, a padronização dos cuidados, a partir de protocolos, desde que permitam o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico, também, podem contribuir no processo decisório na implementação dos cuidados de Enfermagem.

Na prática clínica, frequentemente, o Enfermeiro tem que trabalhar com um número reduzido de manifestações, interpretando-as para afirmar um diagnóstico de Enfermagem. Nem sempre os pacientes apresentam todas as manifestações de um diagnóstico, conforme elas são indicadas em livros textos ou nas classificações de diagnósticos de enfermagem. Além disso, vários diagnósticos compartilham características definidoras, dificultando o estabelecimento de diagnósticos com alto grau de acurácia. Assim, a tomada de decisão clínica do Enfermeiro requer o desenvolvimento de habilidades especiais, que incluem a identificação de fontes de informações pertinentes, a aplicação de conceitos de estatística e epidemiologia, além de habilidades cognitivas e hábitos mentais característicos do pensamento crítico, essenciais para a integração produtiva de todas essas condições (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Essa perspectiva é apresentada por Kontos, Miller e Mitchell (2009), em um estudo que enfocou a padronização dos cuidados em uma instituição de longa permanência para idosos. De acordo com os pressupostos defendidos pelos autores, o distanciamento entre o planejamento e a implementação dos cuidados pode negligenciar as tomadas de decisão dos

profissionais e, assim, prejudicar a qualidade das intervenções, além de interferir negativamente no processo de individualização dos cuidados. O estudo aponta a necessidade de considerar os registros diários dos cuidadores para o planejamento dos cuidados, tendo em vista o contato direto que desempenham na atenção aos idosos institucionalizados e em instituições que, na maioria das vezes, conta com apenas um Enfermeiro que desenvolve o plano e a prescrição de cuidados, delegando as intervenções para estes profissionais.

As ferramentas de apoio para as tomadas de decisão do Enfermeiro na prática de cuidados são amplamente utilizadas no âmbito internacional, embora, ainda timidamente, no Brasil. Os sistemas informatizados de apoio à decisão podem favorecer a escolha e delimitação das prioridades dos cuidados, desde que permitam o desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico do Enfermeiro. Em relação a essa perspectiva, foram encontrados estudos que buscam analisar a utilização dessas ferramentas de apoio às tomadas de decisão do Enfermeiro.

Um estudo desenvolvido na Escócia buscou explorar as atitudes dos Enfermeiros, frente às situações de risco, a partir da utilização de *software* para o suporte à decisão, em um serviço telefônico de avaliação em saúde. Apesar dos Enfermeiros apoiarem-se no sistema informatizado para realizar as orientações e encaminhamentos aos clientes que buscam o serviço, foi observada uma variação importante nas decisões tomadas por estes profissionais (CATHAIN et al, 2007).

Segundo Cathain et al (2007), essa situação evidencia que, mesmo com a utilização de protocolos e programas de computador para suporte às decisões clínicas em Enfermagem, podem ocorrer variações das decisões, frente aos cuidados de saúde. Os fatores relacionados à variabilidade de decisões dos Enfermeiros podem estar associados ao tipo de *software* e ao tempo de experiência profissional. Apesar dos Enfermeiros perceberem o suporte informatizado para a tomada de decisões como uma rede de segurança, destacam a necessidade de especialização e capacitação dos profissionais para julgar e considerar as recomendações fornecidas pelo *software* para, então, realizar as orientações aos clientes que buscam aconselhamento nesse serviço.

Um estudo de caso realizado por Ammenwerth, Iller e Mahler (2006), em um hospital escola da Alemanha buscou investigar a utilização de sistemas de informação clínica, relacionando os fatores sociais e organizacionais que influenciam na adoção dessa ferramenta e os efeitos da utilização do sistema de informação na prática de cuidados. Os achados desse estudo indicaram que fatores importantes podem influenciar nas decisões tomadas pelos

Enfermeiros, a partir dos sistemas de informação clínica: as habilidades individuais, características da tecnologia e exigências e complexidades das situações de cuidado.

No entanto, outras perspectivas precisam ser consideradas: o comprometimento dos Enfermeiros em realizar as documentações e registros nos prontuários informatizados dos pacientes. Esse aspecto importante, pois dentre os sistemas de informação mais utilizados, estão aqueles voltados para a implementação do Processo de Enfermagem, que se constitui em uma metodologia assistencial com etapas interrelacionadas e dependentes. O estudo destaca que indivíduos e tarefas são bastante diferentes nos vários contextos, exigindo alta flexibilidade do sistema desse informática (AMMENWERTH; ILLER; MAHLER, 2006).

Menke et al (2001), evidenciaram que o sistema de documentação clínica influencia no tempo dedicado aos cuidados de Enfermagem, na avaliação dos erros de administração de medicação, na agilidade da tomada de decisão clínica e na qualidade da documentação da avaliação clínica e dos cuidados de Enfermagem implementados. Os principais resultados encontrados indicam que o sistema informatizado de registros clínicos diminui o tempo dedicado pelos Enfermeiros para a documentação e, conseqüentemente, há um aumento do tempo disponível para atuação e implementação dos cuidados diretos ao paciente.

Outro benefício da documentação clínica informatizada é a redução de erros na administração de medicação, pois, a descrição do medicamento, dose e horário são legíveis, e a ligação do sistema com a unidade de distribuição de medicamentos evita o atraso da sua disponibilidade na unidade de internação. Em relação às tomadas de decisão do Enfermeiro, o sistema de documentação clínica pode favorecer o acesso aos dados do paciente, por exame e resultados de exames laboratoriais, o que agiliza o tempo para avaliar os resultados e direcionar os cuidados de Enfermagem (MENKE; BRONER; CAMPBELL; MCKISSICK; EDWARDS-BECKETT, 2001).

Em suma, foi possível apreender a partir da revisão apresentada, que a esfera micropolítica da tomada de decisões do Enfermeiro envolve fatores, tais como os valores éticos, a intuição, as relações interdisciplinares, e a relação entre o profissional e o paciente. Os fatores micropolíticos que influenciam na tomada de decisões do Enfermeiro envolvem aspectos pertencentes a esfera relacional dos sujeitos que compartilham as práticas de cuidado.

A esfera macropolítica comporta fatores que determinam a produção e manifestação da subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisão em uma perspectiva global. Dentre estes estão o conhecimento do Enfermeiro para subsidiar o pensamento crítico e o raciocínio

clínico, e os sistemas informatizados como ferramentas de apoio à decisão. Nessa esfera desponta, também, a interferência da cultura organizacional da instituição de saúde para a identificação dos problemas e das necessidades dos indivíduos assistidos, assim como das alternativas de cuidado mais adequadas para a prática dos cuidados de Enfermagem.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente seção apresenta o percurso metodológico utilizado na coleta e análise dos dados, com vistas a alcançar os objetivos propostos no estudo. Inicialmente, explicita-se o delineamento da pesquisa qualitativa, abordagem adotada nesta pesquisa. Em seguida, são apresentados o cenário investigativo e os participantes do estudo, elementos que compõem o universo empírico da pesquisa. Na coleta de dados, especificam-se todos os aspectos que envolveram a operacionalização dos encontros desenvolvidos no grupo focal. Os aspectos éticos envolvidos com a pesquisa também são considerados nessa seção. E, por fim, apresenta-se a análise temática, técnica utilizada para o tratamento de dados.

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA

O delineamento da pesquisa direciona o planejamento, a implementação e a análise de um estudo. A definição do delineamento tem como base o problema de pesquisa e o fenômeno a ser estudado. Esse é o primeiro e mais importante passo na condução de uma pesquisa cientificamente sólida (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

O delineamento da pesquisa qualitativa tem como fundamentação o paradigma naturalista. A filosofia naturalística afirma que a realidade é subjetiva, ao invés de objetiva. Na pesquisa qualitativa, o processo de pesquisa é indutivo e começa com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem o foco para o estudo, sem esvaziar, prematuramente, aspectos da experiência que possam ser julgados importantes ou relevantes. Busca-se, a partir dessa abordagem, evidenciar a evolução das ideias, a partir da descrição e interpretação de fenômenos passíveis de investigação, utilizando como matéria a experiência humana (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

No presente estudo, foi adotado o delineamento qualitativo de pesquisa, cujo enfoque foi a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões na implementação dos cuidados de Enfermagem, um fenômeno que integra elementos ainda pouco explorados

no âmbito científico. Assim, este estudo também se caracteriza como do tipo exploratório. De acordo com Gil (2008), este tipo de pesquisa visa a proporcionar maior familiaridade com um problema, favorecendo a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência do fenômeno em estudo.

4.2 O UNIVERSO EMPÍRICO DA PESQUISA: CENÁRIO INVESTIGATIVO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para definir o cenário investigativo do presente estudo, foram considerados dois critérios: ser instituição hospitalar; e ter uma aproximação prévia entre a pesquisadora e a forma de organização do serviço e do processo de trabalho dos Enfermeiros atuantes na instituição hospitalar.

Para o presente estudo, foi considerado como cenário investigativo o ambiente hospitalar, pois este possui especificidades e contextos ímpares, distintos da pluralidade das demais instituições de assistência à saúde. Na maioria das instituições hospitalares, a organização do trabalho segue normas e rotinas que regem serviços internos, que influenciam e definem o comportamento e as atitudes dos trabalhadores, ou seja, determinam os modos de produção de subjetividade de todos os sujeitos que compartilham as práticas assistenciais: trabalhadores da saúde, pacientes e familiares.

Ademais, o trabalho da Enfermagem, nas instituições hospitalares, segue a perspectiva de uma cultura enraizada em sistemas hierárquicos que determinam o modo de pensar, organizar e desenvolver o trabalho. O processo de trabalho do Enfermeiro, no âmbito hospitalar, está direta ou indiretamente voltado para as práticas de cuidado embasadas em tomada de decisões, que são influenciadas pela subjetividade, produzida e consumida nesse contexto. Desta forma, entende-se que o processo de trabalho do Enfermeiro, em qualquer ambiente hospitalar, se torna o fenômeno mais viável para analisar o modo de produção de subjetividade do Enfermeiro na prática dos cuidados de Enfermagem.

Considerando o segundo critério de seleção do local de estudo, entendeu-se que, para abordar a temática em questão, seria imprescindível que a pesquisadora compreendesse a

organização da instituição hospitalar e o processo de trabalho dos Enfermeiros. A compreensão desses aspectos favoreceu a condução da pesquisa, considerando, especificamente o presente estudo, no qual emergiram situações de tomada de decisões pertencentes a prática de cuidados vivenciadas pelos Enfermeiros.

Assim, para o presente estudo, a escolha da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, como cenário investigativo, deve-se à trajetória profissional da pesquisadora na referida instituição hospitalar, atuando como Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulta (2006 a 2009). A experiência profissional permitiu a compreensão do processo de trabalho dos Enfermeiros, das demandas de atendimento da população e da forma de organização do serviço, o que permitiu uma maior propriedade para problematizar o fenômeno em estudo.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento da presente pesquisa em outra instituição hospitalar, exigiria um período prévio de reconhecimento e aproximação do ambiente das práticas de cuidado, suficientemente, para permitir a compreensão da organização da instituição hospitalar e do processo de trabalho dos Enfermeiros. Esse processo de aproximação com o local de estudo, ocasionaria aumento do período destinado à coleta de dados da pesquisa e, conseqüentemente, um prolongamento do processo de doutoramento.

Ademais, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande retrata a realidade da maioria dos serviços hospitalares, constituindo-se como um ambiente assistencial que permite analisar a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões na prática dos cuidados de Enfermagem. Essa instituição é considerada um Hospital de grande porte, localizado no Município do Rio Grande/RS. Caracteriza-se como filantrópica de ensino e é dividida em três complexos hospitalares: Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Hospital de Cardiologia e Oncologia. Essa instituição oferece aproximadamente 410 leitos de internação, atendendo, além da demanda local, pacientes de todas as regiões do Estado do Rio Grande do Sul.

Em relação à composição da amostra de sujeitos, Driessnack, Sousa e Mendes (2007) destacam a pesquisa qualitativa pode contar com poucos participantes e muitas variáveis. Na pesquisa qualitativa, os participantes são selecionados, propositalmente, pelas suas experiências com relação ao fenômeno de interesse. Tamanhos típicos de amostras variam, sendo que o poder da pesquisa qualitativa está na riqueza da descrição e detalhes de experiências específicas, processos sociais, culturas e narrativas.

Nesse sentido, o processo de escolha dos participantes desta pesquisa seguiu as orientações de Minayo (2008). Conforme a autora, o processo de definição da amostra qualitativa deve considerar alguns critérios, que garantam a escolha de participantes que revelem informações condizentes com as experiências e expressões que se pretende conhecer a partir da pesquisa.

Os participantes do estudo foram Enfermeiros atuantes na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Atuam 120 Enfermeiros nessa instituição. Na perspectiva do presente estudo, foram convidados a participar todos os Enfermeiros da instituição, independente da área de especialização ou atuação, considerando-se que essa variação do ambiente e do objeto de trabalho poderia contribuir e enriquecer as reflexões e diálogos, durante os grupos focais. O critério para seleção dos Enfermeiros foi estarem atuando, ativamente, durante o período da pesquisa, ou seja, não se encontrarem em qualquer tipo de afastamento da instituição.

Para o presente estudo, não foi limitado o número de inscrições de Enfermeiros. A captação dos Enfermeiros para participar do estudo foi efetuada mediante convite (APÊNDICE 1), entregue em todas as unidades de internação da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Nesse convite, foram apresentados os objetivos e a metodologia do estudo, além de um espaço para a inscrição e registro do telefone de contato dos Enfermeiros interessados em participar do estudo, que foram contatados e convidados para participar do encontro focal.

Segundo Dall’Agnol e Trench (1999), a dimensão do grupo focal com, no mínimo seis, e, no máximo, doze participantes, é adequada. Assim, mediante o número de inscritos, foi formado um grupo focal, consolidado com a participação de doze enfermeiros na faixa etária entre 23 a 35 anos. A grande maioria (nove) é egressa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. O grupo de participantes apresentava variabilidade, em relação ao tempo de formação, entre cinco meses a oito anos.

Um aspecto interessante acerca dos participantes diz respeito à qualificação profissional em programas de pós-graduação. Dos doze Enfermeiros participantes do estudo, quatro possuem especializações, dois com especializações em andamento, um participante com o título de mestre em Enfermagem, e dois participantes com mestrado em Enfermagem em andamento.

Em relação ao local de atuação dos participantes, em sua maioria (nove), desenvolviam atividades em unidades, nas quais os mesmos estão em contato direto com os pacientes e familiares. Um participante atuava no setor de esterilização de materiais e dois participantes atuavam no serviço integrado de educação continuada da instituição.

4.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, que possibilita o acesso a informações, com maior profundidade, acerca de um fenômeno, na medida em que diferentes olhares e opiniões são manifestados pelos participantes do grupo, e ao mesmo tempo, são elaboradas certas percepções ainda mantidas na latência (DALL'AGNOL, 2012; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

A opção por essa técnica justifica-se pelo entendimento de que o grupo focal pode fornecer informações acerca da percepção e manifestação das vivências dos participantes, e de suas histórias individuais que se constroem nas interações humanas. Essa perspectiva se aproxima da abordagem já apresentada nessa proposta de tese, que envolve a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem.

No âmbito científico da Enfermagem, o grupo focal é utilizado como técnica de coleta de dados, por favorecer a exploração de temas que necessitam de uma interação efetiva com os sujeitos. Além disso, essa técnica permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e entender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam os cuidados de Enfermagem (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2007).

Para a implementação do grupo focal, alguns aspectos relevantes foram considerados: a composição e dimensão do grupo; a operacionalização dos encontros do grupo, que envolveu o ambiente de encontro e o número e a duração dos encontros; e o planejamento e condução das reflexões e discussões, com atividades estimulantes e suficientes para explorar a temática em estudo (KITZINGER, 2009).

Segundo Dall’Agnol e Trench (1999), no grupo focal, a seleção da amostra poderá ser intencional, de acordo com os objetivos do estudo. Na composição do grupo, deve-se levar em conta que os integrantes tenham, entre si, traços comuns importantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes. A frequência de participação dos nove Enfermeiros nos encontros focais está ilustrada, no Quadro 2.

Enfermeiros participantes	1º encontro focal	2º encontro focal	3º encontro focal
Enf1			
Enf2			
Enf3			
Enf4			
Enf5			
Enf6			
Enf7			
Enf8			
Enf9			
Enf10			
Enf11			
Enf12			
Total	8	10	9

Quadro 2. Distribuição dos Enfermeiros participantes, de acordo com a frequência nos encontros focais. Rio Grande, 2011.

Considerando a operacionalização do grupo focal, foram realizados três encontros, no período de 12 a 15 de dezembro, período sugerido pelos próprios participantes. A duração dos encontros foi de aproximadamente duas horas, considerando um tempo inicial para a interação dos participantes, e um espaço de tempo final, que foi destinado ao encerramento da sessão (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999).

