

CRISTIANO PINTO DOS SANTOS

**A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL:
UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES**

RIO GRANDE

2016

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

**A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL:
UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES**

CRISTIANO PINTO DOS SANTOS

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/saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

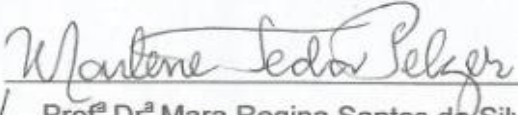
RIO GRANDE




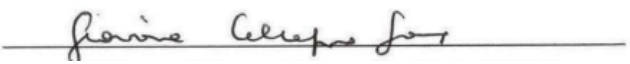
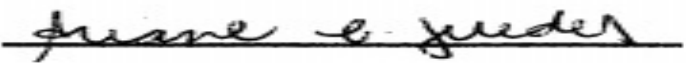
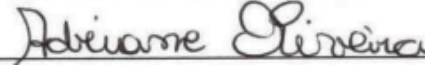
2016

CRISTIANO PINTO DOS SANTOS

A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

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 21 de março de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.


p/ Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)
 Dra. Josefina Busanello – Membro Externo (UNIPAMPA)
 Dra. Jacqueline Feltrin Quintana – Membro Externo (URCAMP)
 Dra. Giovana Calcagno Gomes – Membro Interno (FURG)
 Dra. Ariane da Cruz Guedes - Suplente Externo (UFPel)
 Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Suplente interno (FURG)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me dar a oportunidade de viver e muito mais do que sempre pedi ou sonhei. Penso que ser Doutor é muito mais do que ser um profissional qualificado, mas sim um soldado de Deus a quem foi dada a missão de aprimorar seus conhecimentos para que possa trabalhar em prol de uma melhor atenção à saúde de seus irmãos.

Agradeço meus pais que sempre acreditaram em minha força de superação frente a todas as escolhas que realizei em minha vida e, que, me deram autonomia para que eu enfrentasse o mundo e buscasse meus sonhos.

Agradeço, de coração, a sempre amiga, noiva e companheira Ana Paula Escobal, por me aproximar das coisas de Deus e me fazer acreditar que tudo iria dar certo, me trazendo novos significados do que é amar, ser feliz e ser vencedor.

Agradeço meu orientador, Professor Wilson Danilo Lunardi Filho, por aceitar me orientar nesse processo tão árduo e trabalhoso que é o doutorado. Agradeço por sua confiança em meu potencial e a liberdade de poder conversar e discutir horizontalmente todas as questões que emergiram nesse processo.

Aos professores Edison Luiz Devos Barlem e Giovana Calcagno Gomes pela amizade e apoio incondicional. Meus sinceros agradecimentos e minha eterna gratidão

Aos demais membros da banca, professoras Josefina Busanello, Jaqueline Feltrin Quintana, Adriane Maria Netto de Oliveira e Ariane da Cruz Guedes que foram muito importantes para que eu pudesse construir minha tese, por meio de sugestões e questionamentos.

Aos enfermeiros do Hospital Universitário de Bagé, que confiaram em mim e dividiram suas vivências aceitando prontamente em participarem da pesquisa.

A todos os amigos e pessoas que me acompanharam nesse processo de doutoramento, entendendo as ausências, o pouco tempo e o humor muitas vezes pouco aflorado

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande pelas oportunidades concedidas na Graduação, Mestrado e Doutorado.

Um agradecimento especial, é o mínimo que posso fazer, à Universidade da Região da Campanha que sempre me estimulou a desenvolver minhas atividades de doutoramento, me acolhendo e investindo em meu potencial.

Gostaria de agradecer também todas as adversidades que encontrei, pois só me fortaleceram e me tornaram a pessoa autêntica e desafiadora que sou hoje.

Não atentes para a sua aparência, nem para a grandeza de sua estatura, porque o tenho rejeitado; porque o senhor não vê como vê o homem, pois o homem vê o que está diante dos olhos, porém o senhor olha para o coração.

Samuel 17:6

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
PPGEnf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
SIPA	Serviço Integrado de Psicologia Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
URCAMP	Universidade da Região da Campanha

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Localização geográfica do município de Bagé-RS	56
FIGURA 2	Hospital Universitário de Bagé (entrada principal)	57

RESUMO

SANTOS, Cristiano Pinto dos. **A Adaptação do Enfermeiro à Cultura Organizacional: Uma Imersão nas Formas de Produção de Subjetividades.** 2016. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

O processo de trabalho do enfermeiro deve suplantar qualquer forma de articulação estanque em suas práticas, pois suas ações necessitam de um planejamento contextualizado, para que se possa identificar, envolver e apreender as subjetividades inerentes a este processo, além de produzir sua subjetividade de maneira singular. Estar normalizado à cultura organizacional pode indicar adaptação ao processo de trabalho instituído, adotando um código de comandos de poder e saber, em que os conhecimentos científicos não se apresentam como instrumento de enfrentamento, frente ao processo estabelecido. Suas propriedades, que poderiam gerar enfrentamentos, são utilizadas para a normalização de sua condição e não para um entorpecimento ou modificação da cultura organizacional. Desta forma, defende-se a seguinte tese: O enfermeiro, independentemente do tempo, instituição de origem de sua formação e cursos de pós-graduação realizados, ao ser admitido em uma instituição hospitalar, geralmente, se adapta à cultura organizacional como uma estratégia de normalização, que parece inibir sua produção de subjetividade, dificultando assim, a realização de ações transformadoras que promovam um cuidado de qualidade. Este estudo teve como objetivo geral conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade. Foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, desenvolvida no contexto de um Hospital. Os participantes do estudo foram 12 enfermeiros, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG) sob parecer número 41/2015. Os dados foram tratados pelo método de análise de conteúdo proposto por Bardin. Com os resultados foi possível constatar que existem alguns fatores principais que influenciam a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional: a força da instituição hospitalar; a conduta de enfermeiros mais antigos sobre mais novos; o medo de perder o emprego; mudança da função de técnico de enfermagem para enfermeiro; a formação acadêmica; pouca autonomia no trabalho; pensamento político enfraquecido por parte do enfermeiro; identidade unificada pelo sistema dominante; culpabilização; falta de integração dos enfermeiros; atividades burocráticas; ambição profissional limitada; valorização do capital financeiro. O enfermeiro, ao mergulhar no ambiente hospitalar, veste o uniforme subjetivo padrão, expressando minimamente suas ferramentas contra-hegemônicas, unificando ainda mais os comportamentos singulares que podem promover uma protrusão com a ordem capitalista. Dessa forma, coíbe alguns processos que poderiam se tornar inovadores e atuais, evitando a possibilidade de ser visto como um ser marginalizado, que não se encaixa nas leis do trabalho. Aprofundar o estudo das questões que envolvem o trabalho do enfermeiro é fundamental e, acredita-se, que os pontos destacados precisam de estudos permanentes, não se encerrando com os resultados desta tese, pois o contexto de trabalho do enfermeiro é diversificado e dinâmico e a forma

como o enfermeiro vem produzindo e reproduzindo subjetividade merece estudos fartos e impetuosos.

Descritores: Enfermagem. Adaptação. Cultura. Produção de Subjetividade.

ABSTRACT

SANTOS, Cristiano Pinto dos. **The adaptation of the Nurse Organizational Culture: A immersion in forms of Subjectivities Production.** 2016. 135 pages. Doctoral Dissertation (PhD in Nursing) Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Nurses seem to adapt, without noticing, to the way the institution that hired them adopts as a work form. The work process of the nurse must supplant any ways of articulation stagnant on his/her practices, for the reason that his/her actions need a contextualized planning, to be able to identify, involve and apprehend the inherent subjectivities to this process, beyond only producing his/her subjectivity in a singular way. Being normalized to the organizational culture may indicate adapting to the process of instituted work, adopting a code of commands of power and knowledge, where scientific knowledge does not present itself as instrument of confrontation, considering the established process. His/her properties, which could cause confrontation, are utilized to the normalization of his/her condition and not to the numbness or modification of the organizational culture. Considering all this information, the following thesis is defended: The nurse, despite the time, institution where he/she graduated and the major studied, when admitted to a health institution such as a hospital, usually, adapts to the organizational culture as a strategy of normalization, that seems to inhibit his/her subjectivity's production, making difficult, the accomplishment of changing actions that promote a high quality control. This study had as general goal getting to know the factors that involve the nurse's adaptation to the organizational culture, in a perspective of production's ways of his/her subjectivity. The research was classified as a qualitative research, developed in the context of a hospital. The participants of this study were 12 nurses, the research being approved by the committee of research ethics of Federal University of Rio Grande (CEPAS – FURG) under the register number 41/2015. The data were treated by the method of content analysis proposed by Bardin. With the results it was possible to certify that there are some main factors that have an effect on the nurse's adaptation to the organizational culture: The strength of the hospital; The older nurse's behavior in relation to the new nurses; The fear of losing the position they have; The changing of being a nursing technician to becoming a nurse; The major itself; Little autonomy at work; Nurses who have weakened political thoughts; Unified identity by the dominant system; Culpability; Lack of interaction between the nurses; Bureaucratic activities; Limited professional ambition; Valorization of the financial capital grant. The nurse, when walks into the hospital environment, wears the subjective patterned uniform, showing a little of his/her tools, unifying even more the particular behaviors that promote a protrusion with the capitalist order. In this way, some processes that could become innovative are actually repressed, avoiding the possibility of being seeing as something marginalized that does not fit the working rules. Making the study of these questions that involve the nurse's work deeper is essential and, it is believed that the stressed points need to be studied permanently, not ceasing with this thesis' results, because the work context of a nurse is diversified and dynamic and the way that nurses have been producing and reproducing subjectivity deserves high quality studies.

Keywords: Nursing. Adaptation. Culture. Subjectivity Production.

RESUMEN

SANTOS, Cristiano Pinto dos. **La adaptación de la enfermera Cultura Organizacional: Una Inmersión en maneras de producción de subjetividades.** 2016. 135 hojas. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Los enfermeros aparentan adaptarse, invariablemente, a la forma de labor adoptada por la institución que los contrata. O proceso de trabajo del enfermero debe suplantar cualquier forma de articulación estanca en sus prácticas, pues sus acciones necesitan de una planificación contextualizada para que se pueda identificar, envolver y aprender las subjetividades inherentes a este proceso, además de producir su subjetividad de manera singular. Estar normalizado a la cultura local puede indicar la adaptación al proceso de trabajo instituido, adoptando un código de ética de comandos de poder y saber, donde los conocimientos científicos no se presentan como instrumento de enfrentamiento, frente a un proceso establecido. Sus propiedades, que podrían generar enfrentamientos, son utilizadas para la normalización de su condición y no para un entorpecimiento o modificación de la cultura organizacional. Desta forma se defiende la siguiente tesis: El enfermero, independientemente del tiempo, institución de origen de su formación y cursos de posgrados realizados, al ser admitido en una institución hospitalaria generalmente se adapta a la cultura organizacional como una estrategia de normalización que pareciera inhibir su producción de subjetividad dificultando así la realización de acciones transformadoras que promuevan un cuidado de calidad. Este estudio tuvo como objetivo general conocer los factores que envuelven la adaptación del enfermero a la cultura organizacional, en una perspectiva de formas de producción de su subjetividad. Fue realizada una investigación de acño cualitativo, desarrollada en el contexto de un hospital. Los participantes del estudio fueron 12 enfermeros, siendo la investigación aprobada por el Comité de ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Rio Grande (CEPAS-FURG) bajo parecer 41/2015. Los candidatos fueron tratados por el método de contenido propuesto por Bardín. Los datos fueron tratados por el método de análisis de contenido propuesto por Bardin. A través de los resultados fue posible constatar que existen algunos factores principales influyen la adaptación del enfermero a la cultura organizacional: La fuerza de la institución hospitalaria: La conducta de los enfermeros más antiguos sobre los más nuevos: El miedo a perder el empleo: La mudanza de función de técnico de enfermería a enfermero: La formación académica: Poca autonomía en el trabajo: Pensamiento político debilitado por parte del enfermero: Identidad unificada por el sistema dominante: Culpabilización; Falta de integración de los enfermeros; Actividades burocráticas; Ambición profesional limitada; valorización del capital financiero. El enfermero al bucear en el ambiente hospitalario viste el uniforme subjetivo patrón, expresando mínimamente sus herramientas contra-hegemónicas, unificando todavía más los comportamientos singulares que pueden promover una protrusión con el orden capitalista. De esta forma, cohibe algunos procesos que podrían convertirse en innovadores y actuales, evitando a marginalización, que no se encaje a las leyes laborales. Profundizar el estudio de las cuestiones que

involucran el trabajo del enfermero es fundamental y, se cree, que los puntos destacados necesitan de estudios permanentes, no cerrándose con los resultados de esta tesis, pues el contexto de trabajo del enfermero es diversificado y dinámico y la forma como el enfermero viene produciendo y reproduciendo subjetividades merece estudios hartos e impetuosos.

Palabras clave: Enfermería. Adaptación. Cultura. Producción de Subjetividad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
3.1 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO AO INSTITUÍDO.....	23
3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA BALIZA INSTITUCIONAL....	28
3.3 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E INTERSUBJETIVIDADES NO TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	35
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	42
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	54
5.2 LOCAL DO ESTUDO	55
5.2.1 Caracterização do município de Bagé-RS	56
5.2.2 O Hospital Universitário de Bagé-RS	57
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
5.5 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	59
5.6 COLETA DE DADOS	60
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	60
5.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63

6.1 ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA TEIA MULTIFACETADA	63
6.2 NEXOS E REFLEXOS DA ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM DISPONIBILIZADO.....	73
6.3 O AMBIENTE HOSPITALAR SEMIOTIZANDO A CULTURA NORMALIZADORA.....	80
6.4 NORMALIZAÇÃO E CULPABILIZAÇÃO: DESAPROPRIANDO O ESPAÇO DE SUBJETIVIDADE COMUM.....	86
6.5 SOBREPUJANDO AS FRONTEIRAS IMPOSTAS PELO MODELO GLOBALIZADOR.....	90
6.6 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE SINGULAR: UMA NECESSIDADE, REALIDADE OU SONHO?	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	126
APÊNDICE B - Solicitação à Coordenação de Enfermagem do Hospital Universitário de Bagé para a realização da pesquisa.....	128
APÊNDICE C - Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa.....	129
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
APÊNDICE E - Apoio do Serviço Integrado de Psicologia	

Aplicada.....	132
ANEXOS.....	133
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande.....	134

1 INTRODUÇÃO

A administração em enfermagem tem sido a área de conhecimento a qual tenho tido maior aproximação, desde que iniciei meu trabalho como docente das disciplinas Administração em Enfermagem I, II e III, do Curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP-Bagé). Assim, tendo em vista esta temática apresentar-se como eixo norteador de meu trabalho docente, venho direcionando atenção especial às questões do processo de trabalho da enfermagem/saúde, adquirindo, dessa forma, um olhar mais crítico e reflexivo sobre aspectos que envolvem o trabalho do enfermeiro.

As atividades teórico-práticas dessas disciplinas são realizadas no Hospital Universitário da URCAMP e na Santa Casa de Caridade de Bagé, possibilitando-me acompanhar, de forma participativa, os processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros dessas instituições. Observei que os enfermeiros de ambos os hospitais diferem significativamente entre si, tanto em relação à origem e tempo de formação profissional, quanto à realização de cursos de pós-graduação, inclusive de mestrado em enfermagem.

Contudo, tais distinções não se expressam significativamente e com suficiente clareza no modo como vem ocorrendo os processos de trabalho destes profissionais, pois parece terem se adaptado, invariavelmente, à forma de trabalho adotada pela instituição que os emprega. Percebi que os profissionais mantinham condutas, as quais eles próprios pareciam não acreditar como necessárias ou que contrariavam o que haviam aprendido na graduação e/ou pós-graduação e que a literatura científica atualizada preconiza para um cuidado de enfermagem de qualidade e especializado.

Frente ao exposto, compreendi que o comportamento destes enfermeiros e o cuidado de enfermagem por eles prestado revelavam uma adaptação, ou seja, uma acomodação¹ à cultura organizacional das instituições nas quais estão inseridos. Esta acomodação dos enfermeiros à cultura organizacional, concebida por outrem e incorporada por eles, na maioria das vezes sem contestação, cortina uma estruturação organizacional ancorada em crenças e valores estabelecidos e vigentes em um determinado contexto sócio-histórico-cultural, podendo ser relacionada com

¹ Em conformidade com o referencial guattariano, a adaptação ou acomodação ao instituído tem o seu significado atrelado ao conceito de submissão.

processos de submissão ao instituído. Nesse contexto, os enfermeiros vêm desenvolvendo e expressando individualidades norteadas por padronização de normas e condutas já instituídas. Pode, portanto, estar ocorrendo nestas instituições um processo de (des)construção do enfermeiro como profissional, ou seja, ao que parece, os enfermeiros, geralmente, colocam em segundo plano seus conhecimentos e concepções aprendidas na graduação, passando a ter o trabalho delineado pelos aspectos que permeiam a cultura organizacional dos respectivos ambientes de trabalho dos locais em que atuam.

Cabe resgatar que, por meio da produção de bens e valores que constroem a sociedade, o sujeito trabalhador realiza uma autoidentificação social e se apresenta a ela, produzindo assim, não só objetos, mas uma condição que é particularmente sua. Dessa forma, por representar esta trajetória, o significado do trabalho do enfermeiro de cuidar precisa transcender a estrutura socioeconômica, a cultura e os valores, incorporando sua produção de subjetividade², como sujeito proativo (TRAESEL; MERLO, 2009).

O trabalho, qualquer que seja, emerge, então, como um articulador necessário na própria construção do sujeito, mostrando-se como um mediador diferencial entre o inconsciente e o campo social e entre ordem singular e ordem coletiva. Pode, portanto, se constituir em um elemento muito importante para a análise do ser humano e de sua relação com o mundo material e com sua vida psíquica, pois é, nesta relação com o mundo exterior, que o ser humano procura realizar-se como indivíduo e ser social (GUATTARI, 1990).

O enfermeiro, ao cuidar, só materializará, de forma integral, a relação do cuidado, se permear suas ações de aspectos contextuais culturais, sociais e históricos, tendo como balizador teórico-filosófico a produção de subjetividade. No entanto, a natureza não pode ser separada da cultura. Cabe a nós pensarmos de forma transversal as interações entre os ecossistemas e entre as dimensões sociais e individuais (GUATTARI, 2005).

O processo de trabalho do enfermeiro pode ser representado pela produção de cuidados que desenvolve e disponibiliza à sua clientela, seja de forma direta ou indireta. Este processo se constitui das condições objetivas, dos instrumentos e

² A produção de subjetividade, também chamada de subjetivação, representa a ideologia dos indivíduos e também pode ser definida como uma produção de sentidos, de coisas da vida e do cuidado, não apenas em propriedades conceituais, mas, também, na realidade dos sujeitos singulares, pensantes e proativos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

materiais utilizados, somados às condições subjetivas de trabalho, que dizem respeito à força ou à capacidade vital do trabalho. Desse modo, o processo de trabalho é a ligação, através da qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construído em suas vidas (LUNARDI-FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

O processo de trabalho do enfermeiro deve suplantar qualquer forma de articulação estanque em suas práticas, pois suas ações necessitam de um planejamento contextualizado, para que se possa identificar, envolver e apreender as subjetividades inerentes a este processo, além de produzir sua subjetividade de maneira singular.

É possível perceber que os aspectos que definem o profissional enfermeiro como sujeito ativo e com poder de transformação apresentam-se encobertos, logo após certo tempo de trabalho nas instituições de saúde, pois, ao se adaptar ao modo como o trabalho está organizado e é desenvolvido, passa a executar o cuidado da mesma forma como este se encontra determinado pela cultura organizacional. Estar normalizado³ à cultura organizacional pode indicar adaptação ao processo de trabalho instituído, adotando um código de comandos de poder e saber, em que os conhecimentos científicos não se apresentam como instrumento de enfrentamento, frente ao processo estabelecido. Dessa forma, suas propriedades, que poderiam gerar enfrentamentos, são utilizadas para a normalização de sua condição e não para um entorpecimento ou modificação da cultura organizacional.

De acordo com Lunardi Filho (2004), o normalizado, o previsível, o determinado e o conforme são elementos que se fazem marcantes na constituição do horizonte profissional do enfermeiro, conferindo-lhe uma forte característica de apego ao instituído. Quando a pessoa rende-se à cultura organizacional e não a confronto, pode desenvolver comportamentos que desvalorizam e minimizam suas diferenças, mediante a homogeneidade do grupo, enquadrando-se, assim, ao poder da norma.

³ O indivíduo se mostra normalizado quando atende a expressão de exigências coletivas, cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou, talvez, suas estruturas, com aquilo que ele considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência (CANGUILHEM, 2006).

Compreende-se que o poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois, dentro de uma homogeneidade que é a regra, ele introduz, como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais (FOUCAULT, 1994). Percebe-se, desse modo, que a adaptação pode se apresentar como uma necessidade de normalização, a partir das exigências e imposições institucionais. Esta adaptação pode descortinar constantes processos de sujeição, na medida em que a pessoa torna suas atitudes e comportamentos padronizados, afastando-se de possíveis desacordos e conflitos que podem decorrer quando da incorporação de novos conhecimentos ao trabalho, do exercício da criatividade e do empreendedorismo, caracterizando atitudes autônomas e não conformes às normas estabelecidas.

A partir de tais observações, foi realizada uma busca na produção científica em periódicos nacionais e internacionais, nos quais fosse discutida a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional. Verificou-se uma quantidade reduzida de estudos disponíveis sobre a temática como os realizados por Spiri (1998), Martins (1999), Borjes e Argolo (2002), Machado e Kurcgant (2004), Pinto (2005), Trevizan et al. (2005), Ávila (2006), Santos (2007), Busanello (2012), Ribeiro e Rosany (2013), Rocha et al (2014), Joseph (2015) e Garcia et al (2015), entre outros. Contudo, a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional se apresentou de forma superficial, tendo esses estudos focos em outras questões.

Não foi localizado nenhum estudo que abordasse a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional apoiado em um modelo teórico de diretriz subjetiva, salientando-se assim, a relevância da produção de um estudo com um tema de enfermagem relacionado à produção de subjetividade e o processo de trabalho.

Percebe-se que o exercício da enfermagem, no contexto a ser estudado, não se mostra congruente com o que está sendo ensinado e discutido nos cursos de enfermagem e, dessa forma, observou-se, em muitos momentos, que a enfermagem se apresenta obsoleta e pouco evolutiva. Promovendo uma reflexão sobre as questões destacadas e contextualizando-as com as atividades teórico-práticas desenvolvidas nos campos de prática, emergiram as seguintes questões de pesquisa:

Quais fatores influenciam a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional?

Como transformar o modo como a enfermagem vem sendo exercida, tendo como balizadora a produção de subjetividade singular?

Pressupostos do estudo:

- O enfermeiro se adapta à cultura organizacional como uma estratégia de normalização;
- A normalização coíbe a emergência de processos de singularização da produção de subjetividade do enfermeiro;
- A produção de subjetividade do enfermeiro é balizada pela cultura organizacional;
- A cultura organizacional é fortemente influenciada pelo modo de produção capitalista;
- O ambiente hospitalar, geralmente, é capitalista normalizador;
- O enfermeiro é capaz de transcender o modelo dominante e produzir sua subjetividade, de forma singular;

Tendo em vista que o trabalho do enfermeiro necessita de incorporação de novos conhecimentos, criatividade e empreendedorismo para realizar ações transformadoras que promovam um cuidado individualizado e de qualidade e não apenas de ações adaptativas reprodutivas, com a realização deste estudo defende-se a seguinte tese:

“O enfermeiro, independentemente do tempo, instituição de origem de sua formação e cursos de pós-graduação realizados, ao ser admitido em uma instituição hospitalar, geralmente, se adapta à cultura organizacional como uma estratégia de normalização, que parece inibir sua produção de subjetividade singular, dificultando assim, a realização de ações transformadoras que promovam um cuidado de qualidade.”

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a relação entre o processo de adaptação à cultura organizacional e os modos de produção da subjetividade do enfermeiro.
- Identificar os reflexos da adaptação do enfermeiro à cultura organizacional no cuidado de enfermagem disponibilizado.
- Promover reflexões sobre estratégias antinormalizadoras que levem o enfermeiro a ser um sujeito produtor de subjetividade singular em seu trabalho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é contemplada por três pontos fundamentais. O primeiro deles – O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO AO INSTITUÍDO – aponta aspectos pertinentes à adaptação do enfermeiro, contextualizando-a com a produção de subjetividade em seu trabalho. O segundo ponto – CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA BALIZA INSTITUCIONAL – destaca a cultura organizacional como uma força de dominação institucional e contextualiza suas repercussões no trabalho do enfermeiro. O terceiro ponto – PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E INTERSUBJETIVIDADES NO TRABALHO DO ENFERMEIRO – destaca a produção de subjetividade e as intersubjetividades estabelecidas no processo de trabalho do enfermeiro, interconectando seus nexos e reflexos na adaptação à cultura organizacional.

3.1 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO AO INSTITUÍDO

Na história do ser humano, os movimentos de adaptação sempre estiveram presentes, para atender às exigências do meio, mas, também, para acompanhar as evoluções que foram surgindo e que iam exigindo, de si, demandas diversas. A adaptação pode ser vista como uma resposta permanente àquilo que pode ameaçar o equilíbrio de cada ser humano, uma vez que a exigência, que se impõe ao desenvolvimento de respostas adaptativas para a consecução de determinados objetivos, emerge de forma premente (GONÇALVES, 2011).

As sociedades modernas caracterizam-se por mudanças constantes e velozes e, no âmbito do trabalho, o modelo assumido revela-se como potencializador de novas e sofisticadas formas de acumulação, condizentes com o sistema capitalista (GRISCI, 1999). No trabalho do enfermeiro, não é diferente, pois está imerso em um mundo capitalista, onde as determinações do sistema dominante traduzem, de forma impositiva, o modo e velocidade com que este deve promover mudanças, ou não, em suas ações.

Este enquadramento verticalizado promove desafios no trabalho do enfermeiro e, um deles, é poder disponibilizar um cuidado de enfermagem com excelência a indivíduos e grupos da comunidade, assim como promover o reconhecimento da enfermagem como disciplina profissional autônoma. Entretanto, para tal, é necessário o estabelecimento de alguns enfrentamentos para que se possa sublimar sua produção e, conseqüentemente, consolidação do conhecimento (COELHO; MENDES, 2011).

Cabe destacar que a enfermagem, ao disponibilizar seus cuidados como prática profissional e social, é condicionada pelo contexto onde atua, mas, também, produz (re)ações, gerando transformações na sociedade em que se insere, principalmente, no campo da saúde. Além disso, a enfermagem se estabelece em um alicerce que vem se construindo historicamente pela ação coletiva de profissionais que ocupam posições estratégicas, dentro da área da saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

A enfermagem não é nem representa a mais antiga profissão da área da saúde e, tampouco, é vislumbrada como a mais importante, por grande parte da sociedade, tendo ainda que lutar pela aceitação e reconhecimento de sua prática. A busca pelo reconhecimento, frente à sociedade e também à classe médica hegemônica, bem como aos demais profissionais da saúde e de profissionais de outras profissões de nível superior, muitas vezes, leva o enfermeiro a se enquadrar nas formas como o sistema é operacionalizado (LESSA; ARAÚJO, 2013).

Contudo, este processo de enquadramento, percebido como um itinerário adaptativo, foi estabelecido para que ocorra a aceitação do enfermeiro, mas isso fez com que ele tenha que atuar dentro das condições determinadas pela organização econômica da sociedade e pelo poder político. É importante destacar que a forma como cada pessoa se adapta pode ser um retrato da identidade construída ou assumida, frente aos determinantes culturais-político-sociais (SANTOS, 2012).