Um ambiente que assegure a privacidade e o conforto, neutro e de fácil acesso, é fundamental para que os participantes consigam expressar suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sobre o fenômeno abordado (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999). No presente estudo, os encontros foram realizados no Laboratório Térreo de Enfermagem, da Área Acadêmica do Campus da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande. Esse ambiente ofereceu todos os quesitos necessários para o desenvolvimento dos encontros do grupo focal. Além da preocupação com a organização do ambiente, outros elementos foram importantes para o desenvolvimento do grupo focal: o moderador e o observador não participante.

A função de moderador do grupo focal foi assumida pela pesquisadora, que teve como incumbência facilitar e conduzir as reflexões e o diálogo entre os participantes. Outras atribuições do moderador foram: realizar a abertura da sessão; apresentar a equipe de pesquisa (moderador e observador) para os participantes; fornecer informações sobre o encontro, esclarecendo objetivos e finalidades do estudo; promover a apresentação dos participantes entre si; esclarecer as dinâmicas de discussão; fomentar opiniões divergentes; estabelecer o *setting* (contrato inicial, no qual estão previstos os aspectos éticos da pesquisa, os compromissos dos pesquisadores e dos participantes); propor questões para o debate; sintetizar os momentos anteriores, concedendo espaços aos participantes; e encerrar a sessão (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O observador não participante teve uma função importante no grupo focal, registrando todas as expressões e manifestações presentes no diálogo entre os participantes. Na presente pesquisa, foi convidada uma Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, atuante no grupo de pesquisa para atuar como observadora dos encontros focais.

Para sistematizar esse processo foi utilizado um roteiro (APÊNDICE 2), contendo alguns aspectos considerados pertinentes à observação. O observador também atuou como colaborador do moderador, controlando o tempo e monitorando materiais e equipamentos utilizados nas sessões focais. Ao final de cada encontro, o observador e o moderador realizavam o fechamento do relatório de observação, retratando suas percepções acerca das reflexões e discussões fomentadas no encontro.

O desenvolvimento do grupo focal requer o domínio teórico do tema a ser discutido e a clareza do fenômeno, do objeto e da metodologia da pesquisa (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Para fomentar a reflexão e o diálogo, as sessões focais foram conduzidas a partir de guias de temas, que consistiram em roteiros elaborados para cada encontro, contendo os objetivos, a descrição da operacionalização do encontro e as questões disparadoras da sessão.

Foram estruturadas questões disparadoras compreensível aos participantes e que traduziram os elementos que compuseram o objeto de estudo – produção de subjetividade para a tomada de decisões do Enfermeiro no processo de cuidar em Enfermagem. Para tanto, buscou-se uma articulação entre o objetivo geral e objetivos específicos, e os fundamentos teóricos apresentados no capítulo de revisão de literatura, em especial as perspectivas apresentadas por Guattari e Rolnik (2010), acerca da noção de subjetividade e de produção de

subjetividade, e a definição de tomada de decisões, apresentada por Pereira e Fonseca (1997). O Quadro 3 apresenta os fundamentos teóricos que originaram as questões disparadoras:

Fundamento teórico	Questões disparadoras
<p>A subjetividade é a manifestação do comportamento, do desejo, das atitudes, linguagem e percepção de mundo dos indivíduos.</p> <p>Produção de subjetividade é um processo que define o conjunto de comportamentos que dão condições para que instâncias individuais e coletivas estejam em posição de emergir como território auto-referencial.</p> <p>Tomada de decisões envolve o sentido de um agir, de um comportamento, que responda a uma necessidade, repercutindo na escolha de um comportamento, entre alternativas propostas, com o objetivo de alcançar um objetivo.</p>	<p>Como você percebe a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados?</p> <p>De que forma as decisões interferem no seu comportamento frente às práticas de cuidado?</p> <p>Como você percebe que os outros percebem a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados?</p>
<p>A tomada de decisões do Enfermeiro no processo de cuidar em Enfermagem é um processo que envolve comportamentos direcionados a identificação dos problemas e das alternativas para solucioná-los, seleção da(s) alternativa(s) e prioridades, implementação de ações e da avaliação das consequenciais.</p>	<p>Você considera que o Enfermeiro assume o papel de decisor na prática de cuidados?</p> <p>Que situações exigem a tomada de decisão do Enfermeiro?</p> <p>Todas as decisões que você toma, você implementa?</p>
<p>Fatores macropolíticos da produção de subjetividade estão relacionados a agenciamentos e ambientes determinados em nível das determinações sociais, culturais e econômicos, contemplando uma dimensão mais global.</p> <p>Fatores micropolíticos da produção de subjetividade envolvem processos intrapessoais. São perspectivas relacionais dos indivíduos consigo mesmo e com outras pessoas e ambientes.</p> <p>Na prática de cuidados, a tomada de decisão emerge da necessidade de ações de cuidado. É um processo que não se restringe a atividade mental do Enfermeiro, mas também as perspectivas socioambientais do contexto assistencial.</p>	<p>Que dificuldades você encontra para implementar as decisões?</p> <p>Quais os fatores que interferem nas suas decisões e, conseqüentemente, nos seus comportamentos na prática de cuidados?</p>

Quadro 3. Apresentação dos fundamentos que originaram as questões disparadoras dos encontros focais. Rio Grande, 2011.

A documentação dos dados foi realizada, mediante a gravação em áudio das sessões focais. A seguir, é descrita a operacionalização dos três encontros focais realizados no presente estudo.

O primeiro encontro do grupo focal, conduzido a partir do Guia de Tema 1 (APÊNDICE 3), objetivou compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro. Nesse encontro, estiveram presentes oito enfermeiros.

Na abertura dessa sessão focal, os participantes foram acolhidos pelo moderador e o observador. Nesse momento inicial, os participantes também foram informados sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como esclarecidos acerca das dinâmicas desenvolvidas na sessão focal. Ainda, foi estabelecido o *setting*, definindo o contrato inicial

entre os participantes e o pesquisador, no qual foram previstos os aspectos éticos da pesquisa, os compromissos dos pesquisadores e dos participantes, a definição dos horários e datas dos encontros focais e o estabelecimento das regras básicas para as dinâmicas de discussão.

Após a abertura da sessão e colhimento dos participantes, foi entregue um formulário autoaplicável (APÊNDICE 4) para os participantes, contendo questionamentos acerca do seu perfil profissional. Posteriormente, foi conduzida a sessão, a partir de questões disparadoras, que tiveram como finalidade resgatar a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro, apresentadas a seguir: 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? Como você percebe que os outros percebem a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados? No encerramento do primeiro encontro focal, foi realizada a síntese das ideias emergentes e as combinações para o próximo encontro.

O segundo encontro do grupo focal, conduzido a partir do Guia de Tema 2 (APÊNDICE 5), teve como objetivo resgatar as informações fomentadas na primeira sessão, buscando aprofundar o enfoque na relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro. Nesse encontro, estiveram presentes dez enfermeiros. Após a abertura da sessão e acolhimento dos participantes, teve início o debate que foi fomentado pelas seguintes questões disparadoras: 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?

No encerramento do segundo encontro focal, foi realizada a síntese das ideias emergentes e as combinações para o próximo encontro.

O terceiro encontro do grupo focal, conduzido a partir do Guia de Tema 3 (APÊNDICE 6), teve como finalidade identificar os fatores que subsidiam a tomada de decisões do Enfermeiro na implementação dos cuidados de Enfermagem. Nesse encontro, estiveram presentes nove enfermeiros. Após a abertura da sessão e acolhimento dos participantes, a discussão no grupo foi fomentada a partir da seguinte questão disparadora: Quais os fatores que interferem nas suas decisões e, conseqüentemente, nos seus comportamentos na prática de cuidados?

O terceiro e último encontro focal foi encerrado com a síntese das ideias emergentes das discussões. Também foi realizada uma confraternização entre os participantes, moderador e observador.

4.4 PERSPECTIVAS ÉTICAS DA PESQUISA

O presente estudo seguiu as perspectivas éticas apresentadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Essa resolução garante, ao indivíduo e coletividade, quatro referências básicas da bioética: autonomia; não maleficência; benefícios; e justiça; proporcionando os direitos e deveres referentes à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Assim, para a sua eticidade, primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, obtendo aprovação mediante protocolo número 008/2011 (ANEXO 1). A participação dos Enfermeiros no grupo focal foi formalizada, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 7), que foi entregue aos participantes, no primeiro encontro, em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e outra ao participante, assinadas por ambos e com rubricas em todas as páginas. Nesse termo, foram apresentados os dados de identificação do projeto e dos pesquisadores, as informações acerca dos objetivos e da metodologia proposta e dos meios de contato com pesquisador responsável, garantindo ao participante a possibilidade de sanar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

A participação dos Enfermeiros foi voluntária, isto é, a qualquer momento os mesmos poderiam se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Ficou garantido aos participantes que a pesquisa seria isenta de influências que pudessem interferir no vínculo empregatício dos participantes e que não haveria custo ou quaisquer compensações financeiras aos participantes.

Também foi garantida a confidencialidade das informações, sendo que as mesmas foram tratadas de forma anônima e confidencial, 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).

Os dados coletados foram utilizados, apenas, nesta pesquisa e, farão parte das publicações científicas oriundas deste estudo. Após o encerramento da pesquisa, todos os dados coletados foram guardados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na sede do Grupo de Estudos e Pesquisa em Organização do Trabalho em Enfermagem e Saúde e permanecerão, sob responsabilidade do coordenador do grupo, durante cinco anos, sendo incinerados após esse período.

Considera-se que a realização dessa pesquisa não ocasionou nenhum tipo de constrangimento aos Enfermeiros participantes. Os benefícios do desenvolvimento do estudo estão relacionados à possibilidade de produção de conhecimento científico acerca da temática em enfoque, subsidiando a qualificação profissional da Enfermagem. Essa é a principal intenção da pesquisadora com os resultados obtidos a partir da pesquisa, sendo que os mesmos serão divulgados em eventos e revistas científicas da Enfermagem e áreas afins. Ademais, destaca-se que os resultados obtidos no presente estudo compõem o relatório final de pesquisa que será disponibilizado ao Núcleo de Educação Continuada da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, que poderá oferecer subsídios para a formulação de projetos de aperfeiçoamento aos Enfermeiros e demais trabalhadores da Enfermagem.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada a transcrição literal das gravações em áudio, obtidas nas três sessões focais. Além das transcrições, foram considerados os dados obtidos a partir do formulário autoaplicável dos participantes e o relatório de observação dos encontros focais. Esse conjunto de dados foi submetido à análise de conteúdo, que consiste em uma técnica de

pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto. Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito e, a partir deste, são categorizadas as unidades de texto, palavras ou frases, que se repetem e inferem uma expressão que as representem (BARDIN, 2009).

No âmbito científico da Enfermagem, a técnica de análise de conteúdo tem sido amplamente utilizada, tendo como principal referencial Bardin (2009). De acordo com essa autora, a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

A técnica de análise de conteúdo compôs-se de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa, foi realizada a leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. Os indicadores utilizados nessa etapa da análise emergiram das definições teóricas que fundamentaram a elaboração das questões disparadoras, apresentadas no Quadro 3. Na segunda etapa, os dados foram codificados, a partir das unidades de registro, ou seja, de acordo com as definições teóricas dos indicadores.

Na última etapa, os dados foram categorizados, ou seja, os elementos foram classificados, segundo suas semelhanças e suas diferenciações, com posterior reagrupamento, a partir das características comuns. A análise de conteúdo costuma ser feita, através do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas, a partir da construção de categorias que emergem dos temas presentes no texto, identificando os elementos em comum, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 2009).

No presente estudo, foi adotada a análise por categorias temáticas. Essa técnica de análise teve como objetivo o desmembramento do texto em unidades, que foram categorizadas em classes de equivalências. A estruturação das categorias temáticas se desenrolou a partir da codificação dos dados, segundo os indicadores teóricos, que foram aproximados as perspectivas teóricas apresentadas por Guattari e Rolnik (2010), acerca dos sistemas de cultura, e dos processos macro e micropolíticos da produção de subjetividade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de mostrar os achados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de três artigos científicos, elaborados de acordo com as normas de periódicos nacionais indexados, que correspondem ao alcance dos objetivos propostos e dão sustentação à tese formulada.

O primeiro artigo, intitulado “**Relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisão do Enfermeiro**”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista Latino Americana de Enfermagem. Esse artigo responde ao objetivo específico de compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro.

O segundo artigo, intitulado “**Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões: uma perspectiva ecossistêmica**”, corresponde ao objetivo específico de identificar quais os fatores macropolíticos e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que permeiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem. Esse artigo foi elaborado de acordo com as normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O terceiro artigo, que apresenta como título “**Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões**” contemplou o objetivo principal do estudo: analisar os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro na tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem. Esse manuscrito foi elaborado de acordo com as normas da Acta Paulista de Enfermagem.

ARTIGO 1

Relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisão do Enfermeiro*

Objetivou-se compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro. Foi adotado o delineamento qualitativo de pesquisa, do tipo exploratório. O universo empírico da pesquisa teve como cenário investigativo 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 temática dos dados, quatro categorias foram definidas *a priori*, segundo os sistemas de produção da subjetividade apresentados por Guattari e Rolnik: sistema capitalista, sistema de submissão, sistema hierárquico e sistema de valores. Conclui-se que o controle da subjetivação é mediado, principalmente, pelo sistema capitalista, que domina a produção de subjetividade do Enfermeiro para tomar as decisões na prática de cuidados.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Tomada de decisões; Grupos focais.

Relation between the production of subjectivity and decision-making of Nurse

The objective was to understand the relationship between the process of decision-making and the Nurse's production of subjectivity. It was adopted a qualitative research design, exploratory type. The empiric universe of investigative research took place at a charity hospital in the State of Rio Grande do Sul. The study participants were twelve Nurses working in this institution. For data collection, were used the technique of focus group, with three focal meetings conducted in december 2011. From the thematic analysis, four categories were *a priori* defined, according to the subjectivity production systems presented by Guattari and Rolnik: the capitalist system, submission, hierarchy and values. It is concluded that subjectivity control is mainly mediated by the capitalist system, which dominates the Nurses' production of subjectivity to make decisions in the practice of care.

Descriptors: Nursing; Nursing care; Decision making. Focus groups.

Relación entre la producción de la subjetividad y toma de decisiones del Enfermero

El objetivo era entender la relación entre el proceso de toma de decisiones y la producción de la subjetividad del Enfermero. Se adoptó un diseño de investigación cualitativo del tipo exploratorio y explicativo. El universo empírico de la investigación se llevó a cabo en un hospital de caridad 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 realizados en diciembre de 2011. A partir del análisis temática de los datos, cuatro categorías definidas *a priori*, de acuerdo con los sistemas de producción de la subjetividad presentados por Guattari y Rolnik: el sistema capitalista, el sistema de sumisión, el sistema jerárquico y el sistema de valores. Se concluye que el control de la subjetivación está mediado principalmente por el sistema capitalista, que domina la producción de la subjetividad de los Enfermeros para tomar decisiones en la práctica de la atención.

Descritores: Enfermería; Atención de enfermería; Tomada de decisiones; Grupos focales.

INTRODUÇÃO

* Artigo elaborado de acordo com as normas de publicação da Revista Latino America de Enfermagem. Disponível em <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm> Acessado em: 14 de maio de 2012.

A prática profissional da Enfermagem tem à disposição conhecimentos científicos próprios da área, que vêm oportunizando o aprimoramento do processo de cuidar e do modo de ser Enfermeiro. No entanto, percebe-se que algumas características subjetivas permanecem nesse modo de ser Enfermeiro e de exercer a Enfermagem. Essa subjetividade não atinge somente o corpo, mas a alma desse sujeito, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de querer ser Enfermeiro⁽¹⁾.

A subjetividade é resultado de uma produção em massa, essencialmente fabricada e modelada na esfera social. Isso comprova que a subjetivação está, fundamentalmente, descentrada da individuação. Essa produção é adjacente a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, de processos de produção e de mutações do universo de valor e de história dos indivíduos, o que gera um modo de controle da subjetivação e uma cultura de equivalência. Essa cultura ocupa-se da sujeição subjetiva, produzindo os comportamentos das pessoas, segundo os sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas capitalistas e sistemas de submissão, caracterizando a produção da subjetividade, não apenas em nível individual, mas como um evento social que se manifesta em todos os níveis da produção e do consumo⁽²⁾.

Em relação à Enfermagem, a história de sua constituição como profissão contribuiu para uma determinada produção de subjetividade, que foi semióticamente enraizada no âmbito da prática de cuidados. Assim, é possível inferir que as características da configuração do Enfermeiro são resultantes de um processo de subjetivação, considerando que a subjetividade é manifestada a partir do comportamento, do desejo, das atitudes, da linguagem e da percepção de mundo das pessoas.

Por sua vez, o processo de cuidar em Enfermagem requer, constantemente, que os Enfermeiros tomem decisões, alocando recursos e definindo estratégias, que determinam o seu comportamento, o destino de organizações e de pessoas. Por mais racionais que sejam

todas suas decisões, elas envolvem valores, crenças e relacionam-se com as experiências de vida do decisor⁽³⁾.

Portanto, a identificação dos problemas e necessidades de saúde e de doença dos indivíduos, famílias e coletividade e a definição das ações de cuidado emergem dos julgamentos e das escolhas dos Enfermeiros. Desse modo, podem elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam o comportamento, o estabelecimento de relações de cuidado, de interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado, ou seja, as decisões tomadas pelo Enfermeiro vão refletir diretamente no processo de cuidar em Enfermagem.

Nesse sentido, compreende-se que a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes formas, podendo ser essencialmente social, assumida e vivida pelas pessoas em suas existências particulares⁽²⁾. No processo de tomada de decisões do Enfermeiro, a subjetividade é manifestada e materializada no comportamento desse profissional, frente aos cuidados de Enfermagem. Assim, questiona-se: como ocorre a relação entre a produção de subjetividade e o processo de tomada de decisões do Enfermeiro? Diante do exposto, teve-se como objetivo deste estudo: compreender a relação entre a produção da subjetividade do Enfermeiro e o processo de tomada de decisão.

MÉTODOS

O presente estudo compõe a Tese intitulada “Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem”⁷. Para sua realização, adotou-se delineamento qualitativo de pesquisa, do tipo exploratório. O universo empírico da investigação teve como cenário um hospital filantrópico do Estado do Rio Grande do Sul. Os

⁷ Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem e Saúde.

participantes do estudo foram doze Enfermeiros atuantes nessa instituição. O critério para seleção dos Enfermeiros foi estarem atuando, ativamente, durante o período da pesquisa, ou seja, não se encontrarem em qualquer tipo de afastamento da instituição.

Para a coleta de dados, realizada no mês de dezembro de 2011, utilizou-se a técnica do grupo focal, com vistas a investigar o assunto em profundidade. Esta técnica permitiu que se construíssem novas ideias e respostas sobre o tema em foco⁽⁴⁻⁵⁾, a partir dos diferentes olhares e opiniões que foram manifestados pelos participantes do grupo e, ao mesmo tempo, elaboradas certas percepções, que se mantinham na latência⁽⁵⁾.

Considerando o universo temático da pesquisa, foram realizados três encontros focais, com duração de, aproximadamente, duas horas, conduzidos por um moderador, neste caso, a pesquisadora principal, tendo a colaboração de um observador não participante para auxiliar no registro dos dados. Para conduzir as sessões focais, utilizou-se guias de temas, que consistiram em roteiros, contendo os objetivos dos encontros 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? Como você percebe que os outros percebem 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 dificuldades você encontra para implementar as decisões?

A documentação dos dados foi realizada, a partir das percepções do moderador, pelo registro das expressões e manifestações dos participantes, no diário de campo, e dos registros do observador não participante. Além do diário de campo, através da gravação em áudio das sessões.

Para o tratamento dos dados, inicialmente, realizou-se a transcrição literal das gravações, que foram associadas às informações descritas no diário de campo. Submeteu-se esse conjunto de dados à análise de conteúdo composta de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação.

Na primeira etapa, foi realizado a leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. Na segunda etapa, os dados foram codificados, a partir das unidades de registro. Na última etapa, houve a classificação dos dados, categorizando-os, segundo suas semelhanças e suas diferenciações com posterior reagrupamento, a partir das características comuns, constituindo-se em uma análise que oportunizou o desmembramento do texto em classes de equivalências: as categorias temáticas⁽⁶⁾. Estruturou-se essas categorias segundo Guattari e Rolnik (2010), acerca da produção da subjetividade.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cenário investigativo do estudo, sendo aprovado 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, foi garantida 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).

RESULTADOS

Mediante a análise dos depoimentos dos participantes, evidenciou-se que a relação entre a produção de subjetividade e o processo de tomada de decisões do Enfermeiro é mediada por diferentes sistemas. Esses sistemas configuraram-se nas quatro categorias temáticas do presente estudo, que foram definidas *a priori*, segundo os sistemas de produção da subjetividade apresentados pelo referencial adotado⁽²⁾: sistema capitalista, sistema de submissão, sistema hierárquico e sistema de valores, apresentadas a seguir.

Sistema Capitalista: a manutenção do vínculo empregatício

O sistema capitalista revela perspectivas importantes na relação entre a produção de subjetividade e a tomada de decisões do Enfermeiro no processo de cuidar em Enfermagem: a sujeição econômica, condicionada pela necessidade da manutenção do vínculo empregatício, e a instabilidade deste vínculo. Assim, a sujeição econômica torna-se o principal instrumento de controle da instituição hospitalar sobre o processo de tomada de decisões do Enfermeiro vinculadas à prática de cuidado e ao ambiente assistencial.

A dependência financeira e econômica fala mais alto. Hoje, eu dependo da (nome da instituição). Então, na verdade, se tu fores pensar nas tuas decisões, tu precisas te deixar absorver[...] Mas, é a cultura da instituição. O Enfermeiro assume tudo. E se tu não te deixares absorver por essa cultura, teu contrato já era (ENF 5).

Exatamente, é aí que está o detalhe. E, aí, qual é o problema? É econômico! E, aí, se tu fores analisar, aqui, tu acabas tomando decisões, de acordo com as rotinas e normas da casa [...] As minhas evoluções mesmo... Muitas vezes, mal consigo evoluir os pacientes mais graves, porque priorizei outras atividades. Enfim, a instituição me coloca o que é mais importante. E eu me obrigo, pois eu sou avaliada por isso (ENF 7).

A instituição determina quais as prioridades no trabalho do Enfermeiro, que nem sempre envolvem ações de cuidado. Percebe-se, assim, que a sujeição econômica ganha força na instabilidade empregatícia dos Enfermeiros atuantes em instituições privadas, característica do hospital em estudo. Portanto, a sujeição econômica, praticamente, aborta qualquer possibilidade de resistência explícita desses profissionais.

Mas, a gente é de uma instituição privada. E fazendo um paralelo com uma instituição pública, a gente vê a diferença. Os profissionais são concursados e, ali, os profissionais adquirem uma postura diferente nas decisões. Eu vi isso, durante meu contrato temporário no hospital (nome da instituição pública) [...] A gente tem nossas atitudes, de acordo com o que a organização preconiza (ENF 8).

Eu assumo as minhas competências. Se elas estão bem assumidas ou mal assumidas, aí, já são características bem específicas e pessoais. A instituição pública é diferente e permite que eu tenha um comportamento diferente. (ENF 6)

Na instituição pública, tu não vês ninguém impor nada ao Enfermeiro. Cada um decide o que é do seu trabalho. Porque todo mundo é igual, tem estabilidade e, aqui, tu vês isso (ENF 1).

Enquanto que, na instituição pública, é preciso muitas queixas contra ti, para acontecer alguma coisa, aqui, é diferente (ENF 9).

Assim, a partir dos debates, foi possível observar que, em uma instituição privada, o comportamento de decisor do Enfermeiro se rende às normas da organização. Ao contrário, nas instituições públicas, o Enfermeiro pode assumir uma postura de decisor menos dependente de regras ou predeterminações, o que está relacionado à maior possibilidade de resistência explícita desses profissionais, em um contexto de trabalho que oferece estabilidade empregatícia e financeira. Essas características afirmam a mediação do sistema capitalista na relação entre a produção de subjetividade e a tomada de decisões, considerando as características da instituição: se privada ou pública.

Sistema de submissão: a cultura institucional e a visão da sociedade

Os Enfermeiros relataram que, geralmente, assumem uma posição arbitrária nas relações com as pessoas que ficam sob sua responsabilidade direta, como os demais membros da equipe de Enfermagem, os pacientes e familiares, deixando-os submissos, em situações nas quais as decisões poderiam ser compartilhadas. Esse comportamento, segundo os Enfermeiros, é resultado da cultura institucional, que se sobrepõe ao desejo de compartilhar as decisões com os sujeitos envolvidos na prática de cuidados.

O familiar, o paciente e a equipe de Enfermagem [...] nós exercemos poder sobre eles, nós exercemos mais influência sobre eles. Isso muda nossa maneira de agir e de decidir (ENF 3).

Com o paciente mesmo, muitas vezes, tomamos decisões sobre sua higiene, por exemplo, sem, ao menos, questioná-lo sobre isso. Definimos o horário do banho, do curativo, da dieta, da visita, de tudo. Mas, essas nossas decisões também são parte de uma influência que vem de cima. Do que a instituição me cobra [...] (ENF 9).

Em algumas situações, na relação com algumas pessoas e, principalmente, pela cultura da instituição, nossas decisões são dependentes. Mas, às vezes, até no intuito de fazer o bem, faz com que a gente também manifeste as nossas decisões, de maneira arbitrária, autoritária e invasiva. E, nesse desejo de fazer o melhor, porque nessa posição (arbitrária, autoritária e invasiva), a gente posiciona as nossas decisões dessa maneira (ENF 4).

Os Enfermeiros revelam que a cultura de submissão presente na instituição, também os coloca em posição de submissão, nas situações de tomada de decisões que envolvem o trabalho de outros profissionais, principalmente, os médicos. A prescrição médica é referida como mecanismo de controle de muitas decisões e ações do Enfermeiro na prática de cuidados.

Às vezes, eu visualizo que nós estamos nas unidades à disposição dos médicos [...] e nossas decisões ficam na dependência da prescrição (ENF 2).

É uma característica muito forte que, quando entrei, pensei: vou ter que incorporar a rotina da relação com o médico (ENF 10).

Já passei muito por isso. Os pacientes dizem que querem falar com a Enfermeira chefe, porque nós fazemos aquilo que o médico manda. Nossas decisões ficam submissas aos procedimentos médicos e à prescrição (ENF 5).

Essa imagem é a que fica. Não falam quais são as competências do Enfermeiro e o que o Enfermeiro realmente faz, na mídia, na sociedade (ENF 12).

Acho que vai levar um tempo, até modificar a imagem que as pessoas têm. É muito forte aquela imagem do médico de família, o médico era o chefe de tudo (ENF 3).

Assim, pode-se inferir que o sistema de submissão exerce uma forte influência na relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisões do Enfermeiro. Essa perspectiva, também, é resgatada, no momento em que os Enfermeiros buscam discutir o processo de tomada de decisões e a posição de submissão como parâmetro para definir a forma como, culturalmente, a sociedade os visualiza como profissionais.

Sistema de hierarquias na Enfermagem

Os participantes destacaram a presença de quatro níveis hierárquicos da Enfermagem na instituição, que determinam o desenvolvimento do processo de tomada de decisões que envolvem as práticas assistenciais e gerenciais do cuidado de Enfermagem: Enfermeiro Supervisor, Enfermeiro *Master*, Enfermeiro Assistencial e Técnico de Enfermagem. Observa-se que a principal característica de subjetivação instalada pelo sistema de hierarquias na tomada de decisões é a fragmentação desse processo entre estes diferentes níveis hierárquicos da Enfermagem.

A Enfermagem acaba se dividindo em nível, escalas, escalões, hierarquias. E isso faz com que as decisões sejam tomadas, organizadas e planejadas, bem longe do momento e das pessoas que vão colocar elas em prática. E isso dificulta, com certeza, a própria avaliação das nossas escolhas, se foram eficientes. Principalmente, digo isso, pensando no próprio cuidado. Se ele é resultado das nossas decisões constantes, essa divisão pode interferir, com certeza (ENF 1).

Além das funções diferentes entre os Enfermeiros, temos os técnicos de Enfermagem, que poderíamos contar como o quarto tipo de fazer Enfermagem. Então, às vezes, temos decisões que foram tomadas pelas supervisoras, primeiro escalão de chefia, que vão ser colocadas em prática pelos técnicos (ENF 8).

Outros problemas com a equipe mesmo. Às vezes, a master e a supervisão estão um pouco distantes da nossa rotina. Então, eu me sinto mais confortável para sentar com a equipe, resolver as dificuldades, tomar as decisões quanto às condutas e rotinas de cuidado. São decisões, às vezes, distantes, o que, a meu ver, prejudica o resultado final que é o cuidado de Enfermagem (ENF 3).

Identifica-se, assim, que a cultura de hierarquias instalada no âmbito profissional da Enfermagem, também, media a relação entre a produção de subjetividade e o processo de tomada de decisão do Enfermeiro. A principal repercussão dessa subjetivação no âmbito de cuidados da Enfermagem é o distanciamento da concepção que envolve o processo de tomada de decisões - identificação do problema, definição e escolha da alternativa - e a implementação das ações de cuidado. Segundo os Enfermeiros, essa característica prejudica e dificulta a definição das práticas de cuidado.

Sistema de valores: a culpabilização e a falta de valorização profissional

Observou-se que o sistema de valores, na relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisões do Enfermeiro, pode produzir um sentimento de culpa e falta de valorização profissional. Esse sentimento se manifesta na tendência dos Enfermeiros em potencializarem as situações nas quais as decisões tomadas não atendem as necessidades assistenciais, mesmo com a consciência da intensa demanda decisória presente nas ações que envolvem o cuidado.

Eu fico assustada com outras coisas. Nós somos tendenciosas, principalmente, porque somos Enfermeiras. Somos tendenciosas a potencializarmos as decisões que não dão o resultado esperado. Então, eu enfatizo tudo o que eu não consegui (ENF 5).

Nas seis horas, eu fiz o que, em outras situações, eu nunca faria. Eu dei conta. Eu cheguei no fim. Eu dei vinte banhos de leito e faltou um que eu não dei. E é ele, um banho, que dá uma proporção, uma frustração e uma angústia. E, depois, é o que vai contar. E, nesse momento, a gente não deveria se culpar [...] (ENF 7).

Nós temos essa postura porque não valorizamos todas as decisões que tomamos. E, às vezes, foram quase todas ou todas que estavam ao nosso alcance. Mesmo assim, não nos contentamos (ENF 6).

Os Enfermeiros, também, manifestaram culpabilizarem-se, nas situações em que a cultura institucional condiciona as prioridades decisórias, em detrimento de outras que, em seu julgamento de valores, seriam mais importantes nas ações de cuidado. Conforme os Enfermeiros, o sentimento de culpa também está presente nas situações em que os objetivos e finalidades almejadas das decisões não foram alcançados.

Tem sentimento de culpa sim. Quando tomamos muitas decisões e uma não alcança o objetivo que pretendíamos, ficamos nos culpando. E, também, quando não demos preferência ao cuidado. Fica aquele sentimento: não consegui fazer tal cuidado, porque fiquei a tarde inteira resolvendo um problema fora da minha função (ENF 3).

Os próprios profissionais da Enfermagem se culpabilizam, em determinadas situações, levando em conta decisões que não deram certo ou que não foram tomadas (ENF 11).

Associada ao sentimento de culpa e à culpabilização comprova-se a falta de valorização ou depreciação do papel e do espaço decisor ocupado pelos Enfermeiros no

ambiente de cuidados. Mesmo se reconhecendo e se identificando como o centro das decisões que envolvem o cuidado de Enfermagem e as práticas assistenciais, os enfermeiros revelam que a classe profissional não idealiza nem valoriza esse espaço e poder de decisão no âmbito assistencial.

A gente ocupa o centro das decisões. Existem outras decisões que dependem das nossas decisões, assim como nós dependemos de outras decisões [...] E, por que a gente, às vezes, não assume e não valoriza? Se tu fores analisar, nós somos os profissionais com mais poder de decisão dentro de uma unidade. A gente até depende da prescrição médica. Mas quem vai decidir como, quando e de que forma implementar somos nós (ENF 1).

Na verdade, nós somos os profissionais que têm maior poder [...] Não sei se é poder de decisão [...] Mas nós somos os profissionais que mais se encontram em possibilidades de tomar decisões. Estamos nas situações de assistência que vão requerer decisões ou vão necessitar que as decisões sejam colocadas em prática (ENF 10).

E a gente só percebe essa imagem. Mas não nos valorizamos nem assumimos esse papel na nossa unidade (ENF 7).

O nosso trabalho depende de outros profissionais. Mas, quase todos os profissionais que trabalham, direta ou indiretamente na unidade, dependem da equipe de Enfermagem para as coisas se tornarem possíveis e para que os objetivos sejam alcançados. Por isso, eu vejo que nós decidimos muitas coisas ou, pelo menos, as decisões passam, de alguma maneira, por nós. Temos esse poder. Não sei se percebemos. Mas, tenho certeza de que não valorizamos isso (ENF 3).

Percebe-se, assim, que os Enfermeiros fazem analogia ao reconhecimento, à valorização e à apropriação da posição central no processo de tomada de decisão como uma forma de exercer poder no ambiente e nas relações de cuidado. Desse modo, observa-se que o exercício do poder sobre o processo de tomada de decisões do Enfermeiro é enfatizado na relação recíproca de dependência dos enfermeiros às estruturas organizacionais da instituição, incluindo outros profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados identifica-se que, nos sistemas que mediam a produção da subjetividade e o processo de tomada de decisão do Enfermeiro, desponta uma

cultura que determina os processos macro e micropolíticos pertencentes ao âmbito profissional da Enfermagem. A cultura que emerge de cada sistema determina a relação entre a produção de subjetividade e o comportamento decisor do Enfermeiro, podendo assumir o caráter de cultura econômica, cultura de valor, cultura de submissão e/ou a cultura da hierarquização.