Cabe ressaltar que o enfermeiro não deve permitir que o enquadramento elimine a força de sua personalidade, nem a imprevisibilidade de suas opções individuais, sendo preciso reconhecer que, na história da enfermagem, algumas figuras tiveram maior destaque, sendo exaltadas e estabelecidas como marcos referenciais, em função de sua resistência e atuação inovadora (BRAGA, 2013). Esta imprevisibilidade, personalidade, resistência e destaque devem promover uma

multiplicidade de caminhos para os enfermeiros que se enquadram no sistema normalizador, para que assim, criem os próprios horizontes.

Contudo, cabe salientar que se adaptar pode não representar uma perda, pois a adaptação pode ser positiva, quando norteadas por atitudes e concepções individualmente assumidas em relação a si mesmo, a outros e ao mundo, promovendo um processo contínuo de auto-crescimento, sem introjeção de normas (SANTOS, 2012). No entanto, o enfermeiro pode perceber, em parte, de forma obsoleta, esse processo de adaptação como positivo, mesmo não sendo crítico e politicamente ativo, pois apreende este itinerário como um bem que confere certa estabilidade e que o mantém ativo em sua relação com a instituição hospitalar, pelo menos, por um período inicial.

Nessa tese, é problematizada essa questão, considerando todos os aspectos que envolvem o comportamento normalizado, inclusive os visualizados de certa forma positiva. Contudo, a temática é discutida em uma perspectiva limitante que ofusca a atuação e percepção do enfermeiro, em relação ao seu trabalho, trazendo reflexos contraproducentes, principalmente, no longo prazo.

O modo de inserção dos enfermeiros no mundo do trabalho, além de suas implicações subjetivas, relacionadas ao processo de formação e à vivência de sua prática profissional cotidiana, tem ainda implicações pessoais e sociais, pois o trabalho, que ocupa parte de suas vidas, é também um emprego, ou seja, indica seu lugar social como sujeito e na hierarquia de prestígio das profissões. Como serviço, a enfermagem foi organizada para dar sustentação aos serviços de saúde e para garantir a produção e reprodução da força de trabalho (BOURDIEU, 1989).

O enfermeiro parece estar reproduzindo a força de trabalho sem uma reflexão mais aprofundada sobre sua prática, o que pode levar a um reconhecimento discreto sobre sua importância nos serviços de saúde. Cabe destacar que os eventos que modificam o cotidiano, sejam de ordem psicológica ou social, principalmente os que põem em risco a essência do indivíduo, constituem experiências marcantes e transformadoras (SANTOS, 2012).

Conquistar o reconhecimento no campo da saúde, tanto para a enfermagem quanto para o enfermeiro, exige que se construam novas categorias de percepção e de apreciação, ou seja, a emergência de uma nova identidade do enfermeiro, diversa daquela difundida pelos detentores do monopólio da expressão legítima da verdade do mundo social (BOURDIEU, 1989). Ao adaptar-se ao instituído, o

enfermeiro parece que vem deixando, em segundo plano, sua própria identidade e a emergência de criar uma nova identidade profissional, incorporando, através de um processo de aceitação, uma imagem que foi criada e reproduzida de seu “eu profissional” para a sociedade e para os serviços de saúde. Se o enfermeiro não combater as estruturas de poder existentes, pode ter sua própria identidade profissional afetada, passando a ser um produto fabricado pela sociedade (NILSSON; ERIKSÉN; BORG, 2014).

O processo de adaptação mostra-se complexo e constituído por fatores singulares, influenciados pelo contexto socioambiental e pela composição de sua integralidade como sujeito (SANTOS, 2012). Os enfermeiros que já foram demitidos ou conhecem colegas que passaram pela mesma situação, em função de posturas singulares, recebem um estímulo a mais para que se sintam fragilizados, frente à cultura organizacional, pois seu trabalho, além de caráter profissional, assume certa forma de sustentação de sua sobrevivência.

O ambiente hospitalar gera muitos estímulos adaptativos ao enfermeiro, pois é um ambiente complexo, que envolve várias profissões e relações humanas, aproximando diferentes culturas e formas de organizar e realizar o trabalho (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Embora o enfermeiro assuma condutas pré-estabelecidas de forma consciente, muitos outros aspectos podem estar balizando seu comportamento, mesmo que de forma inconsciente, pois seu trabalho é permeado por questões econômicas, sociais, políticas e, ainda, pelas questões históricas, nem sempre mentalizadas (LESSA; ARAÚJO, 2013).

Ao iniciar suas atividades, em um novo local de trabalho, o enfermeiro recebe estímulos adaptativos de origem institucional, cultural e também profissional. Dessa forma, ao receber tais aguilhoamentos, responde com produtos comportamentais que desvelam a intensidade e a capacidade em adaptar-se. O processo de adaptação desvela que a pessoa é ativa em sua relação com o ambiente, pois está em uma constante interação com ele e com todos os fatores nele imersos (ROY; ANDREWS, 2001).

Os estímulos significativos, que levam à adaptação da pessoa, podem ser representados pelo nível de conhecimento e integridade, experiências anteriores, grau de mudança e/ou limitações. O indivíduo promove, em seu ambiente, uma luta constante para manter o equilíbrio, necessitando, muitas vezes, fazer alguns ajustes, experimentando adaptações contínuas para que possa manter sua integridade

(GARCIA; NÓBREGA, 2009). No entanto, nem sempre será possível, em um processo adaptativo, gerar respostas que levem à integridade do indivíduo (ROY; ANDREWS, 2001).

O enfermeiro, ao se adaptar ao instituído, pode se transformar em um sujeito que deixa de ser transformador, inovador e que tem potencial de promover mudanças na cultura da instituição, fragmentando sua integridade, moldurando o seu eu, assumindo papel de um ser normativo adaptável. A intensidade da vivência, que o enfermeiro hospitalar experimenta no seu cotidiano, lhe exige uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar enfrentamentos (CHAVES, 1994).

As condições de trabalho do enfermeiro nem sempre favorecem a contemplação de meios que assegurem o bem-estar do paciente em sua totalidade, gerando sentimentos de impotência e frustração com a realidade que é imposta no ambiente de trabalho e, apesar de conseguirem promover adaptações, o contexto normativo no qual são elaboradas estas ações, pode gerar desânimo e fadiga (SOUZA et al, 2010).

O ser humano pode ser incentivado a adquirir ou restringir conhecimentos e habilidades, que o conduza a se adaptar às situações que lhe são impostas (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011). Essa adaptação não acontece em um passe de mágica, pois é um processo complexo que mobiliza estruturas individuais (ROCHA, 2010). A adaptação significa ajustar toda uma trajetória em um novo contexto, onde algumas coisas importantes devem ser abandonadas, reduzidas ou substituídas (PEREIRA-JÚNIOR; HENRIQUES, 2010).

Os enfermeiros, em sua rotina de trabalho, vivem uma adaptação multidimensional, para que ocorra a continuidade funcional e organizacional das ações a serem realizadas. Dessa forma, percebem a cultura da organização como uma fronteira que não deve ser ultrapassada, pois, do contrário, poderão adentrar em um território instável e perigoso. Walsch e McGoldrick (1998) defendem que a adaptação é facilitada, pela coesão pessoal proximal, flexibilidade do sistema, comunicação e ainda pelas influências sociais, políticas e econômicas, mas todos esses aspectos podem ser interconectados em uma perspectiva normalizadora, não gerando assim, crescimento e autonomia do indivíduo, ou seja, a adaptação nem sempre leva a pontos positivos e proativos.

Nightingale (1989) destaca que, o enfermeiro, face à experiência de um novo acontecimento ou nova situação, vivencia situações desajustadas, tendo que se adaptar à nova conjuntura. A adaptação é uma necessidade para que possa haver uma harmonização e sintonia dos ambientes interno e externo, onde o ambiente interno pode ser representado pelos corpos e individualidades e o externo pelo ambiente físico, outros sistemas sociais de interação e a cultura (HANSON; KAAKINEN, 2005).

Para que se possa superar, com menos esforço e sobrecarga, a situação de transição vivida e a adaptação que se impõe, é necessário que o indivíduo tome conhecimento da cultura da instituição (GONÇALVES, 2011). Pessoas que habitam em determinada cultura e que não sabem como funcionam outras culturas, quando mudam de contexto necessitam adaptar-se ao novo (WALLIS, 2007). Adaptar-se a uma nova cultura significa lidar com transições, mudar identidade, encontrar um novo emprego, adaptar-se a uma nova língua, ter novos colegas, estabelecer o sentido de estar dentro da normalidade (NASCIMENTO; et al., 2013).

A adaptação é sempre representada por um processo contínuo que possibilita sentido de normalidade. O indivíduo, quando se percebe como alguém que foge à normalidade das demais pessoas de seu convívio sócio-cultural, procura estabelecer comportamentos que lhe possibilite não se sentir tão diferente dos padrões culturais (SANTOS, 2012).

3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA BALIZA INSTITUCIONAL

Inicialmente, nesta seção, conceituam-se cultura e organização, de forma individual, porém não dissociada, como uma maneira de promover o processo de reflexão e discussão. Após esta etapa, estes conceitos são unificados, possibilitando uma homogeneidade conceitual.

Torna-se importante traduzir conceitos de cultura para que se possa imergir de forma profunda nos significados atribuídos a esta questão que tanto influencia os contextos, nos quais as pessoas estão inseridas. Para Chiavenato (2005) e Geertz (1989), cultura significa a união de significados, símbolos e valores compartilhados por todos os membros de uma organização e que a distingue das demais. Enquanto,

Leininger (2002) compreende a cultura a partir de um conjunto de valores, crenças, normas e maneiras, os quais foram construídos, partilhados e transmitidos por grupos particulares que influenciam os pensamentos, as decisões e as ações.

Por sua vez, Salgado (2003) define cultura como um arquétipo de premissas fundamentais partilhadas, com o qual determinado grupo aprendeu a resolver seus problemas de adaptação externa e integração interna, que são absorvidas de forma verdadeira e, portanto, são lecionadas aos demais como a maneira correta de perceber, pensar e se comportar. De acordo com Helman (2003), a cultura é considerada como um conjunto de princípios herdados por indivíduos pertencentes à determinada sociedade, os quais norteiam a noção de mundo, o modo de vivê-lo com emoções, comportamento em grupo, em relação à sobrenaturalidade e ambiente, além de ser transmitido entre gerações.

Cultura pode ser definida como uma ciência interpretativa, à procura do significado que é construído e estabelecido socialmente, sendo essencialmente semiótico, surgindo assim, de um contexto com sistemas entrelaçados de símbolos públicos interpretáveis (GEERTZ, 2001).

A cultura, uma vez percebida em uma perspectiva massificada, pode ser conceituada como "cultura-mercadoria", em que não existe julgamento de valor. A cultura mercadoria pode ter diversos representantes como os equipamentos, as pessoas que fazem esses equipamentos funcionar, todos os embasamentos teóricos e ideológicos relativos a esse funcionamento, enfim, tudo que coopera para o cultivo de objetos difundidos em um mercado determinado de circulação monetária ou estatal (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A cultura, independentemente da conceitualização, é sempre profundamente reacionária, pois é uma forma de segregar atividades de orientação na dimensão social e cósmica em esferas as quais os homens são remetidos. Uma vez, expedidos a esta ordem cultural, os sujeitos são conduzidos a se adaptar a esta nova dimensão, pois o mundo em que se vive é capitalista e os meios de produção são balizados pelos modos de produção capitalísticos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Estes modos de produção não funcionam exclusivamente no registro dos valores de troca, valores que são da ordem do capital, das semióticas monetárias ou dos modos de financiamento, pois são dinamizados também através de um modo de domínio da subjetivação denominado de "cultura de equivalência" na esfera da cultura. Partindo desse ponto de vista, o capital atua de modo complementar à

cultura, enquanto conceito de equivalência: o capital preocupa-se com a sujeição econômica e, a cultura, com o condicionamento subjetivo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A cultura presente em uma instituição de saúde, especificamente em uma instituição hospitalar, pode ser traduzida como uma cultura de massa, uma vez que influencia os trabalhadores de forma generalizada. Esta cultura de massa produz modelos de indivíduos; indivíduos normalizados, articulados uns aos outros, segundo sistemas hierárquicos; sistemas de valores, sistemas adaptativos e de conformação. A cultura de massa contrapõe uma concepção na qual a cultura representa mais do que um conjunto de regras, de hábitos, de artefatos, de sentidos em que os indivíduos atuam com suas maneiras específicas de pensar, sentir e agir (CARVALHO; et al., 2013).

Uma vez estabelecida a cultura de massa, os resultados planejados são a manutenção da força hegemônica e a normalização das dimensões individuais em uma perspectiva modelada. Mesmo experimentando essa força, é possível criar modos de subjetivação singulares, aquilo que poderia se chamar de “processo de singularização”, que seria uma forma de renunciar a todas as formas de codificação pré-estabelecidas. Nesta perspectiva, devem-se abdicar desses modos de manipulação e de comando, para construir estilos de sensibilidade, de relação e de produção subjetiva com os outros, ou seja, modos de inventividade que produzam uma subjetividade singular. Quando um processo de singularização é estabelecido, o desejo é contemplado, com um novo gosto de viver; com uma vontade mais articulada de construir o mundo no qual estamos inseridos, com o surgimento de novos dispositivos para transformar os tipos de sociedade e valores que não são os nossos (GUATTARI; ROLNIK, 2010; GUATTARI, 1985).

Com a concepção e domínio do capitalismo, a cultura no trabalho foi substituindo valores proativos individuais e antigos sistemas de segregação social dos mais poderosos por valores unificados. Neste novo mundo, as pessoas de qualidade já não são o principal sonho de consumo, por parte das organizações, pois o que se considera, agora, é a qualidade da cultura apreendida, resultante de determinado trabalho.

O enfermeiro, em seu trabalho, é sujeito participante desta cultura capitalista, pois se apropria, através da adaptação, de uma produção de subjetividade institucional, balizada pelo capitalismo, que o envolve, normalizando sua força de

trabalho. No entanto, ele pode escapar relativamente dessa força, mas, para isso, a cultura tem que ser mais flexível, tolerando margens, aspectos microespaciais e subjetividades, para que possa experimentar o reconhecimento, a recuperação e uma nova orientação de outrem, que não o capitalismo. Essa atitude, entretanto, não é apenas de tolerância, pois, nas últimas décadas, a produção do capital se empenhou em produzir suas margens, instrumentalizando os indivíduos, as famílias, os grupos sociais e as minorias. Poder-se-ia dizer que, neste momento, muitos ministérios da cultura estão começando a surgir por toda parte, desenvolvendo uma perspectiva atualizada e contextualizada, na qual propõem o encorajamento e apreensão de contornos de cultura particularizados, com o objetivo de que as pessoas se sintam, de algum modo, numa espécie de território próprio e familiar e não fiquem perdidas num mundo abstrato (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Os ministros da cultura e os especialistas na produção cultural não pretendem qualificar socialmente os consumidores dos objetos culturais, mas apenas difundir cultura, num determinado campo social. No entanto, o que se omite é que o campo social, que recebe a cultura, não é homogêneo, ou seja, é um universo diversificado e multifacetado (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Conserva-se o antigo sentido da palavra cultura, que se inscreve nas tradições dos mais poderosos, das almas bem nascidas, de gente que sabe lidar com as palavras, com as atitudes e as etiquetas. Portanto, não é apenas uma reprodução de caracteres culturais, uma transmissão de sistemas de serialização, mas é, também, uma forma das elites capitalistas poderem determinar o estabelecimento de um processo geral de poder. A cultura é disponibilizada e consumida, da mesma forma como se distribui um mínimo vital de alimentos em algumas sociedades, mas os envoltórios e interconexões que ela realiza implicam sempre, correlativamente, em dimensões micro e macropolíticas. Não existem formas de cultura popular ou erudita, mas uma cultura capitalística modeladora que permeia todos os campos de expressão desde a base do sujeito. Assim como o capital é um modo de modelização, a cultura é o equivalente geral para as produções de poder. As classes dominantes sempre buscam a mais-valia econômica, através do dinheiro, e a mais-valia de poder, através da cultura (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Em uma instituição hospitalar, o enfermeiro é, geralmente, conduzido a se adaptar à cultura estabelecida, sendo subjetivado pelo poder existente, em prol da

mais-valia econômica e da mais-valia de poder. Tem havido um aumento substancial no interesse sobre a relação entre a cultura e a capacidade de mudar, para que essa perspectiva possa fornecer introspecções para compreender a dinâmica operacional no trabalho (HAVILEY, 2011).

Após contemplarem-se conceitos de cultura, destacar-se-ão fundamentos que envolvem a questão da organização, em uma perspectiva ampliada e contextualizada com as instituições hospitalares. A organização pode ser compreendida como um sítio de ação social, relativamente aberto ao exercício de conversação sobre temas que permeiam o vasto espaço social, como gênero e etnia. Este sítio influencia também as relações sociais culturalmente definidas e assuntos potenciais para conhecimentos disciplinares formalmente organizados, como antropologia, sociologia ou, mesmo, estudos organizacionais (CLEGG; HARDY, 1999).

Dessa forma, as organizações podem ser percebidas como espaços sociais, onde as ações são desenvolvidas por seus membros e dirigidas por objetivos e metas. São instituídas e projetadas como sistemas de atividades e autoridade, deliberadamente estruturadas e coordenadas, atuando de maneira interativa com o ambiente que as cerca (MORAES, 2004).

Portanto, as organizações apresentam-se sob formas sociais estruturadas e deliberadas que possuem uma unidade, uma função específica e são produzidas por sua finalidade. Além de prestarem serviços, produzem também modelos de comportamento que solidificam as normas sociais (LACOMBE; HEILBORN, 2003). Por vezes, o enfermeiro deixa de realizar ações proativas, devido à imposição de ações normativas e prescritivas, por parte da organização, dificultando a contra-argumentação em seu processo de singularização (AMESTOY; et al., 2010).

As organizações, de um modo geral, e as organizações de saúde, de um modo particular, necessitam de adaptação face às exigências de uma sociedade capitalista que impõe constantes mudanças. Estas mudanças implicam alterações moduladas, quase que permanentes, para manterem as medidas que permitem que a organização se mantenha competitiva e com destaque, no contexto em que está inserida (CRUZ; FERREIRA, 2015).

Integrando as considerações assinaladas anteriormente, percebe-se a cultura organizacional como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao lidar com problemas de adaptação externa e

integração interna e, que, por funcionarem bem, doutrinam novos membros do grupo (SCHEIN, 2010). Corroborando com essa concepção e acrescentando-lhe a dimensão política, Fleury (1996) propõe que a cultura organizacional seja concebida como uma união de valores e pressupostos capitais, expressa em constituintes impalpáveis, que possuem capacidade de ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional e, tanto atuam como elementos de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação. A cultura organizacional da enfermagem mostra unidades de pensamento, ou os símbolos interligados dentro das relações de significado que estruturam a dinâmica do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem (PROCHNOW; et al., 2006).

Estas questões sobre cultura organizacional começaram a ser discutidas a partir da década de oitenta, que passou a ser vista como uma espécie de ferramenta para garantir o sucesso das organizações (CUNHA; et al., 2006). Com o desenvolvimento destes estudos, começaram a surgir posições críticas a esta visão mecanicista do conceito, dando origem a diferentes formas de conceitualização e a diferentes formas de abordagens da cultura organizacional (REBELO, 2006). Apesar da cultura organizacional representar uma das variáveis mais subjetivas da organização, os esforços para a sua compreensão são justificáveis (PERIOTTO; BUSANELO, 2008).

A apropriação das determinações, rotinas e normas institucionais pelo enfermeiro parece estar associada à formação disciplinar incorporada no seu fazer, mostrando forte expressão de produtividade econômica, porém empobrecida politicamente (LUNARDI FILHO, 2004). Deste modo, uma formação disciplinarmente rígida pode fazer com que a adaptação desse profissional à cultura organizacional represente a aceitação às normas estabelecidas e, assim, livre de criticidade ou participação política. Segundo Jericó, Peres e Kurcgant (2008), é imprescindível que o enfermeiro obtenha reconhecimento do ambiente organizacional do serviço no qual está inserido, pois isto possibilita a detecção e o aprofundamento da análise de fatores contingenciais, visto que estes interferem direta ou indiretamente, no planejamento, execução, controle e avaliação das ações de enfermagem. Reforçando a questão, Hendel e Kagan (2014) destacam que conhecer a cultura organizacional é importante, pois assim é facilitada a adaptação do enfermeiro, concebendo meios para aumentar seu compromisso com ambiente de trabalho.

A cultura organizacional pode ser definida, a partir de dois eixos: como instrumento de poder e como um conjunto de representações imaginárias sociais que se estabelecem e se restabelecem nas relações habituais, dentro da organização. Ela se expressa em termos de valores, normas, significados e interpretações, tendo em vista um sentido de direção e unidade, tornando a organização fonte de reconhecimento para seus membros (FREITAS, 2006).

Experimentar uma mudança cultural é, primariamente, um processo de adaptação equivalente à seleção natural, em que o homem é um animal e, como todo o animal, deve manter uma relação adaptativa com o meio circundante para sobreviver (LARAIA, 2001). Portanto, existem estreitas relações entre processos adaptativos e culturas e, nesse contexto, o enfermeiro deve assumir o papel de sujeito proativo e transformador e se apoderar de instrumentos que possam suprimir as engrenagens que o levam a se adaptar à cultura organizacional, acomodando-se e mantendo-se sujeitado ao instituído.

O enfermeiro, ao realizar os cuidados, sejam diretos ou indiretos, assume contornos específicos desenhados pela cultura organizacional, estabelecendo assim, uma conduta coletiva, que referencia e norteia os comportamentos e atitudes. Esses modos de atuar são transmitidos aos demais e aos novos trabalhadores da saúde que chegam aos hospitais, sedimentando-os e perpetuando-os (VAGHETTI, 2008).

A enfermagem apresenta-se possuínte de uma subjetividade serializada, condicionada a reproduzir, contida em sua criatividade e acomodada no sossego do não desejar. Assim, os enfermeiros têm-se tornado não apenas cumpridores, mas depositários e guardiões das determinações, rotinas e normas institucionais (LUNARDI FILHO, 2004).

O enfermeiro tem demonstrado certa facilidade em adaptar-se e manter-se de acordo com normas e rotinas, a ponto de transferí-las de meios para fins em si mesmas, o que provoca rigidez e faz emergir o excessivo formalismo e o ritualismo em seu trabalho. Essa postura do enfermeiro, alicerçada em valores da organização, tem impedido, muitas vezes, esse profissional de potencializar suas ações, em função dos valores profissionais incorporados através do processo de adaptação à cultura organizacional (TREVIZAN; et al., 2005).

A organização do ambiente assistencial hospitalar expõe o trabalho do enfermeiro como um ciclo de eterno recomeço. Quase sempre as atividades

desenvolvidas pelo enfermeiro se repetem, de maneira regular e uniforme, ao longo das vinte e quatro horas do dia e, embora com um fim momentâneo a cada troca de turnos, seguramente manterá este mesmo padrão de cuidado, durante quase todo o seu transcorrer (LUNARDI FILHO, 2004).

A cultura organizacional atua sobre todas as estruturas e componentes institucionais e, para ser percebida como uma força balizadora invisível, é preciso compreender que favorece a reprodução do processo de trabalho, modulando as formas de produção de subjetividades e potencialidades, necessárias para que mudanças e transformações ocorram. A comunicação e o registro dos eventos negativos, produzidos pela cultura organizacional, podem ser ferramentas práticas capazes de contribuir para o entendimento e fortalecimento das práticas autônomas e podem significar mudanças na cultura da organização (DUARTE; SILVINO, 2012).

A enfermagem é permeada, tanto positiva como negativamente, pela cultura organizacional, apesar de poder criar o seu jeito de ser, sua cultura própria. Mostra-se imperativo continuar na busca crescente não só de melhores resultados, mas de propostas metodológicas mais atuais de gestão e organização do trabalho na enfermagem. Assim, propostas mais contemporâneas podem proporcionar e produzir aos seus trabalhadores um viver mais digno, através do estabelecimento de uma nova cultura, com vistas à consolidação da disciplina enfermagem (DEI SVALDI; LUNARDI FILHO; GOMES, 2006).

3.3 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E INTERSUBJETIVIDADES NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Destacamos, até aqui, a produção de subjetividade como a representação da ideologia dos indivíduos. Mas como ocorre a produção de subjetividade do enfermeiro, em seu local de trabalho? Quais suas ideias e ideologias?

O processo de trabalho cuidativo do enfermeiro deve transcender qualquer forma de articulação estanque em suas atividades, pois suas ações devem ser planejadas de forma contextualizada, para que possa identificar, envolver e apreender as subjetividades inerentes a este processo. Deste modo, a produção de subjetividade decorre de uma construção e modelação que se dá no registro do sócio-histórico-cultural e é, neste contexto, que o enfermeiro age e (re)age como ser

subjetivo e adaptativo na produção de suas ações cuidativas proximais-interativas e organizacionais-gerenciais (ARAÚJO, 2002).

Torna-se imperativa a necessidade do enfermeiro refletir sobre a produção de subjetividade estabelecida em seu trabalho para que, assim, o cuidado a ser disponibilizado não se transforme em uma estrutura reducionista que tenha como questão apenas a apreensão unilateral da subjetividade. Cabe ressaltar que o enfermeiro, ao estabelecer as ações de cuidado, pode objetivar somente uma face da subjetividade, a qual se compõe de crenças, valores, percepções e sentimentos que foram sendo construídos e reconstruídos ao longo de sua existência (THOFEHRN; et al., 2011).

Enfermeiros e pacientes estabelecem uma interação, durante os cuidados, dentro de um determinado contexto, e isso promove um processo contínuo de criação e reprodução de sentidos, considerado como uma forma de produção de subjetividades ou intersubjetividades. O trabalho da equipe de saúde e, principalmente do enfermeiro, é mediado pela interação e comunicação em seu exercício cotidiano, constituindo-se como processo humano essencialmente intersubjetivo (THOFEHRN; et al., 2011).

A subjetividade é essencialmente produzida por eventos que atravessam o sujeito, podendo ser por aspectos étnicos ou profissionais ou por processos industriais que operem no sistema capitalista. Essas formas de subjetivação ocorrem por atravessamentos, por uma multiplicidade de fluxos, constituindo, assim, trabalhadores de saúde e usuários como sujeitos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Estudar o entrelaçamento estabelecido entre subjetividade/intersubjetividade e trabalho é estar atento não apenas à dominação nele presente, mas, também, às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de criação de diferentes espaços de gestão, de outros modos de lidar com as normas e, até mesmo, de transformá-las (CARVALHO; et al., 2012). Compreender o outro como o outro, como possuidor de subjetividade, é a construção de uma intersubjetividade plena, de uma ética que possibilita uma sociabilidade da realização da comunhão das liberdades, isto é, de uma sociedade de homens e não de coisas, de uma prática realmente humana, de uma ciência com e para os seres humanos (VALLE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

Dessa forma, para planejar e disponibilizar um cuidado que abarque todas as necessidades de saúde da pessoa - imersas nas dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual - o enfermeiro deve ser balizado por habilidades que

representam sua produção de subjetividade, ou seja, sua maneira única de realizar o cuidado, mas, levando em conta que a pessoa a ser cuidada também tem sua apresentação peculiar de receber suas ações, pois tem sua relação singular com seu mundo interior e exterior, com seus familiares e modo de viver. É preciso reconhecer a singularidade de sua experiência, num diálogo intuitivo entre os envolvidos, em que as percepções sejam captadas pela subjetividade de ser enfermeiro (PERSEGONA; ZAGONEL, 2008).

Deve-se, então, perceber a subjetividade como uma questão inerente ao ser humano que cuida e, também, àquele que é cuidado. Nessa teia de relações subjetivas, as ações do enfermeiro devem assumir caráter dinâmico, interpretativo e contextualizado, ultrapassando a dimensão física do cuidar, pois deve transcender a fragmentação do corpo biológico e social (DEJOURS, 2004).

A subjetividade é aquilo que temos de mais peculiar, de singular, que caracteriza uma marca individual, pessoal. É o modo como configuramos a apreensão da realidade. A subjetividade é vivenciada individualmente, de acordo com a história de cada ser envolvido, o que faz com que cada pessoa tenha uma percepção diferentemente da outra, mesmo experimentando situações idênticas (THOFEHRN; et al., 2011).

Torna-se imperativo que o enfermeiro transforme sua visualização de cuidador e de ações de cuidado para uma perspectiva que inclua as relações intersubjetivas, mesmo sendo envolvido por aparatos tecnológicos e instrumentais, muitas vezes, capitalizados. Nesta proposta de uma abordagem contextualizada – pouco estanque e palpável – o trabalho cuidativo do enfermeiro pode ser enaltecido e, assim, construído um lócus que seja intransponível a outros profissionais da saúde. Deste modo, pode materializar atribuições privativas inerentes ao seu processo de cuidar, pois, concebendo de uma forma única a percepção da relação intersubjetiva estabelecida em seu espaço, desenvolve sua ciência e compreensão na arte de cuidar (CARVALHO; et al., 2012).

As transformações nas relações de trabalho, após o surgimento do mundo capitalista contemporâneo, produzem efeitos nas formas dos sujeitos produzirem seus corpos e suas relações nas formas de existir. Passam a ser produtos fabricados em série, de forma quantitativa, homogênea, ou seja, tornam-se resultados de uma normalização macroeconômica e social. Nesta perspectiva, podem emergir formas de precarização das relações de cuidado do enfermeiro, pois

com o reducionismo de intersubjetividades a uma questão comum, as relações de cuidado podem perder seu caráter complexo e, assim, se diluírem em um mundo sistemático e capitalizado (CARVALHO; et al., 2012).

Destarte, existem evidências que o trabalhador inserido no processo de trabalho como um sujeito livre, capaz de expressar sua subjetividade, seja encoberto por uma subjetividade plena, agora normativa. Cabe salientar que, geralmente, o trabalhador acomoda-se ao instituído, ao prescrito, à subjetividade moldada, mas tem instrumentos de resistência para optar por mudanças, assim como atuar de forma transformadora (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Salienta-se que múltiplos são os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, com subjetividades próprias e com certa sujeição à subjetividade moldada, institucionalizada, que, por vezes, intimida-os e, por vezes, pode impulsioná-los à mudança, dependendo de seu potencial adaptativo.

Na relação enfermeiro-paciente, parece existir uma barreira na apreensão de uma subjetividade bilateral, por parte dos enfermeiros, de uma forma significativa. São envolvidos por uma produção de cuidado, na qual o profissional enfermeiro não ultrapassa o limite de mero (re)produtor de ações já determinadas e planejadas pela instituição e pelo macrosistema de acúmulo de capital.

Perceber a presença de uma singularidade heterogênea permite a ruptura dos consensos. Dessa forma, clarifica a normalização da subjetividade dominante, dos dogmatismos; remete ao sem-sentido, às contradições insolúveis inerentes ao processo de produção de subjetividade, produzindo uma dicotomia entre a complexidade e o caos (GUATTARI, 1990).

Nesta perspectiva, a produção de subjetividade singular vai além de um desencontro com a razão capitalista, percorrendo um itinerário que transcende o caráter racional institucionalizado. Neste cenário sócio-histórico-cultural, a subjetividade não deve ser percebida como uma antítese de objetividade, nem como um conceito relativo, apenas, à introspecção do sujeito. As subjetividades, percebidas pelo modelo capitalista, traduzem uma tendência à homogeneização das singularidades mútuas no processo cuidativo do enfermeiro. Espera-se que a produção de subjetividade seja apreendida justamente como um território neutro e sem fronteiras que possibilite a criação e produção de novas virtualidades no campo individual e coletivo (BUSANELLO; et al., 2014).

O desejo dos indivíduos de serem livres e autênticos, em uma dimensão individual ou coletiva, esbarra no fato que a produção de subjetividade capitalista lida com o desejo, controlando-o e impedindo que os sujeitos expressem seu desejo, de modo genuíno e espontâneo (GUATTARI; ROLNIK, 2010). A forma de cuidado, muito comum ainda, centrado em questões mecanizadas e biologicistas, pode ser um reflexo de uma produção subjetiva normalizadora que deu certo e que teve aderência, por parte dos profissionais da saúde, particularmente, por parte dos enfermeiros.

Para garantir uma aproximação com uma perspectiva de cuidado de enfermagem bioecológico integral e pautado nas intersubjetividades, torna-se imperativo que o enfermeiro se aproprie de suas práticas e conhecimentos científicos para que possa, também, desenvolver estratégias de enfrentamento à unificação das subjetividades exercida pelo capitalismo. Dessa forma, ele irá produzir outras formas de cuidar, seguindo o fluxo do desejo de vida, dando nova vitalidade à suas ações, ou seja, resgatando a forma de pensar e viver, que foi encoberta com o surgimento do mundo de acúmulo de capital (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

No entanto, cabe ressaltar que a possibilidade de se pensar em um modelo de produção de subjetividades, que dignifique a singularidade do ser humano e tenha a mesma força de massificação que o capitalismo, dependendo do desejo, pode ser uma utopia, pois, ao questionar sobre um novo modelo de produção de subjetividade em massa, devemos lembrar que esta proposta não tem caráter complementar ao modelo hegemônico massificador, pois é norteadada por uma dimensão paralela, na qual o novo modelo terá seu espaço informativo e implicativo nas ações de trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Mas será que este modelo teria em sua concepção uma estrutura teórica de base para direcionar suas conceitualizações e objetivos? Mas que modelo seria este? Seria filosófico ou teórico-metodológico? Individual ou coletivo? Seria a união de todos estes elementos?

A produção de subjetividades e de sujeitos autônomos, não deve estar assentada e centrada no paradigma do capitalismo; é direcionada, por meio de rupturas com uma subjetividade de massa e sua propriedade de modelar o desejo e os sujeitos. Situa-se em planos existenciais, no poder criador e subversivo do desejo que opera em múltiplas direções e dimensões (GUATTARI, 1985). Para que um

novo modelo de produzir subjetividade seja efetivado, as pessoas devem se reapropriar de seus bens maiores, de modo a fazer brechas no sistema dominante de produção de subjetividade. A partir deste momento, pressupõe-se uma ruptura com uma formação massificadora e normalizadora, fomentando processos de singularização dos sujeitos. É imperativo que cada um se afirme na posição singular que ocupa; que a faça viver, que a articule com outros processos de singularização e que resista a todos os empreendimentos de nivelação da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Pensar em uma nova forma de perceber e trabalhar com as intersubjetividades nas ações cuidativas do enfermeiro é entender a relação enfermeiro-cliente como um dispositivo para a produção de um cuidado ampliado, incorporando uma lógica, na qual o saber, as relações de poder e as subjetividades sejam reconhecidas como inerentes ao território existencial destes mesmos sujeitos. Estas subjetividades plenas bilaterais, inerentes ao processo de cuidar do enfermeiro, não podem ser negadas nem negligenciadas; é preciso apreendê-las em uma perspectiva macrossocial e macro-reflexiva, para que as práticas de massificação de subjetividades sejam neutralizadas ou deixadas em segundo plano (BUSANELLO; et al., 2014).

A formação produtora de singularidades e de sujeitos subjetivos e autônomos tem como diretriz a construção de espaços e de uma prática reflexiva e transformadora, pautada em uma conceitualização de sujeito e sociedade, levando em conta as influências destes conceitos, em suas formas de se apresentarem a si mesmos e aos outros (BUSANELLO, 2012). Nesta perspectiva, a apreensão de uma consciência inovadora, por parte dos enfermeiros, é imprescindível, pois pode inspirar movimentos instituintes de novas lógicas e perspectivas de cuidado, assim como de novas relações potencializadoras da construção coletiva de saberes e práticas capazes de materializar a produção subjetiva singular do cuidado.

O termo subjetividade nos remete a uma conceitualização de sujeitos, seres singulares. No entanto, o indivíduo se relaciona em sociedade, experimentando interações com o outro, e, assim, sua autenticidade, como sujeito, é construída em cada experiência de encontro com esse outro (AYRES, 2001). Partindo dessas premissas, pode-se destacar que o enfermeiro, ao realizar suas ações de cuidado, deveria produzir sua subjetividade em cada encontro, seja com o paciente, colegas de trabalho ou mesmo em sua interação com a instituição de trabalho, mas a força

do sistema dominante, aqui representado pela cultura organizacional, faz com que não consiga apreender esse processo intersubjetivo de forma transformadora, codificando-o como uma engrenagem institucional e capitalizada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem brasileira, na busca pela construção de conhecimentos utiliza teorias para fundamentar e legitimar sua prática profissional. Neste sentido, esta tese se ancora, principalmente, nos textos produzidos por Félix Guattari e seus trabalhos realizados em parceria com Suely Rolnik, sua seguidora no Brasil.

Félix Guattari (1930-1992) foi um psicanalista francês que emergiu como pensador e trabalhador social, no cenário construído após a Segunda Guerra Mundial. Passou a desenvolver reflexões sobre a atividade profissional com a função de instaurar uma zona de produção de sentido e de variação estilística para a atividade analítica do desejo, implicando pragmáticas diversas no campo social. Guattari se aproximou de atividades importantes, sendo militante político, administrador de estabelecimento de saúde mental, ativista cultural, editor de publicações impressas, coordenador de grupos de trabalho institucionais, que se interconectavam, de forma intensa, a ponto de estabelecer uma rede complexa e heterogênea capaz de produzir singularizações na vida social (ZAMBONI; BARROS, 2012).

Ao discutir sobre individualidades e ideologia, estão sendo destacadas questões subjetivas e a produção de subjetividade, concebendo a ideia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, tem sua essência produzida, fabricada, modelada, recebida e consumida. Cabe ressaltar que as máquinas que produzem subjetividade podem ser totalmente diferentes, mesmo sendo produzidas em uma mesma “fábrica”. Para clarificar esta concepção, pode-se citar como exemplo o Japão, que quase não tem reservas petrolíferas, mas produz subjetividade de forma impactante e modeladora e, esse aspecto, é que permite que sua economia se solidifique no mercado mundial, a ponto de padronizar classes operárias de outros países, que se espelharam nesta concepção de trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Pode-se aproximar esta interface de produção de subjetividade com a enfermagem, que, ao receber um novo profissional em sua equipe, enquadra seu comportamento como resultado esperado de uma produção em massa, pois, esta produção é essencialmente delineada no registro do social. O indivíduo explicita sua subjetividade, expondo suas ideias e ideais, fazendo uma interconexão destes com

sua forma de perceber o mundo, de se relacionar com as questões inerentes ao seu processo de trabalho e com a determinística social.

O enfermeiro produz sua subjetividade, apoiado em um modelo institucionalizado e hegemônico representado, neste estudo, pela cultura organizacional. Esta força o configura, de acordo com os interesses da instituição de saúde e dos enfermeiros mais antigos e, dessa forma, o trabalho se apresenta como uma tarefa que pode se desencontrar dos princípios e percepções de grande parcela daqueles que o executam. A produção da subjetividade pode ser percebida por um comportamento esperado, produto de ações assistenciais que já foram decididas e estabelecidas nas rotinas do trabalho.

A força das subjetividades normalizadas faz com que o profissional experimente formas de se relacionar com as estruturas que melhor se adaptem à situação, ou seja, mais ajustadas para contemplar o desejo e colocá-lo a serviço da instituição (GUATTARI, 1985). Subjetivando-se, de acordo com o modelo institucionalizado, apesar da maior produtividade que estabelece, o enfermeiro é sistematicamente expropriado dos frutos de seu trabalho, podendo ser privado também da satisfação do ofício, oriunda do domínio proposital e consciente do processo de trabalho (LUNARDI FILHO, 2004).

As sociedades “obsoletas”, que não se renderam ao processo capitalístico, têm uma percepção do mundo inteiramente diferente das estruturas modeladoras atuais do trabalho. O profissional que transcende a sociedade obsoleta torna-se um trabalhador especializado, serializado por cursos profissionalizantes e, também, por tudo que ele carrega em sua vivência, agregando toda uma espécie de aprendizado que permite seu deslocamento pelo mundo desde a infância, como ver televisão, ou seja, estar em todo um ambiente mobiliado maquinicamente (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O enfermeiro, desde sua formação, constantemente, é influenciado a apreender as estruturas do mundo capitalista, pois sua profissão pode ser visualizada como uma prática social que contempla, integralmente, às exigências econômicas das instituições hospitalares. Dessa forma, o modo de produção de subjetividade se apresenta de forma serializada, direcionado por um balizamento institucional que induz a adaptação dos comportamentos, dificultando a possibilidade do estabelecimento de práticas profissionais de maior amplitude.

O indivíduo contemporâneo é serializado, patenteado e modelado e sua produção de subjetividade não pode ser apreendida em sua totalização ou percebida somente como uma criação individual. O mundo capitalista é fundamentalmente estruturado por produção de subjetividade e faz parte de todos os processos de produção social e material. Além disso, circula nos conjuntos sociais de diferentes formas, podendo ser essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. Uma coisa é a individualidade do corpo do sujeito, outra é a multiplicidade dos agenciamentos que envolvem sua subjetivação, pois esta é fundamentalmente fabricada e modelada no contexto dos fatos e fatores sociais (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A produção de subjetividade é historicamente constituída e, para cada ciclo histórico, novas formas de produção subjetiva deveriam ser apreendidas, pois esta nunca é única e homogênea. No ciclo histórico atual, os conteúdos que constituem e balizam a produção de subjetividade dependem cada vez mais de uma multidão de sistemas maquínicos. Ao refletir, este aspecto se clarifica, pois não é difícil perceber que o “inconsciente capitalístico” e o “inconsciente maquínico”, que representam a subjetividade capitalística, produzida pelos veículos midiáticos e pelos aparelhamentos coletivos, de um modo geral, hoje em dia, estão funcionando em sua plenitude, impondo formas de relação do sujeito com a vida, que tem como objetivo a contemplação das exigências globais do sistema (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O modo pelo qual o indivíduo vivencia a produção de subjetividade oscila entre dois extremos, podendo introjetá-la como uma relação de alienação e opressão, onde se rende a subjetividade tal como é aparelhada ou uma relação de expressão e criação, onde se reapropria dos componentes da sua própria subjetividade, produzindo um processo denominado de singularização (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O enfermeiro, quando aceita à cultura organizacional, está experimentando um processo de alienação e opressão, pois condiciona sua produção de subjetividade, não promovendo suas ideias e ideais, assumindo papel somativo e não proativo e transformador. A produção da subjetividade serializada, normalizada é erigida em torno de um arquétipo, de um consenso subjetivo referido e codificado por uma convenção institucional. Esse delineamento da subjetividade é o que permite que ela se propague em todos os meios e esferas planetárias, sendo

disseminada, inclusive, em nível da produção e das relações sociais (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Os Enfermeiros têm como objetivo principal promover decisões e programar 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 conseqüências pessoais para definir suas escolhas (BUSANELLO, 2012). Mas que conseqüências seriam estas? Seriam conseqüências pessoais ou profissionais?

Cabe ressaltar que os enfermeiros, ao vivenciarem situações que envolvem tomadas de decisões, recebem estímulos de origens diferentes que o fazem refletir sobre qual a melhor conduta a ser adotada, mas todo o contexto sócio-histórico-cultural o faz agir de uma forma peculiar, muitas vezes, obsoleta. Os enfermeiros em situações de decisões mais delicadas e específicas manifestam sentimentos, de forma intensa, que podem interferir e limitar o seu comportamento decisor (BUSANELLO, 2012).

Essas características da configuração profissional do enfermeiro são produtos históricos de um processo de produção de subjetividade que fez parte da construção da profissão, alicerçada em uma profissionalização da prática de cuidados. O modo predominante de formação, no âmbito da enfermagem, favoreceu a construção de sujeitos que são produtivos e úteis, do ponto de vista econômico, porém, enfraquecidos politicamente (LUNARDI-FILHO, 1998). Conforme o mesmo autor, os enfermeiros, que se formavam em algumas escolas profissionalizantes, eram preparados, principalmente, para serem sujeitos obedientes, passivos e caridosos, e não para resistirem, transcenderem modelos e contraporem-se.

Pode-se perceber esse modo de produção da subjetividade como uma conduta que reproduz uma autoproteção normalizadora, levando o enfermeiro à tomada de decisões secundárias, já que, inicialmente, as mesmas já estavam pré-estabelecidas pela cultura organizacional capitalística. Conforme foi destacado anteriormente, a cultura capitalista é fundamentalmente, produzida de poder subjetivo, fazendo com que o indivíduo seja um consumidor e reproduzidor de subjetividade. A esfera capitalística produz os modos como as pessoas se relacionam, abarcando, inclusive, suas representações inconscientes. Essas inter-

relações ocorrem tanto no nível dos opressores, quanto no dos oprimidos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Uma vez envolvido pelo sistema dominante, o indivíduo passa a ser um operário-gerente dos modos como se trabalha e como se é ensinado. Esse sistema estabelece a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o corpo, com o presente, com o passado e com o futuro. Em suma, ele fabrica a relação do homem com o cosmos, com os demais indivíduos, assim como consigo mesmo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O enfermeiro, modelado pelo sistema dominante, muitas vezes, opta, por acreditar ser mais seguro e cômodo, decidir por não decidir, negligenciando algumas condutas gerenciais e assistenciais que pertencem a sua esfera de competência (BUSANELLO, 2012). Estas condutas podem ser o produto da eliminação dos processos de singularização, pois tudo o que surpreende e contesta o enquadramento, automaticamente, é modelado pelo sistema de domínio.

Em situações críticas, o enfermeiro age defensivamente, limitando seu envolvimento, em uma tentativa de autoproteção, sucumbindo às forças subjetivas que reprimem a manifestação do desejo. Dessa forma, fica fragilizado, tendo suas funções e capacidades controladas, impedindo e bloqueando a expressão do desejo (BUSANELLO, 2012).

Os afrontamentos à nova ordem não são apenas de ordem econômica e, uma vez estabelecidos, eles experimentarão um balizamento pelas diferentes maneiras pelas quais os indivíduos e grupos percebem sua existência e terão que transcender não só a barreira econômica, mas também a social e política, componentes do modelo produtor de subjetividade em massa (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Talvez, seja, por isso, que o enfermeiro produz tão poucos enfrentamentos, em um mundo capitalizado e normalizado, pois geralmente sucumbe frente ao processo de agenciamento do modelo dominante-massificador.

A partir do reconhecimento dessa produção de subjetividades normalizadora, própria do sistema capitalista, espera-se, por parte do enfermeiro, uma ruptura com o complexo industrial da subjetivação, pois representará um foco de resistência política da maior importância, já que pode minar a raiz do sistema. Essa ruptura pode fragilizar e desestruturar o processo de serialização da subjetividade, representando uma tentativa de produzir modos de subjetividade originais e

singulares, ou seja, processos de singularização subjetiva (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O que caracteriza um processo de singularização é o aspecto automodelador contextualizado, ou seja, que ele possa perceber e apreender os elementos da circunstância, construindo, assim, seus próprios modos de referenciar práticas e, teoricamente, sem ficar na posição constante de dependência e alienação, em relação ao poder global (GUATTARI; ROLNIK, 2010). A partir do momento em que o enfermeiro perceber a importância de viver livremente seus processos incorporará uma capacidade de refletir acerca de sua própria situação e tudo que está em seu contexto, possibilitando criar e praticar sua autonomia.

O processo de singularização desordena os mecanismos que praticam a internalização dos valores capitalísticos, aspecto que pode conduzir à emergência de valores em um registro particular, independentemente das escalas de valor que cercam e espreitam o indivíduo. Para construir um lócus que produza modos de subjetivação, sobre bases diferentes daquelas alicerçadas e difundidas pelo modelo dominante, devem-se criar condições para a produção de um novo arquétipo de subjetividade, que se singulariza e que se encontra na interface das vias de sua especificação (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Para que os enfermeiros possam se reapropriar de sua subjetividade, adquirida pela máquina de produção de subjetividade normalizadora, devem criar seus próprios modos de se referenciar, ou seja, suas próprias cartografias, criando uma práxis autêntica que tenha potencial para transcender o sistema de subjetividade dominante. Para que ocorra a reapropriação da subjetividade, é preciso que cada indivíduo se perceba e se afirme na condição singular que ocupa no mundo, mas, para que essa possibilidade se materialize, a subjetividade reconquistada deve ganhar vitalidade e se articular a outros processos de singularização, afrontando assim, aos engendramentos de nivelação da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Qualquer evento que promova singularidade potencial provoca dois tipos de resposta micropolítica: a resposta modelada ou, ao contrário, a resposta que busca a emergência de uma singularidade que possibilite a construção de um processo transformador, e, talvez, não só localmente, tendo repercussões sistêmicas (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Espera-se que o enfermeiro, ao ter a possibilidade de promover singularidade, possa transcender a adaptação à cultura organizacional e,

a partir daí, começar a delinear um processo que promova transformações, inicialmente, em seu local de trabalho, mas que possa ter impactos mais amplos.

Os caracteres que geram singularidade e os processos de singularização são as próprias raízes produtivas da subjetividade em sua multiplicidade, mas há sempre algo de precário, de frágil nos processos de singularização. Dessa forma, eles correm o risco de serem recuperados por uma institucionalização. No entanto, a vida pode ser inventada, mesmo quando tudo parece já estar definido e, para isso, basta resistir à redundância, à serialidade da produção massificada da subjetividade, do caminho compulsório de andar pelo mesmo caminho e voltar ao mesmo ponto (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O enfermeiro, mesmo dispondo das mesmas ferramentas utilizadas no dia anterior, pode utilizá-las de forma única a cada dia, pois, se produzir sua subjetividade, de forma singular, disponibilizará um novo cuidado a cada dia, ou seja, um cuidado só seu.

A produção de subjetividade capitalística tem como objetivo reduzir todo desejo a uma congregação linear e igualitária. Quando se fala em desejo, não se pode relacionar o mesmo a uma ordem individual, pois a produção de subjetividade, disseminada pelo capitalismo, é que individualiza o desejo, instaurando um processo de normalização da identificação pessoal e social, amparada pela articulação da manipulação de diversos equipamentos maquínicos. Este processo é uma pragmática que estabelece comportamentos frente à vida, através de processos de produção de desejos globais, que nada têm a ver com a individuação, podendo trazer reflexos não só para o indivíduo, mas também para o coletivo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Quando se destacam os equipamentos maquínicos, não se está referindo à mecanização, nem necessariamente às máquinas técnicas. Não que elas não existam, pelo contrário, mas existem outros tipos de máquinas como as sociais, estéticas, teóricas que também podem estar envolvidas neste processo pragmático. Existem máquinas territorializadas (que podem ser constituídas de metal, movidas por eletricidade, por exemplo), assim como máquinas desterritorializadas, que funcionam em um nível de semiotização completamente diferente daquelas citadas anteriormente (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A instituição hospitalar – concebida como máquina territorializada, mas que funciona de forma desterritorializada – pode promover um reflexo proativa que possibilite o distanciamento intencional, reencontrando certo fôlego para que possa

ocorrer a instrumentalização para a rearticulação de uma personalidade, mas ela também pode desempenhar, ao contrário, um papel de fator de afundamento e cegamento, de perda de forças, de um crescimento regressivo da relação da pessoa com a sociedade, com o meio que está inserida (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O enfermeiro, ao ser admitido em uma instituição hospitalar, pode experimentar uma subjetivação imposta, fazendo com que ele não busque sua autonomia, perdendo o domínio do espaço, da relação tempo/trabalho e de si, assumindo certo papel de subordinação, reproduzindo saberes e fazeres já instaurados.

O indivíduo, ao acumular aspectos particulares, que podem levar à singularização, como o espírito de recusa dos valores dominantes e predisposição à reviravolta narcísica, pode dar uniformidade a uma transformação da personalidade, modificando as referências universais da subjetividade, produzindo, assim, outro sujeito, outro indivíduo. O sujeito, então, continua com o mesmo nome, mesma silhueta, mas não é mais o mesmo, é outra pessoa, pois seu eu subjetivo não é mais o mesmo (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Existe a possibilidade do enfermeiro estar desenvolvendo uma prática pouco narcísica, não valorizando seu conhecimento e sua importância, no contexto de saúde. Esta prática pode encobrir a possibilidade de tornar-se um novo profissional a cada dia, ou seja, de eleger-se como um novo modelo de saber e fazer, mesmo estando no mesmo corpo físico.

A subjetividade coletiva tem necessidade de uma prática em constante supervisão e consolidação. O hoje não representa mais o tempo em que a razão, a sensibilidade e as mentalidades podiam aparecer como quadros de referência. A abertura de espaços para eventuais potencialidades é algo, que, evidentemente, modifica os modos de subjetivação massificadora coletiva. Cabe destacar que a maneira de subjetivar caracteres sociais específicos, como uma classe sindical ou as relações estabelecidas em um bairro ou aldeia, pode ser drasticamente modificada pela apreensão de um processo maquínico (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Para transcender ao processo maquínico normalizador, é preciso que se estabeleçam processos analíticos, mas, para isso, é preciso um analista e que este tenha desejo de novas subjetivações. Mesmo que a questão do desejo seja introjetada com consciência, ela se estabelece a partir de transferências de algo que já existe, tornando o indivíduo uma presa de sua armadilha. Podemos dizer que sempre, quando ocorre transferência de comportamentos e a outra parte passa a ver

como uma verdade, se instaurou uma situação de alienação, o que, provavelmente, funciona como obstáculos aos verdadeiros processos analíticos (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A produção de subjetividade deveria ser sempre tomada em rizomas⁴, em fluxos, em máquinas, se apresentando de forma altamente diferenciada, sempre processual. Partindo dessa premissa, qualquer empreendimento, agenciamento criador, produtor de atos, produtor de sentidos e de uma nova realidade, é algo que tem o potencial de neutralizar os mecanismos instaurados, produzindo outros processos. Estes podem estar ancorados na expressão do corpo, na vontade de mudar o mundo, de codificar as coisas de outro modo, não se enquadrando a linguagens de caráter quantitativo e normalizado (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O corpo, a fisionomia, o rosto, a maneira de se comportar e se movimentar pelos espaços de inserção social estão sempre interconectados com o modo de produção de subjetividade global. Os indivíduos se encontram em uma encruzilhada onde, de um lado, experimentam agenciamentos potencialmente produtivos de um possível modo singular de ser e, de outro, agenciamentos sociais, equipamentos de massa que o cercam e esperam dele certa adaptação normalizadora (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Existe, por parte da organização social, certo tratamento codificado que faz o desejo ser universal, consistindo em restringir o sentimento do indivíduo, promovendo sua apropriação integral, apossando-se de sua imagem, de seu corpo, de seu devir e da forma como este percebe o mundo. Através desse mecanismo de apropriação, que se dá a constituição e fortalecimento de territórios abotoados e sem vida, inacessíveis aos processos de singularização, sejam eles da ordem da sensibilidade pessoal ou da criação, sejam eles da ordem do campo social, da invenção de outro modo de relação social, de outra concepção do trabalho social ou da cultura (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O enfermeiro precisa promover uma reorganização, reconhecendo seu potencial inovador, renovando seus parâmetros e estabelecendo íntima relação com a macropolítica, pois, assim, poderá balizar novas faces de produção de subjetividades em seu trabalho.

⁴ Rizomas contemplam a multiplicidade e, não tem início nem fim. Não são subordinados a um ponto, nem à verticalidade e não são exatos. É um conjunto de elementos vagos, nômades, desorganizados e não de classes. O rizoma apresenta como princípios a conexão e a heterogeneidade; a ruptura a-significante; a cartografia e a decalcomania (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

Torna-se imperativo potencializar mais o caráter disruptor da análise, ou seja, trabalhar com maior profundidade e minuciosidade para que se possa remover dos territórios individuais, grupais, institucionais, os escombros de imagens congeladas, as quais, por evitar o acesso à integridade e complexidade dos processos que estão sendo experimentados, obstruem passagens, emperrando toda e qualquer possibilidade de novo movimento restaurador e singular (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Cabe ao enfermeiro instituir um novo modo de exercício da sensibilidade que permita a expansão dos processos de singularização, compreendendo os mecanismos de influência capitalista, transpondo os modos de semiotização social e produzindo uma massificação multidimensional-transformadora do desejo.