Portanto, os efeitos da subjetivação são resultados de uma cultura que produz, em larga escala, indivíduos moldados, normalizados e articulados uns aos outros, conforme as necessidades dos principais sistemas sociais: capitalista, hierárquico, de valores e de submissão. A subjetividade, mediada por esses sistemas, corresponde a uma esfera individuada e coletiva que pode ser encontrada em todos os níveis da produção e do consumo, definindo os comportamentos individual e coletivo⁽²⁾, incluindo o envolvimento no processo de tomada de decisões.

Assim, a produção de subjetividade no trabalho da Enfermagem impõe a superação de interpretações parciais focalizadas nas determinações exclusivas de seus sujeitos e de seus objetos. Essa perspectiva é imprescindível para compreender o comportamento adotado pelo Enfermeiro na prática de cuidados, pois, a partir das escolhas cotidianas, atitudes e posições assumidas, configura-se a forma de ser deste profissional nas instituições hospitalares⁽⁷⁾.

A sujeição econômica, motivada pela instabilidade do vínculo empregatício, constituiu-se no principal elemento da esfera capitalista, na mediação entre a subjetividade e o processo de tomada de decisão do Enfermeiro. Assim, o sistema capitalista mostrou-se, fundamentalmente, como uma das forças mais intensas de produção da subjetividade, corroborando a ideia de que a subjetividade não se situa no campo individual, mas na realidade social, delimitando os comportamentos, que definem as condições para o exercício da obediência e da docilidade, em troca de um senso de segurança aos indivíduos.

Portanto, a cultura econômica acentua pressões da necessidade social, fazendo crescer as carências e coagindo os indivíduos. Isso porque o capitalismo explora não só a força de trabalho, mas, manipula em seu proveito, as relações de produção, insinuando-se na economia do desejo dos indivíduos⁽²⁾.

Desse modo, os indivíduos não são apenas explorados economicamente, mas, também, são alienados, privados da iniciativa, da responsabilidade e da liberdade, e excluídos da apropriação do significado político e social de seu trabalho⁽⁸⁾. O desejo e o julgamento, a partir das suas próprias convicções, são reprimidos pelo sistema capitalista, que controla a produção de bens e das relações sociais, por intermédio de meios de coerção material externa e sugestão de conteúdos de significação⁽²⁾, que podem representar, por exemplo, o teor das decisões.

Na maioria das instituições, o trabalho do Enfermeiro e das demais categorias da enfermagem acontece, muitas vezes, sob condições precárias de recursos humanos e materiais, baixos salários, ambiente insalubre, dividido por tarefas e com jornadas de trabalho extensas. Esse panorama emerge, principalmente, da sujeição econômica do Enfermeiro que dificulta as manifestações de resistência frente às relações de poder, de interdependência e de complementaridade no seu trabalho, especialmente, no ambiente hospitalar. Ademais, pode-se dizer que o Enfermeiro está menos “armado” para as disputas de espaço e para a consolidação do seu saber⁽⁹⁾. Portanto, a necessidade de manter o vínculo empregatício coloca o Enfermeiro em uma sujeição econômica e faz com que suas decisões sejam tomadas, de acordo com o que é preconizado pela instituição.

O sistema de submissão, evidenciado nas relações com outros profissionais, pacientes, familiares e a administração hospitalar, tem uma forte influência na relação entre a produção da subjetividade e a tomada de decisões do Enfermeiro. As relações de trabalho, percebidas como relações de produção, dão origem a uma prática micropolítica: a disciplina. A disciplina

tem como principal objetivo a dominação do outro, no sentido de uma modelização e normatização. Nesse processo de subjetivação, o objetivo é controlar o corpo e a alma do indivíduo, para que suas decisões e comportamento sejam definidos a partir das normas, das técnicas e das determinações emanadas da organização institucional⁽²⁾.

Na prática, muitos Enfermeiros, ainda, permanecem à mercê de uma subjetividade que os coloca em uma postura de submissão. A cultura de submissão faz com que os Enfermeiros apresentem uma tendência a perceberem-se e a sentirem-se extremamente dependentes de seus superiores ou daqueles sobre quem projetam, psicologicamente, algumas de suas partes melhores e mais competentes, permanecendo à espera que esses se responsabilizem pelas tomadas de decisão ou, pelo menos, demonstrem terem percebido e valorizado, quando estas foram tomadas⁽¹⁰⁾. Por outro lado, os Enfermeiros geralmente assumem uma posição arbitrária, colocando os profissionais da equipe de Enfermagem, pacientes e familiares em situação de submissão, sem considerar a possibilidade de compartilhar decisões na prática do cuidado.

Ao longo da história, os Enfermeiros têm sido envolvidos no governo dos corpos individuais, através da produção e idealização de subjetividades que estabelecem as normas para o "bom paciente" e o "cidadão saudável"⁽¹¹⁾. Essa perspectiva, também, foi evidenciada em estudos voltados para a participação da mulher no processo decisório, no ciclo gravídico-puerperal. Todavia, foi identificado que a cultura de submissão estabelece a diminuição da participação e do envolvimento das mulheres no processo decisório, nos casos em que o Enfermeiro também não participa ativamente das decisões, não demonstram autonomia nas atividades que envolvem o contexto do cuidado⁽¹²⁾.

A subjetivação, a partir da cultura de submissão, coloca-se como uma produção contrária ao processo de singularização, impedindo os indivíduos de determinarem as próprias cartografias. Controlar as próprias decisões pode se caracterizar como um processo de

singularização da subjetividade, no qual é possível captar os elementos de uma situação para construir os próprios tipos de referenciais práticos e teóricos, sem ficar na posição constante de dependência, em relação ao poder institucional.

A partir do momento que essa independência é viabilizada, é adquirida a liberdade e a capacidade de identificar as situações e aquilo que se passa em torno delas. Essa liberdade e essa capacidade que vão permitir preservar o caráter de autonomia do indivíduo⁽²⁾, tão importante para o Enfermeiro no processo de tomada de decisões que envolvem o cuidado de Enfermagem.

A divisão profissional na Enfermagem, também, condiciona perspectivas importantes da produção de subjetividade do Enfermeiro. A identidade profissional, a partir de qualquer processo de divisão em quadros de referência, propicia toda espécie de manipulação. Com intuito de manter a ordem e o controle social, são instaurados, ainda que de maneira artificial, sistemas de hierarquia e sistemas de disciplinarização. Tais sistemas dão uma consistência subjetiva e abrem todo um campo de valorização social, onde diferentes indivíduos e camadas sociais terão que se situar⁽²⁾.

O culto à divisão de escalões profissionais tem como principal efeito o distanciamento entre as etapas que compõem o processo de tomada de decisões. A fragmentação da tomada de decisões nas práticas de cuidar em Enfermagem entre os profissionais, de acordo com a sua categoria hierárquica, promove a drástica diminuição da importância do trabalhador individual, da sua capacidade de controle sobre esse processo e da participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Ademais, as diferentes categorias da Enfermagem não são conhecidas e distinguidas pela sociedade, sendo todos os profissionais considerados Enfermeiros, ou seja, invisíveis nas múltiplas esferas da Enfermagem⁽¹³⁾.

Desse modo, o sistema de hierarquia produz uma subjetividade que se reflete, não somente sobre os indivíduos e sobre a possibilidade de manipulá-los, mas, também, na

possibilidade de atribuir-lhes uma identificação distinta na relação social com os outros. A partir disso, são definidos os comportamentos e determinadas, em grande parte, as atitudes mentais e as condições para o exercício da obediência e da docilidade dos indivíduos, atribuições que interessam às instituições e às demais máquinas de produção da subjetividade⁽²⁾.

Portanto, a relação interpessoal no ambiente de cuidado sofre reflexos da divisão social e da divisão do trabalho, mecanismos expressivos na esfera profissional da Enfermagem, que impedem a participação e a organização dos seus profissionais, de forma integrada no processo de cuidar. Assim, a hierarquia profissional promove a ênfase na produtividade e na competitividade, dificultando as relações interpessoais e a participação como uma forma de resistência necessária para impulsionar a luta por melhores condições de trabalho e a busca contínua da melhoria na prestação do cuidado de Enfermagem⁽¹⁴⁾.

Por sua vez, a cultura de valores faz com que o Enfermeiro, mesmo tendo consciência da intensa demanda decisória presente nas ações que envolvem o cuidado, se culpabilize pelas consequências das decisões tomadas que podem não ser efetivas nem prioritárias para a prática de cuidados. Nesse processo de culpabilização, a responsabilidade e a lei dominante recaem sobre o indivíduo. Isso é resultado de um fenômeno de retificação social da subjetividade, com todos os seus contra-efeitos de repressão. Essa função subjetiva da culpabilização propõe imagens de referências, a partir das quais o indivíduo passa a se autoquestionar, em relação à sua identidade e ao seu valor na escala social, como se o próprio direito de existência desabasse, impedindo que exerça poder e manifeste seus próprios valores⁽²⁾.

Assim, o exercício de poder, nas decisões que permeiam o ambiente de cuidados, poderia estar vinculado à possibilidade do Enfermeiro resistir intelectual, física e emocionalmente, para interpretar respostas humanas, planejar, implementar e avaliar

intervenções de Enfermagem, de forma eficaz⁽¹⁵⁾. Assumindo e reconhecendo a posição central que ocupa no processo de tomada de decisões, o Enfermeiro poderá se apropriar de um espaço de construção e valorização profissional. No entanto, enquanto não ocupar esse espaço, participará da sua própria opressão, tornando-se moralmente culpado pela aceitação desse *status quo*⁽¹⁶⁾.

De um modo geral, a cultura de valores não permite que o Enfermeiro se reconheça e se aproprie dessa posição central de decisor, para se identificar como profissional, mostrar o seu fazer, e se valorizar. Essa identificação, que pode perpassar pelo âmbito da valorização profissional, mediante o reconhecimento da posição ocupada pelo Enfermeiro no âmbito assistencial, pode corresponder ao processo de singularização. A singularização é uma maneira de subjetivação, na qual o indivíduo se percebe na esfera individual e social, com possibilidade de apropriar-se da sua identidade e dos espaços que permeiam essa subjetividade, o que se materializa mediante as cartografias do comportamento humano⁽²⁾.

Assim, a cultura de valor produz uma subjetividade, na qual o comportamento de decisor do Enfermeiro impede que ele se aproprie do significado político e social do trabalho. Esse processo de desvalorização profissional impede a mobilização da capacidade de criação e concretização do trabalho em espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão. Portanto, essa produção de subjetividade leva à normalização do Enfermeiro, configurando o seu modo de ser na sociedade e o seu comportamento, frente às decisões que envolvem o processo de cuidar em Enfermagem.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, identificou-se que o comportamento decisor de Enfermeiro é determinado pelos sistemas capitalista, hierárquico, de submissão e de valor a partir da produção da subjetividade. Todavia, a relação entre produção de subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisões na prática de cuidados é mediada, predominantemente,

pelo sistema capitalista. Ou seja, a sujeição econômica se difunde no domínio dos sistemas de submissão, hierárquicos e de valores, determinando o comportamento assumido pelos Enfermeiros nas tomadas de decisões que envolvem a prática de ações de cuidados.

A sujeição econômica, como elemento predominante no processo de produção de subjetividade para o processo de tomada de decisões do Enfermeiro, perpassa pelas diferenciações indicadas em relação às características das instituições: particular ou pública. Nesse sentido, destaca-se a possibilidade de desenvolver novas pesquisas direcionadas a Enfermeiros atuantes em hospitais públicos, com o objetivo de comprovar e verificar essa perspectiva apontada por este estudo.

Em relação aos aspectos revelados pelos sistemas hierárquicos, de submissão e de valores, observa-se que a produção de subjetividade do Enfermeiro, ainda permanece enraizada em características que acompanham a constituição profissional da Enfermagem. A história da configuração profissional do Enfermeiro envolve a cultura da divisão social do trabalho, da autonomia *versus* abnegação, e dos cuidados como ações caritativas.

Assim, identifica-se a importância da instauração de outras formas de subjetivação para superar esse paradigma, com intuito de vigorar, na prática de cuidados de Enfermagem, profissionais comprometidos com a evolução científica e com os princípios de valorização da profissão. A possibilidade de instalar novos modos de produção de subjetividade do Enfermeiro pode ser consolidada, a partir de novas estruturas de formação desse profissional, que contribuam para a construção de uma postura política, crítica e inovadora, imprescindível para a singularização do Enfermeiro no processo de tomada de decisões nas práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Lunardi VL. História da enfermagem: rupturas e continuidades. Pelotas/RS: Editora Universitária; 1998.

2. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica cartografias do desejo. Petrópolis/RJ: Vozes; 2010.
3. Pereira MJLB, Fonseca JGM. Faces da decisão: as mudanças e o poder da decisão. São Paulo: Akron Books; 1997.
4. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. Rev Gaúcha de Enfermagem. 1999; 20(1): 5-25.
5. Dall'Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. A noção de tarefa nos grupos focais. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(1):186-90.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2009.
7. Netto LFSA, Ramos FRS. A realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2002; 23(1):47-69.
8. Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Spricigo J. Nursing and the production of workers subjectivity. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(2):91-6.
9. Pai DD, Scharank G, Pedro ENR. O Enfermeiro como Ser-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. Acta Paulista de Enferm. 2006; 19(1): 82-7.
10. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas/RS: Editora Universitária; 2000.
11. Holmes D, Perron AM, Savoie M. Governing therapy choices: Power/Knowledge in the treatment of progressive renal failure. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 2006; 1(12). Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/1/1/12>
12. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(4):807-14.

13. Baggio MA, Erdmann AL. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paulista Enferm.* 2012; 23(6):745-50.
14. Sampaio SF, Kurcgant P. A participação acadêmica e sua influência na vida profissional segundo a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enf USP.* 2009; 43(1): 146-51.
15. Cruz DALM, Pimenta CAM, Pedrosa MFV, Lima AFC, Gaidzinsk RR. Nurses' perception of power regarding their clinical role. *Rev Latino-am Enferm.* 2009; 17(2):234-39.
16. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Svaldi JSD, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* *Rev Latino-am Enferm.* 2007; 15(3): 493-97.

ARTIGO 2

Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões: uma perspectiva ecossistêmica*

RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem. 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. Adotou-se a análise de conteúdo. Foram identificados fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade que subsidiam a tomada de decisões. Esses fatores estão associados aos ambientes que envolvem a instituição de formação acadêmica do Enfermeiro, a instituição hospitalar e as unidades de internação. Esses resultados permitem uma aproximação do processo de produção de subjetividade do Enfermeiro com uma perspectiva ecossistêmica da prática de cuidados.

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

Nurses' Production of Subjectivity for Decision-making: an ecosystem approach

ABSTRACT

The objective was identifying the macropolitical and micropolitical factors of the nurse's production of subjectivity that permeate the decision-making process in Nursing care. Were adopted qualitative research design. The scenario was philanthropic hospital in the State of Rio Grande do Sul. The study participants were twelve nurses that work in this institution. For data collection, were used the focus group technique, with three focal meetings conducted in december 2011. We adopted the content analysis. Were identified macro and micropolitical factors of production of subjectivity that support decision-making. These factors are associated with environments that involve the academic institution of the nurse, the hospital and inpatient units. Conclusion: These results provide an approximation of the production process of subjectivity of the nurse with an ecosystem approach of the practice of care.

Descriptors: Nursing. Nursing care. Decision making. Focus groups.

Producción de subjetividad de lo Enfermero para la toma de decisiones: un enfoque ecossistémico

RESUMEN

El objetivo fue identificar factores macro y micropolíticos de la producción de la subjetividad de los Enfermeros en su toma de decisiones del cuidado en Enfermería. 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 los grupos focales con tres reuniones realizados en diciembre de 2011. Adoptamos el análisis de contenido. Fueran identificados los factores macro y micropolíticos de la producción de la subjetividad que apoyaran la toma de decisión. Estos factores están asociados con la institución académica de formación del Enfermero, el hospital y las unidades de hospitalización. Estos resultados proporcionan una aproximación al proceso de producción de la subjetividad del Enfermero con un enfoque ecossistémico de la práctica de la atención.

*Artigo elaborado de acordo com as normas de publicação da Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=22 Acessado em 05 de junho de 2012.

Descriptorios: Enfermería. Atención de enfermería. Tomada de decisión. Grupos focales.

INTRODUÇÃO

A subjetividade está caracterizada em dois hemisférios: de um lado, os processos infrapessoais, que definem a dimensão micropolítica da produção de subjetividade, ou seja, os modos de expressão que passam pelo relacional e pelas dimensões do desejo; e, de outro, a dimensão macropolítica da produção de subjetividade, essencialmente agenciada em nível das determinações sociais, culturais e econômicas⁽¹⁾. Essa perspectiva proporciona o entendimento de que a produção da subjetividade, também, envolve ambientes, que podem estar relacionados tanto à dimensão micropolítica quanto à dimensão macropolítica, caracterizando a perspectiva ecossistêmica para representar esses processos.

O termo ecossistema pode ser utilizado como uma alternativa para ampliar o conceito de ambiente, representando uma visão mais abrangente das relações existentes entre os organismos e os fatores físicos e não físicos, que estão ligados por uma rede de interações diretas e indiretas. O conceito de ambiente pode estar atrelado a um significado biótico e abiótico, que tem influência sobre o indivíduo e a coletividade, constituindo a perspectiva ecossistêmica, que envolve todas as interações humanas⁽²⁾. Assim, é possível articular os conceitos de ecossistemas e de produção da subjetividade, nas perspectivas macro e micropolítica: um conjunto de ambientes, nos quais a subjetividade humana é produzida e consumida.

Na Enfermagem, as práticas de cuidados e todas as ações e comportamentos dos Enfermeiros representam as interações ecossistêmicas destes profissionais com os clientes, com o processo de trabalho e com o contexto social e ambiental que envolve o estado de saúde e de doença de indivíduos e coletividade. Essa concepção parte do princípio de que os Enfermeiros e os demais profissionais da Enfermagem estão interligados aos sistemas ecológicos, assim como os demais seres vivos. As práticas de cuidados desenvolvidas por estes profissionais produzem efeitos sobre os ecossistemas locais e globais. Essas influências, também, são recíprocas, considerando o ambiente como uma circunstância, na qual ocorre ação, reação e correção entre os seus componentes. O comportamento ecológico dos Enfermeiros representa as ações profissionais que contribuem e conservam o ambiente social, econômico e cultural dos indivíduos⁽²⁾.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o cuidado de Enfermagem tem uma perspectiva ecossistêmica e é, nesse conjunto de ambientes com dimensões micro e macropolíticas, que é produzida a subjetividade do Enfermeiro. Cada ambiente é, portanto, global e, ao mesmo

tempo, particular, pois expressa condições próprias e singulares da constituição do Enfermeiro. Isto significa que o ambiente pode ser simbolizado, ou seja, ganhar um lugar representacional no imaginário do sujeito, o que remete à afirmação de ambiente como espaço físico ou relacional para a construção social e produção da subjetividade, que se expressa no comportamento, no desejo, nas atitudes, na linguagem e na percepção de mundo dos indivíduos⁽¹⁾.

Pode-se considerar que as decisões tomadas pelos Enfermeiros podem elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam comportamentos, o estabelecimento de relações de cuidado, de interações com a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado em ambientes de características macro e micropolíticas. A tomada de decisões do Enfermeiro no processo de cuidar em Enfermagem envolve os agenciamentos sociais, os processos de produção, os diferentes componentes de subjetivação e a totalidade dos indivíduos, elementos que constituem os processos macro e micropolíticos da produção da subjetividade.

A utilização do termo e do conceito de tomada de decisão provém das ciências administrativas⁽³⁾. No entanto, na atualidade, o estudo da decisão extrapola a área organizacional e passa para o domínio da ciência política e humana, em uma nova perspectiva, que integra todas as ações humanas como frutos de suas decisões. Assim, o processo de cuidar em Enfermagem requer, constantemente, que os Enfermeiros tomem decisões, alocando recursos e definindo estratégias, que determinam o destino de organizações e de indivíduos.

Dessa forma, o ambiente das práticas de cuidados se torna um âmbito importante para a compreensão dos fatores macro e micropolíticos que podem influenciar na produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões. Portanto, a tomada de decisão está presente em todas as fases do processo de trabalho da Enfermagem.

Considerando a complexidade das situações e dos contextos que envolvem o cuidado de Enfermagem e que podem influenciar a tomada de decisões do Enfermeiro, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem? Assim, com a realização do presente estudo teve-se como objetivo: Identificar quais os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidar da Enfermagem.

MÉTODOS

Este estudo é um recorte dos dados apresentados na tese intitulada Produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem^{**}. O estudo foi realizado em um hospital filantrópico do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como participantes doze Enfermeiros atuantes nessa instituição. O critério para seleção dos Enfermeiros foi estarem atuando ativamente, durante o período da pesquisa, ou seja, não se encontrarem em qualquer tipo de afastamento da instituição.

Adotou-se o delineamento qualitativo de pesquisa, do tipo exploratório e explicativo. Para a coleta de dados, realizada no mês de 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⁽⁴⁻⁵⁾, 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⁽⁵⁾.

Considerando o universo temático da pesquisa, foram realizados três encontros focais, com duração de, aproximadamente, duas horas, conduzidos pelo moderador, tendo a colaboração de um observador não participante para auxiliar no registro dos dados. A partir de guias de temas, contendo os objetivos dos encontros e as questões disparadoras necessárias para alcançá-los, conduziu-se os encontros focais. Especificamente, para o presente estudo foram consideradas as respostas dos participantes às seguintes questões disparadoras: Que fatores interferem nas suas decisões e, conseqüentemente, nos seus comportamentos na prática de cuidados? Que dificuldades você encontra para implementar as decisões?

Registraram-se as discussões dos encontros focais através da gravação em áudio. Também utilizou-se o diário de campo, com o objetivo de registrar as percepções do moderador e dos registros do observador não participante. O projeto de pesquisa foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado com o protocolo número 008/2011. A participação dos Enfermeiros no grupo focal foi formalizada, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também, garantido-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.

^{**}Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem e Saúde.

Para o tratamento dos dados, inicialmente, realizou-se a transcrição literal das gravações em áudio, que foram associadas às informações descritas no diário de campo. Submeteu-se o conjunto de dados à análise de conteúdo composta de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa, foi realizada a leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. Na segunda etapa, os dados foram codificados, a partir das unidades de registro.

Na última etapa, houve a classificação dos dados, categorizando-os, segundo suas semelhanças e suas diferenciações, com posterior reagrupamento, a partir das características comuns. Assim, os dados foram estruturados em categorias temáticas⁽⁶⁾, a partir do referencial teórico adotado⁽¹⁾ para abordar a produção de subjetividade, a partir dos fatores macro e micropolíticos.

RESULTADOS

A partir dos debates dos Enfermeiros, foram identificados fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidado. Esses fatores estão associados aos ambientes que envolvem a instituição de formação acadêmica do Enfermeiro, a instituição hospitalar e as unidades de internação, conforme apresentação a seguir.

Fatores macro e micropolíticos relacionados ao ambiente de formação acadêmica do Enfermeiro

A instituição de formação acadêmica apresenta-se como um ambiente que envolve fatores macro e micropolíticos que interferem na produção de subjetividade para a tomada de decisões dos Enfermeiros. A subjetividade produzida nesse ambiente determina a incorporação da ideia de que o Enfermeiro precisa assumir o seu papel de decisor, considerando que, durante o processo de formação, é abordada a perspectiva de que todas as ações e práticas de cuidado do Enfermeiro estão permeadas por processos de tomada de decisões.

“Na graduação, sempre foi mostrada a importância do Enfermeiro enquanto decisor” (ENF 4).

“Durante a graduação, tem aquela visão de que o Enfermeiro tem que decidir. O Enfermeiro tem que ter um comportamento decisor. Mas, depois que estamos na prática, enxergamos que a forma como somos preparados, às vezes, não está de acordo com a realidade” (ENF 10).

“Isso é importante. Mas, a prática acadêmica não te coloca em situações de tomada de decisão [...]. Na prática, o Enfermeiro se envolve em decisões a todo o momento [...]. Ele tem que estar a par das decisões. Não sei se essa diferença do aluno. Na formação, a necessidade de ter que tomar decisão não é bem desenvolvida” (ENF 8).

“A gente está ali como estagiário, voluntário ou com os próprios estágios obrigatórios curriculares. Tu jamais vai poder ser e assumir o papel de decisor” (ENF 2).

Assim, os Enfermeiros destacaram que, nas atividades práticas acadêmicas, não são oportunizadas situações nas quais os discentes sejam provocados e estimulados a assumirem um comportamento de decisor. Também relataram que, na graduação, os discentes não são instrumentalizados, a ponto de desenvolverem, integralmente, habilidades para tomarem decisões na prática de cuidados.

“Na prática dos estágios, estamos em grupos e com os outros colegas. A gente não consegue sentir que está decidindo sobre o cuidado” (ENF 2).

“É tudo muito em grupo. Diferente de tu estares sozinha. Tu estás num grupo de estágio, és tu e mais quatro para pegar um paciente [...]. Acho que o professor não abre espaço para o aluno tomar as decisões” (ENF 3).

Em muitas disciplinas e práticas, a gente acaba fazendo mais o trabalho de técnico. Claro, a gente precisa fazer o trabalho do técnico, para poder saber e entender o todo” (ENF 1).

“Isso porque o atual sistema de formação ele prepara o profissional para as habilidades técnicas. [...] Agora, em relação à decisão, na relação da equipe, é complicado” (ENF 12).

Segundo os Enfermeiros, alguns aspectos dificultam o desenvolvimento dessas habilidades. As metodologias de ensino e aprendizado, em especial, aquelas que envolvem, em sua maioria, atividades exclusivamente em grupos de discentes, além da ênfase nas habilidades manuais, prejudicam a incorporação de comportamentos decisivos mais amplos e integrais.

Fatores macro e micropolíticos relacionados ao ambiente da instituição hospitalar

Em relação ao ambiente hospitalar, no debate entre os Enfermeiros foram resgatados aspectos associados à estrutura organizacional como os principais fatores macropolíticos que determinam o comportamento de decisor do Enfermeiro: as demandas de atendimento, a disponibilidade de recursos materiais e de profissionais, a estrutura física da instituição e as condições de trabalho.

“Tu estás em uma instituição em que a quantidade de pacientes que procura os serviços é grande. Então, a gente trabalha no limite, sempre lotado. E isso, com certeza, interfere no cuidado que oferecemos, pois nossas decisões precisam dar conta da demanda, o que influencia nas nossas decisões” (ENF 4).

“Nossas decisões, também, são influenciadas por uma coisa ainda maior, na qual nosso hospital, nossa unidade, nós enquanto profissionais e os pacientes estão dentro, que é o sistema de saúde como um todo. [...]E, por tudo isso, é que passa a nossa decisão” (ENF 7).

“É algo maior, faz parte da economia e da política, também. E a gente vai tomando nossas decisões de cuidado com aquilo que o sistema nos

disponibiliza. E isso é muito nítido. O cuidado de Enfermagem, que precisa de recursos humanos, de tempo, de materiais e de espaços adequados, deixa nossas decisões limitadas” (ENF 8).

Considerando os processos macropolíticos de produção de subjetividade, os enfermeiros apresentaram uma perspectiva ecossistêmica, na qual o sistema de saúde vigente, através dos agenciamentos sociais, econômicos e políticos, condiciona essa estrutura organizacional da instituição hospitalar. Consequentemente, são definidas condições humanas e físicas em que os cuidados serão implementados nesse ambiente, influenciando a tomada de decisões do Enfermeiro.

A relação do Enfermeiro e do paciente se apresenta como fator micropolítico da produção de subjetividade que subsidia a tomada de decisões no ambiente hospitalar. Nesse âmbito, os profissionais destacam que o comportamento do paciente interfere diretamente no comportamento decisor do Enfermeiro. Se, por um lado, o envolvimento e o interesse do paciente, a partir de questionamentos e sugestões, fazem com que o Enfermeiro possibilite a sua participação nas decisões das ações de cuidado, por outro, o comportamento passivo e alienado do paciente faz com que o Enfermeiro o exclua do compartilhamento das decisões.

“Às vezes, o paciente é muito passivo. Tu és que és o profissional que sabe. Ele não se posiciona e nem questiona. E, para a gente, é tão cômodo. [...] Tu fazes o que tinhas que fazer. Quando a gente se depara com aquele paciente que faz a gente se questionar, aí, a forma de decisão é diferente, porque a gente consegue fazer uma reflexão” (ENF 5).

“O comportamento, frente às nossas decisões, é influenciado, também, pelo nível socioeconômico e até intelectual do paciente. As decisões são diferentes, não no sentido de privilegiar um ou outro. Nossa postura, por exemplo, com o paciente que tem dificuldade econômica... Ele, geralmente, não questiona nada, não tem dúvidas, aceita tudo. Então, nossas decisões de cuidado vão sendo tomadas, sem a participação dele” (ENF 10).

“Eu trabalhei nos convênios. E, nos convênios, é uma tomada de decisão bem diferente. Primeiro porque, de um modo geral, é o nível intelectual do paciente de convênio e daquele paciente do SUS. No SUS, eu tenho uma postura: se eles me perguntam ou se interessam eu procuro informar. Mas, no convênio, os pacientes são mais interessados e exigentes e isso diferencia a tua postura, interferindo nas tuas decisões” (ENF 11).

A definição desse comportamento do paciente pode estar associada ao seu nível sócio econômico e intelectual. Segundo os Enfermeiros, os pacientes pertencentes a classes sociais mais favorecidas, econômica e/ou intelectualmente, apresentam reivindicações, em relação ao cuidado recebido e, assim, maior possibilidade de participação das decisões.

As relações entre o Enfermeiro, outros trabalhadores da Enfermagem, médicos e demais profissionais da saúde ocupam um ambiente que determina fatores micropolíticos da produção de subjetividade para a tomada de decisões no ambiente da instituição hospitalar. O

compartilhamento do ambiente e das ações de cuidado com os demais profissionais é representado como um sistema relacional, no qual o Enfermeiro é influenciado e, também, se torna um vetor que incide sobre os processos de tomada de decisões de outros profissionais.

”Cada um traz sua bagagem. Mas, tu, enquanto Enfermeiro, influencias nas atitudes e nos comportamentos da tua equipe e a equipe vai influenciar sim no teu processo de decisão [...]” (ENF 7).

“Os profissionais que convivem na unidade, também, influenciam. A gente não tem como dizer que a parte médica não influencia nas nossas decisões” (ENF 2).

“Sim. Existem duas maneiras de influenciar nossas decisões. Eu sinto que, especificamente, o profissional médico exerce certo poder sobre nós [...] A segunda maneira de influenciar, que são os outros profissionais, como, por exemplo, os fisioterapeutas, que estão na mesma linha de poder que nós [...] Os outros profissionais, farmacêuticos, técnicos de Enfermagem, higienização e manutenção, no sentido de nós exercermos poder e mais influência sobre eles. E tudo isso muda nossa maneira de agir. E a gente é sim, influenciada nas nossas decisões por esses profissionais” (ENF 5).

Na discussão entre os Enfermeiros, é possível identificar que as relações de poder entre os profissionais se constituem como o principal fator micropolítico da produção de subjetividade para a tomada de decisões. A categoria médica exerce poder sobre a tomada de decisões do enfermeiro, enquanto que o Enfermeiro exerce poder sobre os comportamentos e decisões dos demais profissionais que compartilham o ambiente de cuidado.

Fatores macro e micropolíticos relacionados ao ambiente das unidades de internação

No ambiente hospitalar, algumas unidades apresentam aspectos organizacionais específicos, que determinam o comportamento de decisor do Enfermeiro que desenvolve práticas de cuidado nesses espaços. No debate entre os Enfermeiros ficou evidente que a unidade de terapia intensiva como um ambiente, no qual a organização do trabalho permite uma interação constante entre os profissionais de saúde, a disponibilidade de materiais e recursos tecnológicos e, de um modo geral, o número de profissionais adequados para as demandas de atendimento, permitindo a priorização das decisões que envolvem o cuidado de Enfermagem. Os Enfermeiros, também, destacam que a situação crítica do paciente remete à necessidade de cuidados constantes e individualizados.

“O ambiente e o espaço físico influenciam. Tem alguns espaços que te influenciam para estar toda hora decidindo. Principalmente, quem trabalha em UTI” (ENF 1).

“Esse contexto me exige, constantemente, decidir. Eu posso ter um paciente em uma situação crítica e este pode ter uma necessidade ou mais que não sejam críticas. Mas, de um modo geral, nesse contexto, sempre é decidido o que fazer” (ENF 11).

“Dentro da UTI, o cuidado vai te provocar a tomada de atitudes e comportamentos que precisam de tomada de decisão, continuamente. É o

convívio mais próximo do paciente que te provoca, tu estás vendo. Não está no posto de enfermagem com aquele corredor na tua volta. Tu tens aquele ambiente próximo. Que é característico da UTI e tu vais, diretamente, ver o teu paciente. Isso te obriga uma percepção maior” (ENF 2).

“Na UTI, tu tens todos esses estímulos: tu estás mais próxima do paciente e tu consegues te organizar. E, na unidade, tu não tens isso” (ENF 6).

“Isso faz sentido porque, depois de ter passado pela UTI, eu me sinto outra profissional. Eu aprendi a me questionar, a me posicionar e a buscar mais conhecimento porque, lá, eu precisava tomar e colocar em prática minhas decisões” (ENF 10).

Essas características desse ambiente de cuidado se constituem como fatores macro e micropolíticos que subsidiam o processo de produção da subjetividade, determinando um comportamento, no qual o Enfermeiro desenvolve a capacidade de percepção apurada, em todas as etapas da tomada de decisões. Perspectivas diferentes são apontadas, em relação às demais unidades hospitalares, que apresentam a configuração de unidades “abertas”.