O território, uma vez territorializado, pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas evasivas, saindo de seu curso pré-determinado e até se desconstruir. A espécie humana está imersa por um imenso movimento de desterritorialização, ou seja, seus territórios originais são reconfigurados com a divisão social do trabalho, com a ação do poder normalizante universal – que ultrapassa até mesmo os quadros da tribo e da etnia – com os sistemas maquínicos que a conduzem ao atravessamento, estabelecido cada vez mais rapidamente, as estratificações de cunho material e mental (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Determinar a emergência de uma reterritorialização consiste em perceber que houve uma tentativa de recomposição de um território que foi incorporado em um processo desterritorializante (GUATTARI; ROLNIK, 2010). O enfermeiro deve realizar uma busca pelo seu território original agenciando⁵ uma nova forma de produzir cuidado integral, individualizado e coletivo, refletindo sobre o processo maquínico e a forma como seu trabalho está sendo implementado.

Em uma instituição hospitalar, por vezes, o enfermeiro assume papel de pouca visibilidade, parecendo ter pouco conhecimento da riqueza das suas atribuições, da sua sensibilidade e habilidade, características que permitem o envolvimento e participação nas ações resolutivas em saúde (BUSANELLO, 2012). O comportamento subjetivado e normalizado do enfermeiro pode desfavorecer a cura do corpo multidimensional cuidado, no momento que este organiza a

⁵ Um agenciamento pode ser percebido como o crescimento das dimensões interconectadas por linhas de fuga, ou seja, pode ser definido como um conjunto de singularidades, que produzem uma verdadeira invenção (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

assistência, o ambiente e sua equipe, de acordo com a subjetividade pré-determinada pela cultura institucional.

A subjetividade do enfermeiro vem sendo construída desde sua infância, a partir de sua inserção na sociedade, sendo repaginada por toda a vida, com o desígnio de atender às demandas impostas pelo capitalismo. Essa subjetividade, denominada de “subjetividade capitalística”, pode ser construída inconscientemente pelos equipamentos sociais (instituições religiosas, militares, corporativistas, etc.), pelos meios de comunicação e pelos métodos psicológicos de adaptação de todos os tipos, inclusive, as relações de poder dominante. A função dessa subjetividade capitalística é fazer com que as pessoas entrem em quadros preestabelecidos, para adaptá-las a finalidades pretensamente universais e eternas, as quais podem ser contrárias aos seus interesses (GUATTARI, 1985).

Considera-se que os modos de produção de subjetividade do enfermeiro podem condicionar e definir comportamentos no processo cuidativo, despendido diariamente. Espera-se que o enfermeiro possa mobilizar os agenciamentos sociais controlados, principalmente, pelas instituições formadoras e empregadoras, buscando alicerçar novas estruturas pedagógicas, para que novas formas de produção de subjetividade emergam, permitindo, assim, a criatividade, a sensibilidade e a resistência (BUSANELLO, 2012).

Novas formas subjetivas, novas formas de se compor com a vida, novas alternativas de reapropriação existencial e de autovalorização, como assinala Guattari (1987), podem vir a ser, no futuro, a razão de viver de coletividades humanas e de indivíduos que sentem necessidade de uma vida mais pulsátil e vibrante, diferente das formas de vida pobres que a subjetividade maquínica nos impõe hoje e, esse acontecimento, poderá dar fim a essa característica marcante do mundo contemporâneo.

O enfermeiro como sujeito social importante e atuante pode romper algumas formas capitalisticamente delineadas, promovendo uma reorganização das práticas em saúde e, com isso, projetar sua profissão para que um novo olhar social seja lançado sobre ele e sobre a prática de enfermagem. Pode-se dizer que o desafio da reconstrução de uma nova realidade para o enfermeiro está lançado, mas, para isso, terá que despilar o uniforme do sistema dominante e usar a criatividade e coragem para que possa criar diferentes resistências aos processos de serialização da

subjetividade, pois, do contrário, estará fadado ao controle constante e perturbador de qualquer forma de organização, orientada capitalisticamente.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta seção é apresentada a trajetória metodológica utilizada na coleta e análise dos dados, para alcançar os objetivos propostos no estudo. Inicialmente, é destacado o tipo de estudo. A seguir, destaca-se o local do estudo, caracterizando-o, em uma perspectiva histórica e econômica, a cidade de Bagé e o Hospital Universitário. Na sequência, são ressaltados os sujeitos do estudo e a coleta de dados, especificando-se todos os aspectos que envolvem a caracterização dos sujeitos e o método de obtenção dos dados, assim como a técnica escolhida para o tratamento de dados. Também, são descritos, nesta seção, os aspectos éticos que conduziram o pesquisador, assim como a técnica escolhida para o tratamento de dados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, exploratório e descritivo onde foram enfocados aspectos não mensuráveis da vida das pessoas, que implicam comportamentos adaptáveis e normativos. Optou-se pelo trabalho de campo, pois a realização de uma pesquisa qualitativa pressupõe interação entre o pesquisador e os participantes, almejando alcançar os resultados esperados (MINAYO, 2013).

Com este tipo de pesquisa foram estudadas as percepções, crenças, comportamentos, ações e (re)ações que são frutos de apreensões e construções experimentadas pela pessoa em seu contexto. Além disso, foi possível, por meio deste tipo de pesquisa, investigar fenômenos vivenciados por grupos culturalmente privados e suas relações com o ambiente e sociedade (MINAYO, 2013). Procurou-se, também, compreender e interpretar a experiência subjetiva dos cuidados de saúde, enriquecendo os inquéritos de investigação e favorecendo a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a existência do fenômeno em estudo (CYPRESS, 2015).

Partiu-se da premissa que a abordagem qualitativa permite a sustentação deste estudo, considerando que possibilitaria uma interpretação com lentes

ampliadas à compreensão da percepção do outro. Buscou-se, com esta abordagem, a percepção da problemática tal como se apresenta na realidade, compreendendo suas causas, relações e consequências, mediadas em uma dimensão histórica, social e cultural. Foram estimados e destacados valores culturais e significados sobre o trabalho e o cuidado realizado, promovendo a interconexão destes aspectos com a produção de subjetividade dos sujeitos.

Uma vez que essa metodologia considera a interpretação do mundo pelos sujeitos como a essência de sua investigação, permitiu descobrir e desvelar os sentidos que os atores sociais atribuem às experiências e atitudes no mundo social e ao modo como compreendem este mundo, não se preocupando em quantificá-los, mas, em compreendê-los e explicá-los (POPE; MAYS, 2005).

A pesquisa exploratória, segundo Triviños (2008), permite aprofundar o entendimento sobre o objeto de pesquisa, por meio da busca de conhecimento sobre ele. Esse tipo de pesquisa é utilizado para estudar fenômenos que nunca foram investigados ou foram pouco estudados. Além disso, trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, sendo desenvolvido, principalmente, nas ciências humanas e sociais. (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Desse modo, este estudo também se caracteriza como exploratório, pois teve como enfoque a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, fenômeno este, que integra elementos ainda pouco explorados no âmbito científico. Portanto, buscou conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Para definir o local do presente estudo, foram considerados dois critérios: ser instituição hospitalar e ter uma aproximação prévia desta e do processo de trabalho dos enfermeiros atuantes na Instituição com o pesquisador. Neste estudo, optou-se por uma instituição hospitalar como local do estudo em função de possuir particularidades na atenção à saúde, envolvendo um contexto único, distinguindo-se das demais instituições de assistência à saúde e, também, por ser um dos campos de trabalho do pesquisador, como docente. Quando se fala em instituição

hospitalar, a percepção é reportada a uma forma de organização do trabalho que, geralmente, segue normas e rotinas que definem o comportamento e as atitudes dos trabalhadores na realização de suas atividades, ou seja, padronizam as formas de produção de subjetividade e direcionam as formas como esta é percebida e estabelecida.

O estudo foi desenvolvido no contexto de um hospital do município de Bagé-RS. A escolha do município de Bagé se deu pelo fato de que o autor deste estudo está residindo nesta cidade e participando do processo de construção e (re)construção da atenção à saúde da população e, ativamente, da cultura de trabalho dos enfermeiros que desenvolvem suas atividades no referido hospital.

5.2.1 Caracterização do município de Bagé-RS

O município de Bagé está localizado no Estado de Rio Grande do Sul, na região sul do Brasil. Apresenta uma população estimada de 116.794 habitantes, com uma área territorial de 4095,534 km², e uma densidade demográfica de 457,58 habitantes por quilômetro quadrado. A população urbana é de 97.765 habitantes e a população rural é de 19.029 habitantes (IBGE, 2010). A cidade possui 3 hospitais: Hospital de Guarnição de Bagé, Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé e Hospital Universitário URCAMP, onde será realizado o estudo. Somando todos os leitos dos três hospitais totaliza-se 297 leitos (BRASIL, 2015).

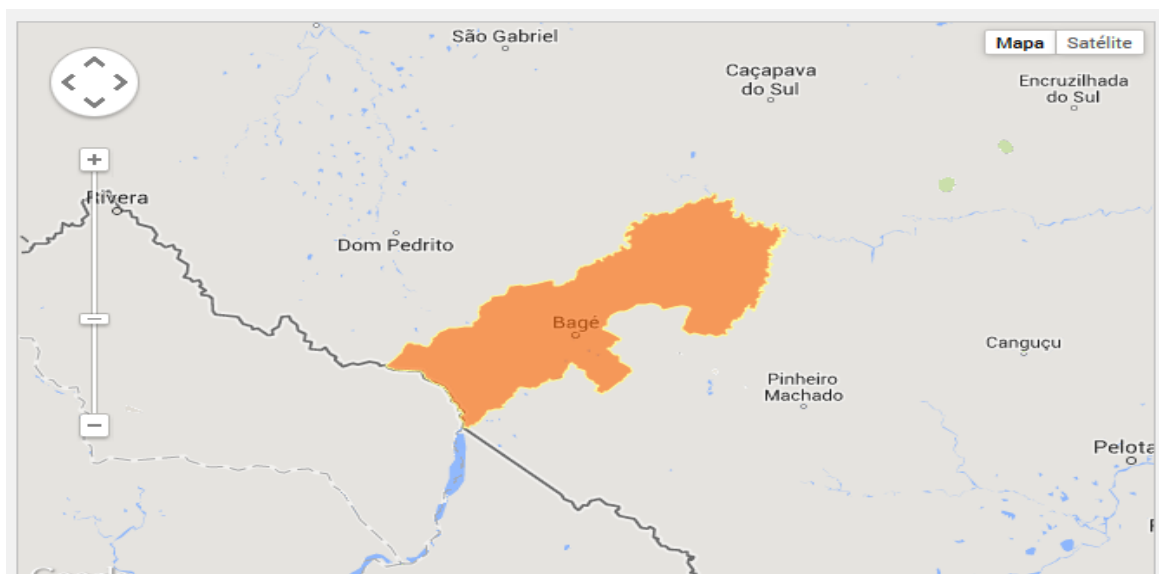


Figura 1: Localização geográfica do município de Bagé-RS, Brasil. Fonte: (IBGE, 2013).

5.2.2 O Hospital universitário de Bagé-RS

Neste local, ficava a casa de Emiliano Luiz Mallet, Barão do Itapevy, patrono da Artilharia do Exército Brasileiro. Durante muitos anos, este local abrigou o Tênis Clube Bagé, cujo pavilhão foi construído em madeira, em 1921, sendo o mesmo inaugurado em 1934, funcionando nessas dependências até 1935 (FAGUNDES, 2005).

O Hospital Universitário de Bagé começou a ser construído em 15 de outubro de 1937, sendo o projeto de Cassiano Lorenzo Fernandes e construtor Germano Kurlle. O médico e empreendedor Mário Araújo, que morava ao lado, foi o responsável pelo investimento, que, segundo consta, não teve nenhuma ajuda oficial, custeando as despesas com recursos próprios. A inauguração se deu em 14 de julho de 1940, denominando-se Casa de Saúde Dr. Mário Araújo. Este espaço foi, durante muitos anos, considerado um dos melhores hospitais de cirurgia no Rio Grande do Sul (FAGUNDES, 2005).

Hoje, o estabelecimento hospitalar pertence à URCAMP, daí a denominação de Hospital Universitário. O hospital Universitário, além de ser um campo de práticas acadêmicas dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da referida instituição, atende as necessidades de saúde da população bageense e da região, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros convênios (FAGUNDES, 2005).



Figura 2: Hospital Universitário de Bagé (entrada principal)

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram enfermeiros que tinham vínculo empregatício com a instituição, independentemente da unidade e turno de trabalho. Os enfermeiros foram convidados a participarem do estudo, uma vez que a escolha foi aleatória. No Hospital Universitário de Bagé, trabalhavam, à época, 20 enfermeiros, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite. O número de participantes foi determinado por saturação teórica, que é operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). A saturação dos dados ocorreu com a participação de 12 enfermeiros representados, principalmente, por mulheres (9 - nove), com idades que variavam entre 23 (vinte e três) e 49 (quarenta e nove) anos, sendo 8 (oito) naturais de Bagé, 1 (um) de Rio Grande (RS), 1 (um) de Dom Pedrito, 1 (um) de Santa Maria, e 1 (um) de Pelotas. Destes enfermeiros participantes, 10 (dez) se formaram pela Universidade da Região da Campanha, 1 (um) pela Universidade Federal de Pelotas e outro na Universidade Católica de Pelotas. O tempo de formação variou entre 3 (três) e 15 (quinze) anos e todos realizaram curso de pós-graduação (especialização). O tempo de trabalho na instituição variou de 1 a 14 anos.

Quando foi definida a pesquisa qualitativa como método, atentou-se mais ao aprofundamento da compreensão. Dessa forma, o pesquisador procurou adentrar no campo que envolve a essência do participante, aproximando suas lentes dos aspectos singulares, individuais e abstratos, almejando compreender os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro em modos de produção de subjetividade e não apenas explicações sobre os fenômenos estudados. Os participantes foram definidos não pela quantidade estabelecida, mas sim na forma como se expressaram e na profundidade dos relatos, valorizando assim, aspectos subjetivos que tinham representatividade qualitativa abastada.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Crítérios de inclusão da pesquisa: ser enfermeiro; ter vínculo empregatício de, no mínimo, seis meses com a instituição hospitalar e ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Crítérios de exclusão da pesquisa: estarem afastados das atividades de trabalho, independentemente do motivo do afastamento.

5.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

RISCOS: O estudo não desencadeou riscos físicos, pois não foi realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Porém, tinha a possibilidade de gerar desconforto emocional, no momento da entrevista, que seria identificado pelo pesquisador ou relatado pelo participante. Caso isso ocorresse, o participante seria encaminhado ao Serviço Integrado de Psicologia Aplicada (SIPA) que faz parte da URCAMP e tem como objetivos aplicar e desenvolver técnicas para a promoção de saúde mental, proporcionando assistência profilática e terapêutica, mediante a aplicação dos conhecimentos de Psicologia. O comprometimento do serviço em dar suporte aos participantes que necessitem está destacado no APÊNDICE E. Não houve nenhum caso de desconforto emocional, por parte dos participantes.

BENEFÍCIOS: Os participantes da pesquisa poderiam ser beneficiados, após a reflexão acerca do processo de trabalho do enfermeiro, podendo (re)construir percepções sobre sua prática e de suas relação no trabalho, suas condutas e atitudes, consigo mesmo, com as pessoas de seu convívio e com o pesquisador. Esta possibilidade poderia ocorrer imediatamente após a realização das entrevistas ou posteriormente, pois cada pessoa reage aos estímulos de forma diferente.

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi concretizada, por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), sendo realizada somente uma entrevista com cada participante. A entrevista semiestruturada foi composta por questões balizadas pela temática escolhida, favorecendo assim, que o participante pudesse ponderar e refletir, de forma tranquila e autonômica, sobre os aspectos questionados. Optou-se pela entrevista semiestruturada em função dela permitir a obtenção de informações contidas nas falas dos participantes, conhecendo a percepção dos fatos vivenciados, tendo como finalidade o estabelecimento de uma comunicação verbal, importante para compreender os fenômenos estudados e também por ser uma forma de coleta de informações sobre determinado tema científico (CRUZ NETO, 2011)

Os enfermeiros foram convidados pelo pesquisador a participar do estudo, de forma aleatória, sendo encaminhados para uma sala do Hospital Universitário que, geralmente, é destinada a palestras e apresentações de trabalhos, pois permite privacidade e conforto. Este espaço foi reservado previamente com a coordenação de enfermagem do hospital. Nenhum enfermeiro negou-se a participar da pesquisa, ao ser convidado. Todas as entrevistas foram gravadas, em formato de áudio e, após, transcritas, na íntegra. Os dados serão guardados por cinco anos em um arquivo pessoal confidencial, de direito do pesquisador, localizado na Universidade da Região da Campanha para que sejam consultados, caso seja necessário.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados do estudo, foi escolhido o método de análise de conteúdo, o qual representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Ao escolher este método, foi possível tratar os dados de uma forma aproximada, mas valorizando a subjetividade de cada participante, pois, ao decompor os dados, emergiram de forma concreta os significados e percepções que os enfermeiros apontaram, em relação à sua adaptação à cultura organizacional, além de possibilitar a identificação das teias que compõem o produto deste

processo. Para que se pudesse aplicar de forma congruente o método, teve-se como diretriz a organização da análise, por meio de etapas ou fases. As diferentes fases da análise de conteúdo foram organizadas, em torno de três eixos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise, primeira fase desta organização da Análise de Conteúdo possibilitou a sistematização, para que se pudessem conduzir as operações sucessivas de análise. Assim, num plano inicial, a missão desta primeira fase foi, além da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, também a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final.

A exploração do material consistiu em identificar, nas falas, as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior. Já o tratamento dos resultados visou a agrupar as unidades de significado, de acordo com sua semelhança (BARDIN, 2011).

Posteriormente, os dados foram discutidos, fazendo-se uma aproximação com autores da revisão de literatura, ancorada no referencial teórico escolhido e reflexões do autor deste estudo. Dessa forma, foi possível atingir os objetivos, a partir de uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e os fatores que envolvem esse contexto.

A partir da análise dos dados, foi contemplado o terceiro objetivo específico “Promover reflexões sobre estratégias antinormalizadoras que levem o enfermeiro a ser um sujeito produtor de subjetividade singular em seu trabalho”, partindo do conhecimento sobre os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade e, assim, foram lançadas reflexões que permitem que o enfermeiro utilize suas experiências, frente às dificuldades e limitações, para uma produção de subjetividade própria, consistente e que transforme o processo de trabalho.

5.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O presente projeto foi enviado à instituição hospitalar, na qual foi realizada a pesquisa, juntamente com um ofício (APÊNDICE B) solicitando a autorização para a realização da pesquisa, sendo aprovada sem restrições. Após, foi encaminhado para

apreciação e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, por meio da Plataforma Brasil (APÊNDICE C). A pesquisa recebeu parecer favorável sob o número 41/2015, concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS-FURG (Anexo 1).

Foram observadas as normas da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual destaca que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, respeitando o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Esta resolução destaca também a obrigatoriedade da ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, buscando sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis (BRASIL, 2012).

Para a execução da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) pelos participantes. Foi garantido o anonimato dos participantes, segundo as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, sendo estes, identificados pela letra "E", seguida do número que representa a seqüência de realização das entrevistas (E1; E2; E3 ...) como forma de garantir seu anonimato.

Os participantes receberam o esclarecimento de que a qualquer momento poderiam abdicar de sua participação na pesquisa, sem que isso lhes acarretasse qualquer prejuízo e que poderiam responder apenas as perguntas que quisessem ou somente parte delas. Foram informados também sobre a segurança de que não seriam identificados e que a pesquisa manteria caráter confidencial sobre as informações obtidas e de que seriam mantidos todos os preceitos éticos e legais, durante ou após o término do trabalho, e do compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho, bem como da análise dos dados coletados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentadas, inicialmente, algumas características dos participantes do estudo. Posteriormente, balizada pelas concepções teórico-filosóficas e contemplando os objetivos do estudo, destaca-se a análise dos dados, a qual se apresentou em uma dinâmica multidimensional. Para tanto, foi preciso estabelecer diferentes categorias para que o detalhamento dos eixos fosse mais palpável e entendível, pois, como a vertente é filosófica, sempre é plausível um aprimoramento na teia que compõe os resultados. Do processo de análise, emergiram as seguintes categorias:

- **Adaptação do enfermeiro à cultura organizacional: uma teia multifacetada;**
- **Nexos e reflexos da adaptação do enfermeiro à cultura organizacional no cuidado de enfermagem disponibilizado;**
- **O ambiente hospitalar semiotizando a cultura normalizadora;**
- **Normalização e culpabilização: desapropriando o espaço de subjetividade comum;**
- **Sobrepunção das fronteiras impostas pelo modelo globalizador.**

Ainda, num processo de reflexão, com base nos resultados e respectivas categorias de análise, originou-se uma última categoria, sintetizando aspectos importantes das demais categorias apresentadas: **Produção de subjetividade singular: uma realidade, necessidade ou sonho?**

6.1 ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA TEIA MULTIFACETADA

Esta categoria possibilitou conhecer fatores que produzem a teia multifacetada que leva à adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade. O enfermeiro responde como um ser físico aos estímulos do ambiente, se adaptando a fatores diversos,

especialmente, quando se trata de uma instituição hospitalar, que representa um arquétipo altamente balizador e complexo.

Houve relatos que a adaptação se faz necessária, principalmente, em função de outros enfermeiros, geralmente mais antigos, que estabelecem as condutas a serem assumidas, para que possam alcançar, no ambiente de trabalho, o comando e destaque. Desse modo, pode-se perceber que é comum enfermeiros mais antigos assumirem a função de líderes, mas, mesmo que sejam líderes dos demais, precisam criar um ambiente de trabalho nivelado que melhor permita a prática de enfermagem, para que assim possam adquirir competência própria (WILSON; HARWOOD; OUDSHOORN, 2015). Por sua vez, o estilo de liderar determina se o líder vai ser acompanhado ou oprimido (KERFOOT, 2013).

Existe uma disputa muito grande pelo comando entre os próprios enfermeiros. Cada um quer ser o chefe maior, para poder ditar as regras a serem cumpridas e nós, que somos mais novos, temos que ir nos adaptando a tudo isso (E1).

Eu sempre acreditei que, depois que eu me formasse, o maior empecilho seria o médico, porque o médico está sempre disputando com o enfermeiro, mas nunca tive problema com médico, só com os enfermeiros, que parecem querer aparecer a todo tempo, se metendo em tudo, principalmente, aqueles mais antigos. [...] O melhor a fazer é não discutir e fazer o que eles dizem (E4).

Senti muita dificuldade para desempenhar minha função, no início, pois tudo que eu queria fazer barrava no veto de um enfermeiro mais antigo. [...] Acabei trabalhando da forma como eles achavam melhor (E8).

Tem enfermeiros que se sentem ofendidos com a tua forma de pensar, ou como tu gostarias de mudar. [...] Aí, parece que, de forma intencional, só para demonstrar poder, te podam e fazem com que tu faças exatamente o que querem (E5).

Sou observada, de uma forma diferente. Algumas enfermeiras ficam me cuidando para ver se vou resolver os problemas, mas tudo deve ser resolvido da forma como elas acreditam que é melhor. [...] Como eu tenho pouco tempo de casa, prefiro ficar na minha e fazer as coisas do jeito que eles determinam (E10).

Assim, percebe-se que existe, no trabalho, o estabelecimento de relações de poder entre enfermeiros mais novos e mais antigos, onde os mais novos são estimulados pelos mais velhos a realizarem suas práticas, conforme a rotina já determinada. Portanto, o enfermeiro, ao se adaptar, adota uma postura codificada por outros enfermeiros mais antigos e, com isso, (re)produz uma subjetividade pré-determinada, atuando de forma sinérgica com os massificadores da cultura da organização (VERGÍLIO, 2015).

No entanto, neste processo, é impossível responder somente como ser físico, já que o profissional está imerso em um universo multidimensional normalizador, onde vários fatores acabam por influenciar suas condutas. A dinâmica multidimensional da adaptação do enfermeiro ao contexto laboral deve ser apreendida, levando em conta os processos subjacentes ao processo adaptativo, sendo um desafio necessário às ciências humanas, implicando um imperativo emergente, por parte das organizações de saúde (ESTEVES; GOMES, 2014).

O processo de adaptação leva a uma alteração nos padrões de conduta singular, sendo estes pessoais e complexos, podendo ser influenciados por questões como a necessidade de estabelecer certa estabilidade no emprego, principalmente por parte dos enfermeiros mais novos. Com isso, se adaptam à subjetividade produzida institucionalmente, difundindo a mercadoria cultural, muitas vezes, sem levar em consideração os sistemas de valor pessoal, assumindo coordenadas pré-estabelecidas, no plano cartesiano daqueles que mais comandam as práticas (TOMIETTO; et al., 2015).

Quando a gente é contratada, achamos que iremos fazer tudo diferente, mas, daí, percebemos que, se começarmos a não

nos encaixar da forma como os outros querem, com certeza nosso emprego fica à deriva (E11).

Primeira coisa que te dá, quando és contratada, é medo, porque tu sai da faculdade, ainda muito crua, né? [...] Aí, imagina tu não passares nem o período de experiência ou não teres o contrato renovado, depois de 90 dias. [...] O negócio é andar na linha e não falar muito (E9).

Não é fácil trabalhar em hospital, até porque, na prática, tu vais lidar com muitas pessoas diferentes. [...] Às vezes, a gente pode achar que é fácil. Ah! Vou chegar lá e só vou mandar, mas não é nada fácil, assim. [...] Muitas coisas já são da cultura do hospital e, se tu não seguides, tu vais para a rua (E7).

Acho que ninguém trabalha igual a ninguém, mas, por vezes, temos que fazer de conta que somos iguais, para manter nosso emprego (E6).

Sempre confiei muito no meu potencial, mas tenho certeza que, se eu não seguisse algumas normas, não estaria mais aqui. [...] Quem anda na contramão, geralmente, é mandado embora (E1).

A percepção consciente da possibilidade de perder o emprego faz com que os enfermeiros (re)produzam uma subjetividade estabelecida por outrem, a qual é incorporada como um bem que favorece a aceitação dos profissionais, por parte da instituição. Pode-se perceber, desse modo, que a produção da subjetividade capitalista promove a incorporação de uma vocação universal coletiva de trabalho, ou seja, os enfermeiros produzem trabalho, em um território subjetivo, onde a tolerância para produções de subjetividade singular é pouco visível (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Os enfermeiros são influenciados pelas mudanças que ocorrem na sociedade, em específico as que se sucedem no mundo do trabalho, entre as quais estão a implementação de tecnologias, a precarização de recursos humanos e de materiais e a necessidade por uma maior produção, percebendo-se um aumento da pressão sobre o trabalhador em relação ao seu desempenho normativo (GONÇALVES; et al., 2013). A sociedade contemporânea exige que a pessoa seja “dona” de um emprego, para que tenha acesso a uma formação certificadora, que pode ser relacionada com a capacidade de agir, sendo esta interiorizada como um direito fundamental moderno, possibilitando um engajamento subjetivo e, com isso, um futuro promissor se materializa mais facilmente (DUBAR, 2013).

Outro aspecto que emergiu, de forma contundente, foi o fato de alguns enfermeiros terem uma trajetória profissional anterior como técnicos ou auxiliares de enfermagem. Referem que a mudança da função de técnico ou auxiliar de enfermagem para enfermeiro causou resistência, por parte dos demais enfermeiros, sendo cerceados de sua liberdade para exporem ideias, culminando no exercício de um trabalho normativo, desencontrado com as expectativas criadas, no período de preparação para o cargo.

Passei para enfermeiro e foi uma adaptação pouco tranquila, pois, embora tenha me preparado bem, passar de técnico para enfermeiro não é fácil. [...] Todo mundo pega no pé e a gente tem que trabalhar em dobro para poder ter a liberdade de falar algo (E5).

Acho que, quando passei a enfermeira, foi um susto para os colegas enfermeiros. [...] Tu sofres resistência, mesmo às vezes tendo boas ideias. [...] Até tu consegues provar que o que tu estás fazendo é uma coisa boa, demora. Enquanto isso, o que resta é seguir sem criar problemas (E4).

Tu tens que provar que tu não és mais técnica, frente a tudo e a todos. [...] Algumas visões até podem divergir, mas, na maioria das vezes, o que eu noto e escuto é que não temos

potencial para opinar. [...] Assim, fica difícil trabalhar como gostaria (E1).

Um grande desafio que eu encontrei é que eu era auxiliar de enfermagem, me formei, passei a ser enfermeiro. Então, teve todo um processo de aceitação dos colegas. [...] Acredito que, por dois anos, não tive condições de realizar o trabalho para o qual me preparei (E8).

A pior coisa que tem é passar de técnico para enfermeiro porque a gente fica visado pelos colegas que não acreditam e não aceitam nosso trabalho. [...] Sofri muito, por não poder fazer as coisas que queria (E6).

Preconceitos fazem parte da história da enfermagem, pois esta é vista socialmente como uma profissão de desempenho basicamente manual, sendo necessário muito empenho dos seus profissionais para que sejam reconhecidos profissionalmente, precisando ser competentes tecnicamente e utilizar os conhecimentos científicos específicos de sua área (JESUS; et al., 2010). Ao vivenciarem situações de preconceito, em relação as suas atividades laborais, tanto o técnico de enfermagem quanto o auxiliar de enfermagem carregam consigo uma carga psíquica que faz com que produzam suas subjetividades de forma modulada, ao serem contratados como enfermeiros.

Além disso, ao assumirem a função de enfermeiro, passam a assumir a função de balizador de processos de produção de subjetividade objetivada. Percebe-se que os enfermeiros tornam-se especialistas em introjetar e difundir uma cultura de neutralidade, para que possam, com o tempo, adquirir certa força e, assim, iniciar e verbalizar sua produção de subjetividade singular. É preciso pensar de maneiras diferentes, sendo reflexivo e engajado, em vez de um ator passivo em relação à cultura organizacional (DEWAR; COOK, 2014).

A atual formação acadêmica pode ser um dos fatores que também fazem com que os enfermeiros não criem certas zonas de instabilidade contra o sistema dominante e as imposições dos demais enfermeiros. Os profissionais tornam-se

cada vez mais especialistas em suas áreas, mas enfrentam situações em que o conhecimento técnico não produz um suporte que seja resolutivo.

Tive dificuldade, ao sair da faculdade, com algumas orientações e os nossos ensinamentos que a gente tem do curso superior da função do enfermeiro. [...] Na faculdade, nos ensinam de um jeito que parece que tudo vai ser possível, que tudo vai ser fácil (E3).

A gente aprende na faculdade que o enfermeiro tem determinadas... determinada função e que, dentro dessa função, a gente pode tomar algumas ações, mas, na íntegra, na realidade, nosso dia a dia, a coisa é muito diferente (E6).

Quando a gente sai da faculdade e vem pra realidade, a gente vê que a função do enfermeiro não é bem assim. Lá, falam como se o trabalho do enfermeiro fosse tranquilo, mas, quando a gente chega aqui, é só bloqueio (E11).

A faculdade não te ensina a lidar com o dia a dia do enfermeiro. [...] Aqui, na prática, é tudo mais difícil e quase impossível fazer o que a gente realmente acredita que deve ser feito (E4).

Quando tu estás assistindo aula na faculdade, tu pensas que vais ser e fazer tudo diferente. [...] Que vais ser reconhecido pelo conhecimento e inovação. [...] Na prática, é tudo diferente do que vemos na faculdade (E8).

O processo de formação acadêmica é compreendido como modo de interferir nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir e cuidar e, com este, pode enfrentar e desmontar a dicotomia formação-trabalho, ao se considerar que os processos de trabalho se constituem como matéria-prima dos processos de formação. Os currículos disciplinares podem até incluir conteúdos que

favoreçam a formação do aluno, no entanto, nem sempre estes são efetivamente apreendidos de forma expressiva, podendo estar desarticulados com as práticas a serem vivenciadas no campo de trabalho (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Para que o profissional enfermeiro possa contextualizar melhor as questões que envolvem teoria e prática e, assim, desenvolver e implementar sua própria subjetividade, torna-se imperativo o estabelecimento de um modelo mais integrativo e que otimize as questões que envolvem as relações no trabalho, fazendo aproximações com a prática profissional, articulando-a a referenciais teóricos que possibilitem um maior potencial para aprendizagem crítico reflexiva e, assim, enfermeiros serão formados com maior poder de decisão e inovação (BOUSSO; et al., 2014).

Para que este modelo possa ser disponibilizado e implementado, a instituição hospitalar deve promover mais capacitações e espaços de diálogo, valorizando o potencial de cada profissional, pois, assim, novos pilares de subjetividade legítima podem ser erguidos e servir como base teórico-filosófica no processo de adaptação do enfermeiro. Alguns participantes relataram que não veem a instituição como um lócus que promove o crescimento profissional e pessoal do enfermeiro, dificultando, desse modo, que possa seguir um caminho diferente daquele já caracterizado pelos enfermeiros mais antigos e normalizadores.

A instituição não incentiva muito a atualização, daí, o enfermeiro fica com a visão mais restrita e não tem como mudar nada (E3).

Na maioria dos momentos, a instituição vê todos os enfermeiros da mesma forma. [...] Tem gerência de enfermagem que não gosta de inovação, daí, não facilita o aprimoramento (E5).

A Instituição vê todos os enfermeiros mais ou menos assim, é mesma coisa. [...] Para eles, é melhor porque, desse jeito, seguimos mais facilmente o que eles querem que façamos (E9).

Quando pedi uma liberação para fazer uma especialização, não permitiram. [...] Acho que eles têm medo que comecemos a ser melhores e questionarmos algumas coisas (E2).

A parte de desenvolvimento profissional, aqui, é muito deficiente. [...] Não somos estimulados a fazer nada fora. [...] Ficamos parados no tempo e fazendo muita coisa ultrapassada (E10).

A instituição hospitalar, ao não estimular ou, até mesmo, limitar o aperfeiçoamento de seus enfermeiros, inibe novas produções de subjetividade e este aspecto afeta não só as ideologias, mas, também, fere o coração dos indivíduos, em sua maneira de perceber o mundo, ficando estáticos, frente às forças produtivas, sendo meros reprodutores das práticas estabelecidas. É imprescindível o aperfeiçoamento profissional, pois este é o caminho da construção das competências, favorecendo a edificação de um enfermeiro mais dinâmico, ativo e transformador (MADEIRA, 2013).

Assim, a produção de subjetividade em uma instituição, balizada pelo Capitalismo Mundial Integrado, é serializada, normalizada, centrada em torno de uma imagem, de um consenso subjetivo referido e sobrecodificado por uma lei transcendental. Esse esquadramento da subjetividade é o que permite que ela se propague, no nível da produção e do consumo em todos os meios (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Portanto, pode-se considerar que o enfermeiro está se mantendo neutro deixando com que a máquina institucional faça um agenciamento sobre si, sendo reduzido a uma engrenagem que responde de forma programada ao poder capitalista, absorvendo os comandos sem pensar muito no valor de seus atos.

Talvez, essa limitação comportamental esteja ligada à pouca apropriação política pelo enfermeiro como ser profissional e social. Assumindo caráter de ser um profissional pouco político ou até mesmo apolítico, sua essência se dilui e seus ideais podem ser removidos com certa facilidade pela cultura da organização, fazendo com que se adapte, de forma plena, ao estabelecido. Sempre quando a cultura de uma organização afetar os funcionários, sistemas e processos, limitando-

os, devem-se criar frentes de liderança transformacional para que ocorram mudanças (SPRINGER; et al., 2012).

Eu nunca tive problemas com os protocolos a serem seguidos, pois nunca fui contra eles (E4).

Eu acredito que, se as normas existem, são para serem cumpridas (E2).

Eu já pensei em mudar algumas coisas, mas nunca tentei (E9).

Eu penso que a gente deve fazer o que é determinado, porque quem determina sabe o que está fazendo (E12).

Torna-se imperativo que o enfermeiro adote uma postura política, frente às atividades que exerce, para poder fugir das forças unificadoras e redutoras que achatam a criatividade. A atuação política de uma categoria profissional vai além do seu agir técnico, abarcando os atos cotidianos e todas as ações individuais e coletivas nos espaços da profissão, promovendo adequadas escolhas éticas, participando do planejamento da organização, da representação e comando, no contexto em que está inserida. A ação política está intimamente vinculada ao poder, compreendido como a capacidade de mobilizar outras pessoas para o alcance de um objetivo ou realização de uma ação (SANTOS; et al., 2012).

6.2 NEXOS E REFLEXOS DA ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM DISPONIBILIZADO

O enfermeiro tem como essência da sua atuação profissional o cuidado junto às pessoas e, especialmente na esfera hospitalar, atua de forma autêntica, na produção de sentido, em meio ao processo de hospitalização, o qual, muitas vezes, produz sentimentos de dor, perdas e limitações. Como profissional, tem a capacidade de observar agravos de saúde, sejam biológicos, sociais, psíquicos ou

espirituais, pois a essência da sua profissão é perceber a pessoa como um ser integral e interativo (KINCHEN, 2015).

No entanto, para que possa desenvolver suas atividades de forma plena e de acordo com seus princípios éticos e morais, tona-se fundamental que assuma sua identidade e se aproprie ou cultive sua autonomia para que, assim, possa fugir de alguns padrões de conduta pré-estabelecidos e transcender a assistência modulada, aumentando sua capacidade de autodeterminação (SOUZA; PAULA, 2016). Houve relatos de que não conseguem ser quem realmente gostariam e que obter maior autonomia poderia enriquecer os processos de trabalho para, assim, repercutir de forma mais resolutiva e proativa no cuidado disponibilizado, favorecendo a recuperação do paciente.

Quanto mais autonomia o enfermeiro tem, melhor é o cuidado disponibilizado. [...] Se tivéssemos mais autonomia, com certeza, o paciente ia ser favorecido. [...] É difícil fazer a diferença, fazendo o que os outros querem (E5).

Acho que a autonomia ajuda o enfermeiro a fazer as coisas da melhor forma. [...] Quando determinada pessoa não autoriza ou não aceita o que tu fazes, já corta teu serviço, tua assistência (E12).

Eu sempre me queixo muito da falta de autonomia do enfermeiro. [...] Eu acho que o enfermeiro, para fazer um bom serviço, desempenhar um bom serviço, seja na supervisão ou como enfermeiro de unidade, eu digo a nível hospitalar, tem que ter autonomia (E11).

Nos falta autonomia para melhorar a unidade, para promover melhores condições de funcionamento na unidade. [...] A autonomia reflete nas condições de atendimento ao paciente (E2).

Eu acredito que o enfermeiro com autonomia adquire mais poder na tomada de decisão e aumenta a confiança e o produto final é um cuidado mais bem elaborado, melhor (E1).

Existe uma estreita relação entre a produção de subjetividade autêntica e a autonomia concedida ou conquistada. Percebe-se que a adaptação à cultura organizacional pode ter como uma das diretrizes a falta de exercício da autonomia pelos enfermeiros, pois, no momento em que esta não é exercida e também não é desejo fundamental, o profissional passa a (re)produzir as práticas pré-estabelecidas, internalizando a subjetividade produzida por outrem, tornando-se um pilar praticamente irremovível.

A autonomia do enfermeiro é um dos fatores fundamentais para que possa realizar um trabalho diferenciado, mas para isso, ele deve ter a coragem de se assumir como profissional, mostrando sua competência, responsabilidade e sua forma única de trabalhar (SKAR, 2010). Contrapondo-se a estes relatos, houve referência a que a autonomia não é um fator importante e diferencial no trabalho do enfermeiro, destacando que o importante é ter vontade e amor ao trabalho.

Eu acho que a autonomia não ajuda em nada o enfermeiro. Se ele tiver boa vontade, isso é que vai fazer a diferença. E3

Cabe ressaltar que este tipo de comentário parece ser condizente com a postura profissional daqueles que difundem a cultura da organização aos demais e faz com que se adaptem incondicionalmente às normas estabelecidas. Talvez, por assumir uma identidade institucional e não pessoal, não visualizem o exercício da autonomia profissional como fator essencial no trabalho do enfermeiro. Desse modo, mostra-se importante discutir sobre a autonomia profissional dos enfermeiros, não como interesse corporativo, privado, mas como possibilidade de afirmação de suas identidades, como profissionais ativos e indispensáveis na construção de serviços de saúde mais competentes, solidários e humanizados (PEREIRA, 2015). Ao discutirmos em uma perspectiva de construção e consolidação de sua identidade, o enfermeiro pode passar a incorporar a missão de sujeito ativo, proativo e reacionário, ou seja, pode desmobilizar a massificação de subjetividade envolvida em seu trabalho.

A normalização subjetiva implica uma identidade marcada pela significação que o sujeito tem de si mesmo e dos demais colegas enfermeiros. Cada cultura possui uma maneira de delinear as identidades, mas os relatos revelam que as idiossincrasias, filosofias, valores e ideias dos enfermeiros são tomadas por um sistema modular que reduz tudo a um confinamento estrutural padrão, fazendo com que não consigam ser eles mesmos em seu trabalho, assumindo uma identidade que não condiz com aquela construída, durante sua formação (DREW, 2011). Os enfermeiros anseiam por uma identidade profissional sólida, onde tenham liberdade e poder de tomada de decisão sobre questões específicas de sua área de competência, sem manipulação de seu fazer (UMPIÉRREZ; MERIGHI; MUÑOZ, 2013).

Dessa forma, o cuidado disponibilizado pelo enfermeiro segue um itinerário que tem como guia uma identidade cartesianamente codificada e, com isso, novas formas de discutir, refletir e implementar práticas são aproximadas de um abismo, onde a vontade de suplantar esse limite pode ser o início de um fim. Os relatos destacam que os enfermeiros não conseguem ser eles mesmos, durante as atividades laborais, principalmente, logo após serem contratados, assumindo uma identidade programada pela cultura organizacional. Com isso, o cuidado disponibilizado passa a ser condicionado e pouco evolutivo.

Não dá para seres tu mesmo no trabalho, porque parece que tu feres os princípios de fulano, enfim. [...] É uma coisa estranha. Eu sempre achei isso tudo muito estranho. [...] Quem perde com isso é o paciente (E5).

Eu não consigo ser eu mesma no trabalho [...] Aquele que se nega, que faz cara feia, aquele ali não é lembrado. [...] Não tem como ter o teu próprio estilo de trabalho e fazer a diferença (E4).

Nem tudo tu podes falar, nem tudo tu podes te meter, então, a gente deixa de ser, de ter aquela autenticidade que a gente tinha, quando a gente entrou na faculdade, para ser um

membro transformador, criador [...] Com isso, a assistência fica prejudicada (E9).

Nem sempre consigo ser eu mesma no trabalho. [...] Muitas vezes, tu acabas te bloqueando, mudando teu jeito para agir como eles querem [...] Aí, o paciente nos questiona por que as coisas são assim, pois eles são os prejudicados (E12).

Como seres tu mesmo, num local onde querem controlar até o que tu comes? [...] Aqui, fazemos de conta que somos o que eles querem que sejamos, mas, no fundo, somos muito diferentes do que passamos. [...] Nosso cuidado poderia ser bem melhor, se a gente pudesse ser nós mesmos (E9).

Os enfermeiros, muitas vezes, apresentam dificuldades em desfragmentar sua identidade, unificada pelo sistema dominante e cultura organizacional, pois, caso ultrapassem esta barreira, deixarão de ser membro institucional modelo, fugindo do padrão normal construído culturalmente pela organização hospitalar, confirmando que a identidade é construída, a partir de padrões oferecidos pela estrutura social (HOEVE; JANSEN; ROODBOL, 2014). Em outras palavras, a pessoa desenvolve sua identidade, através de articulações entre igualdades e diferenças, que favorecem que ele desenvolva uma consciência de si, por meio de comparações que faz nas relações sociais que mantém (CIAMPA, 1990).

Percebe-se que a consolidação da identidade relaciona-se com a produção de subjetividade singular. Quanto menos consolidada a identidade estiver, menor a subjetividade singular produzida, pois, ao deixar a essência do eu em segundo plano, o enfermeiro assume uma identidade transitória⁶ que é um produto adaptativo facilmente influenciável pelos fatores da cultura organizacional. Com isso, o cuidado disponibilizado se fragiliza, pois novas práticas deixam de ser discutidas e analisadas para serem implementadas.

⁶ A identidade transitória emerge, quando a identidade apresenta certa instabilidade, ao se deparar com questões do ambiente. Surge, quando o indivíduo experimenta novas tensões geradas a partir da nova condição. Esta identidade se apresenta como temporária, até que a nova identidade seja reconstruída (BAUMAN, 2005).

No entanto, os enfermeiros mais antigos destacam que, depois de certo tempo de trabalho, a identidade é singularmente fortalecida, possibilitando que eles possam adquirir uma personalidade mais próxima daquela que planejaram, durante sua formação. Dessa forma, passam a exercer o poder de determinar alguns aspectos organizacionais e assistenciais, começando a ter possibilidades de produzir uma subjetividade autêntica e transformadora, mesmo que esta subjetividade possa impactar contra os interesses massificadores da instituição. Com isso, o cuidado passa a ser mais contextualizado e resolutivo, além de ser mais permeável às mudanças.

Agora, devido ao tempo que tenho, acho que posso ser mais eu no trabalho e determinar algumas coisas a serem feitas. [...] A instituição não vê isso, mas os pacientes sim (E3).

Eu vejo que o enfermeiro, já com um certo tempo, como eu assim, a gente consegue ser mais autêntico e fazer fluir melhor as coisas e a gente acaba ajudando mais os pacientes (E6).

Quando a gente entra na instituição, não é fácil, ainda mais sendo nova. [...] Acho que conseguimos mostrar quem realmente somos e nosso bom trabalho para o paciente, somente após um bom tempo de casa (E7).

Eu não nasci enfermeira, mas quero, com o tempo, ser a enfermeira que idealizo. [...] Se, mais adiante, ficarem me bloqueando e não me deixarem fazer o que realmente acredito, mudo de profissão (E8).

Existe uma perspectiva de mudança no perfil dos enfermeiros, dentro da unidade hospitalar, com o passar do tempo. Depois de alguns anos de trabalho, os enfermeiros começam a assumir um papel guiado por um novo olhar das competências e habilidades fundamentais para que possam promover uma renovação nas práticas desenvolvidas e, assim, indicarem novos caminhos revestidos de autenticidade (SANTOS; CASTRO, 2010). O enfermeiro, após certo

tempo de trabalho na instituição hospitalar, passar a ter uma percepção diferente da importância de produzir uma subjetividade legítima, vendo este processo como uma evolução de sua força produtiva, em sua forma mais desenvolvida.

Dessa maneira, passa a unificar suas concepções, revolucionando sua própria produção de trabalho, utilizando os conhecimentos e equipamentos de modo particular e diferenciado. No entanto, essa nova subjetividade construída é alicerçada em uma rocha revestida de verdade e razão absoluta, fazendo com que os demais enfermeiros tenham que congregam essas concepções sem poder demonstrar todo o seu potencial inovador e subjetivista (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Assim, é preciso que os enfermeiros se concentrem em construir uma capacidade de gerenciar de forma mais horizontal, aceitando a comunicação aberta, o trabalho em equipe e o conhecimento contínuo da cultura organizacional (AMMOURI; et al., 2015). Caso alguns enfermeiros apresentem certa resistência para submergir nesse universo subjetivo de propriedade alheia, podem ter que experimentar mudança em sua rotina de trabalho, como mudar de unidade ou de turno de trabalho. Cabe ressaltar que os vínculos firmados do enfermeiro com determinado espaço se tornam fator importante para a realização de um bom trabalho, pois quanto maior for o conhecimento do local, maiores serão as possibilidades de uma boa análise situacional do ambiente, identificando pontos fortes e fracos, além de favorecer um planejamento prospectivo (VAUGHAN; SLINGER, 2013).

Partindo dessa explanação, entende-se que um enfermeiro que conheça e domine com excelência seu ambiente de trabalho, pode e deve disponibilizar um cuidado especializado, resolutivo e integral a quem está na ponta do processo, ou seja, o paciente que recebe, de forma direta ou indireta, os produtos gerados no seu processo adaptativo. Percebe-se, por meio das falas, que alguns enfermeiros são remanejados de seu local de trabalho ao questionar ou contrariar alguns comandos estabelecidos por enfermeiros mais antigos ou sofrem com ameaças de demissão.

Eu até tentei mudar algumas coisas, mas não consegui dar continuidade, pois, depois de um mês, me trocaram de unidade. [...] Isso é ruim não só para nós, mas para o paciente também (E4).

Se tu tentas implementar uma rotina, é complicado. [...] Se tu insistes, o desfecho é a mudança de unidade. [...] Aí, o que tu planejastes, pensando no paciente, vai por água abaixo (E1).

Já quiseram me despedir. [...] Pelo pensamento, não por questões de serviço. [...] Não fui para a rua, mas me mudaram de unidade (E10).

As questões discutidas ficam evidentes com o relato de um enfermeiro normalizador sobre possíveis trocas de unidade.

Eu tento fazer com que as coisas sejam bem desenvolvidas e executadas. [...] Se tem algum problema, eu tento resolver, e, se não der, solicito o remanejamento (E6).

No trabalho do enfermeiro, é comum alguns interesses se desencontrarem, ocorrendo uma desorganização temporária nas atividades, repercutindo no aumento do estresse, sobrecarga de trabalho e rotatividade dos profissionais (AMESTOY; et al., 2014). Nem sempre o enfermeiro consegue assumir sua singularidade com consistência, pois se choca com outros enfermeiros mais subjetivados, do ponto de vista de produção e reprodução de sentidos.

Quando a pessoa é submetida à ameaça de demissão, ela consente com aspectos que discorda, pois o medo é, sobretudo, uma vivência subjetiva que gera repercussões psicológicas (DEJOURS, 2007). Dessa forma, o cuidado disponibilizado fica limitado à forma como foi pré-programado, estanque frente a um universo dinâmico e rapidamente mutante, que é a atenção à saúde, em especial, a atenção à saúde em âmbito hospitalar, desfavorecendo, assim, seu bem maior que é o paciente.

A Enfermagem realiza suas atividades adentrando nos subsistemas de produção que fazem parte de um cuidado complexo, sendo influenciada pelas características organizacionais e, essa por sua vez, esquematiza o produto gerado, ou seja, gera reflexos na qualidade do cuidado disponibilizado (MEYER; O'BRIEN-PALLAS, 2010).

O cuidado pode ser caracterizado por processos dinâmicos, envolvendo os saberes e o comportamento proativo dos profissionais, abarcando demandas imprevistas e, conseqüentemente, as adaptações constantes (CHAFFEE; MCNEILL, 2007). Espera-se que o Enfermeiro possa fazer da adaptação uma forma de crescimento profissional para que, desta forma, fabrique ferramentas capazes de promover um cuidado mais efetivo e que atenda às necessidades de saúde de seus pacientes. Para isso, terá que deixar sua inibição e omissão de lado, criando voz ativa frente aos eventos vivenciados, sem interiorizar os comandos dos demais como verdades inquestionáveis.

6.3 O AMBIENTE HOSPITALAR SEMIOTIZANDO A CULTURA NORMALIZADORA

O ambiente hospitalar estabelece aos funcionários, principalmente aos mais novos, suas normas culturais, apresentando o caminho que deve ser seguido por aqueles que desejam fazer parte dessa “família” de forma mais duradoura, normalizando deste modo, qualquer produção de subjetividade singular, que por ventura venha emergir. Os participantes do estudo destacaram que pretendem continuar trabalhando em ambiente hospitalar. No entanto, relataram dificuldades ao tentarem promover mudanças, tendo que seguir os padrões estabelecidos, pois visualizam a força da instituição como uma barreira difícil de ser transposta.

Vou trabalhar em hospital até me aposentar, mas queria poder ter mais abertura com a instituição. [...] Isso aqui é mais duro que quartel (E9).

Trabalhar em hospital faz parte da minha vida. Faço tudo com gosto. [...] Só podia ser mais fácil de trabalhar, né? (E2).

Estou enraizada no hospital e não penso em sair, de jeito algum. [...] Sei que a instituição, talvez, não me deixe fazer o que quero, mas vou continuar mesmo assim (E1).

Quero me aposentar no hospital, mas sei que dá para melhorar, tudo, em relação a praticamente todo o funcionamento do hospital, mas aí de quem contrariar. [...] Às vezes, parece que estamos numa ditadura militar (E12).

Portanto, a instituição hospitalar pode ser percebida como uma organização modeladora, uma vez que envolve seus funcionários, mediante normas e regras pré-estabelecidas, difíceis de serem transcendidas. Ao ser vista como uma organização dessa natureza, pode ser compreendida como micro sociedade que está inserida em um contexto de diretriz capitalista, no qual ocorre uma interatividade constante, com ações e (re)ações, sendo um sistema cultural e simbólico, composto por uma estrutura de significações e normas, influenciando o comportamento e conduta de seus entes (SCHEIN, 2010).

Percebe-se que o hospital é um lócus que prima pela produção da subjetividade, mas não aquela diferenciada e autêntica e sim por difundir a cultura dos padrões universais que serializam e coletivizam as condutas adotadas. Entretanto, para que ocorram ações inovadoras na enfermagem, é imperativo que a cultura organizacional permita questionamentos, nem que seja em nome da assistência ao paciente (JOSEPH, 2015).

Assim, o hospital é percebido pelos enfermeiros como um ambiente que apresenta uma cultura organizacional rígida no cumprimento às normas estabelecidas. Dessa forma, centraliza o poder, dificulta novas práticas no trabalho, impedindo a plenitude profissional ao enfermeiro (ROCHA; et al., 2014).

A vivência e convivência no ambiente hospitalar vai agindo como uma forma de autorreferenciação por parte do enfermeiro, podendo interromper seu processo de singularização, constituindo-se em um engenho produtor de condutas potencialmente interiorizáveis. A sociedade capitalista, contexto em que se insere a microsociedade hospitalar, tem uma tendência de bloquear processos de singularização, instaurando relações reducionistas, em que os indivíduos cortinam suas representações de valor, assistindo, de forma atônita, ao desmantelamento de seus ideais de vida (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A organização social se apresenta cada vez mais homogênea, do ponto de vista criativo, fazendo com que os seres pensantes passem a exercer sua subjetividade de forma velada, pois não conseguem escalar o muro que divide sua

autenticidade do universo opressor. O indivíduo passa a ser exatamente aquilo que está sendo produzido nos discursos modernizados, se correlacionando com práticas de separação e normalização sociais (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2015).

Com isso, muitas ideias modernizadoras ou inovadoras podem se perder no universo de normalização criado pelo ambiente hospitalar normalizador capitalista. Alguns participantes referem que tem que suprimir as ideias que emergem, pois o ambiente hospitalar não é compatível com propostas que possam levar a um desencontro com as subjetividades macropolíticas, disseminadas pelo modelo dominante.

Para ser bem sincero, eu penso em algumas coisas. [...] A minha mente pipoca de ideia, mas, para o hospital, isso não é bom (E11).

Às vezes, chego a perder o sono, de tanta coisa nova que penso em fazer. [...] Aí, chega no outro dia, eu entro no hospital e caio na real, de novo (E2).

Esses dias, cheguei com um monte de ideia nova, mas, foi só eu lembrar que trabalho num hospital que minha vontade de compartilhar se foi (E5).

A instituição globaliza a atuação dos enfermeiros, infelizmente. [...] Se tiver uma boa ideia, guarda ela no bolso. É o que eu faço, seguidamente (E4).

A instituição hospitalar é um apêndice dentro da cultura capitalista normalizadora e, estar ajustado às condições e padrões referenciados, se torna imprescindível para o consumo de seu produto subjetivo, pois, nessa perspectiva, é que os aspectos que giram em torno do capital são mais facilmente difundidos e incorporados. Por isso, muitas ideias não são ouvidas ou aceitas, pois, abrir espaço para uma mente inovadora pode ser um caminho para uma menor lucratividade, já que inovações, muitas vezes, geram custos e o acúmulo de capital é um dos princípios do capitalismo. A instituição que modula seu funcionário, através de seu

“marketing” interno, torna-se uma organização de ensino e comprometimento organizacional (TSAI, 2014).

O hospital é uma organização complexa, tendo seu funcionamento guiado por estruturas macrossociais e políticas de gestão, fazendo parte de uma rede de atenção à saúde. No entanto, não tem sido capaz de promover mudanças substantivas no modo de produzir saúde, pois é atravessado por uma verdade reproduzida pela dialética hegemônica que organiza o trabalho em saúde, ou seja, é “protegido” por uma trincheira que resguarda os poderes das corporações normalizadoras (DAHDAH; et al., 2013).

Percebe-se que o enfermeiro, ao mergulhar no ambiente hospitalar, veste o uniforme subjetivo padrão, expressando, minimamente, suas ferramentas contra-hegemônicas, unificando, ainda mais, os comportamentos singulares que podem promover uma protrusão com a ordem capitalista. Dessa forma, o enfermeiro coíbe alguns processos que poderiam se tornar inovadores e atuais, evitando a possibilidade de ser visto como um ser marginalizado, ou seja, passe a ser uma minoria que não se encaixa nas leis do trabalho (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A articulação do poder subjetivo capitalista com a pessoa que pensa em produzir sua subjetividade de forma singular é turbulenta, pois os objetivos não se articulam de forma sinérgica. Enquanto o primeiro pensa, organiza e produz a vida social por todos, a outra quer falar, viver e fazer parte de um novo universo, onde possa envelhecer e morrer, se relacionando de forma autêntica e harmônica com o trabalho e os postos de controle social (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

O hospital, visto como um posto de controle social e psicológico (ROCHA; SILVA, 2015), faz com que o enfermeiro não perceba que outros espaços podem se tornar um alicerce que possibilite uma nova forma de crescimento e implementação de ideias inovadoras, de olhar prospectivo. Ao serem questionados, alguns participantes do estudo destacaram que, se fossem trabalhar na atenção primária à saúde ou algum outro campo como enfermeiros, que não seja o hospitalar, passariam a ser mais limitados e com menor possibilidade de comando, pois, mesmo com todas as limitações que o hospital lhes impõe, ainda acreditam que o local permite executarem fazeres que geram sentimentos de “poder e status” em seu micro espaço.

Mesmo com tudo no hospital, tu ainda fazes muita coisa que tu queres. [...] Se fosse em outro lugar, com certeza, não seria assim (E1).

No hospital tem essa vantagem, de exercer nosso poder, às vezes. [...] Já trabalhei na atenção básica e é muito pior que hospital (E2).

Já disse que não escolhi o hospital para ser mandada por todo mundo. [...] Se eu tivesse numa unidade de saúde, com certeza, eu teria que ficar quieta (E5).

Aqui, no hospital, tem seu lado bom também, pois, muitas vezes, ficamos como chefe, realmente. [...] Essa sensação de gerenciar motiva a seguirmos em frente (E9).

Percebe-se que o hospital modula o enfermeiro, a ponto de visualizar as limitações de seus desejos de forma positiva. Passa a almejar os pequenos e curtos espaços de comando para que se sinta realmente como um profissional que foi formado para exercer a função de gerente e coordenador. No entanto, o coordenador de enfermagem deve trabalhar de perto com o seu pessoal, apoiar e dar feedback direto sobre o trabalho que está sendo realizado e não apenas assumir o posto de comando (KVIST; et al., 2013).

A ordem capitalística conduz todos os espaços de interatividade humana, determinando, inclusive, os comportamentos adotados de forma inconsciente como a forma de trabalhar, agir e falar. Ela fabrica a relação do homem consigo mesmo e com tudo que compõe o ambiente, seja no passado, presente e futuro. A pessoa difunde essa cultura, partindo do pressuposto que esta é a ordem e que não pode ser tocada, sem que se comprometa a própria ideia de vida social organizada (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Como o hospital funciona como um subsistema, dentro de um sistema social mais amplo (ROCHA; SILVA, 2015), o enfermeiro adota condutas conscientes e inconscientes, difundindo os princípios do modelo dominante, assumindo uma postura proativa utópica, dentro da instituição, pois, deste modo, se percebe como

protagonista de um processo maquinador que, na verdade, nada mais é do que seu próprio estímulo limitador. Incorporando as concepções da cultura do hospital, o enfermeiro passa a (re)produzir os comportamentos modulados e difundidos pela organização, limitando possíveis formas de produção de subjetividade, não só dos demais colegas enfermeiros, mas, também, dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Desta forma, o ciclo normalizador capitalista tem sequência e alcança outros níveis de trabalhadores do hospital, promovendo uma massificação serializada transversal. Percebe-se, desse modo, que, ao experimentar bloqueios e modulações em seu trabalho, o enfermeiro passa a ser a referência opressora e niveladora, impondo a forma como deve ser realizado o trabalho, assumindo o posto de inibidor da autonomização⁷.

Eu sempre digo que sou a mãe, mas, sou a madrasta, também. [...] Se quiserem mudar as coisas, que façam uma faculdade de enfermagem (E3).

Os técnicos, às vezes, acham que mandam, criticando coisas, mas, aí, eu faço ver que não. [...] Se tiver que fazer valer minha autoridade, eu faço (E4).

Posso até tentar ouvir coisas de colegas enfermeiros, mas, de técnico, não. [...] Quando precisa coloco eles no lugar deles. [...] Se quiserem opinar, que estudem (E8).

Os técnicos estão sempre querendo mudar alguma coisa. Parece que não sabem como funciona, aqui. [...] Quando eles esquecem do funcionamento, eu lembro eles bem direitinho (E9).

⁷ A autonomização é a capacidade da pessoa de operar o trabalho desenvolvido ou estabelecido de forma semiótica, ou seja, de se inserir nas relações de forma autêntica, fazendo ou desfazendo alianças, seguindo ou não as normas (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

A partir do momento em que os técnicos e auxiliares de enfermagem são limitados de participarem da construção do processo de trabalho, perdem a liberdade de vivenciarem o trabalho como gostariam, sem a possibilidade de fazer uma leitura adequada sobre o que lhes envolve (CAMARGO; et al., 2015). Dessa forma, encobrem o desejo e interiorizam valores do hospital, conseqüentemente da normalização, do capitalismo e da produção de subjetividade globalizada. Para o enfermeiro, essa apropriação da cultura organizacional, por parte do técnico ou auxiliar de enfermagem, é vantajosa, pois facilita a coesão do processo de trabalho, unificando as verdades trabalhistas e estreitando a margem que separa o ideal da ordem.

A subjetividade produzida e difundida pelo capitalismo, engendrada por operadores de qualquer natureza, está sempre pronta para resguardar a verdade absoluta e, deste modo, trabalhar contra qualquer acontecimento que possa atrapalhar e perturbar a opinião (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Para esse possível novo tipo de subjetividade, toda singularidade deve passar por uma triagem e quadros de referência especializados, pois, assim, a subjetividade capitalística implementa seus agregados subjetivos maciços, agarrados às dimensões que compõem os corpos profissional e social (GUATTARI, 2005).

6.4 NORMALIZAÇÃO E CULPABILIZAÇÃO: DESAPROPRIANDO O ESPAÇO DE SUBJETIVIDADE COMUM

No capítulo 1, foi discutida a questão da normalização do enfermeiro no ambiente de trabalho, apresentando-se como um consentimento frente às exigências coletivas. A culpabilização, por sua vez, é uma função da subjetividade capitalística que consiste em propor uma imagem de referência, sendo esta uma ferramenta que faz com que a pessoa questione até mesmo seu próprio eu, culminando em um pensamento normativo que promove o silêncio e a interiorização dos valores semióticos do modelo dominante (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Esses dois aspectos descritos, se não forem desafiados, vão tomando forma e consistência, até se tornar uma pilastra praticamente impossível de ser desmantelada. Os participantes do estudo mostraram que, embora estejam

normalizados e assumindo uma culpabilização inicial, pensam e atuam na esfera micropolítica, procurando instaurar dispositivos particulares que possam dissolver os elementos modeladores capitalísticos. Dessa forma, passam a construir novas possibilidades de produção de subjetividade singular, desapropriando o espaço de subjetividade comum.

Estou procurando falar mais sobre as coisas que penso estarem erradas [...] Sei que, talvez, demore, mas ainda vou conseguir ver minhas ideias aceitas (E1).

O sistema me domou. O sistema fez-me regredir e pensar na minha família. Eu tenho filho, então, eu resolvi deixar minhas ideias de lado, mas não vou desistir de fazer as coisas acontecerem, nem que leve um bom tempo (E4).

Infelizmente, já tive que baixar a cabeça para algumas coisas com as quais eu não concordava, mas sempre procurei criar resistência (E10).

Agora, converso num tom de opinião e, às vezes, dá certo. Às vezes, a gente consegue dar uma modificada, uma mudada (E12).

O trabalho do enfermeiro é favorecido, quando se permite o direito da criação, produção e compartilhamento de saberes e percepções subjetivas, favorecendo, assim, suas engenhosidades como um momento de trabalho vivo e ativo. Trabalhar é, também, criar certas resistências ao que se é apresentado, principalmente, se estes aspectos forem inibidores do desenvolvimento da inteligência e da subjetividade (DEJOURS, 2004).

A mobilização subjetiva para o trabalho está sempre presente em todos os trabalhadores, mesmo que de forma velada ou inconsciente. No entanto, não pode ser desmobilizada por uma organização que impede a contribuição singular dos trabalhadores para a incitação subjetiva. Deve haver uma “justiça” organizacional libertando o enfermeiro para que possa usar suas potencialidades individuais de

trabalho, pois, assim, aumentará seu compromisso e motivação para a realização das práticas (KUOKKANEN; et al., 2014).

A normalização e culpabilização são aspectos que devem ser vistos como perímetro da força capitalista subjetiva, pois elas buscam neutralizar qualquer quadro de referência imaginário, propiciando um espaço ideal para toda a espécie de manipulação, instaurando, mesmo que de modo artificial, sistemas de hierarquia inconsciente, escalas de valor e disciplinarização (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Desponta como fator importante qualquer ponto que possa minimizar ou deteriorar essa culpabilização, pois identificar qualquer obstáculo que bloqueia os processos de transformação no campo subjetivo é fundamental para que o enfermeiro possa ser um agente não agenciado. Percebe-se, por meio das falas, que os enfermeiros visualizam a imagem referência que lhes é repassada. No entanto, começam a tecer suas redes de enfrentamento para que possam ter voz ativa, exteriorizando a vontade de criar uma nova vertente subjetiva.

Sei que a coordenação quer que eu seja igual ao enfermeiro (...). [...] Mas eu não quero e não sou igual a ele. [...] Estou trabalhando duro e, em breve, irão reconhecer meu potencial (E5).

Da para notar que querem que eu faça tudo como a enfermeira (...) faz. [...] Me incomoda isso. Agora, eu falo como eu acho que têm que ser feitas as coisas. [...] Tem que mudar tudo (E10).

Nunca tinha reclamado de nada, mas, não aguentei, quando ficaram comparando meu trabalho com o da antiga enfermeira. [...] Assim que der, vou mudar muita coisa, aqui (E12).

Conforme foi discutido, a construção sólida de uma identidade divergente do modelo dominante é uma das tarefas que podem contribuir para uma produção de subjetividade singular. O sujeito, quando pensa em mobilizar sua relação com as tarefas, de forma autêntica, expõe o desejo subjetivo e o sentido para si (DEJOURS, 2008). Propor processos e práticas diferentes quase sempre é problemático e, talvez

por isso, seja mais fácil para o enfermeiro, em um primeiro momento, buscar e adotar parâmetros externos e conferir a eles crédito e veracidade.

Esse tipo de atitude é consequência do processo de culpabilização, que funciona como um fator de inibição de tudo aquilo que se afasta das redundâncias do sistema dominante. As tentativas para suplantar essa codificação sempre iniciam de forma conturbada e com objetivos confusos e limitados no curto prazo, mas, por meio deste tipo de metabolismo, é que se formam os verdadeiros vetores de transformação (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Para desapropriar o espaço de subjetividade comum, o enfermeiro deve ter a noção que a produção de subjetividade singular é imprescindível, mas não pode se limitar ao seu microespaço político, pois somente com a aproximação de mais profissionais, interessados em produzir uma subjetividade legítima, a normalização poderá ser fragmentada e a culpabilidade (des)interiorizada, promovendo, assim, uma fuga do espaço de confinamento subjetivo, além de uma ruptura com os modos que geram dependência. O crescimento profissional, para o enfermeiro, tem que acontecer constantemente, no contato com os demais, mas, para isso, deve promover o desenvolvimento de suas características subjetivas para que esta aproximação se efetive e a imutabilidade se fluidifique (VILELA; MOREIRA; BRITO, 2015).

Alguns participantes do estudo destacaram que, muitas vezes, se sentem sozinhos, na busca por uma enfermagem mais legítima, pois não percebem seus colegas como aspirantes a uma nova forma de trabalho e de atuar politicamente. Conversas são estabelecidas praticamente entre todos os enfermeiros em ambientes paralelos, mas as ideias discutidas não são levadas adiante, quando existe essa possibilidade, seja em reuniões ou espaços para discussão.

É muito difícil mudar. Se chega, na hora, e ninguém fala nada. [...] Concordam com tudo com cara de satisfação, mas, depois, reclamam de tudo o que foi determinado. [...] Aí, tu ficas sozinho com cara de revolucionário, se fala algo (E1).

Nos corredores, todo mundo reclama e diz que vai te apoiar, na reunião. [...] Aí, quando perguntam se querem falar algo, a respeito do que tu falaste, ficam mudos (E10).

Para ser bem sincero, parece que não podemos contar com ninguém para aprovar tuas sugestões, pois, na tua frente, dizem que é maravilhoso, aí, chega na hora de discutir, e saem pela tangente. [...] Ficas tu com fama de rebelde (E12).

Em uma instituição hospitalar, geralmente, observa-se a existência de um grupo de enfermeiros coexistindo em um mesmo espaço e compartilhando uma mesma situação de trabalho, mas isso não quer dizer que estejam integrados e buscando novas formas de trabalhar (BERGAMIM; PRADO, 2013). Caso os enfermeiros transcendam a pouca integração que têm, começam a se estabelecer relações recíprocas, favorecendo e fortalecendo a emergência de novas formas de compreensão sobre seu trabalho, possibilitando uma liberdade de elaborar as próprias certezas, pois, ao se desprenderem do sistema dominante de forma ativa e sinérgica, passam a ser sujeitos que apreendem de forma proativa e transformadora os processos experimentados.

A aproximação pactuada e unificada dos enfermeiros pode fazer brechas no sistema dominante e, assim, criar novos espaços de produção de subjetividade singular, para que sua profissão tenha um novo sistema de referência, evoluindo para uma dimensão própria, cheia de mutações e inovações subjetivas. A produção de subjetividade singular e individualizada é importante, no entanto, o indivíduo não pode tornar-se refém de sua individuação da subjetividade, pois, se ficar girando em torno de si mesmo, vai criar processos de singularização apenas no microespaço político (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Dessa forma, torna-se imperativo aos enfermeiros conectarem-se a outros colegas, fortalecendo uma vertente subjetiva que possa sair do microespaço e avançar sobre o universo exterior, desestruturando a normalização e fragmentando a imagem construída pela culpabilização.

6.5 SOBREPUJANDO AS FRONTEIRAS IMPOSTAS PELO MODELO GLOBALIZADOR

Nos capítulos anteriores, foram destacadas questões que desvelaram que se adaptar às normas e processos já instaurados na instituição hospitalar, mediante a cultura organizacional, é um itinerário que envolve a consciência e a inconsciência

do enfermeiro, para que a semiótica capitalista seja permanentemente alimentada e, assim, os diferentes tipos de comportamentos e práticas sejam homogeneizados, se ajustando uns aos outros, sob uma tutela transversal. No entanto, torna-se imperativo a emergência e instauração de novas formas de subjetivação, para que possam sobrepujar as fronteiras impostas pelo modelo globalizador, fragilizando-o. Para que isso aconteça, novas práticas micropolíticas precisam ser desenvolvidas e incorporadas pelo enfermeiro para que possa exercer suas atividades sem censura, ampliando o modelo de trabalho e atenção à saúde (BUSANELLO, 2012).

Contudo, esta construção se inicia com atitudes diferenciadas, mesmo que sejam inicialmente cortinadas pelo medo, camuflando o potencial transformador frente ao sistema dominante. Alguns participantes do estudo desvelaram que discordam da forma como a assistência é planejada no hospital, desejando disponibilizar um cuidado que transcenda o corpo físico e possa abarcar todas as dimensões da pessoa hospitalizada.

Eu sei que o que a gente faz aqui é muito pouco. [...] Tem pessoas que precisam muito mais do que remédio ou curativo. [...] Precisam de uma avaliação completa. [...] Isso que eu gostaria de fazer (E2).

Às vezes, somos muito focados no físico, mas sei também que, às vezes, não é o corpo que precisa dos maiores cuidados. [...] Se eu pudesse, iria muito além da visitinha da manhã (E3).

Queria que nosso cuidado fosse diferente. [...] Às vezes, priorizamos apenas o corpo. [...] É assim que a instituição determina que seja (E6).

Geralmente, prefiro ficar neutro. [...] Difícil ver a pessoa com uma gama de problemas e tu poderes resolver, no máximo, os que são do corpo (E9).

Aprendemos que o cuidado deve ser integral. [...] Aqui, não tem como fazer isso, o que me deixa frustrado, de vez em quando.

[...] Eu acho que a pessoa internada merece muito mais do que medicação e mudança de decúbito (E11).

Embora não esteja implementando um novo modelo de atenção à saúde, o primeiro passo, em direção a uma nova forma de produzir subjetividade no cuidado, já está sendo dado, pois, ao avaliar a pessoa hospitalizada como um ser multidimensional, que experimenta um adoecimento por aspectos multicausais e que necessita de cuidado heterogêneo e integral, o enfermeiro está sendo um agenciador micropolítico do futuro. Entretanto, essa reflexão e olhar ampliados, devem sair do microespaço laboral e pensante e inundar os postos de trabalho dos demais colegas de profissão (THORNTON, 2012). Este pensamento sistêmico pode começar a fragmentar o modelo de atenção reducionista à saúde, que é um representante oficial do sistema capitalista.

O modelo de atenção à saúde biocentrado, ou seja, reducionista, influencia a forma de pensar e cuidar, estabelecendo uma fragmentação e visão limitadas, ignorando a multidimensionalidade e multiculturalidade da pessoa que demanda cuidados de saúde (RODRIGUES; PEREIRA; AMENDOEIRA, 2015). Os hospitais, sejam privados ou do SUS, reproduzem, frequentemente, as práticas características do modelo biomédico, pois focam o cuidado assistencial tradicional biologicista, deixando em segundo plano as ações integradas que visualizam a pessoa como um todo (DALMOLIN; et al., 2011).

Com isso, temos enfermeiros pensantes e críticos, mas engolidos por uma avalanche de verdades que o sistema operacional capitalista impõe, já que ele organiza todas as formas de relações sociais que a pessoa vivencia, incluindo as formas de cuidar, os paradigmas de atenção à saúde e as percepções sobre o real e o utópico. É preciso que cada pessoa se firme em sua posição única de ser e pensar, para que possa assim, promover uma frente de batalha contra as forças responsáveis pela nivelação da subjetividade, mesmo que seja em forma de expressão, pois, independentemente da escala alcançada, sempre tem um contorno político, podendo, assim, questionar o sistema de produção de subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Destacou-se que o enfermeiro é condicionado por um sistema que controla as relações sociais e sua relação com o trabalho, mesmo que seja de forma implícita e pouco palpável. Mas, ao questionarem-se os participantes do estudo por que não

tentavam disponibilizar um cuidado diferenciado, uma questão emergiu de forma significativa: que priorizam os processos burocráticos sobre os cuidados assistenciais diretos, pois, essa forma como se organiza o trabalho é o padrão que é seguido dentro do hospital.

É muita papelada para a gente dar conta. [...] Tem dias que nem consigo visitar os pacientes de tanta coisa pra preencher (E1).

Sei que deveríamos nos dedicar mais a visitar o paciente e fazer uma boa avaliação. [...] Nosso trabalho, às vezes, se resume a uma burocracia sem fim (E2).

Por mim, eu fazia as coisas diferentes. Ia visitar todos os pacientes todos os dias, mas isso já é realizado, assim, há tempos. [...] Enfermeiro bom, aqui, é aquele que trabalha bem, na mesa (E4).

Às vezes, visito só aqueles pacientes que estão bem ruinzinhos, porque, senão, a papelada atrasa (E7).

Aqui no hospital, sempre foi essa a rotina: organizar toda a burocracia primeiro e, depois, atender os pacientes com o tempo que sobra (E12).

As instituições hospitalares são organizações burocráticas que funcionam como máquinas impessoais, de acordo com regras “racionais”, as quais são dependentes da lógica e não de interesses pessoais. Essa forma de estabelecer o trabalho é a maneira mais astuta de exercer a dominação, pois possibilita o exercício da autoridade com precisão, continuidade e disciplina, criando uma ordem, por meio de hierarquia integrada, definida por regras sistemáticas (LEAL; et al., 2013).

O enfermeiro, uma vez “associado” à organização hospitalar, passa a ser um militante ativo, na base hierárquica do sistema dominante, assumindo as condutas já estabelecidas, em seu local de trabalho, como uma propriedade que não suporta

afrontas ou questionamentos. Com isso, prioriza tarefas organizacionais, em detrimento das assistenciais, fazendo uma retroalimentação do modelo globalizador. As características organizacionais decrépitas devem ser combatidas para não dificultar o desenvolvimento de qualidades inovadoras (ABDOLAHZADEH; ZAMANZADEH; BOROUMAND, 2012).

Sobrepajar as fronteiras do modelo globalizador é uma tarefa árdua e difícil. Todas as novas formas singulares que surgem se chocam contra o muro da subjetividade capitalística, sendo absorvidas por este ou implodidas, caso tenham um elevado potencial para mudanças (GUATTARI; ROLNIK, 2010). Contudo, uma imersão em novos campos de atuação pode fazer com que o enfermeiro passe a ter um olhar ampliado e reflexivo, emergindo de forma física e psíquica em uma baía onde muitos pensamentos transformadores naufragaram, mas que podem ser resgatados e reconstruídos, por meio do estabelecimento de uma interatividade intersubjetiva.

Os participantes do estudo, ao serem questionados, se tinham experiências em outros campos de trabalho ou se desejavam ter, referiram pouco interesse, destacando que a instituição hospitalar, em que trabalham, mesmo com todas as dificuldades de crescimento pessoal e profissional, ainda garante certa estabilidade e tranquilidade.

Até já pensei em conhecer outros lugares. [...] Aqui, é bom até. [...] Hoje, não penso em ir para outro lugar porque, mesmo com tudo, a gente aprende algumas coisas, aqui (E3).

Sei que, aqui, a gente fica muito limitado para crescer. [...] Mas é tranquilo também. Com certeza, melhor que outros lugares (E5).

Se me convidassem para trabalhar em outro lugar, eu não aceitaria, pois, aqui, trabalhando direitinho, temos uma certa estabilidade (E8).

Será mesmo que em outros lugares é tão melhor como falam? [...] Sinceramente, eu duvido. Por isso, que não saio daqui (E10).

Eu não tenho vontade de conhecer outros lugares porque, pelo que sei, não é muito diferente daqui. [...] Se eu não conseguir crescer muito, aqui, faz parte (E12).

Percebe-se que uma face normalizada e acomodada envolve o enfermeiro, a ponto de abdicar de possibilidades de crescimento pessoal e profissional, diante das “oportunidades” concedidas pela instituição hospitalar. Este enraizamento pouco flexível, cultivado pelo enfermeiro, revela que a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional impetra seu interior, dominando seus bens de valor mais importantes, que são os aspectos que o caracterizam como um ser diferente dos demais. Com isso, elimina a possibilidade de conhecer novos fazeres e saberes, que é uma das formas de (re)pensar sobre sua prática profissional e, assim, enfrenta dificuldades para poder inovar, evoluir e permitir a edificação de um cuidado só seu, ou seja, único para cada situação ou paciente. Os enfermeiros reconhecem que devem ser balizados por ações proativas e migrar da acomodação da zona de conforto para um espaço que permita que seu trabalho seja diferenciado, saindo do caminho limitado da mecanicidade, adotando uma postura que favoreça o raciocínio crítico e reflexivo (FERREIRA, 2013).

Contudo, para termos enfermeiros politizados e com poder de reflexão e arguição, torna-se imprescindível um maior desenvolvimento intelectual e aprofundamento no estudo sobre as questões que envolvem o processo de trabalho, para que, assim, tenham lentes ampliadas, ao serem questionados ou aproximados de experiências e intercorrências no seu fazer. Para que haja esse aprofundamento, é preciso que o enfermeiro vá além dos ensinamentos e discussões da graduação e busque uma nova realidade, como uma pós-graduação que realmente lhe faça diferente, modificando o modo de ver e analisar os fatores presentes em seu contexto.

Todos os participantes do estudo destacaram ter pós-graduação (*Lato Sensu*) em variadas áreas, como urgência e emergência, intensivismo, pediatria, entre outros, mas nenhum participante frequenta ou concluiu pós-graduação *Strictu*

Sensu. Ao serem questionados se tinham interesse em realizar mestrado e, posteriormente doutorado, destacaram que isso não faz parte de seus planos, pois acreditam que aprendem muito mais trabalhando, no dia a dia, do que imersos em uma sala de aula com colegas, discutindo questões sobre a atenção à saúde. Relataram que o único fator que poderia estimular a realização de um mestrado é se esse degrau levasse a aumento de salário.

Eu pensei em fazer mestrado um tempo atrás, mas desisti porque acho que seria colocar tempo fora. [...] Aprendemos muito mais, aqui, no dia a dia (E3).

No nosso trabalho não adianta ser muito estudado. [...] Quanto mais tu estudas, mais pegam no teu pé. Mestrado para a gente é um tiro no pé (E4).

Já fiz uma especialização e está bom. [...] Mestrado e doutorado é para quem quer se achar melhor que os outros. [...] Te garanto que, aqui, tu aprendes muito mais do que em sala de aula (E6).

Não tem sentido fazer um mestrado para ficar trabalhando, aqui, e, como aqui é meu chão, eu não penso em fazer. [...] Só se aumentasse meu salário (E8).

A saúde se discute perto do paciente e não numa sala de aula. [...] Mestrado e doutorado para mim, só se desse uma boa engordada no meu salário (E11).

A busca pelo conhecimento é um dos fatores essenciais para que o enfermeiro possa se instrumentalizar no enfrentamento da normalização e, assim, promover uma adaptação *sui generis*, ou seja, se adaptar a coisas que façam ele se sentir único, mas com poder de criação e remodelação de estruturas. Essa produção de conhecimento, que ocorre especialmente na pós-graduação *stricto sensu*, promove uma reconstrução no ideário e percepções que o enfermeiro tem de si, do

trabalho e demais aspectos que envolvem seu saber e fazer (MARTINS; ASSAD, 2008).

Percebe-se que o fato dos participantes do estudo não se interessarem por cursos de *Strictu Sensu*, está atrelado ao senso crítico, em relação a sua prática e, também, ao grau de mecanicidade adotado no desenvolvimento do trabalho. Com isso, passam a priorizar a remuneração desejada, oferecendo a presteza de suas mãos e a pouca conexão destas com o seu mundo psíquico. A evolução permanente dos profissionais da saúde, envolvendo as dimensões técnico-especializada e ético-política, além da comunicação e relações interpessoais, são imperativas para que estes profissionais possam ir além do conhecimento do processo de trabalho, mas sim compreendendo-o em seus mais velados detalhes (BRASIL, 2001).

Atrelar a aquisição de conhecimento à remuneração recebida não é um fator descontextualizado com os demais descritos, pois, no mundo capitalista, cada pessoa vende sua riqueza maior, seja o tempo ou seu conhecimento, almejando um retorno financeiro que o faça se sentir valorizado e, ao mesmo tempo, dominante em algum espaço do universo modelador. Dessa forma, o enfermeiro se sente estimulado a buscar novos conhecimentos, principalmente, se esta “atualização e modernização” forem recompensadas com o aumento de seu capital.

A busca por um maior capital pode facilitar a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, pois, para que recolha todo mês os rendimentos concedidos por seus empregadores, torna-se imperativo que esteja normalizado e que não desestabilize as estruturas convencionadas pelo modelo dominante. Essa busca por um maior capital faz com que o enfermeiro busque mais de um vínculo empregatício, para que possa suprir, com maior grandeza, suas necessidades vitais e supérfluas, pois, assim, é reconhecido, nas esferas social e privada, como um indivíduo bem sucedido e acumulador de capital. Nesse contexto serializado, o desejo por um maior poder financeiro estimula a pessoa a consentir com elementos criados pelo capital, aumentando o controle sobre ela (OLIVEIRA, 2016).

Dessa forma, o enfermeiro agrega, em suas estruturas modeladoras, mais um pilar, que é a busca por um maior capital, otimizando sua adaptação à cultura organizacional e todos os fatores a ela correlacionados. Os participantes do estudo ressaltaram que se adaptam e aceitam algumas determinações, de forma passiva, mesmo que não concordem, pois referem ganhar relativamente bem para isso e que, mesmo com certas turbulências, a remuneração recebida compensa as

intempéries enfrentadas. Além disso, destacam que precisam de mais de um vínculo empregatício para manterem seu “padrão” de vida.

Às vezes, sei que temos que nos adaptar a coisas que não concordamos. [...] Mas, se for ver pelo certo, verá que ganhamos relativamente bem para isso (E2).

Tem horas que dá vontade de questionar, mas eu preciso desse emprego e do outro para que possa manter o padrão que tenho (E5).

Precisamos trabalhar em dois empregos, por isso, muitas vezes, a gente acaba fazendo tudo, da forma como é decretado. [...] Com um emprego só é difícil ter a mesma vida, pois o dinheiro fica bem mais curto (E9).

O melhor que temos a fazer é fazer exatamente tudo como querem. [...] Se tu não concordas, lembra que, no fim do mês, teu dinheiro vem e tu precisas dele (E10).

Já tive que me adaptar a coisas totalmente mal planejadas e erradas. [...] Hoje, ainda, acontece. [...] Quando se precisa do dinheiro, o melhor a fazer é se adaptar e virar o soldadinho de chumbo (E12).

O enfermeiro, um dos ativistas do capitalismo, busca uma prática com excelência e resolutividade, contudo, a imperatividade de ganhos condizentes com suas expectativas econômicas de vida, faz com que o valor do dinheiro passe a ser mais um dos fatores normalizadores em seu trabalho, pois, ainda que não concorde com determinadas práticas, as exerce em nome de sua “independência” financeira. Além disso, procura mais de um vínculo empregatício para suprir a demanda apresentada pelo capitalismo, por meio da aquisição de bens de consumo, nem sempre úteis, e um status de vencedor em um modelo que só gera perdedores.

O sistema capitalista atua estimulando os desejos de consumo e de prosperidade que, depois de firmados, controla-os, deixando o indivíduo inoperante para produzir uma nova subjetividade, em função de suas próprias referências e desejos (DOREA; DELEUZE; GUATTARI, 2002). A Enfermagem contém a maioria dos trabalhadores necessários para a execução do trabalho em saúde, mas, devido à própria lógica do sistema capitalista, torna-se uma grande voz muda. É preciso sair dessa taciturnidade, adquirindo ou otimizando sua consciência política, buscando não apenas benefícios econômicos, mas, também, um papel de maior destaque e reconhecimento (LESSA; ARAÚJO, 2013).

6.6 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE SINGULAR: UMA REALIDADE, NECESSIDADE OU SONHO?

Esta categoria é resultado de reflexões realizadas com base nas diferentes categorias anteriormente apresentadas, em que foram destacadas situações e originados questionamentos, sobre o que faz com que o enfermeiro se adapte à cultura organizacional, como uma forma de normalização, a qual, muitas vezes, coíbe a emergência de uma nova subjetividade no trabalho. Mas a produção de subjetividade singular, por parte do enfermeiro, já vem se tornando uma realidade, ou seja, está acontecendo? É uma necessidade para alavancar suas potencialidades no trabalho ou é um sonho, isto é, uma vicissitude possível, mas desencorajada?

De acordo com os relatos, pode-se identificar que vários pontos de produção de subjetividade estão se formando, mas ainda com muita timidez e pouco potencial para deslocar alguns pilares normalizadores, erguidos pelo modelo dominante. Dessa forma, interpreta-se que a produção de subjetividade singular do enfermeiro pode ser considerada como uma realidade, mas uma realidade que está longe de ser concebida como um modelo referencial para a organização de seu trabalho. Segundo Giddens (2003), a arte de estar no presente, no caso, estar normalizado, gera a autocompreensão necessária para planejar o futuro e para construir uma trajetória de vida, de acordo com os desejos do indivíduo.

Talvez, essa realidade liliputiana⁸ se relacione intimamente com o desejo, pois, ao que parece, o enfermeiro não está ambicionando a aquisição de um território que tenha sua identidade e que seja escriturado por si, apropriando-se de um espaço que já tem suas estruturas e organização firmadas e difundidas. É preciso ser especialista na arte de montar territórios, não só dando uma boa estruturação, mas sendo vertiginoso o suficiente para acompanhar o ritmo acelerado da fábrica de subjetividade linear e, assim, poder estabelecer a “verdade” subjetiva que emerge (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Cabe destacar que o enfermeiro tem demonstrado certa alienação, em relação às possibilidades que o cerca, pois, em seu imaginário, ocupa lugar de destaque e comando dentro da instituição hospitalar, mas, na realidade, trabalha como uma engrenagem que gira em uma velocidade controlada, deixando suas idiossincrasias se diluírem, neste ambiente que planifica toda e qualquer ação inovadora. Neste jogo de iludir e falsificar uma realidade, os valores capitalistas são mestres em hegemonizar suas propriedades, pois utilizam instrumentos de alcance coletivo como escolas, família e centros de saúde, preparando a subjetividade do indivíduo para melhor se apropriar dos valores do capitalismo (GUATTARI, 1985).

Foi ressaltada que a produção de subjetividade singular do enfermeiro ocorre, mas é praticamente insignificante, pois, quando muito, ela habita o microespaço social e político, não tendo repercussões sistêmicas. Mas, em quem se espelhar para que esta subjetividade se multiplique e se torne um produto qualificado, extensivo e emancipatório?

Para que o enfermeiro tome como base novas referências de conduta, é preciso analisar os acontecimentos globais com olhar crítico e interiorizando os aspectos que fogem do senso comum, ou seja, que deslocam estruturas reconhecidas, firmadas como um bem de proteção que não pode ser rejeitado. Um dos referenciais atuais que pode ser destacado é a transformação que vem ocorrendo na igreja católica, após o Papa Francisco assumir a liderança espiritual, pois, desde então, muitas coisas têm sido revistas e modificadas, reinventando uma cultura milenar. Um dos exemplos foi a mudança da tradição secular que não permitia a presença de mulheres na cerimônia de lava-pés, realizada durante a

⁸ Liliputiano vem de Liliput, ilha visitada por Gulliver que descreve suas experiências em um reino em que todas as coisas (pessoas, animais, plantas etc.) apresentam-se idênticas, em forma, às coisas do mundo usual, porém em escala reduzida (CARVALHO, 2014).

Quaresma, na qual, por muito tempo, o ritual da quinta-feira santa incluiu a participação de apenas 12 homens, lembrando o gesto de Jesus com os 12 apóstolos, na última ceia (MARTINS, 2015).

Guardadas as proporções e comparações, será que o enfermeiro não pode visualizar esta questão como exemplo e romper com alguns dogmas seculares em seu trabalho? Seria ele capaz de tal proeza? O que lhe impede de travar uma indisposição com o modelo normalizador?

Uma das possibilidades pode estar atrelada ao conhecimento adquirido e priorizado, pois uma boa destreza manual e conhecimento das práticas assistenciais sempre foram diretrizes priorizadas pelo enfermeiro para que pudesse disponibilizar um cuidado mais amplo e resolutivo, possibilitando, assim, uma maior valorização e visibilidade (ERDMANN; et al., 2009). Contudo, será que o enfermeiro não tem estimado demais as práticas que envolvem o fazer de suas mãos, ou seja, priorizado cuidados diretos e atividades burocráticas normatizadas, deixando em segundo plano a organização, revisão e reestruturação de seu trabalho?

O exercício do gerenciar prospectivamente é firmado com a maturidade profissional, sendo um desafio para os enfermeiros, pois a complexidade do cargo faz com que muitos relutem em assumir o papel de gerenciador, o que pode estar associado à sua formação acadêmica, que o aproxima mais da assistência direta ao paciente (SANTOS; et al., 2013). Ao que parece, quanto mais biocentrado e assistencialista for o enfermeiro, mais suscetível a adaptação à cultura organizacional ele estará e, assim, mais próximo da produção de subjetividade padronizada.

Toda essa apropriação de subjetividade globalizada gera um acúmulo de bens de poder de outrem, o que faz emergir um espírito ressingularizador. A cada dia aumentam as reivindicações de singularidade subjetiva, em que burocratas e intelectuais sentem vontade de fazer coisas diferentes, de forma diferente, pois isto faz com que a pessoa tenha a possibilidade diversificada de recompor sua corporeidade que a faz existir, afastando-se de vivências repetitivas e, de alguma forma, se ressingulariza em seu universo (GUATTARI, 1992).

Produzir subjetividade de forma autêntica, para o enfermeiro, é mais do que uma qualidade que pode ser espelhada pelos demais; é uma forma de eclosão de um ser que habita o casulo, de forma quase perene, alcançando outras representações de atuar profissionalmente, de cuidar e pensar, ou seja, de

transformar a si mesmo. Neste universo de produzir e reproduzir subjetividade, cabe destacar que a dimensão subjetiva não se estabelece num campo puramente racional, pois é recheada de significações, nem sempre sendo perceptível para a pessoa esse usufruto exercido (THOFEHRN, 2011).

Como foi destacado, muitas vezes, o enfermeiro pode assumir e propagar condutas de forma inconsciente, mas, por outro lado, o temor de estar desnormalizado faz com que procure, de forma consciente, se ajustar ao que já está firmado, isto é, ao que é aceito e difundido como um axioma. Quando a pessoa está normalizada e desparamentada de processos autênticos, ela se fragiliza, tendendo a adotar posições meramente defensivas. Esse temor por uma diferenciação desnormalizada pode levar a um confinamento psíquico, comprometendo a própria capacidade de sobreviver, pois há uma dissonância entre a consciência e o desejo, muitas vezes, reivindicando um território no universo das identidades padronizadas (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Seria, então, o enfermeiro um profissional que pode ser comparado às pessoas ligadas ao movimento dos sem-terra, em que há necessidade de concessão de uma terra só sua para que possa desenvolver seu trabalho, de forma autônoma, reconhecida e valorizada? Essa realidade de pouca produção de subjetividade do enfermeiro pode estar ligada, também, ao aumento da formação de enfermeiros e egressos ociosos por uma vaga no mercado de trabalho, pois, ao aumentar a competitividade, a corporatividade diminui, ao contrário do que se pense, cartesianamente. Às vezes, quanto maior a representatividade quantitativa, menores são os enfrentamentos estabelecidos, isto é, maior a adaptação e normalização.

A título de exemplo, na década de 1990, o ativismo dos sem-terra era fortemente incrementado a cada dia por novas pessoas que lutavam por seus direitos a uma terra própria para que pudessem desenvolver suas atividades, de acordo com seus princípios e, por isso, vinham desempenhando um papel importante no Brasil. Contudo, refluíram, após a eleição de Lula para a presidência do país (2002-2006), que era um de seus aliados na luta pela divisão de terras, diminuindo suas ações autênticas e enrolando suas bandeiras vermelhas (AFONSO; et al., 2015).

Sob esse prisma, poderíamos apostar que a força do enfermeiro se fluidifica com o aumento dos cursos de graduação autorizados para formar enfermeiros, no Brasil? Será que, quanto maior for o contingente de enfermeiros, menor será a

produção de subjetividade singular? Será que a realidade descrita irá se manter estática, aumentar seu potencial de adaptação à subjetividade serializada ou será que teremos uma ruptura com o sistema dominante, por parte dos enfermeiros?

Para responder estas questões, torna-se imperativo uma reflexão sobre qual missão está sendo outorgada ao enfermeiro. Costa *et al* (2015) destacam que a formação acadêmica deve buscar um preparo ideal para o futuro profissional de saúde, aproximando-o do mundo real e globalizado, levando em conta as exigências do mercado de trabalho, de modo que o egresso possa concorrer fortemente às vagas ofertadas. No entanto, seria esse o aspecto mais importante? Não seria o ideal formar enfermeiros para um olhar global, mas sem se desprender de sua subjetividade singular, mesmo que essa subjetividade possa dificultar o descerramento de algumas portas?

O enfermeiro, assim como outro profissional qualquer, trabalha em busca da contemplação de seus desejos e, ao que parece, ter um emprego é uma materialização emergente de seus primeiros desejos, mesmo que, para isso, algumas de suas posses se percam no mundo psíquico. Cabe ressaltar que, quando se chama de um desejo pessoal, não é exclusivamente do interior do indivíduo, pois ele é produzido nos encontros que ocorrem no campo social e, se foram produzidos em nossa sociedade, com certeza passaram anteriormente por uma axiomatização capitalista para, depois de certo tempo, ser sentido de forma “verdadeira” (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Talvez seja preciso, ao enfermeiro, mudar a base de seu observatório e suas lentes analíticas, para que possa perceber, de forma real, quais são e onde moram seus desejos. Estaria o enfermeiro experimentando um processo de loucura, em que sua liberdade de criação e contestação são vistas como insensatez? Foucault (1978) descreve que o louco é entendido como um indivíduo essencialmente desprovido de liberdade, essência essa que impõe certa restrição a ser quem realmente é, alienando-o e fazendo com que surgisse a necessidade do nascimento do asilo⁹.

Pensando dessa forma, o enfermeiro pode ser visto como um louco intelectualizado que está internado em um asilo trabalhista, pois lhe é dificultada a produção de sua subjetividade singular, neste espaço codificador que se chama hospital. Sua liberdade de criação é bloqueada e qualquer desencontro com os

⁹ O asilo foi um local criado para abrigar pessoas, almejando uma uniformização ética de acordo com os princípios da família e do trabalho (FOUCAULT, 1978).

pressupostos institucionais são vistos como desajuste moral e profissional, passando de pessoa intelectualizada para marginalizada.

O intelectual não deve ser o portador de valores universais, pois ele é alguém que ocupa uma posição específica, tendo suas ações efeitos sistêmicos. Ele luta no âmbito do regime da verdade, mas, por uma verdade reformada, diferente daquela verdade que significa "o conjunto das coisas verdadeiras a incorporar ou a fazer aceitar" e, assim, a questão da singularização do intelectual, da divisão entre trabalho manual e intelectual, pode ser novamente discutida (FOUCAULT, 2013).

A produção de subjetividade singular do enfermeiro não deixa de ser uma realidade, mesmo que ínfima, por isso, vem à tona a necessidade de novos fazeres e saberes modulados por uma essência, de preferência, primitiva e desconhecida. Uma prática, não muito recente, mas ainda pouco trabalhada pelo enfermeiro, é a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que pode favorecer a produção de subjetividade específica, já que as formas de cuidar e de planejar o cuidado são concebidas, sob um prisma inovador.

Disponibilizar um cuidado único, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, é uma atividade privativa do enfermeiro. É um método de trabalho que torna possível um cuidado individualizado, cuidado este fundamentado cientificamente (COFEN, 2002). Será que esta é uma das saídas para potencializar a produção de subjetividade singular do enfermeiro, galardoando as necessidades que emergem em seu fazer?

A maioria das instituições de saúde ainda não aderiram à implementação adequada da sistematização da Assistência em Enfermagem, encontrando dificuldades, por motivos como a falta de interesse e de conhecimento, dificuldade de aceitação e rejeição às mudanças demonstradas tanto pelas chefias quanto pelos enfermeiros (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2014). Percebe-se que o enfermeiro poderia utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um novo arquétipo veemente, que desse o suporte para ações distintas, criando novas formas de ver e ser visto, de cuidar e ser cuidado, de viver e dar vida.

Além disso, para que a produção de subjetividade singular do enfermeiro se torne uma realidade concreta, referenciadora e sistêmica, é imperativo que a necessidade emergente seja contemplada, a realidade firmada como um bem de

valor imensurável e que deixe de ser um sonho¹⁰ sonhado pelos corredores e reuniões. Contudo, sabe-se das forças empregadas para que o enfermeiro se normalize e seja um ser desacreditado, vivendo, dessa forma, dentro de um modelo hegemônico.

Mesmo com todas as barreiras encontradas, cabe ao enfermeiro suplantar toda a forma de aliciamento de seu espaço psíquico, podendo tomar como exemplo Albert Einstein, que propôs e deliberou uma nova subjetividade, mesmo em conflito com os modelos vigentes, construindo a autonomia do pensar, em meio a um ambiente desfavorável (REGO; RENESTO, 2013). Albert Einstein tornou-se famoso mundialmente, um sinônimo de inteligência, pois suas descobertas provocaram uma verdadeira revolução do pensamento humano, com interpretações filosóficas das mais diversas tendências, publicando artigos acadêmicos revolucionários (TORRES, 2015).

Para que um novo horizonte comece a se apresentar ao enfermeiro, é preciso que ele se interesse e se envolva mais com a produção de conhecimento e não somente com a (re)produção de conhecimentos a ele comercializados, seja através dos enfermeiros mais normalizados, seja por conta da força do sistema dominante, criando, desta forma, uma nova práxis¹¹. Torna-se imperativo e emergente a criação de ações emancipatórias anticapitalistas, mas que ações seriam estas?

Cabe reforçar, que toda ação desenvolvida no mundo de hoje pode ser rotulada de capitalista, pois este é o modelo que rege as vidas e o mundo em que vivemos. No entanto, o que se busca são as ações que atuem de forma antagônica àquelas que promovem a fragmentação e posterior unificação da subjetividade do sujeito, impedindo que a essência floresça e se firme como um bem de valor maior. Para isso, é preciso que o mundo globalizador permita o acréscimo de uma perspectiva modernista, na qual se propõe uma democracia, uma produção de subjetividade que encoraje formas de cultura particularizadas, a fim de que as pessoas se sintam, de algum modo, numa espécie de território e não fiquem perdidas num mundo abstrato (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

¹⁰ O sonho pode ser percebido como uma realização simbólica em que, na maioria das vezes, os desejos são proibidos, inibidos pela censura que, portanto, sofrem uma elaboração radical para acontecerem (ABBAGNANO, 2007).

¹¹ Práxis pode ser compreendida como um conjunto de relações de produção e trabalho, que constituem a estrutura social; é a ação transformadora que a revolução deve exercer sobre tais relações. É a capacidade de inserir-se nas relações de produção e de trabalho e transformá-las, ativamente, por meio de uma subversão (ABBAGNANO, 2007).

Considera-se que o desafio por uma nova produção de subjetividade do enfermeiro está lançado, para que possa criar novos espaços de resistência, frente aos processos micropolíticos de subjetivação e substituir a farda do capitalismo por uma que realmente represente sua essência. Propõe-se uma ruptura com a axiomatização do capital, a ponto de tal rompimento levar a outras maneiras de ser, de sentir, de perceber e de se relacionar coletivamente (GUATTARI; ROLNIK, 2010).

Sabe-se que este processo é lento e gradual, mas, quanto antes começarem novos territórios a serem descobertos, mais abundantemente estes serão habitados por seres transformadores, únicos e revolucionários. O processo de singularização parece ser a melhor opção para os enfermeiros mostrarem sua essência e, mesmo sabendo que haverá choque com os agenciamentos de poder capitalístico que, em geral, são sempre mais audaciosos e perversos, vale a pena transgredir qualquer forma de modulação globalizada, em busca de um futuro promissor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade. Após a análise dos dados, foi possível promover considerações que permitem que o leitor reflita sobre estes aspectos, aproximando-se das multidimensões que atuam de forma direta ou sinérgica neste processo.

A instituição hospitalar se apresentou como um arquétipo altamente balizador e complexo. Dessa forma, a adaptação se faz necessária, principalmente, em função de enfermeiros mais antigos que buscam alcançar comando e destaque, com vistas a estabelecerem as condutas a serem assumidas, no ambiente de trabalho.

Estes enfermeiros mais antigos induzem à adaptação, por meio de condutas codificadas e, com isso, fazem com que os demais (re)produzam uma subjetividade pré-determinada, atuando de forma sinérgica com os massificadores da cultura da organização. O processo de adaptação leva a uma alteração nos padrões de conduta singular, sendo estes pessoais e complexos, podendo ser influenciados por questões como a necessidade de estabelecer certa estabilidade no emprego, principalmente, por enfermeiros com menor tempo de trabalho na instituição.

A percepção consciente da possibilidade de perder o emprego é um dos fatores responsáveis por fazer com que o enfermeiro (re)produza uma subjetividade concebida por outrem, incorporada como sendo um bem que favorece a aceitação do profissional por parte da instituição. Isso porque, ter um emprego se constitui fator fundamental para quem se formou e anseia pela exposição e compartilhamento de seus saberes e fazeres.

Foi relatado por enfermeiros que já exerceram funções de técnico ou auxiliar de enfermagem que a mudança para o exercício profissional como enfermeiro causou resistência, por parte dos demais enfermeiros, havendo pouca liberdade para exporem suas ideias, culminando em um trabalho normativo, descontraído com as expectativas criadas, no período de preparação para o cargo. Constatou-se que os enfermeiros, ao serem contratados, vivenciam situações de preconceito, principalmente em relação às suas atividades anteriores como técnicos ou auxiliares de enfermagem e este aspecto produz uma carga psíquica marcada por adversidades, que minam suas resistências, fazendo com que (re)produzam uma subjetividade programada por outrem. Dessa forma, ao assumirem a função de

enfermeiro, assumem a função de balizadores e indutores de processos de produção de subjetividade objetivada aos demais membros da equipe.

A formação acadêmica, condicionando os enfermeiros a não criarem certas zonas de instabilidade contra o sistema dominante e as imposições dos demais enfermeiros, pode ser um dos fatores importantes neste processo adaptativo. Ainda que os profissionais tornem-se cada vez mais especialistas nas suas respectivas áreas assistenciais, continuam enfrentando situações em que o conhecimento técnico não produz o suporte ideal para que possam resolver as questões organizacionais, pois tais questões são melhor elucidadas com a preparação gerencial e não técnica.

Torna-se imperativo o estabelecimento de um modelo de aprendizado mais integrativo em que o enfermeiro possa contextualizar e apreender melhor as questões que envolvem sua práxis e, assim, possibilitar a emergência de uma nova subjetividade autêntica. Esta aproximação integrativa deve ser articulada a referenciais teóricos para que otimizem o potencial de cada enfermeiro para aprendizagem crítico-reflexiva, envolvendo as questões e relações de trabalho e, assim, um novo padrão de enfermeiros serão formados, estes com maior poder de decisão, inovação, empreendedorismo e resistência às subjetividades normalizadas.

Para que esta nova forma de pensar e praticar enfermagem possa ser difundida, a instituição hospitalar precisa contribuir para o crescimento do profissional, seja por meio de capacitações ou espaços de conversação e trocas de ideias, visualizando e valorando o potencial de cada enfermeiro, pois sem esta força sinérgica, torna-se dificultosa a edificação de novos pilares de subjetividade legítima, interiorizados por uma base teórico-filosófica consistente. Caso a instituição hospitalar limite o aperfeiçoamento dos enfermeiros, provavelmente irá coibir novas formas de produção de subjetividade legítima, pois ao ser coibido, o profissional se sente desprezado, afetando suas ideologias e seu coração, tornando-se um mero reproduzidor das práticas estabelecidas pelas forças estatizantes.

Ao que parece, está acontecendo um agenciamento intencional do enfermeiro e, este por sua vez, permite este maquinamento reducionista, talvez de forma consciente, embora pareça não pensar muito no valor de seus atos, respondendo de maneira programada aos desejos do poder capitalista. Para que este quadro seja desarticulado e transcendido, torna-se necessário que o enfermeiro deixe suas amarras capitalistas de lado e adote uma postura política/reflexiva ao exercer suas

atividades, pois assim poderá fugir das forças unificadoras e redutoras que achatam a criatividade.

Para tanto, a apropriação de uma identidade autêntica e uma invocação de autonomia plena se fazem necessárias para que o enfermeiro possa desenvolver suas atividades de acordo com seus princípios éticos e morais, fugindo assim de padrões de conduta pré-estabelecidas. No entanto estas questões devem ser percebidas como desejos fundamentais e prioritários, pois caso sejam inferidas como apenas um caminho de trajeto favorável, podem experimentar a internalização da subjetividade produzida por outrem, uma vez que as forças normalizadoras são massificadoras e altamente observadoras para qualquer forma de variação do normal.

As identidades dos enfermeiros tonam-se modeladas ao serem admitidos em uma instituição hospitalar, trazendo reflexos no cuidado disponibilizado, pois este segue um itinerário cartesianamente planejado e, com isso, a possibilidade de produzir novas subjetividades é aproximada de um abismo, onde a vontade de suplantar esse óbice pode ser o início de um fim. Esta planificação, promovida pelo sistema dominante e cultura organizacional, se apresenta de forma contundente ao enfermeiro, trazendo dificuldades para a desfragmentação de sua identidade, pois existe um temor de fugir do padrão construído culturalmente pela organização hospitalar e, assim, deixar de ser um membro institucional modelo.

No entanto, após certo tempo de trabalho na mesma instituição hospitalar, o enfermeiro passa a ter uma percepção diferente da importância de produzir uma subjetividade legítima, vendo este processo como uma evolução de sua força produtiva, em sua forma mais desenvolvida. Desse modo, parece que passa a unificar suas percepções, revolucionando seu labor, pois utiliza equipamentos amparados por seus conhecimentos particulares e diferenciados. No entanto, essa nova subjetividade construída induz a reprodução normativa de práticas laborais, pois é alicerçada em um modelo normativo, dono da verdade e razão absoluta, fazendo assim, com que os outros enfermeiros, menos autênticos, tenham que congrega e reproduzir essas idealizações, normalizando seu potencial inovador e subjetivista.

O enfermeiro, ao tentar assumir sua singularidade de forma consistente, se choca com outros enfermeiros mais subjetivados, ou seja, autênticos sob o ponto de vista de produção e reprodução de sentidos. Dessa forma, o cuidado disponibilizado,

que poderia ser contextualizado e específico, toma a forma estanque de ser, ficando limitado à forma como foi pré-programado. Dessa forma, fica modelado frente ao universo hospitalar que é dinâmico e complexo, desfavorecendo, assim, as práticas de atenção à saúde e, por consequência o paciente, que é quem está na ponta deste processo.

No ambiente hospitalar, o enfermeiro vive e convive com demais colegas, se referenciando profissionalmente. Contudo, esta vivência pode interromper seu processo de singularização, pois a máquina hospitalar é um engenho produtor de condutas facilmente aceitáveis e interiorizáveis, fazendo com que muitas ideias inovadoras sejam cortinadas ou até mesmo dissolvidas, pois é esta a missão do universo hospitalar normalizador capitalista.

Ao ser recebido no ambiente hospitalar o enfermeiro rapidamente veste o uniforme subjetivo padrão, mas guarda suas ferramentas contra-hegemônicas em um espaço de difícil encontro, dificultando, ainda mais, o surgimento dos comportamentos singulares que podem promover uma dicotomia com a ordem capitalista. O hospital modula o enfermeiro a ponto dele visualizar como positivo todas as limitações que incidem sobre seus desejos, passando a almejar os pequenos e curtos espaços de comando para que se sinta realmente como um profissional que foi formado para o exercício das funções de gerência e coordenação.

O enfermeiro passa a (re)produzir os comportamentos modulados e difundidos pela organização, incorporando as concepções da cultura local, ficando limitado às formas de produção de subjetividade apresentadas pelos enfermeiros, mais antigos. Esta reprodução de sentidos é repassada aos técnicos e auxiliares de enfermagem e, dessa forma, o ciclo normalizador capitalista tem sequência e alcança outros níveis de trabalhadores do hospital, promovendo uma massificação serializada transversal.

Com a exclusão dos técnicos e auxiliares de enfermagem da discussão e construção do processo de trabalho, a liberdade se dilui e a vivência do trabalho deixa de ser como gostariam, alienando-os sobre questões que lhes envolve, encobrendo o desejo e interiorizando valores do hospital, consequentes da normalização, do capitalismo e da produção de subjetividade globalizada. Para o enfermeiro, essa apropriação da cultura organizacional, por parte dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, é vantajosa, pois facilita a coesão do processo de

trabalho, unificando as verdades trabalhistas e estreitando a margem que separa o ideal da ordem.

Embora estejam normalizados e assumindo uma culpabilização inicial, os enfermeiros pensam e atuam na esfera micropolítica, procurando instaurar dispositivos particulares que possam dissolver os elementos modeladores capitalísticos. Propor processos e práticas diferentes, quase sempre é problemático e, talvez, por isso, seja mais fácil para o enfermeiro, em um primeiro momento, buscar e adotar parâmetros externos e conferir a eles crédito e veracidade.

Para desapropriar o espaço de subjetividade comum, o enfermeiro necessita ter a noção que a produção de subjetividade singular é imprescindível, mas não pode se limitar ao seu microespaço político, pois, somente com a aproximação de mais profissionais, interessados em produzir uma subjetividade legítima, a normalização poderá ser fragmentada e a culpabilidade (des)interiorizada, promovendo, assim, uma fuga do espaço de confinamento subjetivo, além de uma ruptura com os modos que geram dependência. A aproximação pactuada e unificada dos enfermeiros pode fazer brechas no sistema dominante e, assim, criar novos espaços de produção de subjetividade singular, para que sua profissão tenha um novo sistema de referência, evoluindo para uma dimensão própria, cheia de mutações e inovações subjetivas.

Novas práticas micropolíticas devem ser desenvolvidas e incorporadas pelo enfermeiro para que possa exercer suas atividades de forma autônoma, ampliando o modelo de trabalho e atenção à saúde. A reflexão e olhar ampliados devem sair do microespaço laboral e pensante e inundar os postos de trabalho dos demais colegas de profissão, que podem se unir e começar a fragmentar o modelo de atenção reducionista à saúde, que é um representante oficial do sistema capitalista.

O enfermeiro, uma vez “associado” à organização hospitalar, passa a ser um militante ativo na base hierárquica do sistema dominante, assumindo as condutas já estabelecidas, em seu local de trabalho, como uma propriedade que não suporta afrontas ou questionamentos. Com isso, prioriza as tarefas organizacionais, em detrimento das tarefas assistenciais, fazendo uma retroalimentação do modelo globalizador.

A imersão em novos campos de atuação pode fazer com que o enfermeiro passe a ter um olhar ampliado e reflexivo, emergindo de forma física e psíquica em uma baía, em que muitos pensamentos transformadores naufragaram, mas que

podem ser resgatados e reconstruídos, por meio do estabelecimento de uma interatividade intersubjetiva. Contudo, a face normalizada e acomodada do enfermeiro o envolve a ponto de abdicar de possibilidades de crescimento pessoal e profissional, diante das “oportunidades” concedidas pela instituição hospitalar. Este enraizamento pouco flexível, cultivado pelo enfermeiro, revela que a adaptação à cultura organizacional impetra seu interior, dominando seus bens de valor mais importantes, que são os aspectos que o caracterizam como um ser diferente dos demais.

Para termos enfermeiros politizados e com bom poder de reflexão e arguição, torna-se imprescindível um maior desenvolvimento intelectual e aprofundamento no estudo sobre as questões que envolvem o processo de trabalho para que, assim, tenham lentes ampliadas, ao serem questionados ou aproximados de experiências e intercorrências no seu fazer. A busca pelo conhecimento é um dos fatores essenciais para que o enfermeiro possa se instrumentalizar, no enfrentamento da normalização e, assim, promover uma adaptação *sui generis*, ou seja, se adaptar às coisas que o façam ele se sentir único, mas com poder de criação e remodelação de estruturas.

Outro aspecto importante a ser destacado neste processo de adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, é a busca por um maior capital, pois para que recolha todo mês os rendimentos concedidos por seus empregadores, torna-se imperativo que esteja e se mantenha normalizado e que não desestabilize as estruturas convencionadas pelo modelo dominante. O enfermeiro, um dos ativistas do capitalismo, busca uma prática com excelência e resolutividade, contudo a imperatividade de ganhos condizentes com suas expectativas econômicas de vida, faz com que o valor do dinheiro passe a ser mais um dos fatores normalizadores em seu trabalho, pois, ainda que não concorde com determinadas práticas, as exerce em nome de sua “independência” financeira. Além disso, procura mais de um vínculo empregatício para suprir a demanda apresentada pelo capitalismo, por meio da aquisição de bens de consumo, nem sempre úteis, e um status de vencedor em um modelo que só gera perdedores.

Espera-se que este estudo sirva de referência para outras pesquisas sobre a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, possibilitando novos olhares e discussões acerca do fenômeno. Considera-se que as questões destacadas precisam de estudos permanentes, não se encerrando com os resultados desta

tese, pois o contexto de trabalho do enfermeiro é diversificado e dinâmico e a forma como o enfermeiro vem produzindo e reproduzindo subjetividade merece estudos fartos e profundos. Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos que sejam balizados pelos mesmo pressupostos, mas em contextos diversificados, para que o fenômeno seja mais amplamente discutido, refletido e apreendido.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5.ed. revista e ampliada, 2007.
- ABDOLAHZADEH, F.; ZAMANZADEH, V.; BOROUMAND, A. Studying the Relationship between Individual and Organizational Factors and Nurses' Perception of Patient Safety Culture. **J Caring Sci**, v.1, n.4, p.215-22, 2012.
- AFONSO, A.J.G.; et al. Democracia, neoliberalismo e políticas públicas no velho e novo mundo: desafios para o século XXI. **Revista Políticas Públicas**, v.11, n.2, 2015.
- AMESTOY, S.C.T.; et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.5, p.844-7, 2010.
- AMESTOY, S.C.T.; et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.35, n.2, p.79-85, 2014.
- AMMOURI, A.A.; et al. Patient safety culture among nurses. **Int Nurs Ver**, v.62, n.1, p.102-10, 2015.
- ARAÚJO, M.G.C. Subjetividade, crise e narratividade. **Mal estar e subjetividade**, v.1, n.2, p.79-91, 2002.
- ÁVILA, G.G.F. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional**. 2006. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. (In)visibilidade do cuidado da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p.745-50, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUMAN, Z. **Identidade**. 1a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BERGAMIM, M.D.; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.1, p.134-137, 2013.
- BORJES, L.O.; ARGOLLO, J.C.T. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p.189-200, 2002.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.

BOUSSO, R.S.; et al. Nursing concepts and theories. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.1, p.141-145, 2014.

BRAGA, M.J. **Ser professor: um estudo sobre a construção identitária profissional do enfermeiro docente**. 2013. 156f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Humanidades e Direito da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação: qualificação profissional e saúde com qualidade**. Brasília, 2001

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa: Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES, 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

BUSANELLO, J. **Produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões no processo de cuidar em enfermagem**. 2012. 138F. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

BUSANELLO, J.; et al. Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.3, p.422-9, 2014.

CAMARGO, R.A.A.; ET AL. Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. **Rev Min Enferm**, v.19, n.4, p.962-968, 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, B.G.; et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, [08 telas], 2012.

CARVALHO, C.C.; et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.746-53, 2013.

CARVALHO, L.R.M. Gulliver, os liliputianos e a física. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v.36, n.4, p.43-55, 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, E.C. **Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância do turno noturno**. 1994. 130f. Tese (Doutorado), São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1994.

CHAFFEE, M.W.; MCNEILL, M.M. A model of nursing as a complex adaptive system. **Nurs Outlook**, v.55, n.5, p.232-41, 2007.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CLEARY, M.; et al. Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. **J Clin Nurs**, v.22, n.19-20, p.2904-11, 2013.

CLEGG, S.R.; HARDY, C. Introdução: organização e estudos organizacionais. In: CLEGG, S.R.; HARDY, C.; NORD, W.R. (org). **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, p.27-57, 1999.

COELHO, S.M.S.; MENDES, I.M.D.M. Da pesquisa à prática de enfermagem: aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.4, p.845-850, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 272/2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.

COSTA, R.R.O.; et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Espaço para a Saúde**, v.16, n.1, p.59-65, 2015.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; cap.3, p.51-66, 2011.

CRUZ, S.G.; FERREIRA, M.M.F. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.6, p.103-112, 2015.

CUNHA, M.; et al. **Manual de comportamento organizacional e gestão**. 5ª ed. Lisboa: RH Editora, 2006.

CYPRESS, B.S. Qualitative research: the "what," "why," "who," and "how"! **Dimens Crit Care Nurs**, v.34, n.6, p.356-61, 2015.

DAHDAH, D.F.; et al. Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.21, n.2, 2013.

DALMOLIN, B.B.; et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.2, p.389-394, 2011.

DEI SVALDI, J.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; GOMES, G.C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.500-7, 2006.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, v.14, n.3, p.27-34, 2004.

_____. Addendum: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S. & SZNELZAR, L.I (orgs). **ChistopheDejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V.1. São Paulo: Editora 34, 2004.

DEWAR, B.; COOK, F. Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. **Nurse Educ Today**, v.34, n.9, p.1258-64, 2014.

DOREA, G.; DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Heterogênes e devir**. Margem, São Paulo, n.16, p.91-106, 2002.

DREW, D. Professional identity and the culture of community nursing. **Br J Community Nurs**, v.16, n.3, p.126-31, 2011.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de pesquisa**, v.42, n.146, p.351-367, 2013.

DUARTE, M.M.; SILVINO, Z.R. Sistematizando la literatura sobre acreditación hospitalaria: de 2005 a 2010. **Enferm Global**. [Internet]. v.11, n.1, p.299-312, 2012. [acesso 15 set 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.11.1.125421>

ERDMANN, A.L.; et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p.637-43, 2009.

ESTEVEES, A.J.; GOMES, A.R. Stress, avaliação cognitiva e adaptação ao trabalho na classe de enfermagem. **Cadernos de Ciência e Saúde**, v.4, n.1, p.27-35, 2014.

FAGUNDES, E.M. **Inventário cultural de Bagé: uma passeio pela história**. Porto Alegre: Evangraf, 2005.

FERREIRA, G.E. **Proatividade do enfermeiro no gerenciamento do cuidado**. 2013.

FLEURY, M.T.L. O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, p.15-27, 1996.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. **Microfísica do poder**. 26. Ed. São Paulo: Graal, 2013.

FREITAS, M.E. **Cultura organizacional: evolução e crítica**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática. **Esc Anna Nery**, v.13, n.1, p.188-93, 2009.

GARCIA, A.B.; et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v.7, n.2, p.2615-2627, 2015.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Livros Técnicos e Científicos, 1989.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GONÇALVES, M.F.L.V. **Mulheres, famílias e adaptação: procurando luz no túnel da depressão Major**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). 2011. 208f. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, Porto, 2011.

GONÇALVES, F.G.A.; et al. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v.7, n.11, p.6352-9, 2013.

GRISCI, C.L.I. Trabalho, tempo e subjetividade e a constituição do sujeito contemporâneo. **Revista de Ciências Humanas**, Edição Especial Temática, p.87-106, 1999.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. Entrevista. In: GUATTARI, F. ET al. **La intervención Institucional**. México: Plaza y Valdir, p. 95-122, 1987.

_____. **Linguagem, consciência e sociedade**. Saúde loucura, 3. ed. São Paulo:Hucitec, n.2, 1990.

_____. **Caosmose: um novo paradigma ético-estético**. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992.

_____. **As três ecologias**. 16. ed., São Paulo: Papyrus, 2005.

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

HANSON, S.M.H.; KAAKINEN, J.R. Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família in: **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação**. Loures: Lusociência, 2005.

HAVILEY, C. The relationship between the survey-guided assessment of culture within specific nursing work groups and readiness for change. **Adv Health Care Manag**, n.10, p.97-116, 2011.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. 2010. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

HENDEL, T.; KAGAN, I. Organisational values and organisational commitment: do nurses' ethno-cultural differences matter? **J Nurs Manag**, v.22, n.4, p.499-505, 2014.

HOEVE, Y.; JANSEN, G.; ROODBOL, P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. **J Adv Nurs**, v.70, n.2, p.295-309, 2014.

JERICÓ, M.C.; PERES, A.M.; KURCGANT; P. Estrutura organizacional dos serviços de enfermagem. Reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev. Esc. Enferm**, v.42, n.3, p.569-77, 2008.

JESUS, E.S.; et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.1, p.166-173, 2010.

JOSEPH, M.L. Organizational culture and climate for promoting innovativeness. **J Nurs Adm**, v.45, n.3, p.172-8, 2015.

KERFOOT, K.M. Are you tired? Overcoming leadership styles that create leader fatigue. **Nurs Econ**, v.31, n.3, p.146-151, 2013.

KINCHEN, E. Development of a Quantitative Measure of Holistic Nursing Care. **J Holist Nurs**, v.33, n.3, p.238-46, 2015.

KUOKKANEN, L.; et al. Does organizational justice predict empowerment? Nurses assess their work environment. **J Nurs Scholarsh**, v.46, n.5, p.349-56, 2014.

KVIST, T.; et al. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? **J Nurs Manag**, v.21, n.1, p.152-64, 2013.

LACERDA, M.R.; LABRONICI, L.M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.359-64, 2011.

LACOMBE, F.J.; HEILBORN, G.L.J. **Administração: Princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LARAIA, R.B. **Cultura: Um Conceito Antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001.

LEAL, A.; et al. Teoria da burocracia: uma reflexão para a enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v.11, n.20, p.1381-1384, 2013.

LEININGER, M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **J Trans Nurs**, v.13, n.1, p.89-92, 2002.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.2, p.177-83, 2008.

LESSA, A.B.S.; ARAÚJO, C.N.V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Rev. Min. Enferm**, v.17, n.2, p. 481-487, 2013.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. 342f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. Universitária, UFPel, 2004.

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.21, p.91-6, 2001.

MACHADO, V.B.; KURCGANT, P. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.3, p.280-87, 2004.

MADEIRA, C.M. **Aperfeiçoamento profissional**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2013.

MARTINS, R.C.T. **A inserção do recém formado no mundo do trabalho: os significados dessa experiência na enfermagem**. 1999. 145f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo,

1999.

MARTINS, R.L. **Por trás das estratégias discursivas do Papa Francisco na mensagem da quaresma de 2015**. 2015.

MARTINS, C.B.; ASSAD, A.L.D. A pós-graduação e a formação de recursos humanos para inovação. **Rev Bras Pós Grad**, v.5, n.10, p.322-352, 2008.

MENECHINI, F.; PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores Ocupacionais Associados aos Componentes da Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.2, p.225-33, 2011.

MEYER, R.M, O'BRIEN-PALLAS, L.L. Nursing services delivery theory: an open system approach. **J Adv Nurs**, v.66, n.12, p.2828-38, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, A.M.P. **Introdução à Administração**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

NASCIMENTO, Y.C.M.L.; et al. Concepções sobre identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.18, n.1, p.102-8, 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. S. Paulo: Cortez Ed. (tradução), 1989.

NILSSON, L.; ERIKSÉN, S.; BORG, C. Social challenges when implementing information systems in everyday work in a nursing context. **Comput Inform Nurs**; v.32, n.9, p.442-50, 2014.

PEREIRA, M.S. Lei do exercício profissional de enfermagem e a autonomia profissional do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, v.4, n.3/4, 2015.

PEREIRA-JÚNIOR, A.D.C.; HENRIQUES, B.D. Os cuidados de enfermagem ao paciente colostomizado. **Rev enferm UFPE (on line)**, v.4, n.(esp), p.990-95, 2010.

PERIOTTO, A.; BUSANELO, E. **Mensuração da cultura organizacional: identificação de focos de resistência ao ambiente voltado para o empreendedorismo**. 2008. [Acesso em 15 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.santoagostinho.edu.br/Biblio/teses/72.pdf>>.

PERSEGONA, K.R.; ZAGONEL, I.P.S. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.3, p.430-36, 2008.

PINTO, M.M.A. **Cultura Organizacional e características de liderança em empresas de Uberlândia e região**. 2005. 241p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**, 4. ed, Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRADO FILHO, K.; TRISOTTO, S. A psicologia como disciplina da norma nos escritos de M. Foucault. **Revista aulas**, v.1, n.3, p.1-14, 2015.

REBELO, T. M. M. S. D. **Orientação cultural para a aprendizagem nas organizações: condicionantes e consequentes**. 2006. 386f. Tese (Doutorado). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2006.

REGO, T.C.; RENESTO, A.P. Cultura e psicologia: questões sobre o desenvolvimento do adulto e o livro Epistemologia dos expertos: subjetividade e conhecimento em autobiografias de ficcionistas e cientistas. **Cadernos de Pesquisa**, v.42, n.145, p.198-305, 2013.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: uma revisão teórica. **Saúde**, v.1, n.3, p.1-14, 2014.

RIBEIRO, H.C.M.; CORRÊA, R. O impacto na cultura organizacional devido a implantação da tecnologia da informação: um estudo de caso em um hospital filantrópico. **Revista Metropolitana de Sustentabilidade**, v.2, n.3, p.50-66, 2013.

ROCHA, R.P.F. **Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise**. 2010. 97f. Mestrado [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

ROCHA, F.L.R.; et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.308-314, 2014.

ROCHA, J.R.; SILVA, D.C. O Hospital é o lugar da Saúde? A Psicologia da Saúde frente ao processo saúde-doença. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v.4, n.1, p.9-17, 2015.

RODRIGUES, F.R.A.; PEREIRA, M.L.D.; AMENDOEIRA, J. A transição paradigmática da saúde e suas reflexões na enfermagem como disciplina. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.9, n.1, 2015.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. Teoria da enfermagem. **O modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

SALGADO, S.P.V. **Importância da cultura organizacional como fatores determinantes na eficácia do pessoal de enfermagem do hospital universitário Antonio Pedro**. 2003. 89f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Escola brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, C.P. **O Processo de (re)Construção da Identidade da Pessoa Estomizada à Luz do Modelo de Adaptação de Roy**. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, 2012.

SANTOS, S.R. Cultura nas Instituições de Saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enferm**, v.12, n.2, p.229-35, 2007.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Personal and professional nuances of nurses who perform administration functions in the university hospital. **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n.1, p.154-60, 2010.

SANTOS, I.; ROCHA, R.P.F.; BERARDINELLI, L.M.M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.1, p.31-38, 2011.

SANTOS, T.A.; et al. O lugar de Ethel Bedford Fenwick na organização político-profissional da enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.2, 2012.

SANTOS, J.L.G.; et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, v.17, n.1, p.97-103, 2013.

SCHEIN, E. **Organizational Culture and Leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

SKÅR, R. The meaning of autonomy in nursing practice. **J Clin Nurs**, v.19, n.15-16, p.2226-34, 2010.

SOUZA, N.V.D.O.; et al. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.2, p.236-243, 2010.

SOUZA, G.J.; PAULA, M.A.B. Construção da identidade do enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.10, n.1, p.1-17, 2016.

SPIRI, W.C. Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v.6, n.1, p.11-14, 1998.

SPRINGER, P.J.; et al. Using transformational change to improve organizational culture and climate in a school of nursing. **J Nurs Educ**, v.51, n.2, p.81-8, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THOFEHRN, M.B.; et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Enferm. Saúde**, v.1, n.1, p.190-198, 2011.

THORNTON, L. The importance of holistic nursing in end-of-life care. **Beginnings**, v.32, n.3, p.18-9, 2012.

TOMIETTO, M.; et al. Newcomer nurses' organisational socialisation and turnover intention during the first 2 years of employment. **J Nurs Manag**, v.23, n.7, p.851-8, 2015.

TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Revista PSICO**, v.40, n.1, p.102-9, 2009.

TREVIZAN, M.A.; et al. Trajetória do enfermeiro em um hospital universitário em quatro décadas: pressupostos de inovação de seu papel gerencial. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.2, p.200-2, 2005.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TSAI, Y. Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals. **BMC Health Serv Res**; v.12, n.2, p.14-22, 2014.

UMPIÉRREZ, A.H.F.; MERIGHI, M.A.B.; MUÑOZ, L.A. Perceptions and expectations of nurses concerning their professional activity. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.6, n.2, p.165-171, 2013.

VAGHETTI, H.H. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de Hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem**. 2008. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

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

VAUGHAN, L.; SLINGER, T. Building a healthy work environment: a nursing resource team perspective. **Nurs Leadersh**, v.26, n.spec, p.70-7, 2013.

VERGÍLIO, M.; et al. Anotação de Enfermagem: Retrato da Prática de Enfermagem de um Pronto Atendimento. **CIAIQ2015**, v.1, 2015.

WALLIS, L. Switching off the cult. **Nurs Stand**, v.21, n.49, p.20-2, 2007.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WILSON, B.; HARWOOD, L.; OUDSHOORN, A. Understanding skill acquisition among registered nurses: the 'perpetual novice' phenomenon. **J Clin Nurs**; v.24, n.23, p.3564-75, 2015.

ZAMBONI, J.; BARROS, M.E.B. Um clínico da atividade desejante no campo social: Félix Guattari. **Polis e Psique**, v.2, n.1, 2012.

APÉNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de Identificação

Iniciais do nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Instituição da Formação Acadêmica: _____ Ano: _____

Curso de Pós Graduação/Técnico: _____

Renda aproximada: _____

Empregos anteriores: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Carga horária semanal: _____

Unidade onde atua: _____

Turno de trabalho: _____

- 1 Como foi para você começar a trabalhar na instituição? Por que procurou a referida instituição para trabalhar?
- 2 Você conseguiu desenvolver as atividades que pretendia? Quais?
- 3 Você se considera igual aos outros enfermeiros? O que é diferente?
- 4 Você visualiza seu trabalho igual ao dos outros enfermeiros?
- 5 Você consegue ser você mesmo em seu trabalho?
- 6 Como a instituição lhe vê em relação aos outros enfermeiros? Como você percebe a instituição? Qual seus sentimentos em relação a isso?
- 7 Como os outros enfermeiros percebem você no trabalho?
- 8 Você encontrou alguma resistência ao iniciar suas atividades enquanto enfermeiro? Descreva as situações:
- 9 Quem define as rotinas a serem seguidas no trabalho do enfermeiro?
- 10 Você consegue implementar novas rotinas em seu trabalho?
- 11 Como você percebe os reflexos no cuidado ao paciente, de acordo com sua prática enquanto enfermeiro?
- 12 Qual a relação entre sua autonomia e o cuidado disponibilizado ao paciente?
- 13 Você teve que se adaptar a alguma rotina já estabelecida?
- 14 Existe alguma norma que deve ser seguida em seu trabalho?

15 Você pretende continuar trabalhando em uma instituição hospitalar até quando?

16 Você tem realizado alguma ação para modificar os aspectos que não concorda?

**APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO À COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BAGÉ PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientador: Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho

Orientando: Cristiano Pinto dos Santos

Bagé, ____ de _____ de 2015.

Ilma Srª Coordenadora de Enfermagem do Hospital Universitário de Bagé

Prezada Coordenadora

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V.Sª permissão para desenvolver o projeto de tese, requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

O estudo será realizado com enfermeiros que estejam vinculados há pelo menos seis meses com a instituição e que tenham interesse e disponibilidade em participar do estudo. A pesquisa intitulada “A Adaptação do Enfermeiro à Cultura Organizacional: Uma Imersão nas formas de produção de Subjetividades” tem por objetivo geral conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade. Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Prof. Dr.: Wilson Danilo Lunardi Filho

E-mail: lunardifilho@terra.com

Fone: (53) 32338855

Cristiano Pinto dos Santos

E-mail: enf cristiano.ps@hotmail.com

Fone: (53) 99318413

APÊNDICE C – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Orientador: Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho
Orientando: Cristiano Pinto dos Santos

Rio Grande, ____ de _____ de 2015.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa intitulada “A Adaptação do Enfermeiro à Cultura Organizacional: Uma Imersão nas formas de produção de Subjetividades” que tem por objetivo geral conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade. Informamos que os dados coletados serão utilizados para produção científica que resultará em uma Tese de Doutorado, sob orientação do Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho, e publicações no meio acadêmico.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
E-mail: lunardifilho@terra.com
Fone: (53) 32338855

Cristiano Pinto dos Santos
E-mail: enf cristiano.ps@hotmail.com
Fone: (53) 99318413

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Orientador: Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho
Orientando: Cristiano Pinto dos Santos

Bagé, ____ de _____ de 2015.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “A Adaptação do Enfermeiro à Cultura Organizacional: Uma Imersão nas formas de produção de Subjetividades”. A pesquisa tem por objetivo geral conhecer os fatores que envolvem a adaptação do enfermeiro à cultura organizacional, em uma perspectiva de modos de produção de sua subjetividade.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Os resultados serão usados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Porém, poderá gerar um desconforto emocional no momento da entrevista. Caso isso ocorra, você poderá contar com apoio do Serviço Integrado de Psicologia Aplicada (SIPA) que faz parte da Universidade da Região da Campanha. Cabe salientar que as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para você. A entrevista será gravada com seu consentimento e você responderá as questões de livre e espontânea vontade.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que você terá ao participar deste estudo serão adquiridos após a reflexão acerca do processo de trabalho do enfermeiro, podendo (re)construir percepções sobre sua prática e de suas relação no trabalho, suas condutas e atitudes, consigo mesmo, com as pessoas de seu convívio e com o pesquisador.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como me foi orientado, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso traga prejuízo algum as minhas atividades enquanto enfermeiro.

CONFIDENCIALIDADE: estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e dos benefícios da presente pesquisa. O pesquisador respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Estes ficarão sobre a responsabilidade do pesquisador e serão guardados durante cinco anos em um arquivo seguro e privativo, na Universidade da Região da Campanha.

Assinaturas:

Pesquisador- Cristiano Pinto dos Santos
(53) 99318413

Orientador- Wilson Danilo Lunardi-Filho
(53) 32338855

Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE E – APOIO DO SERVIÇO INTEGADO DE PSICOLOGIA APLICADA

O Serviço Integrado de Psicologia Aplicada (SIPA) tem como objetivo aplicar e desenvolver técnicas para a promoção de saúde mental, proporcionando assistência profilática e terapêutica mediante a aplicação dos conhecimentos da Psicologia.

Mediante solicitação da pesquisador Cristiano Pinto dos Santos, o serviço se compromete a dar suporte psicológico aos participantes do estudo intitulado 'A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES', caso durante as entrevistas ocorra algum desconforto emocional.



FABIANE CAILLAVA DOS SANTOS
Coordenadora do Serviço Integrado de Psicologia Aplicada

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 161/2015**CEPAS 41/2015**

CAAE: 46809715.8.0000.5324

Não possui número de processo

Título da Pesquisa: A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES**Pesquisador Responsável:** Cristiano Pinto dos Santos**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 81/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "A ADAPTAÇÃO DO ENFERMEIRO À CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA IMERSÃO NAS FORMAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 31/01/2016.

Rio Grande, RS, 14 de outubro de 2015.

Profª. Eli Sinnott Silva**Coordenadora do CEPAS/FURG**