“Em unidades abertas, tu não consegues ter contato contínuo com os pacientes. A rotina não te permite. [...] Mesmo sendo prioridade, às vezes, algumas decisões das ações de Enfermagem não são priorizadas” (ENF 5).

“Na unidade aberta, eu me vejo assim: acabo envolvida em muitas outras coisas que não seriam, especificamente, do meu fazer. Que muito bem poderia outro profissional fazer, porque eu, como Enfermeiro, não teria que me envolver. E poderia fazer outras coisas como receber o paciente, de outra forma, fazer, pelo menos, a anamnese. Assim, por conta dessa outras coisas, eu acabo recebendo, rapidamente, o paciente, vejo o que ele tem, de onde veio e para onde vai” (ENF 4).

“Nas unidades de internação, a tomada de decisão existe. Mas, em uma percepção menor, porque tem muita coisa que é deixada para eu fazer, que vai além do cuidado. E essa decisão não é cercada de questionamentos” (ENF 2).

Analisando a discussão entre os enfermeiros, identifica-se que a unidade de terapia como um ambiente que apresenta algumas características diferenciadas, em relação às outras unidades da instituição hospitalar. Às demais unidades de internação e de atendimento são atribuídas características que, segundo os Enfermeiros, não proporcionam estímulos suficientes para o desenvolvimento de uma percepção apurada para a tomada de decisões. Ademais, o envolvimento em outras atividades gerenciais não permite que as decisões do Enfermeiro estejam, prioritariamente, direcionadas às ações de cuidado.

DISCUSSÃO

Nas categorias temáticas apresentadas, é possível diferenciar que as ações diretas de cuidados são elementos que se constituem na esfera micropolítica, considerando que essas são pertencentes a uma esfera relacional entre Enfermeiro, paciente e demais profissionais de saúde. Todavia, a produção de subjetividade para a tomada de decisões do Enfermeiro, que

envolve a implementação desses cuidados, também, é influenciada por fatores macropolíticos, principalmente, condicionados pelos ambientes, no qual o cuidado de Enfermagem é desenvolvido, tanto em um panorama profissional quanto em um panorama acadêmico.

Compreender os fatores macro e micropolíticos que influenciam a produção de subjetividade do Enfermeiro é essencial para compreender o comportamento deste profissional na tomada de decisões que permeiam os ambientes que envolvem o processo de cuidar. A produção da realidade humana na vida social ocorre na convergência entre a existência e seus significados e entre a realidade e os sentidos que os indivíduos atribuem-lhe. Assim, no processo de produção da subjetividade, são identificados fatores macro e micropolíticos, que se situam aquém ou além da experiência de si e que, de algum modo, conformam ou, pelo menos, designam certos limites e condições para a manifestação da subjetividade⁽¹⁾.

Os principais ambientes que determinam os fatores macro e micropolíticos da produção da subjetividade para subsidiar a tomada de decisões do Enfermeiro envolvem instituições: de ensino, hospitalares e unidades de cuidado. Essas organizações institucionalizadas se configuram como um conjunto de sistemas, interligados e interdependentes, que permitem inferir a perspectiva ecossistêmica de produção de subjetividade do Enfermeiro. Esses sistemas encarnam padrões relevantes para a sociedade, pois incorporam normas e valores. São organismos vivos, produtos de necessidades e pressões sociais valorizadas pelos indivíduos que compartilham esses ambientes, e que atuam como vetores que moldam o comportamento dos indivíduos⁽³⁾.

As instituições acadêmicas formadoras dos Enfermeiros se condicionam como um dos principais ambientes que determinam os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade. Instrumentalizar e desenvolver habilidades e competências para a tomada de decisão do enfermeiro significa produzir modos de subjetivação. Tudo que é produzido pela subjetivação, seja pela linguagem e/ou tecnologia não é, apenas, uma questão de ideias ou de significações, por meio de enunciados, tampouco, reduz-se a modelos de identidade. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as instituições produtivas de controle social e as instâncias psíquicas, que definem a maneira de cada indivíduo perceber o mundo⁽¹⁾.

O ambiente de formação do Enfermeiro, assim como as demais instituições de ensino superior, experimenta transformações significativas, que estão relacionadas aos seguintes fatores macropolíticos: a globalização, a sociedade da informação e as políticas públicas de saúde e educação no Brasil⁽⁷⁾. Todavia, o modelo de formação em saúde, no qual foi estruturada a formação superior e, em particular a Enfermagem, não tem conseguido preparar

o profissional para dar respostas a essas transformações complexas da sociedade⁽⁸⁾. De maneira geral, as instituições de ensino encontram dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos profissionais, principalmente, aquelas relativas à aquisição, desenvolvimento e avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas, dos estágios e das atividades complementares⁽⁹⁾.

Além disso, as práticas acadêmicas de Enfermagem, de um modo geral, estão restritas à assistência em uma perspectiva micro, estudando e praticando o cuidado de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, não se envolvendo com questões macro, tais como as políticas institucionais e suas interrelações⁽¹⁰⁾. Assim, o ensino superior de Enfermagem passa a ser marcado pelo descompasso entre o proposto nas práticas acadêmicas e o que será vivenciado na prática assistencial⁽¹¹⁾, pois esta se apresenta muito mais complexa, envolvendo relações conflituosas, lutas políticas, agenciamentos econômicos e culturais⁽¹⁰⁾.

Ao final da década de 1990, já foi destacado que um modo predominante de formação dos Enfermeiros favoreceu a construção de sujeitos produtivos e úteis economicamente, porém, frágeis politicamente, moldados mais para a obediência, passividade e docilidade, e não para resistir às determinações institucionais⁽¹²⁾. Assim, emergem metodologias de ensino e aprendizado para resgatar os acadêmicos da passividade, tornando-os mais ativos no processo de construção do conhecimento, num contexto dinâmico e fecundo de oportunidades, para que vivenciem situações reais da prática⁽¹¹⁾.

Ainda, não existe clara definição sobre as competências para a formação do Enfermeiro para a tomada de decisões na prática de cuidados. Uma pesquisa realizada com estudantes de Enfermagem norte americanos evidenciou que o pensamento crítico e o raciocínio clínico são habilidades fundamentais para a tomada de decisões quanto aos cuidados de enfermagem⁽¹³⁾.

As atividades acadêmicas em grupos de discentes são importantes, pois desenvolvem a percepção acerca das interrelações entre os ambientes macro e micropolíticos das práticas de cuidado. Todavia, o espaço singular de aprendizado, território no qual instâncias internalizadas favorecem a autopercepção, frente à realidade, precisa ser preservado. São essas determinações simbólicas que vão determinar a singularização da subjetividade do indivíduo⁽¹⁾, processo que permite ao Enfermeiro desenvolver um pensamento diferenciado, crítico, minucioso, sensível e amplo para a tomada de decisões, no âmbito do cuidado em Enfermagem.

A dimensão macropolítica de produção de subjetividade envolve, também, tudo aquilo que caracteriza os modos de produção capitalísticos. O sistema de saúde vigente agencia os

elementos sociais, econômicos e políticos das instituições de saúde, determinando a estrutura organizacional hospitalar. Assim, a perspectiva ecossistêmica emerge do entendimento de sistema de saúde como um conjunto de serviços e ações que interagem entre si. Os elementos constituintes desse sistema são interdependentes, se influenciam e são influenciados pelas interações dos diversos níveis de ação, definindo as estruturas sociais, culturais e econômicas dos ambientes de cuidados⁽¹⁴⁾. A estrutura física, as condições de trabalho e a demanda de cuidados são aspectos que determinam as condições de assistência hospitalar. Esses fatores podem influenciar em todas as etapas do processo de tomada de decisões, delimitando o comportamento do enfermeiro nas práticas de cuidado.

Para entender o ambiente hospitalar, na perspectiva ecossistêmica, torna-se necessário considerá-lo como um sistema social dinâmico, composto por uma diversidade de elementos que se interrelacionam⁽¹⁵⁾. Assim, as instituições hospitalares podem ser consideradas como sistemas abertos, nos quais a interação e dependência com as políticas públicas, departamentos, áreas, unidades produtivas, trabalhadores, pacientes e demais indivíduos que compartilham esse ambiente configuram uma rede de relações⁽¹⁴⁾, determinam os fatores macro e micropolíticos que subsidiam a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões.

A micropolítica, configurada nas relações de cuidado entre o Enfermeiro, os pacientes e demais trabalhadores da saúde, também, subsidia a produção de subjetividade para a tomada de decisões do enfermeiro, no ambiente hospitalar. As práticas de cuidado implementadas pelo Enfermeiro apresentam uma perspectiva ecossistêmica, pois, todas as suas decisões apresentam dependência e interrelação com as decisões e comportamentos dos demais profissionais que compartilham o ambiente de cuidado⁽²⁾.

Nesse sentido, a noção de subjetividade renuncia, 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 coletiva que são resultados do confronto com as maneiras com que, em escala planetária, hoje, se fabrica a subjetividade⁽¹⁾.

Nas decisões de cunho interdisciplinar, na maioria das vezes, o Enfermeiro aparece como um sujeito passivo, sem considerar que todas as condutas terapêuticas estão, intimamente, ligadas à prática de cuidados. Essa subjetividade, configurada pela obediência e

produtividade, não atinge somente o corpo, mas a alma desses sujeitos, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de querer ser Enfermeiro⁽¹²⁾.

Ao não exercerem resistência contra o uso de formas de poder, os Enfermeiros participam da sua própria opressão⁽¹⁶⁾, apresentando uma tendência a perceberem-se e a sentirem-se extremamente dependentes de seus superiores ou daqueles sobre quem projetam, psicologicamente, algumas de suas partes melhores e mais competentes. Assim, percebe-se que algumas características subjetivas de submissão e obediência, ainda, são absorvidas pelos profissionais⁽¹⁷⁾.

Essa mesma perspectiva de submissão como elemento micropolítico da produção de subjetividade estende-se, no ambiente hospitalar, para a relação dos Enfermeiros com os pacientes. Esses profissionais apresentam-se resistentes para compartilhar o plano de cuidados, informações e aspectos que envolvem tomadas de decisão na implementação dos cuidados de Enfermagem com os pacientes, também, sujeitos desse processo⁽¹⁸⁾.

Um estudo brasileiro, que teve como objetivo analisar os papéis do Enfermeiro e do paciente no processo de tomadas de decisão, em contextos da prática clínica, enfocou três conceitos fundamentais: saúde, autonomia e decisão clínica partilhada. Como resultado, despontou a perspectiva de oposição ao modelo paternalista de atenção à saúde, ainda, vigente em âmbito nacional, que negligencia informações e o consentimento dos clientes para a implementação dos cuidados em saúde⁽¹⁹⁾.

Aqueles a quem se convencionou chamar de “trabalhadores sociais” atuam, de alguma maneira, na produção de subjetividade. Todos aqueles que ocupam uma posição no campo do trabalho social encontram uma encruzilhada micropolítica fundamental⁽¹⁾. Um exemplo disso é a normatividade que está colocada sobre a concepção de saúde. Um conjunto de regras e de estilos de vida, que impedem o sujeito de agir com autonomia sobre si mesmo e seu corpo.

Ao longo da história, os Enfermeiros têm sido envolvidos no governo dos corpos individuais, através da produção e idealização de subjetividades, a partir do estabelecimento de normas para o "bom paciente" e o "cidadão saudável"⁽²⁰⁾. Todavia, as características e desejos singulares permitem que o Enfermeiro produza relações de cuidado e crie modos de cuidar, modos de referência e suas próprias cartografias⁽¹⁾. Um exemplo é o Enfermeiro atuante no ambiente de terapia intensiva, no qual revela uma possível articulação entre constituir-se como um sujeito e constituir-se como conhecimento, não apenas técnico, mas, também, político⁽²¹⁾.

As unidades de internação hospitalar apresentam especificidades e contextos ímpares, distintos da pluralidade das organizações, em geral. Nesse sentido, é possível afirmar que o comportamento decisor do Enfermeiro é influenciado, de acordo com as características da unidade na qual as práticas de cuidado são desenvolvidas⁽¹⁵⁾.

As unidades ou setores, também, formam um conjunto de sistemas abertos, que fazem parte do sistema institucional hospitalar, contudo, apresentam características específicas, em relação à finalidade, à estrutura física, aos trabalhadores de saúde e aos pacientes, fatores que configuram a forma de organização desses ambientes. Além disso, a proximidade com o paciente em situação crítica de vida se torna um fator que sensibiliza e estimula o desenvolvimento do senso perceptivo do Enfermeiro, acerca dos problemas e necessidades de cuidado.

Na perspectiva ecossistêmica da produção de subjetividade, as unidades de internação se constituem como ambientes que determinam fatores macro e micropolíticos, que podem definir algumas características do comportamento do Enfermeiro. Um estudo, que teve como objetivo identificar as possibilidades de expressão da subjetividade no cotidiano de trabalho de Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais situados na região Sul do Brasil, evidenciou essa perspectiva. Os autores concluíram que, além do cenário institucional, outras características específicas da organização do trabalho podem influenciar na subjetividade que permeia esse ambiente hospitalar⁽²²⁾.

Especificamente, o ambiente de terapia intensiva apresenta algumas características que podem influenciar a produção de uma subjetividade singularizada do Enfermeiro. O profissional que trabalha em terapia intensiva vivencia um conjunto de práticas de governabilidade, que estabelecem maneiras de ser Enfermeiro e de fazer os cuidados, favorecendo a incorporação de um comportamento consciente da responsabilidade de dever ser e da autonomia com capacidade de escolha. Desse modo, no ambiente de terapia intensiva, o Enfermeiro deixa de ser, apenas, um cumpridor de tarefas e passa a ter uma posição de igualdade com os demais componentes da equipe de saúde⁽²¹⁾.

A definição e a construção da identidade do Enfermeiro ocorrem na mediação de cada ser com o ambiente de trabalho, suas atribuições e suas relações com os sujeitos que compartilham o cuidado⁽²³⁾. Assim, considerando os ambientes acadêmicos e assistenciais que definem os fatores macro e micropolíticos da produção da subjetividade questiona-se: Como produzir subjetividade para a tomada de decisões do Enfermeiro nas práticas de cuidado?

As respostas para esse questionamento podem emergir, a partir da perspectiva ecossistêmica de produção da subjetividade do Enfermeiro, com a compreensão de que a

organização do comportamento humano está vinculada a um conjunto de sistemas de produção, que configura a identidade, o ego e a obediência ao código de uma microssociedade e às leis de uma sociedade. Ademais, é necessário compreender as relações criativas e de respeito, que permitem organizar uma divisão de trabalho e produzir, tanto no campo material quanto no subjetivo, as condições de uma vida coletiva e, ao mesmo tempo, singularizar⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, identificou-se que os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro estão condicionados por ambientes e suas estruturas físicas e relacionais, que estão em constante interação e interdependência, determinando o comportamento do Enfermeiro no processo de tomada de decisões. Assim, pode-se afirmar que o cuidado de Enfermagem tem uma perspectiva ecossistêmica e é, nesse conjunto de ambientes com dimensões micropolíticas e macropolíticas, que é produzida a subjetividade do Enfermeiro.

Cada ambiente é, portanto, global e, ao mesmo tempo, particular, pois expressa condições próprias e singulares da constituição do Enfermeiro. Isto significa que o ambiente pode ser simbolizado, ou seja, ganhar um lugar representacional no imaginário do sujeito, o que remete à afirmação de ambiente como espaço para a construção social e produção da subjetividade. Assim, a subjetivação do Enfermeiro ocupa ambientes institucionais, que apresentam fatores macro e micropolíticos, que determinam a forma como esse indivíduo assume e vive a subjetividade em suas existências particulares e coletivas.

Em relação à instituição de formação acadêmica do Enfermeiro, evidencia-se como um ambiente importante da produção da subjetividade para a tomada de decisões. Assim, ressalta-se a possibilidade de desenvolver novos estudos, buscando focar esse universo empírico e esse objeto de estudo, tendo os acadêmicos de Enfermagem como sujeitos de pesquisa.

Ademais, o âmbito acadêmico também pode favorecer mudanças no âmbito profissional da Enfermagem. O intenso investimento no desenvolvimento dos programas de pós-graduação em enfermagem contempla profissionais que já estão no mercado de trabalho, com a possibilidade de lutar por espaços políticos da profissão e que também contribuem para a produção da subjetividade na profissão.

Na maioria dos programas de pós-graduação em Enfermagem, há a ênfase em discussões fundamentadas em referenciais teóricos da filosofia, antropologia, sociologia e demais ciências básicas, que permitem reflexões internalizadas e sociáveis, em relação à percepção da realidade e à autopercepção como profissional. Essa perspectiva avança para o

ambiente hospitalar, pois com a instalação de novos modos de produção de subjetividade, os Enfermeiros estarão mais instrumentalizados para recusar todos os modos preestabelecidos para o comportamento e todos os modos de manipulação.

Em relação a esse aspecto, os Enfermeiros participantes da pesquisa verbalizaram a necessidade da consolidação de espaços políticos para encontro e discussão profissional nas instituições hospitalares. Relataram também que os encontros focais se constituíram como momentos que possibilitaram a reflexão, autoconhecimento, autopercepção e percepção do outro e do todo da instituição hospitalar, perspectiva que, no cotidiano de trabalho do Enfermeiro, não é (auto)proporcionado.

REFERÊNCIAS

1. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 2010.
2. Lausten G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior – dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in Nursing Science*. 2006; 29(1):43-54.
3. Pereira MJLB, Fonseca JGM. Faces da decisão: as mudanças e o poder da decisão. São Paulo: Akron Books; 1997.
4. Dall’Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. A noção de tarefa nos grupos focais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):186-90.
5. Dall’Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 1999; 20(1): 5-25.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Ramos FRS, Borges LM, Brehmer LCF, Silveira LR. Formação ética do enfermeiro – indicativos de mudança na percepções de professores. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(4):485-92.
8. Nosow V, Püschel VAA. The teaching of attitudinal content in higher education of nursing. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43(spe2):1232-7.
9. Colenci R, Berti HW. Professional development and entering the labor market: the perceptions of nursing graduates. *RevEscEnferm USP*. 2012; 46(1):158-66.
10. SilvaDGV, Souza SS, Trentini M, Bonetti A, Mattosinho MMS. The challenges coped by the novice in nursing practice. *RevEscEnferm USP*. 2010; 44(2):511-6.
11. Lucchese R, Barros S. Pedagogia das competências – um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão de literatura. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1):929-9.

12. Lunardi VL. História da enfermagem: rupturas e continuidades. Pelotas: Editora Universitária; 1998.
13. Campbel ET. Gaining Insight into Student Nurses' Clinical Decisionmaking.Process.Aquichan.2008; 8(1):19-32.
14. SvaldiJSD. Rede ecossistêmica de pesquisa em enfermagem/saúde no SUS: Possibilidades dedelineamento nos hospitais universitários federais [tese]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2011.
15. SvaldiJDS, Siqueira HCH. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva Ecológica: contribuições da enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2012; 14(3):599-604.
16. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Svaldi JSD, Bulhosa MS. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. Rev Latino-amEnferm. 2007; 15(3).
17. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: EditoraUniversitária; 2000.
18. KavanaughK, Moro TT, Savage T, Reyes M, Wydra M. Supporting Parents' Decision Making Surrounding the Anticipated Birth of Extremely Premature Infant. J Perinat Neonatal Nurs. 2009; 23(2):159-170.
19. CamposDCF, Graveto JM. G. N.The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process.Rev Latino-am Enfermagem.2009; 17(6):139-45.
20. Holmes D, Perron AM, Savoie M. Governing therapy choices: Power/Knowledge in the treatment of progressive renal failure. Philosophy, Ethics, andHumanities in Medicine. 2006; 1(12). Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/1/1/12> Acesso em: 05 de mar. 2011.
21. Vargas AO, Ramos FRS. Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós. Rev Bras Enferm. 2011; 63(6):956-63.
22. Azambuja EP, Pires DEP, Cezar-Vaz MR, Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):658-66.
23. Netto LFS, Ramos FRS. A realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2002; 23(1):47-69.

ARTIGO 3

Modos de produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões*

RESUMO

Objetivo: Analisar os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar. **Método:** 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. **Resultados:** A partir dos debates entre os enfermeiros 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. **Conclusão:** 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.

Methods of subjectivity production of Nurse for decision making

ABSTRACT

Objective: Analyzing the Nurse's ways of production of subjectivity in decision-making processes that involve Nursing care. **Methods:** We adopted qualitative research design. The investigative scenario was in a philanthropic hospital in the State of Rio Grande do Sul. The study participants were twelve Nurses working in this institution. For data collection, we used focus group the technique with three focal meetings conducted in december 2011. **Results:** 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. **Conclusion:** Nurse's ways of production of subjectivity can condition and define behaviors that prevail in the decision making in care practice.

Keywords: Nursing; Nursing care; Decision making; Focus groups.

Los modos de producción de la subjetividad del Enfermero para tomar decisiones

RESUMEN

Objetivo: Analizar los modos de producción de la subjetividad del Enfermero para tomar decisiones que involucran el proceso de atención. **Métodos:** 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. **Resultados:** A partir del conversaciones entre los enfermeros se identificó 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. **Conclusión:** Los modos de producción de subjetividad del Enfermero puede condicionar y definir conductas que prevalecen en la toma de decisiones en la práctica asistencial.

* Artigo elaborado de acordo com as normas de publicação da Revista Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em <http://www.unifesp.br/denf/acta/normas.php> Acessado em 13 de junho de 2012.

Descriptorios: Enfermería; Atención de enfermería; Tomada de decisiones; Grupos focales.

INTRODUÇÃO

A subjetividade se expressa no comportamento, no desejo, nas atitudes, na linguagem e na percepção de mundo dos indivíduos. 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 que abarca uma produção de subjetividade que foi agregada ao âmbito da profissionalização da prática de cuidados.

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, pois suas escolhas determinam os comportamentos, o estabelecimento de relações de cuidado, de interações com

a equipe de saúde e, principalmente, orientam as práticas de cuidado. 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.

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 encontraram em qualquer tipo de afastamento da instituição.

O presente é um recorte dos dados apresentados na pesquisa intitulada *Produção de Subjetividade do Enfermeiro para a Tomada de Decisões no Processo de Cuidar em Enfermagem*^{**}, realizada no mês de dezembro de 2011. Para a coleta de dados 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⁽⁴⁾, 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⁽⁵⁾. 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?

^{**}Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem e Saúde.

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⁽⁶⁾, 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 debate entre os 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 afirmam que o objetivo principal das decisões sempre é implementar as ações de cuidado com eficiência e segurança para o paciente. Todavia, o modo de produção da subjetividade que determina um comportamento de autoproteção é evidenciado por uma perspectiva, na qual o Enfermeiro, em seu processo de tomada de decisões, considera as possíveis consequências pessoais para definir suas escolhas.

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).

Com base nestas manifestações dos participantes do estudo, observa-se que, além de considerar o bem-estar do paciente, há um processo de subjetivação, que resulta em um comportamento no qual os Enfermeiros utilizam como critério para a seleção das alternativas a repercussão pessoal das decisões. Defensivamente, nessas situações, os Enfermeiros referem limitar o seu envolvimento, 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.

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. A gente considera sempre, na hora de passar um plantão: Porque a fulana, ontem, não fez a dipirona no paciente! Olha aqui, a fulana não deu o paracetamol! Não foi antibiótico. Mas, a gente faz um escarcéu por isso. Aí, se ficar, no Box, um plasil e um paracetamol, deu! Mas, se alguém não deu um banho de leito, às vezes, sem motivos, a gente não vai tomar a decisão de ficar discutindo ou cobrar. 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? Sempre começa. Tem todas as necessidades humanas básicas que dependem do teu cuidado. Todas. Oxigenação, higienização, eliminações, higiene e conforto. 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).

Essas manifestações corroboram a percepção de que esse comportamento redundante emerge da atenção 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 tendencia a um comportamento dominante em todas as situações e decisões que envolvem as práticas assistenciais e gerenciais. Esse comportamento dominante promove um intenso envolvimento e controle dos Enfermeiros nas situações de cuidado, o que, segundo eles, favorece o processo de tomada de decisões.

Se tu fores olhar em qualquer outra unidade, o Enfermeiro é responsável por tudo. As decisões passam sempre por ele (ENF 11).

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 assume, 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, coloca-os 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 decisões. A tua primeira conduta e qual é a tua segunda conduta? É, também, sensibilidade (ENF 7).

Nesse modo de produção da subjetividade, o Enfermeiro apresenta *feeling* apurado para conduzir os processos de tomada de decisões na implementação dos cuidados de Enfermagem. Segundo os Enfermeiros, há maior sensibilidade para identificar os problemas e alternativas de decisão, avaliar as conseqüências e implementar as decisões, tanto na área clínica, quanto as situações que envolvem conflitos interpessoais.

A partir dos resultados observa-se que os modos de produção de subjetividade do Enfermeiro condicionam comportamentos que prevalecem no processo de tomada de decisões que envolvem o cuidado de Enfermagem. Os modos de subjetivação que permeiam o processo de tomada de decisões dos Enfermeiros determinam quatro comportamentos: de autoproteção; de redundância; de dominação; e proativo. Apesar de estarem contextualizados em cenários de tomada de decisão na prática de cuidados, esses modos de produção da subjetividade 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.

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 individuar. 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.

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⁽⁷⁾.

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⁾.

A invisibilidade do Enfermeiro, no âmbito do cuidado, 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 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, pode 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 quais 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 ocorrem, 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 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, constitui-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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar, considera-se 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.

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 o comportamento desse profissional, consolidando características de docilidade e obediência? Questiona-se, também: 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.

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 K R, Lacerda MR, Zagone IPS. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(2):518-25. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a18.htm> Acesso em 21 de abril de 2011.
3. Netto LFSA, Ramos FRS. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev Latino-amEnferm*. 2004; 12(1):50-7.
4. Dall’Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. A noção de tarefa nos grupos focais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):186-90.
5. Dall’agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 1999; 20(1): 5-25.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Pereira MJLB, Fonseca JGM. *Faces da decisão: as mudanças e o poder da decisão*. São Paulo: Akron Books; 1997.
8. Baggio MA, Erdmann AL. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paulista 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):1797-802.
10. Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. [The nurse as a social and political being: critical analysis of nursing as a caring profession. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1):82-7. Portuguese.
11. Thompson C. Jan Forum: Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice: a response to Jean Harbison. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 35(1):1-4, 2000.
12. Netto LFSA, Ramos FRS. A realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002; 23(1):47-69.
13. Lunardi Filho WD. *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Pelotas: Editora Universitária; 2000.
14. Vale EG, Pagliuca LMF, Quirino RHR. Saberes e práxis em enfermagem. *Esc Anna Nery RevEnferm*. 2009;13(1):174-80.

15. Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, ArrieiraI CO, Dal Pai D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. Rev. enferm. saúde.2011;1(1):190-198.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, identificou-se que o comportamento decisor de Enfermeiro é determinado pelos sistemas capitalista, hierárquico, de submissão e de valor a partir da produção da subjetividade. Todavia, a relação entre produção de subjetividade do Enfermeiro e a tomada de decisões na prática de cuidados é mediada, predominantemente, pelo sistema capitalista. Ou seja, a sujeição econômica se difunde no domínio dos sistemas de submissão, hierárquicos e de valores, determinando o comportamento assumido pelos Enfermeiros nas tomadas de decisões que envolvem as ações de cuidados.

A sujeição econômica, como elemento predominante no processo de produção de subjetividade para o processo de tomada de decisões do Enfermeiro, perpassa pelas diferenciações indicadas em relação às características das instituições: privada ou pública. Nesse sentido, destaca-se a possibilidade de desenvolver novas pesquisas direcionadas a Enfermeiros atuantes em hospitais públicos, com o objetivo de comprovar e verificar essa perspectiva apontada no presente estudo.

Em relação aos aspectos revelados pelos sistemas hierárquicos, de submissão e de valores, observa-se que a produção de subjetividade do Enfermeiro, ainda permanece enraizada em características que acompanham a constituição profissional na Enfermagem. A história da configuração profissional do Enfermeiro envolve a cultura da divisão social do trabalho, da autonomia *versus* abnegação, e dos cuidados como ações caritativas.

Assim, evidencia-se a importância da instauração de outras formas dominantes para superar esse paradigma, com intuito de vigorar, na prática de cuidados de Enfermagem, profissionais comprometidos com a evolução científica e com os princípios de valorização da profissão. A possibilidade de instalar novos modos de produção de subjetividade do Enfermeiro pode ser consolidada, a partir de novas estruturas de formação desse profissional, que contribuam para a formação de uma postura política, crítica e inovadora, imprescindível para a singularização do Enfermeiro no processo de tomada de decisões nas práticas de cuidado.

A partir do presente estudo, identificou-se também que os fatores macro e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro estão condicionados por ambientes e suas estruturas físicas e relacionais, que estão em constante interação e

interdependência, determinando o comportamento ecossistêmico do Enfermeiro no processo de tomada de decisões. Assim, essa configuração aproxima o cuidado de Enfermagem tem a uma perspectiva ecossistêmica, pois é, nesse conjunto de ambientes, com dimensões micro e macropolíticas, que é produzida a subjetividade do Enfermeiro.

Cada ambiente é, portanto, global e, ao mesmo tempo, particular, pois expressa condições próprias e singulares da constituição do Enfermeiro. Isto significa que o ambiente pode ser simbolizado, ou seja, ganhar um lugar representacional no imaginário do sujeito, o que remete à afirmação de ambiente como espaço para a construção social e produção da subjetividade. Assim, a subjetivação do Enfermeiro ocupa ambientes institucionais, que apresentam fatores macro e micropolíticos, que determinam a forma como esse indivíduo assume e vive a subjetividade em sua existência particular e coletiva.

Em relação à instituição de formação acadêmica do Enfermeiro, evidencia-se esta como um ambiente importante da produção da subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões. Assim, ressalta-se a possibilidade de desenvolver novos estudos, buscando focar esse universo empírico e esse objeto de estudo, tendo os acadêmicos de Enfermagem como sujeitos de pesquisa. Ademais, o contexto acadêmico também pode favorecer mudanças no âmbito profissional da Enfermagem.

O intenso investimento no desenvolvimento dos programas de pós-graduação em enfermagem contempla profissionais que já estão no mercado de trabalho, com a possibilidade de lutar por espaços políticos da profissão e que, também, contribuem para a produção da subjetividade do Enfermeiro. Na maioria dos programas de pós-graduação em Enfermagem, no Brasil, há a ênfase em discussões fundamentadas em referenciais teóricos da filosofia, antropologia, sociologia e demais ciências básicas, que permitem as reflexões internalizadas e sociáveis, em relação à percepção da realidade e à autopercepção enquanto profissional.

Essa perspectiva avança para o ambiente hospitalar, pois com a instalação de novos modos de produção de subjetividade, os Enfermeiros estarão instrumentalizados para recusar todos os modos preestabelecidos para o comportamento e modos de manipulação. Em relação a esse aspecto, os Enfermeiros participantes da pesquisa verbalizaram a necessidade da consolidação de espaços políticos para encontro e discussão profissional nas instituições hospitalares. Os participantes desse estudo relataram que os encontros focais se constituíram como momentos que possibilitaram a reflexão, autoconhecimento, autopercepção e percepção do outro e do todo da instituição hospitalar, perspectiva que no cotidiano de trabalho do Enfermeiro não é (auto)proporcionado.

Nesse sentido, confirma-se que a tese defendida e sustentada no presente estudo foi comprovada. 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 identificados 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, apresenta-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.

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 servilidade, docilidade e obediência? Questiona-se, também: 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.

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 do Enfermeiro, que permitam a criatividade, a sensibilidade e a resistência. Ademais, que esses modos de produção de subjetividade permitam que o Enfermeiro 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.

Considerando a metodologia, especificamente, a técnica de grupo focal, é possível afirmar que a mesma foi adequada para o enfoque do objeto de estudo, favorecendo a buscas

respostas para o problema de pesquisa e para comprovar a tese de doutoramento. Todavia, destaca-se que a principal dificuldade encontrada foi à participação dos Enfermeiros nos encontros focais.

Os Enfermeiros participantes apresentaram algumas características que predominaram entre os perfis profissionais. A grande maioria concluiu, ou está cursando pós-graduação, o que mostra seu envolvimento desses profissionais em processos de capacitação e aperfeiçoamento profissional, e a tendência de adesão a posturas críticas, políticas, sensíveis e inovadoras.

A proposta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande é desenvolver um olhar ecossistêmico para a construção do conhecimento da Enfermagem, o que se constituiu como um grande desafio no presente estudo de doutoramento. A incipiência de estudos voltados para essa perspectiva fomenta a necessidade de aprofundamentos teóricos que permitam a compreensão do processo de formação de profissionais capacitados teórico-metodologicamente para a produção do conhecimento em Enfermagem/Saúde, em resposta aos desafios das transformações sociais e ambientais.

Evidencia-se que os resultados do presente estudo apresentam uma aplicabilidade prática, em especial a contribuição para produção científica do conhecimento na área que, pode oportunizar o aprimoramento do processo de cuidar e do Ser Enfermeiro, tanto no âmbito assistencial, quanto no acadêmico. Assim, emerge a necessidade de desenvolver novos estudos, buscando responder aos questionamentos apontados ao longo da presente pesquisa, com a finalidade de refletirmos acerca do significado do cuidado de Enfermagem na dimensão humana, resgatando a subjetividade que permeia esse processo.

Desse modo, é imprescindível considerar as formas de manifestação da subjetividade do Enfermeiro, em especial o comportamento e as atitudes que são traçados, principalmente, pelas decisões que envolvem o processo de cuidar. Para tanto, é importante resgatar a abordagem do processo de tomada de decisões em todos os âmbitos do conhecimento da prática de cuidados, não se restringindo à área administrativa e às ações gerenciais do Enfermeiro.

O estudo de doutoramento possibilitou momentos de autopercepção, pois ao abordar a produção da subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar, foi resgatada memoravelmente a perspectiva temporal vivenciada pela autora. Como Enfermeira

da Unidade de Terapia Intensiva Adulta da instituição hospitalar que se constituiu como cenário investigativo do estudo, pude compreender a posição de consumidora e produtora de uma subjetividade que, direta ou indiretamente, repercutiam na vida de todos aqueles com quem as práticas de cuidado foram compartilhadas.

Em relação aos atuais ofícios profissionais que envolvem o Ser Enfermeira Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, considero que o estudo de doutoramento viabilizou a compreensão dos processos que permeiam a produção de subjetividade do Enfermeiro, em especial, considerando o ambiente da instituição de formação acadêmica do Enfermeiro. Essa perspectiva é importante, pois ao participar da constituição desse profissional, há a oportunidade de consolidar novas metodologias de ensino e aprendizado, com vistas a fomentar e avançar no desenvolvimento das competências para a tomada de decisões éticas e humanas na prática de cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMMENWERTH, E.; ILLER, C.; MAHLER, C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. **Medical Informatics and Decision Making**, v.6, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/6/3/prepub> Acesso em: 05 de mar. 2011.

ANDERSON, R. A.; ISSEL, L. M.; MCDANIEL JR, R. R. Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes. **Nurs Res**, v.52, n. 1, p. 12–21, 2003.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil, 1998.

AZAMBUJA, E. P.; PIRES, D. E. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; MARZIALE, M. H. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 658-66, 2010.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paulista Enferm**, v. 23, n.6, p.745-50, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 Ed., Lisboa-Portugal: Edições 70, 2009.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W.D.; KERBER, N.P.C.; LUNARDI, V.L.; SANTOS, S.S. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n.4, p.807-14, 2011.

CARVALHO, V. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.(spe2), p.1797-802, 2011.

CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N.The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.6, p.139-45,2009.

CAMPBELL, E. T. Gaining Insight into Student Nurses' Clinical Decisionmaking Process.**Aquichan**, v.8, n.1, p.19-32, 2008.

CATHAIN, A. O.; MUNRO, J.; ARMSTRONG, I.; O'DONNELL, C.; HEANEY, D. The effect of attitude to risk on decisions made by nurses using computerised decision support software in telephone clinical assessment: an observational study. **Medical InformaticsandDecisionMaking**, v.7, n.39, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/7/39/prepub> Acesso em: 05 de mar. 2011.

CERULLOS, J.A.J.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico.**Rev Latino-am Enfermagem**, v.18, n.1, 06 telas,2010. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 05 de mar. 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 3 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CIAMPONE, M. H. T. **Tomada de decisão em enfermagem**. In: KURCGANT, P. (Coord.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

COLENCI, R.; BERTI, H.W. Professional development and entering the labor market: the perceptions of nursing graduates. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.1, p.158-66, 2011.

COOPER, A. B.; JOGLEKAR, A. J.; GIBSON, J.; SWOTA, A. H.; MARTIN, D. K. Communication of bed allocation decisions in a critical care unit and accountability for reasonableness. **Health Services Research**, v.5, n.67, 2005. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/67/prepub> Acesso em: 05 de mar. 2011.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. 'New' public health and health promotion via education: between tradition and innovation. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.415-22, 2005.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v.20, n.1, p.5-25, 1999.

DALL'AGNOL, C.M.; MAGALHÃES, A.M.M.; MANO, G.C.M.; OLSCHOWSKY, A.; SILVA, F.P. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v.33, n.1, p.86-90, 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C.Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.4, p.684-8, 2007.

FRENCH, P. The development of evidence-based nursing. **J Adv Nurs**, v.29, n.1, p.72-8, 1999.

GIL, A. C. **Metodologia do Ensino superior**. 4 Ed., São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIVENS, J. L.; KIELY, D. K.; CAREY, K.; MITCHELL, S. L. Health Care Proxies of Nursing Home Residents with Advanced Dementia: Decisions They Confront and Their Satisfaction with Decision-Making. **J Am Geriatr Soc**, v.57, n.7, p.1149-55, 2009.

GOMES, V. L. O.; BACKES, V. M. S.; PADILHA, M. I. C. S.; CEZAR-VAZ, M. R.Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias.**Investigación y Educación em Enfermería**, v.15, n.2, p.109-15, 2007.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo Focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v.13, n.4, p. 856-62, 2009.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 16 Ed., São Paulo: Papyrus, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica cartografias do desejo**. 10 Ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde doença no pós moderno. **Mal-estar e subjetividade**, v.3, n.2, p.353-71, 2003.

HOLMES, D.; PERRON, A. M.; SAVOIE, M. Governing therapy choices: Power/Knowledge in the treatment of progressive renal failure. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v.1, n.12, 2006. Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/1/1/12> Acesso em: 05 de mar. 2011.

JESUS, E. H. **Padrões de habilidade cognitiva e processo de tomada de decisão clínica em enfermagem**. 2004. Tese (Doutorado em Ciência de Enfermagem) -Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Lisboa.

KAVANAUGH, K.; MORO, T. T.; SAVAGE, T.; REYES, M.; WYDRA, M. Supporting Parents' Decision Making Surrounding the Anticipated Birth of Extremely Premature Infant. **J Perinat Neonatal Nurs**, v.23, n.2, p.159-170, 2009.

KITZINGER, J. **Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde**. In: POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43.

KONTOS, P. C.; MILLER, K. L.; MITCHELL, G. J. Neglecting the Importance of the Decision Making and Care Regimes of Personal Support Workers: A Critique of Standardization of Care Planning Through the RAI/MDS. **The Gerontologist**, v.50, n.3, p.352-62, 2009.

LAUSTEN, G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior – dialogue toward developing nursing ecological theory. **Advances in Nursing Science**, v.29, n.1, p. 43-54, 2006.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Pedagogia das competências – um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão de literatura. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.1, p.92-9, 2006.

LUNARDI, V. L. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas: EditoraUniversitária, 1998.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, M.R.S.; SVALDI, J.S.D.; BULHOSA, M.S. Nursing ethics and its relation with power and work organization. Rev. Latino-Am. Enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v.15, n.3, p.493-97, 2007.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas/RS: Editora Universitária; 2000.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p. 91-6, 2001.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 6 Ed., Porto Alegre: Arte Médicas, 2010.

MENKE, J. A.; BRONER, C. W.; CAMPBELL, D.Y.; MCKISSICK, M.Y.; EDWARDS-BECKETT, J.A. Computerized clinical documentation system in the pediatric intensive care unit. **Medical Informatics and Decision Making**, v.1, n.3, 2001. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/1/3> Acesso em: 10 mar. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução Nº 196, de outubro de 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissão/conep/resolução.html> Acesso em: 27 mai. 2011.

NETTO, L.F.S.A.; RAMOS, F.R.S. A realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro. **R. gaúcha Enferm**, v. 23, n. 1, p. 47-69, 2002.

NETTO, L.F.S.A.; RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-am Enferm**, v.12, n.1, p.50-7, 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez: ABEn-CEPEEn, 1989.

NOSOW, V.; PÜSCHEL, V. A. A. The teaching of attitudinal content in higher education of nursing. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n(spe2), p.1232-7, 2009.

NUNES, L. **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. II Congresso Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 10 de Maio, 2006. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf Acesso em: 23 de maio de 2011.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.6, p. 723-6, 2005.

PAI, D.D.; SCHARANK, G.; PEDRO, E.N.R. O Enfermeiro como Ser-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enferm**, v.19, n.1, p. 82-7, 2006.

PEREIRA, M. J. L. B.; FONSECA, J. G. M. **Faces da decisão: as mudanças e o poder da decisão**. São Paulo: Akron Books, 1997.

PERSEGONA, K. R.; LACERDA, M. R.; ZAGONE, I. P. S. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 518-25, 2007. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a18.htm> Acesso em 21 de abril de 2011.

RAMOS, F. R. S.; BORGES, L. M.; BREHMER, L.C.F.; SILVEIRA, L.R. Formação ética do enfermeiro – indicativos de mudança na percepções de professores. **Acta Paul Enfer**, v.24, n.4, p.485-92, 2011.

SAMPAIO, S. F.; KURCGANT, P. A participação acadêmica e sua influencia na vida profissional segundo a percepção de enfermeiros. **RevEscEnf USP**, v.43, n.1, p.146-51, 2009.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, A. L. Intuitiveability in nursingcare. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.4, p. 429, 2003.

SILVA, D.G.V.; SOUZA, S.S.; TRENTINI, M.; BONETTI, A.; MATTOSINHO, M.M.S. The challenges coped by the novice in nursing practice. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p. 511-6, 2010.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Tradução: Aluizio Loureiro Pinto. 3 Ed. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1979.

SVALDI, J. D. S. Rede ecossistêmica de pesquisa em enfermagem/saúde no SUS: Possibilidades de delineamento nos hospitais universitários federais. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.

SVALDI, J. D. S.; SIQUEIRA, H. C. H. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva Ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.3, p.599-604, 2010.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. Tradução Alves Calado. Revisão de conteúdo Agrícola de Souza Bethlem. 5 Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

STREET, K.; ASHCROFT, R.; HENDERSON, A.; CAMPBELL, A. V. The decision making process regarding the withdrawal or withholding of potential life-saving treatments in a children's hospital. **Journal of Medical Ethics**, v.26, p.346-52, 2000.

TANNER, C.A. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. **J Nurs Educ**, v.45, n.6, p204-11, 2007.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 49-61, 2001.

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRAI, C. O.; PAI, D. D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. enferm. saúde**, v.1, n.1, p.190-198, 2011.

THOMPSON, C. Jan Forum: Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice: a response to Jean Harbison. **Journal of Advanced Nursing**, v.35, n.1, p.1-4, 2000.

THOMPSON, C.; MCCAUGHAN, D.; CULLUM, N.; SHELDON, T. A.; MULHALL, A.; THOMPSON, D. R. Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? **Journal of Advanced Nursing**, v.36, n.3, p.376-88, 2001.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.75-85, 2001.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F.; QUIRINO, R.H.R. Saberes e práxis em enfermagem. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v.13, n.1, p.174-80, 2009.

VARGAS, A.O.; RAMOS, F.R.S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Ver Bras Enferm**, v.63, n.6, p.956-63, 2011.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. **Revista de Psicanálise**, n.163, 2002.

WATSON, J. A teoria do cuidado humano: retrospectiva e prospectiva. **Nursing science and quaterly**, v.10, n.1, p.49-52, 1997.

APÊNDICE 1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

CONVITE

Prezados(as) Enfermeiros(as),

Vimos por meio deste, convidá-los para participar da pesquisa intitulada “A produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem”, que tem como objetivo analisar a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões na implementação dos cuidados de Enfermagem. A sua participação será na etapa de coleta de dados, especificamente, participando de três encontros que serão realizados na Campus Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Para alcançar o objetivo da pesquisa, nesses encontros, serão desenvolvidas dinâmicas com o intuito de fomentar a reflexão e discussão acerca da temática em foco.

Solicitamos que os interessados em participar do estudo façam a inscrição, informando o seu telefone ou email para contato, e seu turno de disponibilidade, para que os encontros sejam agendados.

Agradecemos a sua atenção!

Nome	Telefone ou email	Disponibilidade	Outras observações

Pesquisadores Responsáveis:

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho - Orientador

Prof^a. Dr^a. Nalú Pereira da Costa Kerber – Coorientadora

M.Sc. Josefina Busanello – Discente do Curso de Doutorado em Enfermagem. Contato: (55) 96701550 ou (53) 99769088; Email: josefinebusanello@unipampa.edu.br

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

Guia de Temas1

Primeiro Encontro do Grupo Focal

- **Objetivo(s):** Compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro.

- **Abertura:** apresentações dos participantes, do objetivo e metodologia do estudo; e o estabelecimento do *setting* (termo de consentimento livre esclarecido e combinações para os encontros seguintes).

- **Formulário auto-aplicável:** explicitados os itens do formulário, e solicitado o preenchimento do mesmo. Explicação rápida dos elementos que compõem a tomada de decisões (problema, alternativas, escolhas e consequências).

- **Debate entre os participantes, mediante as seguintes questões disparadoras:**
 - 1) Como você percebe a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados?
 - 2) Como você percebe que os outros percebem a relação entre as suas decisões e o seu comportamento na prática de cuidados?
 - 3) De que forma as decisões interferem no seu comportamento frente às práticas de cuidado?
 - 4) Você considera que o enfermeiro assume o papel de decisor na prática de cuidados?
 - 5) Que situações exigem a tomada de decisão do enfermeiro?

- **Encerramento:** síntese das ideias emergentes da sessão e combinações para o próximo encontro.

APÊNDICE 4**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM****Formulário Auto-Aplicável**

Este questionário tem como objetivo definir o perfil profissional dos participantes, informações importantes para auxiliar a compreensão do fenômeno em estudo. Para tanto, solicitamos a sua colaboração com o preenchimento do mesmo:

- **Nome:** _____
- **Idade:** _____
- **Sexo:** () Feminino () Masculino
- **Ano de graduação em Enfermagem:** _____
- **Unidade de atuação:** _____
- **Turno:** _____
- **Tempo de atuação na instituição:** _____
- **Possui pós-graduação?**

() Sim. Que tipo: () Especialização na área de _____

() Mestrado na área de _____

() Doutorado na área de _____

() Não.

APÊNDICE 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Guia de Temas2

Segundo Encontro do Grupo Focal

- **Objetivo(s):** Compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do Enfermeiro.
- **Abertura:** Resgate das ideias emergentes do primeiro encontro. Esclarecimento sobre os objetivos e a dinâmica do encontro
- **Debate entre os participantes, mediante as seguintes questões disparadoras:**
 - 1) Quais as competências e habilidades mobilizadas no processo decisivo?
 - 2) Em que espaços o enfermeiro desenvolve essas competências e habilidades?
 - 3) Todas as decisões que você toma, você implementa?
 - 4) Que dificuldades você encontra para implementar as decisões?
- **Encerramento:**

Síntese das ideias emergentes da sessão e combinações para o próximo encontro.

APÊNDICE6
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

Guia de Temas3

Terceiro Encontro do Grupo Focal

- **Objetivo(s):** Identificar quais os fatores macropolítico e micropolíticos da produção de subjetividade do Enfermeiro que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem.

- **Abertura da sessão:**Resgate das ideias emergentes no primeiro encontro. Esclarecimento sobre os objetivos do encontro.

- **Debate entre os participantes, mediante as seguintes questões disparadoras:**

- 1) Que fatores interferem nas suas decisões e conseqüentemente, nos seus comportamentos na prática de cuidados?

- **Encerramento:**

Síntese das ideias emergentes da sessão e de todos os encontros. Agradecimentos e confraternização.

APÊNDICE7**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias idênticas, e rubrique todas as páginas. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: **Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem**

Pesquisador Responsável: **Josefine Busanello**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **Universidade Federal do Rio Grande**

Contato com o Pesquisador Responsável: **(53) 96769088; josefinebusanello@hotmail.com**

O projeto de pesquisa citado tem como objetivo **analisar a produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da Enfermagem.**

Nesta pesquisa a sua participação ocorrerá em três encontros de grupo focal. A duração dos encontros será de aproximadamente duas horas. Nesses encontros serão realizados debates a partir de questões norteadoras, para fomentar a reflexão e o diálogo entre os participantes acerca das perspectivas subjetivas presentes na tomada de decisões dos Enfermeiros no processo de cuidar em Enfermagem.

Desde logo fica garantido a confidencialidade das informações. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados **apenas nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou influenciar no seu vínculo empregatício. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento

científico para a área de enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo com o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

A documentação dos dados será por meio de relatórios de observação, nos quais serão registradas as expressões e manifestações dos participantes, e um formulário autoaplicável. Será utilizada também a gravação em áudio das sessões focais. Todos esses dados ficarão sob responsabilidade do pesquisador, resguardados na área acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, por cinco (05) anos, e incinerados após esse período.

Agradeço a sua atenção!

Josefine Busanello
Pesquisadora Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Produção de subjetividade do Enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em Enfermagem”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora JosefineBusanello sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Local e data: Rio Grande, _____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

ANEXO 1
PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: N° 008/2011

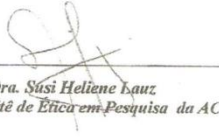
Título do Projeto: Produção da subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em enfermagem.

Objetivos: Objetivo geral do estudo: analisar o modo de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões que envolvem o processo de cuidar da enfermagem; o mecânica; e como objetivos específicos: compreender a relação entre o processo de tomada de decisão e a produção da subjetividade do enfermeiro; e identificar quais os fatores macropolíticos e micropolíticos da produção de subjetividade do enfermeiro que subsidiam a tomada de decisões no processo de cuidar da enfermagem.

Pesquisador (a) responsável: Josefina Busanello.

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; que será necessário fazer um breve contato com o local do estudo, informando-os do início da coleta de dados; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 11 de novembro de 2011.


 Prof. Dra. Sasi Helene Lauz
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG