



ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

54

MODESTA MARIA DE MOURA SIMÕES

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NOS CAMPOS:  
ADMINISTRATIVO, EDUCATIVO E TÉCNICO

Dissertação apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação da EAESP/FGV -  
Área de Concentração: Administra  
ção Hospitalar e de Sistemas de  
Saúde, como requisito para obten  
ção de Título de Mestre em Admi  
nistração.

Orientação:  
Marcos Kisil



Fundação Getúlio Vargas  
Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo  
Biblioteca



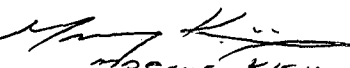
296/88



1198800296

Visto.

I

  
MOENIS KISIL  
23-12-86

**TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NOS CAMPOS  
ADMINISTRATIVO, EDUCATIVO E TÉCNICO**

Banca Examidadora:

Prof. Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

A meus pais, por tudo o que sou e tenho conseguido

Ao meu marido

Ildo Simões

A minha filha

Kátia Simões

com muito amor e carinho.

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

MODESTA MARIA DE MOURA SIMÕES

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NOS CAMPOS  
ADMINISTRATIVO, EDUCATIVO E TÉCNICO

Dissertação apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação da EAESP/FGV -  
Área de Concentração: Administraç  
ção Hospitalar e de Sistemas de  
Saúde, como requisito para obtenç  
ção do Título de Mestre em Admin  
istração.

Orientador:  
Marcos Kisil

SÃO PAULO/1986

*Des.*  
*e. 1*

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	N.º de Chamada
15.03.88	65.012.4 (81)
N.º Volume	Registrado por
296/88	maria

65.012.4 : 614.253.5 (81)

616-083 : 64.024.8

SP-00000594-4

IV

SIMÕES, M.M.M. Tomada de Decisão do Enfermeiro nos campos Administrativo, Educativo e Técnico. EAESP/FGV, 1986, p. (Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de pós-Graduação em Administração da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

Resumo: Estudo de alguns questionamentos nos campos de tomada de decisão administrativo, educativo e técnico do enfermeiro-chefe em instituições hospitalares. Trata do domínio e desempenho das atividades do enfermeiro, bem como da tomada de decisão. Aborda também alguns fatores causais relacionados aos componentes organizacionais que facilitam a tomada de decisão do enfermeiro. Menciona, ainda, a questão dos fatores causais da tomada de decisão em relação aos grupos de referência internos, sempre questionando os enfermeiros.

Palavras-chave: Tomada de Decisão, Campo de Decisão Administrativo, Educativo e Técnico, Enfermeiro-Chefe de Unidade de Internação, Componentes Organizacionais, Grupos de Referência Internos.

## Í N D I C E

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	01
1.1. O Problema .....	02
1.2. Objetivos .....	06
1.3. Justificativa .....	07
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
2.1. A Enfermagem no Contexto das Instituições de Saúde: Situação Histórica .....	14
2.2. Sistema de Gerência Formal e Informal .....	20
2.3. Aspectos Fundamentais do Processo Tomada de Decisão .....	25
2.4. Tomada de Decisão na Enfermagem .....	31
CAPÍTULO III - METODOLOGIA .....	34
3.3. População/Amostra .....	35
3.1.1. Justificativa da Amostra .....	35
3.1.2. Caracterização da Amostra .....	37
3.2. O Instrumento - Elaboração, Aplicação e Apuração .....	38
3.2.1. Instrumento .....	38
3.2.2. Elaboração .....	38
3.2.3. Aplicação .....	39
3.2.4. Apuração .....	40
CAPÍTULO IV - RESULTADOS .....	41
4.1. Apresentação dos Resultados .....	42
4.1.1. Identificação dos Respondentes .....	42
4.1.2. Domínio de Conceitos e Desempenho de Atividades dos Enfermeiros quanto a Tomada de Decisão Admi nistrativa, Educativa e Técnica .....	44
4.1.3. Percepção do Enfermeiro em Relação ao Processo de Tomada de Decisão .....	49
4.1.4. Fatores causais da Tomada de Decisão referentes aos componentes organizacionais .....	52

4.1.5. Posicionamento dos grupos de referência internos quanto à Tomada de Decisão e a Operacionalização das mesmas .....	54
4.2. Análise dos Resultados .....	58
4.2.1. Dados de Identificação dos Respondentes .....	58
4.2.2. Domínio de Conceitos e Desempenho de Atividades dos Enfermeiros quanto à Tomada de Decisão Administrativa, Educativa e Técnica .....	59
4.2.3. O Processo de Tomada de Decisão .....	63
4.2.4. Componentes Organizacionais .....	65
4.2.5. Grupos de Referência Internos .....	66
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....	58
Conclusões .....	69
Sugestões .....	73
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	76
ANEXOS	
ANEXO I - Modelo de Tomada de Decisão do Enfermeiro	
ANEXO II- Instrumento de Pesquisa	

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I - Incremento do pessoal em atividade no setor, segundo categorias e tipos de estabelecimentos BRASIL (1968/1974) .....	11
QUADRO II- Distribuição de nº de leitos hospitalares nas empresas da rede pública e privada da região metropolitana .....	35

## ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO I - Distribuição do pessoal de enfermagem por estabelecimento de Saúde - 1974 .....	11
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I	- Distribuição dos Hospitais de Fortaleza, <u>se</u> gundo sua Entidade Mantenedora e C <u>ate</u> goria. Outubro/1985. ....	36
TABELA II	- Distribuição de Enfermeiros/Chefes, segundo Entidade Mantenedora - Outubro/1985 .....	37
TABELA III	- Caracterização dos Enfermeiros, segundo <u>se</u> xo e faixa etária por grupo de hospitais. Outubro/1985 .....	42
TABELA IV	- Caracterização dos Enfermeiros, segundo anos de exercício profissional, tempo de chefia de unidade de internação e vínculo de <u>emp</u> rego por grupo de hospitais - Outubro/1985. ....	43
TABELA V	- Domínio dos Enfermeiros, quanto ao concei <u>to</u> de Tomada de Decisão Administrativa, Edu <u>cat</u> iva e Técnica por grupo de hospitais. Outubro/1985 .....	45
TABELA VI	- Atividades de Tomada de Decisão Administra <u>t</u> iva apontadas pelos Enfermeiros por Grupo de Hospitais. Outubro/1985 .....	46
TABELA VII	- Atividades de Tomada de Decisão Educativa desenvolvida pelos Enfermeiros por Grupo de Hospitais .....	47
TABELA VIII	- Atividades de Tomada de Decisão Técnica <u>de</u> senvolvidas pelo Enfermeiro por Grupo de Hospitais. Outubro/1985 .....	48
TABELA IX	- Percepção dos Enfermeiros segundo sua parti <u>ci</u> pação na Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais. Outubro/1985. ....	49
TABELA X	- Percepção dos Enfermeiros quanto ao acata <u>men</u> to de suas decisões pela Administração Superior, por grupo de Hospitais. Out/1985. ....	50
TABELA XI	- Percepção dos Enfermeiros quanto aos fato <u>res</u> pessoais que mais influenciam na Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais. Out/85. ....	51



TABELA XII - Opinião dos Enfermeiros quanto à existência de componentes organizacionais, por Grupo de Hospitais. Outubro/1985. ....	52
TABELA XIII- Opinião dos Enfermeiros, quanto à informação como componente organizacional, por Grupo de Hospitais. Outubro/1985.....	53
TABELA XIX - Opinião dos Enfermeiros quanto à Tomada de Decisão, segundo os grupos de referência internos por Grupo de Hospitais. Outubro/85	54
TABELA XV - Opinião dos Enfermeiros, segundo dependência hierárquica para Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais. Outubro/1985. ....	55
TABELA XVI - Opinião dos Enfermeiros, quanto à Tomada de Decisão, segundo categorias profissionais , por Grupo de Hospitais. Outubro/1985. ....	56
TABELA XVII- Opinião dos Enfermeiros, segundo as equipes profissionais que operacionalizam a Tomada de Decisão, por Grupo de Hospital. Out/1985.	57

## A G R A D E C I M E N T O S

- . À UFC/Departamento de Enfermagem, por ter possibilitado e facilitado o meu afastamento.
- . À Almerinda Holanda Gurgel e Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, pela frequente disponibilidade de participação, revisão e sugestões ao texto.
- . À Marcos Kisil, pela orientação e incentivo na realização deste trabalho.
- . À Marta Maria Coelho Damasceno, pelo estímulo em todas as fases deste trabalho.
- . À Norma de Carvalho Linhares, pelo preparo da Bibliografia.
- . Ao Paulo Cesar de Almeida, pela análise estatística.
- . À Francisca Maria de Moura e Ildete Abraão Simões, que se mantiveram de mãos dadas para suprir o meu papel de mãe durante a minha ausência.
- . À Maria do Carmo Luz, pelo apoio emocional recebido durante o ~~ma~~trado.
- . À Maria do Amparo dos Santos Barros pelo trabalho datilográfico.

C A P Í T U L O   I

I N T R O D U Ç Ã O

### 1.1. O PROBLEMA

Os motivos que levaram a autora a interessar-se por esta pesquisa, em relação ao processo de tomada de decisão do enfermeiro nas instituições hospitalares, tem suas raízes em alguns questionamentos ainda não explorados ou não evidenciados na prática profissional da enfermagem.

A literatura especializada e a experiência da autora, evidenciam que a tomada de decisão do enfermeiro parece estar mais centrada nas tarefas burocráticas e menos expressa na dinâmica de coordenação das ações de enfermagem. Além disso, a defasagem observada no ensino de enfermagem no país, já que a Lei 2.604/55 que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro, apresenta artigos omissos e/ou por vezes incompletos no que diz respeito às funções ou diversificações de papéis.(1)

Atualmente, os enfermeiros já ocupam diversos cargos de chefia em instituições hospitalares, mas registram-se ainda certas limitações à tomada de decisão de modo expressivo por parte destes profissionais. Um dos fatores determinantes da situação é a falta de acesso dos enfermeiros a posições de nível gerencial.

Por sua vez, os componentes organizacionais existentes parecem estar ligados quase sempre a aspectos de interesse administrativo, não correspondendo ao interesse de normas e rotinas de assistência centrada no paciente. Outrossim, parece que os enfermeiros estão desinformados ou inseguros quan

---

(1) FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Enfermagem; Legislação e Assuntos Correlatos. 3ª ed. R.J.1974.3v.V.1.p.177.

to aos campos de tomada de decisão.

O que se pode verificar é que, em se tratando do processo de decisão do enfermeiro-chefe nas instituições hospitalares, alguns autores têm discutido sobre a ausência parcial ou por vezes total, do enfermeiro quanto ao engajamento político e econômico em todos os níveis hierárquicos da instituição (2). Este problema, parece levar atualmente o enfermeiro a tomar decisões não eficazes, voltadas para as metas, exigência preconizada pelos administradores, negligenciando na prática as atividades que lhe seriam específicas para o processo de cuidar do cliente.

A falta de normatização quanto ao envolvimento do enfermeiro na gerência central e executiva provavelmente constitui-se também um problema para a categoria quanto aos aspectos concernentes à afirmação concreta de um "grupo de pressão" frente aos grupos de referência internos na esfera hospitalar (3). Esta problemática levou a supor que hoje nas instituições hospitalares nenhum grupo de categoria profissional deseja ceder espaço. A conquista de alguma posição de um grupo resulta na diminuição do poder do outro e não há interesse daquele dominante em ceder qualquer espaço. Isto limita o enfermeiro à prática esperada e à percepção que os administradores têm quanto ao que deve ser o domínio de conhecimentos específicos deste profissional.

---

(2) Ver a este respeito:

RIBEIRO, C.M. Economia e Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento: Enfoque de uma Enfermeira. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983. Anais. São Paulo, ABEn, p. 87.

MAURO, M.Y.C. Economia e Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento do País. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983. Anais... São Paulo, ABEn, p. 79.

(3) SILVA, Luiz Valle & COBRA, Marcos Henrique Nogueira. Grupos de Pressão. 13 f. datilografadas.

Grupo de Pressão - é um conjunto de indivíduos que se unem no sentido de fazer valer as suas reivindicações ou aspirações.

Diante destes problemas parece que as expectativas dos administradores das Instituições Hospitalares quanto ao desempenho do enfermeiro na tomada de decisão encontram-se ainda numa prática hierarquicamente fechada, numa política de cima para baixo. As informações que chegam às unidades de serviço são recebidas pelo enfermeiro sem que este tenha maior envolvimento ou participação, o que lhe traz insatisfação profissional e até insegurança junto à equipe de enfermagem e multiprofissional.

Assim sendo, buscou-se descobrir as reais causas dos problemas detectados, em termos de tomada de decisão do enfermeiro no trabalho profissional. Neste sentido, algumas questões foram arroladas, tendo em vista contribuir para a eficácia da tomada de decisão do enfermeiro. Estas questões podem ser colocadas, como segue:

- . Em sua prática profissional nas Instituições Hospitalares, os enfermeiros dominam os conceitos e desempenham atividades de tomada de decisão nos campos: administrativo, educativo e técnico? (4)

---

(4) BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviço de Saúde. Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília. 1978. p.30.

Enfermeiro - "profissional portador de diploma, obtido através de um curso de graduação em enfermagem, legalmente reconhecido".

Instituições Hospitalares - "é uma entidade destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados de enfermagem contínuo".

CELINA, C.C. Atividades de Enfermeira-Chefe de Unidade de Internação. Revista Paulista de Hospitais. 14 (7):3-8, julho, 1968.p.5.

Decisão Administrativa - são decisões voltadas para a organização, dinâmica de funcionamento, operacionalização das atividades das áreas de trabalho.

Decisão Educativa - voltada para o planejamento dos programas de treinamento em serviço, educação continuada e ações educativas para o cliente.

Decisão Técnica - diz respeito ao planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem e tratamento.

- . Qual a percepção dos enfermeiros nas Instituições Hospitalares quanto aos fatores que influenciam sua tomada de decisão?
- . Qual a percepção dos enfermeiros nas Instituições Hospitalares quanto a valorização de sua opinião e ao acatamento de suas decisões?
- . Os componentes organizacionais adotados nas Instituições Hospitalares são coerentes quanto a finalidade de ajudar na tomada de decisão dos enfermeiros? (5)
- . Nas Instituições Hospitalares existem grupos de referência internos: que têm maior peso que outros quanto a tomada de decisão e operacionalização das mesmas? (6)

---

(5) CHIAVENATO, I. - Administração de Empresas: Uma Abordagem Contingencial. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil. 1982. p.

Componentes Organizacionais - Retrata a configuração do Hospital e o seu funcionamento, quanto a estrutura organizacional dos órgãos que compõem o hospital e as relações de interdependência, bem como o funcionamento que exige atividades e coordenação necessárias para o alcance dos objetivos do hospital.

(6) DAHRENDORF, Ralf. Homo Sociológicos, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro. 1969. p. 66.

Grupo de Referência Interno - é um conjunto de profissionais (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista e Administrador Hospitalar) que as pessoas utilizam como referência para analisar a validade de suas crenças e atitudes, ou para avaliar seus próprios níveis de habilidade e competência.

## 1.2. OBJETIVOS

O estudo do processo decisório do enfermeiro no Brasil, encontra-se acriticamente na prática vigente, em virtude da escassez de acervo bibliográfico em Administração Aplicada à Enfermagem, além de outras variáveis colocadas no tema em discussão. Esta é uma das razões porque optou-se em pesquisar a tomada de decisão do enfermeiro nos campos administrativo, educativo e técnico. O trabalho aqui considerado, enfoca o caráter eminentemente hospitalar, visto que os recursos humanos da enfermagem estão concentrados fundamentalmente nesta área. Os objetivos propostos estão assim definidos:

- Verificar se os enfermeiros nas Instituições Hospitalares, dominam conceitos sobre tomada de decisão nos campos administrativo, educativo e técnico.
- Levantar as principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas Instituições Hospitalares relacionadas a tomada de decisão nos campos administrativo, educativo e técnico.
- Verificar a influência da participação do enfermeiro nas Instituições Hospitalares sobre a tomada de decisão.
- Verificar se nas Instituições Hospitalares as decisões tomadas pelos enfermeiros são acatadas pela administração superior.
- Identificar os fatores que influenciam na tomada de decisão dos enfermeiros nas Instituições Hospitalares.
- Caracterizar os componentes organizacionais adotados nas Instituições Hospitalares quanto a sua contribuição na tomada de decisão dos enfermeiros.



- Verificar se nas Instituições Hospitalares existem grupos de referência internos que têm maior peso que outros na tomada de decisão e na operacionalização das mesmas.
- Propor um modelo alternativo para a tomada de decisão dos enfermeiros adaptado a especificação da prática profissional.

### 1.3. JUSTIFICATIVA

Frente à realidade do setor saúde do país, deve-se levar em conta que de acordo com o documento Reorientação da Assistência à Saúde, cujos objetivos, a melhoria da qualidade assistencial, extensão da cobertura, entre outros, têm como proposições gerais ou estratégias de implantação e melhoria da capacidade gerencial.

É nesse tipo de trabalho que se acredita justificar o estudo da tomada de decisão pela presença em todas as etapas em que se verifica o desempenho profissional do enfermeiro, notadamente no planejamento, na execução, no controle e avaliação das ações em benefício do indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Além disso, cabe assinalar que, em sua atuação, o enfermeiro coordena a integração dos membros da equipe de saúde sendo o principal responsável pela formação do ambiente terapêutico, isto é, um ambiente em que as tensões são aliviadas de modo a propiciar o desenvolvimento de relações harmoniosas entre todos os membros da equipe de saúde.(7) E final

---

(7) DI LASCIO, Cecília Maria Domênica - Satisfação no Desempenho Profissional da Enfermeira: Estudo sobre Necessidades Psicossociais. São Paulo. 1980. Tese (Mestrado). U.S.P. p. 08.

mente, deve-se considerar que o extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico e a crescente aspiração das populações a um melhor nível de vida vem contribuindo para a mudança do papel do enfermeiro, bem como ampliando a extensão e a natureza de sua atuação em seus aspectos clínicos, administrativos e educacionais. (8).

Alguns dados referentes à realidade das ações do enfermeiro foram discutidos no Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde, do qual participaram diretoras, docentes de Escolas de Enfermagem e Enfermeiras de vários serviços de saúde, onde concluíram levando em consideração as características sócio-econômicas e culturais de nosso país, as seguintes funções essenciais do enfermeiro: funções técnicas, abrangendo as atividades inerentes à enfermagem e atividades médicas delegadas; funções administrativas, incluindo funções de planejamento, coordenação, assessoria e supervisão; funções educativas, que explicitam a atuação do enfermeiro, como educador das ações de enfermagem. Além disso, é oportuno lembrar que as funções educativas se referem não só ao paciente, às famílias, aos grupos e às comunidades, como também às demais categorias do pessoal de enfermagem e as atividades docentes de nível médio e superior figurando nestas últimas a atividade indissociável de pesquisa (9).

---

(8) Ver a este respeito, entre outros:

JOHNSON, A.C. & SCHULZ, R. - Programas do Hospital: Enfermagem. In: Administração de Hospitais. Tradução PROAHSA, São Paulo. Pioneira. 1976. p. 110.

WEISMAN, S.C. et alii - Hospital Decision Making: what is Nursing's role? Journal of Administracion. Bellerice, MA. 11(9):31-6, Sep. 1981. p. 31.

NUCKOLLS, Katherine B. - who Decides what the nurse can do? Nursing Outlook, New York, (22): 626-631, Oct. 1976. p. 626

(9) SEMINARIO NACIONAL SOBRE CURRICULOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO, 1º USP/OPS São Paulo, 1968. p. 20

Essa caracterização do profissional de enfermagem está em consonância com a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações aprovada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) que, por sua vez, se baseou em estudo apresentado pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) em 1968 e revisado em 1976 (10).

Indubitavelmente a ênfase do sistema de saúde tem sido para a medicina curativa, graças aos recursos carreados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - (INAMPS) na assistência à força do trabalho do setor formal da economia. Somente no ano de 1978, conforme GENTILLE destaca, " a Previdência gastou Cr\$ 160 bilhões de assistência médica. (4,5% do Produto Interno Bruto). Mais de 80% desses recursos foram aplicados na compra de medicamentos e hospitalização, deixando 40% da população brasileira marginalizada de qualquer tipo de atenção (11). Esta concentração de recursos no atendimento curativo, com base nos hospitais, tem sido responsável pela concentração de cerca de 80% do pessoal de enfermagem nas Instituições Hospitalares, conforme se vê no Quadro I e Gráfico I.

E nesse tipo de política de recursos humanos adotados pela Previdência no Setor Saúde que OLIVEIRA ressaltava algumas características da prática de enfermagem: a) Prática predominantemente hospitalar, em decorrência da política adotada de privilegiar as ações curativas na assistência à saúde do trabalhador; b) Heterogeneidade quanto ao padrão de assistência prestada, devido aos desequilíbrios quantitativos dos recursos humanos de enfermagem e à falta de racionalidade na sua utilização; c) Sub-remuneração e sobrecarga de serviço, levando-se em conta o desgaste físico e o envolvimento emocional do

---

(10) OGUISSO & SCHMIDT, M.J. - Classificação Brasileira Uniforme de Ocupações - Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, 29(2): 6-23, 1976. p. 13.

(11) GENTILLE, Carlos et alii. - Apontadas as Distorções na Previdência Social. O Estado de São Paulo. São Paulo, 30mar. 1979. p. 5.

peçoal de enfermagem; d) Limitação institucional, devido ao sistema vigente de credenciamento e fiscalização, no qual as exigências em termos de enfermagem, ficam excluídas no custo global das diárias hospitalares. (12).

Como acontece com as demais profissões, de saúde, o INAMPS é atualmente o maior empregador de pessoal de enfermagem no país. Seu quadro é constituído de 3.283 enfermeiras, 11.554 auxiliares de enfermagem e 25.685 auxiliares operacionais. Este total representa cerca de 62% do pessoal de enfermagem empregado no país (13).

No documento "Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS", ARAÚJO menciona alguns documentos de Instituições Internacionais e Nacionais de Saúde que preconizam ser responsabilidade do enfermeiro a programação, coordenação e avaliação da Assistência de Enfermagem (14). Dentre eles, podemos citar: O Plano Decenal de Saúde para as Américas, que recomenda o estabelecimento de um sistema de enfermagem (15); O Código de Deontologia de Enfermagem, que determina que "O enfermeiro programe e coordene todas as atividades que visem o bem estar do cliente (16). A publicação do Ministério da Saúde sobre os "Padrões para a Assistência de Enfermagem Comunitária e Recuperação" que define como primeira atribuição do enfermeiro: "Diagnosticar as Necessidades de Enfermagem e Ela

---

(12) OLIVEIRA, M.I.R. - Enfermagem e Estrutura Social. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31º, Fortaleza, 1979. Anais... p.19

(13) MATOS, A.V. - A Enfermagem e Sistema Nacional de Saúde. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem. 30º Belém. 1978. Anais... ABEn, p.13.

(14) ARAÚJO, E.C. et alii - Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS, In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 32º, Brasília, 1980. Anais... ABEn. p. 37

(15) ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Plan Decenal de Salud para las Américas, informe final, de la III Reunion Especial de Maestros de Salud de las Américas - Washington, 1973. (Documento Oficial 118). p. 30.

(16) CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Códigos: Deontologia de Enfermagem Processo Etico, Transgressões e Penalidades. S.l. 1976, p. 12.

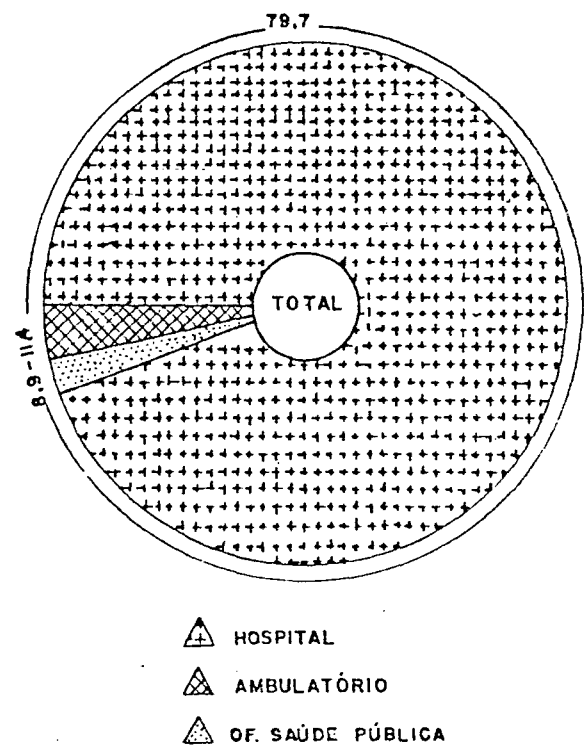
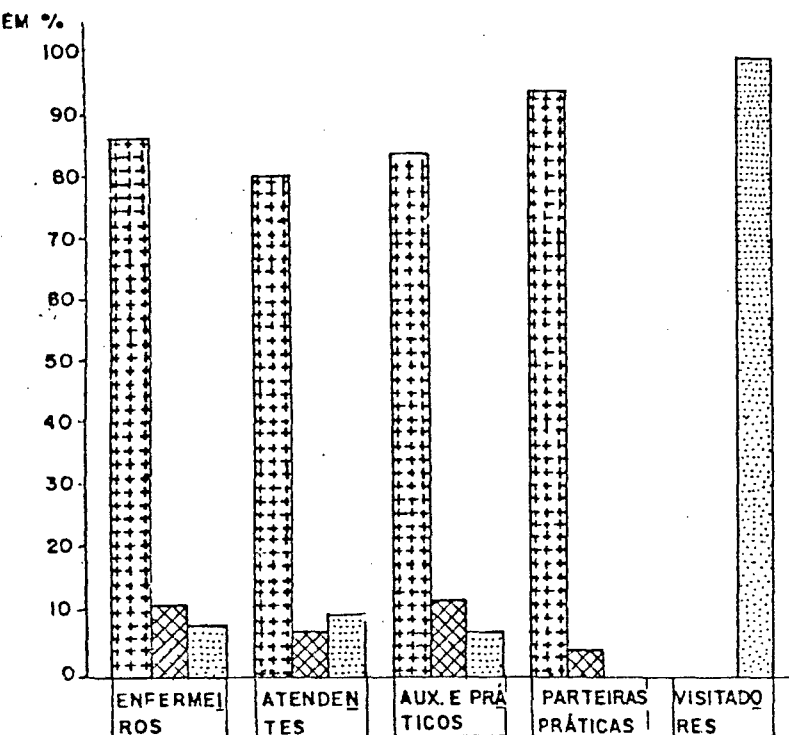
INCREMENTO DO PESSOAL EM ATIVIDADE NO SETOR SEGUNDO CATEGORIAS E TIPOS DE ESTABELECIMENTOS BRASIL ( 1968 / 1974 )								
CATEGORIAS	TIPO DE ESTABELECIMENTO						TOTAL	
	HOSPITALAR		P/HOSPITALAR		S.O.S PÚBLICA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	2.508	41,8	130	12,5	136	17,9	2.774	35,6
Auxiliares	12.375	72,4	2.035	88,9	1.683	36,5	16.093	67,1
Atendentes	42.936	85,8	2.782	43,9	2.808	32,5	48.526	74,6
SUB-TOTAL	57.819	79,0	4.947	51,1	4.627	33,0	67.393	68,2
Médicos	22.989	57,8	7.527	47,1	2.919	42,7	33.435	53,4
Outras Profissões	36.850	50,4	5.357	40,8	4.793	16,7	46.910	40,9
TOTAL GERAL	117.468	63,3	17.831	46,0	12.339	24,9	147.638	53,9

FONTE: FIBGE- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL.

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM  
POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1974



borar o Plano de Assistência a ser Prestada pela Equipe de Enfermagem em Serviços de Promoção, Recuperação e Reabilitação de Saúde (17).

O fato é que a nível de discursos existem alguns documentos que explicitam o direito do enfermeiro de tomar decisões sobre a assistência de enfermagem e, portanto, programar recursos humanos e materiais para esta assistência. A contradição dá-se a nível prático, quando detentores do poder determinam o perfil da equipe de enfermagem e dimensionam o seu quantitativo, defendendo outros interesses que não os de promover a saúde (18).

A pesquisa proposta é limitada. Como tal, a restrição do campo de investigação reside numa só capital, porém, acredita-se que a mesma apresente resultados no sentido de conduzir o enfermeiro para um engajamento político em todos os níveis do processo decisório em instituição de saúde. Decidiu-se estudar o assunto de interesse na área de administração hospitalar, pois se discute a utilização numa organização complexa, de pessoal de enfermagem e, de modo muito particular, o enfermeiro. Acredita-se que a pesquisa levante algumas questões ou respostas relativas ao papel do enfermeiro em relação à tomada de decisão, e possa trazer alguns benefícios para as escolas de enfermagem, na redefinição de seus objetivos educacionais e na reorganização dos programas de ensino da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, objetivando uma nova concepção dos aspectos administrativos a serem abordados como parte integrante da formação do enfermeiro.

---

(17) BRASIL, Ministério da Saúde. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Informe Final. Brasília. Ministério da Saúde/OPAS. 1977. p. 10.

(18) MENDES, D.C. Recursos Humanos na Enfermagem. Adequação da Formação à Utilização. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º, Porto Alegre, 1982, Anais... ABEn. p. 81.

## C A P Í T U L O   I I

### REFERENCIAL TEÓRICO

## 2.1. A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: SITUAÇÃO HISTÓRICA

A enfermagem brasileira, no momento atual, vive uma época de prática em busca de novos caminhos, tal qual quando nasceu em Londres em 1860, com a primeira escola fundada e dirigida por Florence Nightingale. No Brasil, embora a primeira escola fosse a Alfredo Pinto, fundada em 1890 no Rio de Janeiro, o marco verdadeiramente significativo só surgiu em 1923 com a fundação da primeira escola oficial que tomou a denominação de Ana Neri, já influenciada pela prática do modelo norte-americano, com o objetivo explícito de preparar enfermeiros para os serviços de saúde pública. Tinha também o objetivo implícito de atender ao mercado de trabalho, ditado pela política econômica do governo. Esta pretendia criar as condições sanitárias indispensáveis às relações comerciais internacionais e ao processo de imigração, na medida em que se saneavam os portos e núcleos urbanos (19).

Assim, até o final dos anos 30, o mercado de trabalho para os enfermeiros esteve ligado ao setor de saúde pública, participando de programas de combate às endemias, pelo atendimento ao homem doente e acompanhamento dos contatos em domicílio (20).

---

(19) VIEIRA, C.C. & SILVA, A.L.C. Recursos Humanos na Área de Enfermagem. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º Porto Alegre, 1982, Anais... p:66.

Ver a este respeito ainda:

MOLINA, T.M. - História de la Enfermeria. 3ª ed. Buenos Aires Editorial Intermédica, 1973.

PAIM, Lygia - Recursos de Enfermagem e Serviços Básicos de Saúde. In: CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE 7, Brasília-DF, 1980.

(20) OLIVEIRA, M.I.R. - Enfermagem e Estrutura Social. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31º, Fortaleza, 1979. Anais... p. 10.



Sabe-se que a partir da década de 40, foram reformu-  
ladas e ampliadas as organizações estatais de saúde. E nesse  
período que se dá a criação da Fundação de Serviço Especial  
de Saúde Pública (FSESP), representando uma ampliação signifi-  
cativa da ação médico-sanitária no país. Tais ações se esten-  
deram posteriormente para a região nordeste com ênfase no con-  
trole das endemias, doenças transmissíveis, saneamento do  
meio, tratamento de água e esgoto sanitário. Nesse período as-  
sinalava-se também o início da interiorização das ações de  
enfermagem. Apareceram também os primeiros hospitais universi-  
tários e expandiram-se os serviços médico-hospitalares das  
instituições previdenciárias. A enfermagem passou então a se  
concentrar nessas instituições, centro hegemônico das ações  
curativas de saúde (21).

Dados estatísticos de 1943 apontam que entre 334 en-  
fermeiros em serviço ativo, 221 (66%) trabalham no campo de  
saúde pública e 32 (9,5%), em hospitais. Já em 1950, outro le-  
vantamento constatava que 49,4% dos enfermeiros encontravam-  
se nos hospitais e 17,2% na área de saúde pública (22).

Em 1949, vale ressaltar a regulamentação do ensino  
de enfermagem através da Lei nº 775 de 05 de agosto de 1949 e  
do Decreto nº 27.426 de novembro do mesmo ano. Nessa época,  
o ensino de enfermagem enfatizava a assistência curativa cen-  
trada nos hospitais, respondendo ao imperativo do mercado de  
trabalho vigente, o qual também definia as práticas de saúde.  
(23).

---

(21) OLIVEIRA, M.I.R. - Política de Saúde e o Trabalho do Enfermeiro. Re-  
vista de Enfermagem. Bahia, VI, 73-91. 1981. p. 79.

(22) ALCANTARA, Glete - A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional.  
Obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Pre-  
to, São Paulo, 1966. Tese de Doutorado. UPS. Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto. p. 20.

(23) FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA - Enfermagem, Legislação  
e Assuntos Correlatos. p. 154.

Registra-se na década de 1950 a implantação do Pla no Salte que objetivava redistribuir os médicos pelo territó rio nacional, com vistas a melhorar a assistência a saúde da população. Apesar de seu fracasso, pois o incremento a saúde estava indissolivelmente ligada a melhoria das condições só cio-econômicas do País, o Plano contribuiu para a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, desmembrado do Ministério da Educação (ME). O novo órgão, porém, não conseguiu dar maior impulso ao setor saúde, sobretudo porque, como os demais seto res sociais, a saúde não constava dos programas prioritários do governo (24). Todavia, intervindo junto ao Ministério re cém-criado, os enfermeiros conseguem a promulgação da Lei nº 2.604/55, regulamentando o exercício da profissão de enfermagem (25).

Na década de 60, destaca-se a Lei Orgânica da Previ dência Social, primeiro passo para a unificação previdenciã ria que se verificou em 1966. A rede de hospitais e ambulató rios era insuficiente para atender a demanda, passando então o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência So cial - INAMPS, a ser o grande "comprador de serviços do Se tor Privado". Nesse período, a situação econômico- financeira do país sofre grave crise, surgindo a preocupação pela racio nalização de gastos com a saúde. Persiste a hegemonia da as sistência curativa sobre a prática preventiva (26).

A partir de 1967, surge "um novo e rentável setor privado da economia nacional - complexo médico-industrial - produto de bens e serviços, normas, lucros, poder e dominação,

---

(24) GUIMARAES, Reinaldo. Saúde e Medicina no Brasil. Ed. Grace. Rio de Janeiro, 1979. p. 62.

(25) FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA - Enfermagem, Legislação e Assuntos Correlatos. p. 177.

(26) BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. - Saúde e Previdência - Estudos de Polí tica Social. CEBES. Hucitec. São Paulo, 1981. p. 89.

de quem a população doente passa a ser o grande mercado a ser conquistado". O impulso privatizante encontrou seu grande apoio e força propulsora nos pagamentos do INAMPS, cuja forma de remuneração dá-se por unidade de serviços - U.S.(27). O pagamento na base de unidades de serviços e de diárias do hospital leva a custos crescentes e ao surgimento desordenado e excessivo de instituições de saúde, que só contribuem para dificultar a extensão dos serviços de saúde a toda a população (28).

Convém lembrar que, nos anos 1975-76, após criação do Plano de Pronta-Ação (P.P.A.), assiste-se a consolidação do poder das empresas privadas de prestação de serviços médicos. A expansão dos serviços particulares conveniados com a Previdência Social dá-se em tamanha velocidade que em 1980, dos 473, 738 leitos hospitalares existentes no país, apenas 31,6% são públicos.(29).

Nas instituições privadas todo poder se encontra nas mãos daqueles que controlam o capital, chegando a interferir em atos administrativos da organização, inclusive em algumas instâncias, limitando atos médicos, para subordiná-los aos interesses da empresa. A assistência de enfermagem não deve onerar os custos, e, por isso mesmo, nem sempre é exercida por pessoal em qualidade e quantidade adequadas. É notório constatar-se que em tais empresas privadas buscam o enfermeiro não para prestar um cuidado mais qualificado e/ou administrar a assistência de enfermagem, mas para atuar como zelador dos interesses da administração, sendo a supervisão, muitas vezes considerada como fiscalização às tarefas dos subordinados, onde estes nem sempre têm seus direitos respeita

---

(27) GUIMARAES, Reinaldo. Saúde e Medicina no Brasil. p. 40.

(28) BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - "INAMPS, um dado 1980". Rio de Janeiro, 1981. (Nota 40);

(29) SANTOS, N.R. Assistência Médica Estatal e Medicina de Grupo: Debate promovido pelo PROAHSA; São Paulo, 28.04.82.

dos (30).

A constatação desta realidade tem levado a conflitos entre os próprios profissionais de enfermagem que acusam o enfermeiro de serviço de afastar-se do cuidado do paciente para dedicar-se ao exercício de funções burocráticas. Configura-se aí um incômodo papel para o enfermeiro na economia hospitalar, ou seja, o de agente favorecedor do consumo de mercadorias e serviços de interesse do assim chamado " complexo médico-industrial" (equipamentos, antissépticos e desinfetantes, descartáveis, medicamentos, etc.) e de "zelador dos interesses da administração" e ainda de "controlador da execução dos atos prescritos" (31).

Quanto às instituições públicas de saúde, a concentração do poder decisório repousa nos altos escalões de hierarquia burocrática, a que os enfermeiros, também não têm acesso. O exemplo do que ocorre no Ministério da Previdência e Assistência Social é elucidativo no país (32).

Vê-se ao longo dos anos que nos hospitais mantidos pela Previdência Social, a ampliação das atribuições dos enfermeiros tem ocorrido de forma lenta. Mesmo com a criação de comissões regionais, composta por enfermeiros com a finalidade de realizar levantamento e análise crítica de cada instituição e traçar as diretrizes para a organização do serviço de enfermagem do INAMPS, não foram muitas as conquistas alcançadas em termos de melhor posicionamento da classe na estrutu

---

(30) OLIVEIRA, M.I.R. Saúde para todos e a Inserção da Enfermagem nas Instuições de Saúde. pl.25.

(31) CASTRO, I.B. O Papel Social do Enfermeiro: Realidade e Perspectivas de Mudança. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º, Porto Alegre, 1982. Anais... p. 42.

(32) SILVA, P.L.B. A Política de Saúde e sua Repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: Uma tentativa de Síntese.

ra do órgão. A nível regional, mesmo exercendo a função de encarregado de Análise Técnica o enfermeiro tem sua competência limitada, já que está subordinado a diretrizes emanadas do chefe de equipe pertencente a outra categoria profissional e que comporta a formulação de planos de ação (33).

Mesmo que a nível regional, o enfermeiro ocupe o cargo de chefe de equipe, sem uma coordenação central, não altera muito a situação, uma vez que o chefe da equipe é quem "coordena as equipes na formulação de projetos e planos em função de diretrizes emanadas da direção geral" (34).

A inexistência de quem, no âmbito da enfermagem, reúna legalmente poderes de liderança e coordenação das ações da categoria, configura, na prática, um choque de lideranças com a atuação de diferentes profissionais num mesmo campo.

No âmbito dos hospitais e Postos do INAMPS há uma certa estrutura hierárquica em que a enfermagem possui chefia de serviços e sessões. Ali compete as chefias de enfermagem, guardadas as características próprias de cada setor, a coordenação, comando e controle das atividades (35).

Vale ressaltar que em 1983 foi criada a coordenadoria de Enfermagem onde esta terá competência para realizar estudos e pesquisas visando o fortalecimento da política de atuação, estratégia, diretrizes, critérios, medidas instrumentais, funções de órgãos vinculados aos programas e procedimentos técnicos, éticos, para prestação de serviços de enfermagem em consonância com diretrizes traçadas pelo Ministério da

---

(33) ARAÚJO, E.C. e alii. Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 32º, Brasília -DF 1980, Anais... p. 36 e 37

(34) ARAÚJO, E.C. et alii. Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem. Anais... p.36/37.

(35) ARAÚJO, E.C. et alii. Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem. Anais... p.36/37.

Previdência e Assistência Social. Outrossim, o documento estabelece ainda que a Coordenadoria de Enfermagem terá competência para elaborar normas necessárias à consecução em todos os níveis de atividades afetas à Coordenadoria, bem como implementar, orientar e acompanhar as atividades que constituem objeto específico da unidade, além de avaliar procedimentos e normas para a prestação dos serviços, bem como os modelos de programação teórica (36).

## 2.2. SISTEMA DE GERENCIA FORMAL E INFORMAL

As organizações são unidades sociais orientadas, predominantemente para a consecução de metas específicas. Para atingi-las, exige-se a mobilização de habilidades técnicas e administrativas, devidamente coordenadas num todo interdependente, em que o funcionamento de cada parte, depende do comportamento das demais que interagem no sistema. Assim, um exemplo de organização social é o hospital, com o propósito de alcançar objetivos explícitos, através de uma estrutura social, isto é, de uma rede formal e uma informal de relações de papéis. No processo de desempenho de suas funções, o hospital desenvolve sua própria cultura, com seu próprio sistema de valores e crenças. Este padrão comum de conduta dentro da organização se reflete na ação de todos os que aí trabalham e também nos pacientes (37).

---

(36) Resolução 31/83 de 30/12 - Boletim de Serviço da Direção Geral - INAMPS de 11 de janeiro de 1984.

(37) PARSONS, T. Sugestões para um Tratado Sociológico da Teoria da Organização. In: Etzioni, A. Organizações Complexas. Atlas, 1967.  
p. 13

Convém lembrar que a estrutura organizacional do hospital difere muito do modelo burocrático de outras organizações de grande porte. Há um relacionamento muito característico entre a autoridade formal dos cargos representados pela hierarquia administrativa e a autoridade derivada dos conhecimentos clínicos e outros profissionais. Tal relacionamento produz, como consequência, uma estrutura formal, algo difusa e única. "Para o desempenho de sua missão, o hospital depende de uma extensa divisão de serviços entre seus auxiliares, com base em uma complexa estrutura organizacional, composta de numerosos e diversificados departamentos, equipes, gabinetes e cargos e com base ainda num elaborado sistema de coordenação de tarefas, funções e interação social" (38).

Há que se acrescentar, que os serviços executados nos hospitais são realizados por um grande número de pessoas que cooperam entre si e cujo aprendizado escolar, preparo, aptidões e funções, são diversificadas e heterogêneas. A execução do tratamento depende de uma grande equipe de saúde. Dentro desta equipe, destaca-se a de enfermagem que inclui enfermeiros, auxiliares de enfermagem e operacionais de serviços. Além disso, há também o administrador do hospital e sua equipe. Além desses elementos, costuma também tomar parte do sistema hospitalar o conselho de curadores, que assume a responsabilidade funcional pela organização (39).

Para atingir seus objetivos, qualquer organização define regras de comportamento próprias para atingir objetivos por meio de atividades coordenadas. A estrutura organizacional como gerência formal, refere-se ao padrão organizacional determinado pela administração, no que diz respeito à di

---

(38) GEORGOPOULOS, Brasil S. & MANN, F.C. "The Hospital as an Organization". Hospital Administration, Outono, 1962. p. 51

(39) KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. Organização e Administração: Um Enfoque Sistêmico. São Paulo. Pioneira. 1976, p. 602.

visão de trabalho, às linhas de autoridade e às esferas de competência. Em instituições de saúde é frequente que os órganogramas tenham pouco poder de explicar a situação, devido às inúmeras categorias profissionais envolvidas no atendimento ao paciente. Os manuais de procedimentos existem em algumas organizações e não refletem, realmente, o comportamento, mas podem ser bom indicador do papel que a organização desenvolve ou se propõe desenvolver (40). Observa-se, entretanto, que este esquema, na prática, tende a operar de modo distinto daquele definido, em virtude das omissões, principalmente se o modelo prescrito for elaborado distanciado da realidade.

Por outro lado, em qualquer organização registra-se a existência de um Sistema de Gerência Informal, que diz respeito às relações interpessoais que ocorrem dentro da organização e que afetam as decisões da mesma, mas que são omitidas no esquema formal, ou são incoerentes com estes. E esperado de pessoas que trabalham juntas, que conversem sobre assuntos extraprofissionais desenvolvendo-se assim todo um sistema de simpatia e/ou de antipatia, padrões de comportamentos e mesmo alguns "rituais" que podem auxiliar, entrar em operação ou serem totalmente irrelevantes frente aos objetivos formalizados (41).

SMITH chama a atenção para o fato, por ele observado nas Instituições Hospitalares, que o levou a acreditar na existência de uma dicotomia entre aquilo que está prescrito para ser feito e aquilo que realmente faz a organização. Toma, como exemplo, o sistema de controle de autoridade através do qual, a Instituição Hospitalar opera e, então, observa uma diferença entre a organização do Sistema de Gerência Formal e Informal. Muito embora, acredite o autor que ali existem duas

---

(40) MALIC, A.M. Comportamento Organizacional para Administradores de Serviços de Saúde. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. 23 (1): 67-72, Jan/mar, 1983. p. 68.

(41) MALIC, A.M. Comportamento Organizacional para Administradores de Serviços de Saúde. p. 69



linhas de autoridades, a administrativa e a especializada. A autoridade administrativa, exercida pelo administrador, é aquela de que nos fala WEBER, ou seja, aquela claramente definida em cada nível da organização, e a especializada é a autoridade de não hierárquica conferida pelo conhecimento, adaptação e limitação às necessidades (42).

Nas organizações especializadas parecem existir dois tipos de autoridade, mas apenas a não especializada está estruturada de forma burocrática, com uma hierarquia e um centro nítido de autoridade. Os especialistas, que executam a principal atividade da instituição não formam uma estrutura de autoridade no sentido da palavra. O poder da autoridade do especialista é o conhecimento. A articulação entre estas duas formas de autoridade administrativa e especializada, pode provocar tensões, principalmente quando elas se superpõem. Cada sistema é orientado por diferentes conjuntos de valores. Um enfatiza a manutenção da organização dentro do esquema pré-estabelecido, enquanto o outro é orientado pela necessidade de servir ao cliente.(43).

A distribuição de poder e autoridade na Instituição Hospitalar é para WILSON, "difusa e pouco clara, sendo, muitas vezes, difícil de se dizer, pelos critérios formais, quem deve exercer tal autoridade em determinadas situações". Muitas vezes, é a condição do paciente que dita uma ação, não havendo tempo para disputa da autoridade ou procura dos canais competentes para decidir. Mesmo assim, acrescenta o autor, as ações são desenvolvidas quase sempre, através dos caminhos encontrados pela organização informal e da forma de coesão que a figura do paciente exerce sobre toda a organização (44).

---

(42) SMITH, D. Front-Line Organizational of the State Mental Hospital Administrative Science Quarterly, 1958.. p. 70

(43) ETZIONI, A. Organizações Complexas. São Paulo, Atlas, 1967, p. 24.

(44) WILSON, R. The Social Struture of General Hóspital. In: SKIPE, J. & LEONARD R. Social Interaction and Patient Care. Philadelphia. J. B. Lippencott. 1965. p. 50

Nas Instituições Hospitalares não há uma linha simples de autoridade, esta é repartida de modo desigual entre o conselho de curadores, os médicos, o administrador e o diretor de enfermagem, de modo que existe um delicado balanço de poder, ao invés de uma única linha hierárquica de comando(45).

Assim, tem quatro centros de poder: a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, entre os quais destaca-se o enfermeiro. Na unidade de saúde a autoridade não emana de uma única linha de comando como em muitas organizações formais. A organização formal da unidade de saúde mostra que a direção superior tem toda a autoridade e responsabilidade pela instituição. A diretoria delega ao administrador a gerência do dia-a-dia, o qual delega às chefias dos serviços sua autoridade de comando (46). O conflito contínuo de poder é um fato fundamental dentro da unidade de saúde. Contudo, a presença de profissionais e técnicos de diferentes áreas, com distintos conhecimentos e habilidades, trabalhando de forma integrada, aponta para um potencial inesgotável de conflitos de conhecimentos e valores.(47).

Por outro lado, a eficácia do trabalho que alguém executa em qualquer situação social depende de sua própria atividade, e também de como esta atividade se relaciona com o que os outros indivíduos estão fazendo (48). Esta interdependência destaca a tarefa de harmonizar as atividades de um indivíduo com as de outros como algo muito importante e bastante difícil (49).

(45) GEORGOPOULOS, Brasil. S. & MANN, F.C. "The Hospital as an Organization". p. 59.

(46) TEIXEIRA, J.M.C. Sistemas Médicos, Técnicos e Administrativos do Hospital Moderno: Sua Ordenação. In: O Hospital e a Visão Administrativa. Contemporânea. São Paulo, Pioneira, 1983. p. 26.

(47) MACHLINE, C. et alii. Uma Forma de Organização Hospitalar. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 21(4): 7-9. Out/Dez. 1981. p. 8.

(48) THOMPSON, V. Modernas Organizações. Rio de Janeiro. Freitas Bastos. 1967. p. 3.

(49) SIMON, H.A. Comportamento Administrativo. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas. 1979. p. 40.

Os planos, regras, regulamentos e controle formais que habitualmente se encontram nas chefias dos serviços em enfermagem podem garantir um mínimo de coordenação. Entretanto, são incapazes, por si, sós, de fazer brotar uma administração apropriada, pois apenas uma pequena fração de toda a operação coordenadora requerida pela sua organização pode ser programada antecipadamente. Assim, a efetividade de uma coordenação das unidades de saúde dos serviços de enfermagem dependem muito da motivação individual e dos ajustamentos voluntários e não-formais das pessoas que nela trabalham.

### 2.3. ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Desde a Segunda Guerra Mundial, pesquisadores operacionais, estatísticos, cientistas da computação e do comportamento, procuraram identificar alguns elementos do processo decisório, comuns a todas as decisões e criar, assim, uma estrutura que permitisse, aos que decidem, analisar melhor uma situação complexa contendo numerosas alternativas e consequências. Como consequência, a literatura sobre o tema que era escassa, nos últimos dez anos, desenvolveu-se bastante sob vários títulos: econometria, pesquisa operacional, cibernética, teoria da informação, processo de tomada de decisão. Atualmente, esta última terminologia, processo de tomada de decisão, é a mais conhecida e aceita pelos estudiosos do assunto.

Assim, o processo de tomada de decisão é definido por SHULL e colaboradores, como sendo "um processo envolvendo fenômenos tanto individuais como sociais baseado em premissas factuais e de valores, que incluem a escolha de um comportamento dentre uma ou mais alternativas com a intenção de apro

ximar-se de algum estado de coisa desejada (50).

Segundo ETZIONI, a teoria de decisão, em grande parte, não se refere à organização e trata das decisões tomadas por indivíduos. Além disso é geralmente prescritiva, isto é, indica os passos necessários para uma decisão racional. Nos últimos anos tem havido um grande interesse por uma teoria descritiva, que registra e analisa como as pessoas realmente tomam decisões, o que as impede de tomar decisões racionais e em que condições tomarão decisões comparativamente racionais. Afirma o autor que "a forma descritiva de estudo ainda exige muito desenvolvimento e precisa passar do nível individual para o da organização" (51).

O modelo normativo ou prescritivo para a tomada de decisão, foi proposto pelo menos há duzentos anos por ADAM SMITH. É baseado no conceito clássico da microeconomia e contém dois pressupostos: a) o objetivo de todas as decisões é maximizar a satisfação; b) o real e o ideal deveriam ser to

---

(50) SHULL, F.A. et alii. Organizational Decision Making. New York. McGraw-Hill. 1970. p. 31

Entre outros:

KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. Princípios de Administração. São Paulo. Pioneira, 1982. p. 160.

"Essência do Planejamento", pois constantemente os administradores têm de escolher o que deve ser feito, quem deve fazer, onde e, às vezes, como.

JORDAN, C.H. Sharing Decision Making. Witer Staff. Aorn Journal. (Asociation of Operating Room Nurses), Denver, 30 (3): 391-8, Sept. 1982. p. 391.

"Processo de Escolha entre Alternativas, caminho ou conduta de ação"

STEINER, George, A. Op. Manegemente Planing. Nova Iorque. Macmilan, 1969. p. 170.

"É uma escolha feita por quem decide quanto ao que deva ou não deva ser feito numa determinada situação".

(51) ETZIONI, A. Organizações Modernas. São Paulo. Atlas, 1967. p. 51.

talmente congruentes. Embora o modelo prescritivo seja analiticamente preciso em suas suposições, ele tem sido criticado como sendo irrealístico. Mesmo que estas críticas sejam válidas, os administradores devem conhecer o modelo prescritivo e fornece guias que facilitam grandemente a aplicação de técnica analítica na solução de problemas (52).

O problemas em relação ao modelo prescritivo é o seu "perfeito conhecimento das suposições". Como não se conhece todas as alternativas possíveis, SIMON reconhece as limitações deste modelo e desenvolve o modelo descritivo, em que suas suposições são que os tomadores de decisões constituem pessoas subjetivamente racionais que toma decisões com base em informações incompletas. Em resumo, a premissa fundamental do modelo descritivo é que o tomador de decisão é uma pessoa que logicamente soluciona os problemas com base no conhecimento ou informação facilmente recuperável. Em certo sentido isto constitui a aceitação de determinada alternativa como viável sem se preocupar abertamente em saber se ela é melhor (53).

Disso resulta que as decisões devem ser pensadas como meios e não como fins. Elas são os mecanismos organizacionais pelos quais se procura determinado estado. Desta forma, são, na realidade, uma resposta organizacional a um problema. Toda decisão é o resultado de um processo dinâmico influenciado por muitas forças (54)

Considera NEWMAN quatro fases fundamentais na tomada de decisão: 1) Definição e Diagnóstico do Problema, envol

---

(52) LANCASTER, W. et alii. Rational decision Making: Managing Uncertainty. Journal of Nursing Administration. Billerica, Ma. 12 (9): 23-8. sept. 1982. p. 23.

(53) SIMON, H.A. Comportamento Administrativo. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas. p. 51.

(54) GIBSON, J. et alii. Organizações: Comportamento, Estrutura, Processo. São Paulo. Atlas. 1981. p. 347.

vendo a obtenção de dados e fatos a respeito do problema, suas relações com o contexto mais amplo, suas causas, sua definição e diagnóstico; 2) Procura de Soluções Alternativas mais Promissoras, isto é, a busca de cursos alternativos de ações possíveis e que se mostram mais promissoras para a solução do problema; 3) Análise e Comparação dessa Alternativa de Solução, onde as alternativas são devidamente analisadas, comparadas no sentido de verificar os custos e os benefícios; e 4) Seleção e Escolha da Melhor Alternativa, como sendo o processo de seleção e de escolha dentre várias alternativas apresentadas (55).

A literatura sobre a tomada de decisão está repleta de modelos conceituais, e, em geral, os mesmos vão desde os mais simples até os mais complexos. O que nos parece importante é que não se deve interpretá-los como se a tomada de decisão fosse um processo fixo. Na verdade, a tomada de decisão é representada, antes como um processo sequencial, e não como uma série de passos isolados. Isto nos permite examinar cada elemento da progressão normal que nos leva a uma decisão. Cada processo é único, porque, na tomada de decisão, aparecerão sistemas de valores administrativos e julgamentos, forças políticas internas, relações interpessoais, habilidades administrativas individuais, capacidades, motivações e valores.

Essa descrição do processo pode parecer extremamente complicada para algumas decisões, e excessivamente simplista para outros. Na verdade, os indivíduos como membros de grupos ou como participantes de organizações estão sempre às voltas com uma escala contínua de complexidade na tomada de decisão, ao longo da qual, varia o grau de detalhamento das vá

---

(55) (NEWMAN, W. H. et alii. Administração Avançada: Conceitos, Comportamentos e Práticas no Processo Administrativo. São Paulo. Atlas. 1981. p. 243)

rias etapas do processo (56).

No processo decisório se escolhem os meios apropriados para alcançar um determinado objetivo, a decisão é considerada racional. Como é difícil averiguar a racionalidade; pois, quase sempre os meios e os fins estão superpostos, SIMON propõe classificar seis tipos diferentes de racionalidade: 1) Objetivamente Racional, quando as decisões maximizam determinados objetivos em uma determinada situação; 2) Subjetivamente Racional, quando as decisões maximizam o alcance relativo a um conhecimento sobre determinado assunto; 3) Conscientemente Racional, quando as decisões procuram ajustar os meios aos fins desejados através do processo consciente; 4) Deliberadamente racional, quando reflete o grau em que o ajustamento dos meios aos fins é deliberado e propositadamente procurado pelo indivíduo ou organização; 5) Organizacionalmente Racional, se for orientada para os objetivos da organização; 6) Pessoalmente Racional, quando as decisões são dirigidas a objetivos puramente pessoais e individuais (57).

Para o próprio SIMON, o criador da teoria das decisões, o comportamento de um indivíduo dificilmente apresenta elevada racionalidade objetiva, porque, ao decidir, o número de alternativas que ele deveria examinar e as informações que ele iria precisar para avaliá-las é muito grande, ultrapassando as suas possibilidades de análise. A decisão se faz através de "pressupostos" que constituem as premissas assumidas pelo indivíduo para basear a sua escolha (58). Alega SIMON, que "todo processo decisório humano, seja no íntimo de um indivíduo, seja na organização, ocupa-se da descoberta e seleção

---

(56) CARVALHAL, M.R. D. F. Cara ou Coroa? Breve Mitologia do Processo Decisório. p. 33

(57) SIMON, H.A. Comportamento Administrativo. p. 70

(58) SIMON, H.A. Comportamento Administrativo. p. 82.

de alternativas satisfatórias; somente em casos excepcionais preocupa-se com a descoberta e seleção de alternativas ótimas (59).

Outros especialistas da teoria da decisão desenvolveram diversos estudos para classificar os diferentes tipos de decisão. SIMON propõe dois tipos genéricos de decisões: as decisões programáveis, são aquelas tomadas de acordo com os métodos e técnicas já estabelecidas, enquanto as decisões não programáveis, quando não há um método determinado para a abordagem do problema (60). Já ANSOFF distingue três diferentes áreas da ação e decisão: decisões estratégicas, que estão relacionadas com o estabelecimento de relações entre a empresa e o ambiente; decisões administrativas, relacionadas com o estabelecimento, configuração organizacional, alocação e distribuição de recursos; decisões operacionais, relacionadas com a seleção e orientação dos níveis operacionais da empresa encarregados de realizar a tarefa técnica (61).

Embora sejam numerosas as tipologias de decisão, finalmente SHULL agrupou as decisões em criativas, programáveis e negociadas, sendo que as Decisões Criativas são necessárias quando existe uma boa dose de incerteza em torno do problema, e quando são necessárias orientações novas e originais. Enquanto que as Decisões Programáveis são aquelas em que se pode aplicar uma determinada tecnologia e que são capazes de admitir uma solução definida e clara. Finalmente, as Decisões Negociadas, implicam na existência de facções, cliques e centros de poder em conflito, todos eles tendo que ser, até certo ponto, satisfeitos na decisão final (62).

---

(59) SIMON, H.A. & JAMES, G.M. Teoria das Organizações. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Serviço de Publicação. 1966. p. 1974.

(60) SIMON, H.A. The New Science of Management Decision. New York. Harper & Row. Publ. Inc. 1960. p. 8.

(61) ANSOFF, H.I. Estratégia Empresarial. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil, 1977. p. 6.

(62) SHULL, F.A. et alii. Organizational Decision Making. P. 30.



Conforme revisão da literatura, verifica-se que existem muitas classificações diferentes de tomada de decisões nas organizações, e por conseguinte, não há um consenso geral por parte dos autores em relação aos tipos de decisão.

#### 2.4. TOMADA DE DECISÃO NA ENFERMAGEM

A maioria das pesquisas realizadas sobre o poder de grupos dentro dos hospitais, referem-se aos agentes tradicionalmente influentes, ou seja, médicos e administradores. Consequentemente, sabe-se pouco sobre o poder de influência da enfermagem comparado ao de outros grupos nos hospitais ou outras áreas específicas nas quais os enfermeiros desenvolvem suas atividades profissionais.

A literatura consultada evidencia que poucos estudos têm sido conduzidos com interesse dirigido à tomada de decisão na enfermagem. O estudo de BRODERICK, referido por BAU MANN relata pesquisa sobre a tomada de decisão na enfermagem onde constatou-se que os enfermeiros processam as informações para as decisões sobre cuidados com o paciente. BAUMANN, refe re também o estudo de GRIER, o qual sugere que a teoria da decisão seja aplicada pelo enfermeiro na seleção das ações de enfermagem, e que este processo sistêmico pode melhorar o cui dado de enfermagem (63).

Segundo COSTA, tais informações vêm sendo aplicadas pela enfermagem no sistema de prestação de saúde, em três níveis: o nível tático, o nível operacional e o nível estratégico. Quanto ao nível tático, sugere que "o desempenho do siste ma seja descritivo em relação à resposta do cliente e que as

---

(63) BAUMANN, A. Nursing Decision Making in Critical Cares Areas. Jour-  
nal of Advanced Nursing OXFORD, 7 (5): 435-46, Sept. 1982. p1438.

decisões do enfermeiro sejam em função do cliente e com os re cursos disponíveis. Tratando-se do nível operacional, "as in formações obtidas do nível anterior fornecem as bases para a tomada de decisão que se relacionarão ao grupo de cliente e em função de um tempo futuro". Relata que no nível estratégi co as decisões do enfermeiro estão relacionadas em função da comunidade, os planos de saúde são de longo alcance e são uti lizadas as informações dos níveis anteriores (64).

Por sua vez, para que a prática de enfermagem vigen te venha a ter seu verdadeiro sentido dentro do sistema de saúde, deve basear-se num enfoque de tomada de decisão sobre as Necessidades Humanas Básicas que conduza o indivíduo ao ní vel funcional desejável ou atenuar seus sofrimentos na fase terminal (65). Outrossim, em seu processo de tomada de deci são o enfermeiro deve ter bem aguçado seu espírito crítico já que a opção por determinadas alternativas, implicará em bene fícios ou prejuízos para o bem-estar da pessoa assistida.

Por outro lado, COLVIN examinou aspectos das deci sões tomadas pelos enfermeiros que têm sido baseadas ora no poder da situação, ora na autoridade do comando. As conclu sões do estudo indicaram que as decisões de enfermagem foram baseadas na autoridade de comando, ou seja, ao tomar decisões, os enfermeiros orientam-se pelas rotinas aceitas (66).

---

(64) COSTA, Lígia Barros. A importância do Registro para Unidade de Memória da Enfermagem em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1982. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem Ana Neri. p. 32.

(65) MENDES, I.A.C. et alii. Análise Crítica do Processo Decisório em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro. 30. (4): 404-11. Out/Dez. 1977. p. 408.

(66) COLVIN, I.C. A Study to identify the bases on which nurses in hospitals make decisions concerning patients. Unpublished master's thesis. McGill University. 1965. p. 40.

Ainda quanto ao tema, KELLY realizou estudo onde apontou elementos que parecem exercer forte influência sobre a tomada de decisão dos enfermeiros: a) o ambiente de trabalho dos enfermeiros é probabilista e incerto; b) os enfermeiros não costumam se orientar por padrões e sugestões contidos em livros; c) mesmo quando os dados sobre o paciente não são completos, os enfermeiros podem lidar efetivamente com as situações apresentadas (67).

MALIC através de sua Tese de Mestrado comprova na prática o discurso de que os componentes da categoria de enfermagem são os grandes responsáveis pelo hospital durante as 24 horas do dia. Ela mostra que, além de suas funções profissionais específicas, os enfermeiros responsabilizam-se também pelas grandes decisões nas Instituições Hospitalares já que representam 75% daqueles que ocupam cargos de diretor ou de assistente técnico (68).

A literatura brasileira é escassa em tratar da tomada de decisão na área específica de enfermagem. Por um lado, isto contribui para a constatação de que o processo de tomada de decisão do enfermeiro não tem recebido um tratamento diferenciado e prioritário que possibilite um desempenho profissional caracterizado por maior eficácia, maior eficiência no campo profissional. Por outro lado, a escassez referida, aponta para a ausência de grandes questões polêmicas entre os autores mencionados.

---

(67) KELLY, K. Clinical inference in nursing I.A. nurse's view point. *Nursing Research*. 10 (15), 23-25, sept. 1966. p. 24.

(68) MALIC, A.M. Processo Decisório em Instituições de Saúde: Estado de Algumas Variáveis em Hospitais Complexos no Município de São Paulo. São Paulo, 1983. Tese (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. p. 92.

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGIA**

3.1. POPULAÇÃO/AMOSTRA

3.1.1. Justificativa da Amostra

A definição da amostra de hospitais foi pautada nos dados do Quadro I, que traz a distribuição dos hospitais de Fortaleza, segundo a categoria dos mesmos. A cidade conta com 52 hospitais, entre públicos e privados.

QUADRO I - Distribuição do número de leitos hospitalares nas empresas da Rede Pública e Privada da Região Metropolitana.

HOSPITAIS	Nº DE HOSPITAIS		Nº DE LEITOS	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
Públicos	09	17,0	1.242	18,0
Privados	43	83,0	5.549	82,0
Total	52	100,0	6.791	100,0

Fonte::Arquivo da Unidade de Fiscalização - COREN - CE.

Dos hospitais da cidade, 08 hospitais públicos compuseram a amostra, sendo que o critério de escolha dos mesmos foi o fato de, somente eles, disporem de enfermeiros-chefe nas Unidades de Internação. (QUADRO I).

TABELA I - Distribuição dos Hospitais de Fortaleza, segundo sua Entidade Mantenedora e Categoria. Outubro/85.

ENTIDADE MANTENEDORA	CATEGORIA	GERAIS	ESPECIAIS	TOTAL
- FUSEC		01	03	04
- INAMPS		01	01	02
- M.E.		01	-	01
- P.M.F		01	-	01
TOTAL		04	04	08

FUSEC - Fundação de Saúde do Estado do Ceará

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária

M.E. - Ministério da Educação

P.M.F. - Prefeitura Municipal de Fortaleza

A amostra de enfermeiros foi composta de todos aqueles que ocupavam o cargo de enfermeiros-chefe de Unidade de internação por ocasião da realização da pesquisa (Tabela II).

TABELA II - Distribuição de Enfermeiros/Chefes, segundo Entidade Mantenedora - Outubro/1984.

ENTIDADE MANTENEDORA	Nº TOTAL DE ENFERMEIROS	Nº TOTAL DE ENFERMEIROS CHEFE DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO
FUSEC	75	23
INAMPS	135	15
M.E.	48	07
P.M.F.	57	08
TOTAL	315	53

### 3.1.2. Caracterização da Amostra

Feita a justificativa acima, a autora definiu que a amostra seria a própria população, isto em virtude do universo da pesquisa possuir uma população pequena, de 53 enfermeiros, no contexto das Instituições Hospitalares. O objeto de estudo selecionado foi o enfermeiro-chefe de unidade de internação, indivíduo que executa atividades de planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem no campo administrativo, educativo e técnico, respondendo aos objetivos e questionamentos próprios do trabalho.

## 3.2. O INSTRUMENTO - ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E APURAÇÃO

### 3.2.1. Instrumento

Inicialmente, a autora fez análise do referencial teórico (Cap. II), e a partir do mesmo delimitou elementos que nortearam a estruturação do instrumento, tais como: a teoria sobre a tomada de decisão, a prática de enfermagem, as funções do enfermeiro e a legislação do exercício profissional de enfermagem em vigor. A experiência da autora como profissional também foi um dos componentes fundamentais que delimitaram o conteúdo do instrumento.

### 3.2.2. Elaboração

Na elaboração do instrumento, a autora desenvolveu quatro etapas distintas que são descritas a seguir: na primeira etapa, questionou-se a percepção do enfermeiro em relação aos campos de tomada de decisão, visando saber o que ele reconhece como decisão administrativa, decisão educativa e decisão técnica. Para responder a este questionamento, realizou-se um estudo de campo nos meses de julho/agosto/1984, objetivando conhecer o trabalho dos enfermeiros nas Instituições Hospitalares. Para tanto, estudou-se a estrutura organizacional e funcional das instituições selecionadas, particularmente o funcionamento das unidades de internação e os padrões de interação dos grupos de referência internos.

Pretendeu-se na segunda etapa verificar o próprio processo de tomada de decisão do enfermeiro nas unidades de internação, partindo-se do pressuposto de que nestes setores se concentram as atenções dos hospitais para o cuidado e tratamento do cliente internado. Uma vez que são os profissionais de enfermagem que permanecem 24 horas no hospital, consi



derou-se que se questionasse o enfermeiro em relação a tomada de decisão.

Nas terceira e quarta etapas, buscou-se questionar o que existe em relação a estrutura e funcionamento das Instituições Hospitalares que ajuda ou interferem na tomada de de cisão do enfermeiro, com ênfase sobre componentes organizacionais e/ou grupos de referência internos.

Finalmente, pretendeu-se com os questionamentos aci ma, obter do enfermeiro respostas de como eles se encontram e se posicionam dentro do contexto das Instituições Hospit ala res quanto a sua tomada de decisão.

### 3.2.3. Aplicação.

O instrumento foi entregue aos enfermeiros e eram respondidos com o pesquisador presente, para uniformizar a compreensão das perguntas e facilitar a tabulação dos dados, no entanto, era feito esforço no sentido de que as respostas não sofressem influência do autor da pesquisa.

A aplicação foi efetivada no mês de outubro de 1985, ~~somente~~ no turno da manhã, visto que os enfermeiros em estu do, só trabalham neste período. A aplicação foi realizada por ocasião de visitas às Instituições Hospitalares, visitas es as precedidas dos trâmites administrativos de rotina.

Cada respondente levou em média trinta minutos para responder o questionário e a atitude dos mesmos, na maioria, foi receptiva, mostrando com isso, o interesse dos enfermei ros pelo tema em estudo. Prova disto é que dos 53 enfermeiros, somente um não quis responder o questionário, portanto traba lh ou-se com 52 para análise de pesquisa.

Pode-se ainda observar que durante a aplicação do questionário, a maioria dos diretores hospitalares facilitou o acesso ao pesquisador, denotando total interesse pelo trabalho. Alguns chegaram a destacar a importância da utilização dos achados da pesquisa, para que ela possa contribuir para melhorar o padrão dos serviços de enfermagem.

#### **3.2.4. Apuração**

Os resultados estão distribuídos em 15 Tabelas, segundo os 20 itens que compõem o questionário.

A apuração dos dados foi efetivada manualmente e os resultados expressos em números absolutos e seus percentuais. Cada questionário recebeu um número de codificação por ocasião da apuração dos dados.

# BIBLIOTECA KARL A. BOEDECKER

C A P I T U L O    I V  
R E S U L T A D O S

#### 4.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As respostas foram trabalhadas por agrupamentos de hospitais segundo entidade mantenedora. Vale salientar que com os objetivos e questionamentos da pesquisa se pretendia encontrar respostas oriundas do conjunto de enfermeiros sem especificar a situação em cada Instituição Hospitalar.

##### 4.1.1. Identificação dos Respondentes

TABELA III - Caracterização dos Enfermeiros, segundo sexo e faixa etária por grupo de hospitais - Out/1985

GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP.FUSEC		HOSP.INAMPS		HOSP.M.E.		BMF.		TOTAL	
		ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERM.											
SEXO	FEMININO	21	95,4	15	100	07	100	08	100	51	98
	MASCULINO	01	4,6	-	-	-	-	-	-	01	2
T O T A L		22	100	05	100	07	100	08	100	52	100
FAIXA ETARIA	20 - 30	08	36,5	05	33,0	05	71	05	62,5	23	44
	31 - 40	13	59,0	08	53,0	02	29	03	37,5	26	50
	41 - 50	01	4,5	01	7,0	-	-	-	-	02	4,0
	51 - 60	-	-	01	7,0	-	-	-	-	01	2,0
	T O T A L	22	100	15	100	07	100	08	100	52	100

A caracterização dos enfermeiros tem como resulta dos contidos na Tabela III, de acordo com os dados obtidos, que 51 (98,0%) são do sexo feminino e 1 (2,0%), do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, dos 52 (100%) dos enfermeiros verifica-se que 26 (50%) têm mais de 30 anos, enquanto 23 (44%) possuem mais de 20 anos, sendo que apenas 1 (2,0%) têm mais de 50 anos.

TABELA IV - Caracterização dos Enfermeiros, segundo anos de exercício profissional, tempo de chefia de unidade de internação e vínculo de emprego por grupo de hospitais - Outubro/1985.

GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP ME		HOSP PMF		TOTAL	
		ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
CARACTERIZAÇÃO ENFERMEIROS											
Ano de exercício profissional	Menos de 1 ano	01	4,5	01	6,6	-	-	02	25,0	04	8,0
	De 1 a 10	08	36,3	01	6,6	05	71,4	05	62,5	19	36,0
	De 5 a 10	12	54,5	03	13,1	01	14,2	01	12,5	17	32,5
	Mais de 10	01	4,5	10	66,6	01	14,2	-	-	12	23,1
Tempo chefia Unidade Internação	Menos de 1 ano	03	14,0	02	13,4	03	42,8	02	25,0	10	19,0
	De 1 a 5	10	45,0	03	20,0	04	57,2	05	62,5	22	42,0
	De 5 a 10	09	41,0	04	26,6	-	-	01	12,5	15	29,0
	Mais de 10	-	-	06	40,0	-	-	-	-	05	10,0
Vínculo de Emprego	Estatutário	02	9,0	-	-	-	-	-	-	02	4,0
	C.L.T.	20	91,0	15	100	06	86,0	08	100	49	94,0
	Firmas	-	-	-	-	01	14,0	-	-	01	2,0
T O T A L		22	100	15	100	07	100	08	100	52	100

Observando a Tabela IV constata-se que 19 (36,0%), têm de 1 a 5 anos de exercício profissional, enquanto que 17 (32,5%) possuem de 5 a 10 anos e apenas 04 (8,0%) têm menos de 1 ano.

Quanto ao tempo de chefia de unidade de internação verifica-se que 22 (42,0%) afirmam ter de 1 a 10 anos este cargo, enquanto que 15 (29,0%) possuem de 5 a 10 anos, respectivamente; é interessante destacar ainda quanto a isso, que somente 5 (10,0%) ocupam o cargo há mais de 10 anos.

Por outro lado, verifica-se que dentre o total, 49 (94,0%) dos enfermeiros possuem vínculo de emprego pela CLT.

#### **4.1.2. Domínio de Conceitos e Desempenho de Atividades dos Enfermeiros quanto a Tomada de Decisão Administrativa, Educativa e Técnica.**

As tabelas dispostas nas páginas 46, 47, 48, trazem os dados referentes às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e que estão relacionadas a tomada de decisão nas áreas administrativa, educativa e técnica. Foi solicitado a cada enfermeiro que apontasse as decisões tomadas por eles em cada uma destas áreas. Observou-se que a média de respostas por enfermeiros ficou em 2 ou 3 atividades.

Considerando o significativo número de respostas obtidas e que as mesmas tinham redações diversas, embora com temários que se relacionavam entre si, adotou-se o critério de agrupar as respostas que continham o mesmo sentido. Portanto, cada decisão apontada pelos enfermeiros está incluída em um dos grupos de respostas. Foi selecionada para tratar as demais, aquela resposta de linguagem mais objetiva e técnica. Vale ressaltar ainda que houve empenho da autora no sentido de respeitar o máximo possível os termos citados pelos enfermeiros.

TABELA V - Domínio dos enfermeiros, quanto ao conceito de Tomada de Decisão Administrativa, Educativa e Técnica, por grupo de hospitais. Outubro/1985.

AREAS DE TOMA DA DE DECISÃO	GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP ME		HOSP PMF		TOTAL			
			S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
			ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	%	ABS	%
Administrativa			12	10	10	05	05	02	04	04	31	60	21	40
Educativa			12	10	10	05	05	02	04	04	31	60	21	40
Técnica			12	10	10	05	05	02	04	04	31	60	21	40

S: Dominam conceito. N: Não dominam conceito.

Observando a Tabela V, verifica-se que 31 (60,0%) dos enfermeiros dominam os conceitos de tomada de decisão nas diferentes áreas e 21 (40,0%) não o fazem. Vale ressaltar que, entre aqueles que não responderam a este item, 6 (11,5%) listaram atividades corretamente relacionadas com a área de tomada de decisão, concluindo-se, portanto, que dos 52 (100%) respondentes, apenas 15 (32,6%) não tem qualquer domínio quanto ao que foi solicitado.

TABELA VI - Atividades de Tomada de Decisão Administrativa apontadas pelos Enfermeiros por Grupo de Hospitais - Outubro/1985.

GRUPOS DE HOSPITAIS ATIVIDADES	HOSP FUSEC	HOSP INAMPS	HOSP M.E.	HOSP PMF	TOTAL	
	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	%
1. Elaboração de Escala de Serviço	11	09	05	04	29	19,9
2. Organização da Unidade de Internação	09	07	04	02	22	15,0
3. Solicitação de Mat. p/Implementação do cuidado ao Paciente	07	06	02	04	19	13,0
4. Improvisação Assistencial	06	04	03	04	17	11,6
5. Resolução de Situação-Problema na Equipe/Enfermagem	06	07	01	01	15	10,3
6. Recrutamento interno pessoal	04	03	02	01	10	6,8
Não toma decisão	03	04	01	01	09	6,2
7. Cumprimento das ordens de Serviço	02	01	03	02	08	5,5
8. Aval. de Desempenho	03	02	01	01	07	4,8
9. Remanej. Pessoal	03	02	01	01	07	4,8
10. Sindicância de Problemas Éticos	02	01	-	-	03	2,1
T O T A L	56	46	23	21	146	100,00

Observando a Tabela VI, constata-se que os enfermeiros tomam mais decisão de caráter administrativo do que de caráter educativo e técnico. Assim, foram obtidas 146 (100,0%) respostas que foram acopladas em 10 atividades. Destas, 29 (19,9%) concentram-se no grupo de Elaboração de Escala de Serviço, os demais agrupamentos tiveram os seguintes Índices de



respostas: Organização da Unidade de Internação, 22 (15%); Solicitação de Material para Implementação de Cuidado ao Paciente, 19 (13%); Improvisação Assistencial, 17 (11,6%); Resolução de Situação-Problema na Equipe de Enfermagem, 15 (10,3%); Recrutamento de Pessoal, 10 (6,8%); Não Toma Decisão, 9 (6,2%); Cumprimento de Ordens de Serviço, 8 (5,5%); Avaliação de Desempenho, 7 (4,8%); Remanejamento de Pessoal, 7 (4,8%) e Sindicância de Problemas Éticos, 3 (2,1%).

TABELA VII - Atividades de Tomada de Decisão Educativa desenvolvidas pelos Enfermeiros por Grupo de Hospitais - Outubro/1985.

<div> <div>GRUPOS DE HOSPITAIS</div> <div>ATIVIDADES</div> </div>	HOSP.FUSEC	HOSP INAMPS	HOSP M.E.	HOSP PMF	TOTAL	
	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	%
1. Política de treinamento Pessoal em Serviço	10	08	04	04	26	22,8
2. Encontros Periódicos p/Avaliação da Assistência	13	05	04	02	24	21,1
3. Reciclagem Pessoal	11	07	02	03	23	20,2
4. Ações Educativas junto à Clientela	08	06	04	04	22	19,3
5. Formação de Recursos Humanos na Área de Ensino	03	06	02	01	12	10,5
Não toma Decisão	03	02	01	01	07	6,1
T O T A L	48	34	17	15	114	100,0

Partindo-se da Tabela VII, verifica-se a frequência de 114 (100%) nas respostas dos enfermeiros relacionados a Tomada de Decisão no campo educativo, que foram agrupados em 5 atividades. O maior número de respostas, 26 (22,8%), está contido na categoria Política de Treinamento de Pessoal em Serviço. As demais respostas estão agrupadas nas seguintes atividades: Encontros Periódicos para Avaliação de Assistência, 24 (21,1%); Reciclagem de Pessoal, 23 (20,2%); Ações Educativas junto à Clientela, 22 (19,3%); Formação de Recursos Humanos na Área de Ensino, 12 (10,5%); Não Toma Decisão, 07 (6,1%).

TABELA VIII - Atividades de Tomada de Decisão Técnica desenvolvidas pelo Enfermeiro por Grupo de Hospitais. Outubro/1985.

GRUPOS DE HOSPITAIS  ATIVIDADES	HOSP FUSEC	HOSP INAMPS	HOSP M.E.	HOSP PMF	TOTAL	
	ABS	ABS	ABS	ABS	ABS	%
1. Avaliação da Qualidade da Assistência Prestada	16	10	05	04	35	30,4
2. Decisões em Situações Emergenciais	08	07	03	04	22	19,2
3. Desenvolv. de Ações de Enfermagem Independentes	07	06	02	03	18	15,6
4. Estudo de Novas Alternativas Assistenciais	06	03	02	03	14	12,2
5. Delimitação de Ações que não podem ser delegadas	06	02	04	02	14	12,2
6. Determinação de Prioridades na Assistência de Enfermagem	04	03	02	03	12	10,4
T O T A L	47	31	18	19	115	100,0

Tomando-se então a Tabela VIII, observa-se a frequência de 115 (100%) respostas relacionadas com as Decisões Técnicas, que foram distribuídas em 6 atividades. O maior número de respostas está contido na atividade Avaliação da Qualidade da Assistência Prestada, 35 (30,4%). As demais respostas foram agrupadas da seguinte forma: Decisões em Situações Emergenciais, 22 (19,2%); Desenvolvimento de Ações de Enfermagem Independentes, 18 (15,6%); Estudo de Novas Alternativas Assistenciais, 14 (12,2%); Delimitação de Ações que não podem ser delegadas, 14 (12,2%); Determinação de Prioridades na Assistência de Enfermagem, 12 (10,4%).

#### 4.1.3. Percepção do Enfermeiro em Relação ao Processo de Tomada de Decisão

TABELA IX - Percepção dos Enfermeiros segundo sua participação na Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais. Outubro/1985.

MODOS DE PARTICIPAÇÃO	GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Influencia opinando	09	41,0	08	53,3	03	43,3	03	37,5	23	44,3		
Influencia fortemente	05	23,0	05	33,3	02	29,0	01	12,5	13	25,0		
Influencia pouco	06	27,0	-	-	01	14,0	02	25,0	09	17,3		
Não é Solicitado	02	9,0	02	13,4	01	14,0	02	25,0	07	13,4		
TOTAL	22	100,0	15	100,0	07	100,0	08	100,0	52	100,0		

Na Tabela IX, observa-se que 23 (44,3%) dos enfermeiros, revelam que participam na Tomada de Decisão apenas emitindo opinião. Por outro lado, 13 (25%) consideram que influenciam fortemente nas decisões; 9 (17,3%) consideram que influenciam pouco e 7 (13,4%) afirmam que nem sequer são solicitados a opinar.

TABELA X - Percepção dos Enfermeiros quanto ao acatamento de suas Decisões pela Administração Superior, por grupo de Hospitais. Outubro/1985.

ACATAMENTO \ GRUPOS DE HOSPITAIS	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Sempre	06	27,0	11	73,0	02	28,5	02	25,0	21	40,38
Nunca	07	32,0	03	20,0	02	28,5	04	50,5	16	30,77
As vezes	07	41,0	01	7,0	03	43,0	02	25,0	15	28,85
T O T A L	22	100,0	14	100,0	07	100,0	08	100,0	52	100,0

Na Tabela X, contém o demonstrativo do acatamento da Administração Superior por Grupo de Hospitais às decisões tomadas pelos enfermeiros. Observa-se que 21 (40,3%) dos enfermeiros afirmam ter suas decisões acatadas, enquanto que, 16 (30,77%) não têm esta prerrogativa e 15 (28,85%) às vezes tem suas decisões aceitas pela Administração Superior.

TABELA XI- Percepção dos Enfermeiros quanto aos fatores pessoais que mais influenciam na Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais. Outubro/1985.

FATORES PESSOAIS QUE MAIS INFLUENCIAM	GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Experiência profissional	14	31,0	11	26,0	04	31,0	05	33,4	34	27,0		
Habilidade p/Relacionamento nos Diferentes Escalões	07	15,0	19	21,0	02	15,0	03	20,0	31	24,0		
Habilidade no Relacionamento c/a Equipe Multiprofissional	13	28,0	10	23,0	02	15,0	02	13,3	27	21,0		
Desempenho de Função	06	13,0	07	16,0	02	15,0	03	20,0	18	14,0		
Conhecimento Técnico de Administração e Correlatos	06	13,0	06	14,0	03	24,0	03	20,0	18	14,0		
TOTAL	46	100,0	43	100,0	13	100,0	16	100,0	128	100,0		

Observa-se na Tabela XI as respostas dos enfermeiros em relação aos fatores pessoais que influenciam na Tomada de Decisões dos mesmos: aparece como primeiro fator - Experiência Profissional, 34 (27%); Habilidade para Relacionamento nos Diferentes Escalões, 31 (24%); Habilidade no Relacionamento com a Equipe Multiprofissional, 27 (21%); Desempenho de Função, 18 (14%); Conhecimento Técnico de Administração e Correlatos, 18 (14%).

#### 4.1.4. Fatores causais da Tomada de Decisão referentes aos componentes organizacionais

TABELA XII - Opinião dos Enfermeiros quanto à existência de componentes organizacionais, por Grupo de Hospitais - Outubro/ 1985.

<div> <div>GRUPO DE HOSPITAIS</div> <div>COMPONENTES ORGANIZACIONAIS</div> </div>	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOS M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Normas e rotinas do Serviço de Enfermagem	09	41,0	08	53,0	03	25,0	02	25,0	22	42,0
Responsabilidades da Equipe de Enfermagem	07	32,0	07	47,0	02	29,0	01	12,0	17	32,0
Não tem componente organizacional	04	18,0	-	-	02	28,8	03	37,0	09	18,0
Funções da Equipe de Enfermagem	02	9,0	-	-	-	-	02	25,0	04	8,0
T O T A L	22	100,0	15	100,0	07	100,0	08	100	52	100

A Tabela XII focaliza as respostas dos enfermeiros em relação aos componentes organizacionais. Observa-se que 22 (42,0%) dos enfermeiros, afirmam que nas suas Instituições Hospitalares, existem apenas normas e rotinas do serviço de enfermagem, enquanto que 17 (32%) opinaram que apenas descrevem as responsabilidades da equipe de enfermagem, sendo que 9 (18%) não têm componentes organizacionais.

Vale ressaltar que o item quinze do (Anexo II) também focaliza os componentes organizacionais, cujos dados obtidos revelam que 20 (38,4%) afirmam que não há coerência entre a prática vigente e seu conteúdo.

Por outro lado, o item dezesseis (Anexo II) mostra que (58,0%) da equipe multiprofissional desconhece a existência desses componentes.

TABELA XIII - Opinião dos Enfermeiros, quanto à informação como componente organizacional, por Grupo de Hospitais - Outubro/1985.

<div> <div>GRUPOS DE HOSPITAIS</div> <div>INFORMAÇÃO COMO COMPONENTE ORGANIZACIONAL</div> </div>	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP. ME.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Comunicação informal para sua área específica	08	36,0	03	20,0	04	57,0	07	87,5	22	42,0
Comunicação analisada, interpretada e avaliada antes da Tomada/Decisão	09	41,0	05	33,0	03	43,0	-	-	17	33,0
Comunicação Formal	02	9,0	06	40,0	-	-	-	-	08	15,0
Comunicação interpretada para os membros da Equipe de Enfermagem	03	14,0	01	7,0	-	-	01	12,5	05	10,0
T O T A L	22	100	15	100	07	100	08	100	52	100

Finalmente, em relação aos componentes organizacionais, a Tabela XIII mostra que 22 (42,0%) afirmam que as comunicações chegam informalmente para sua área específica, 17 (33,0%) as comunicações são analisadas, interpretadas e avaliadas antes da Tomada de Decisão, sendo que apenas 5 (10,0%), a comunicação é interpretada para os membros da equipe de Enfermagem.

**4.1.5. Posicionamento dos grupos de referência internos quanto à Tomada de Decisão e a Operacionalização das mesmas.**

**TABELA XIV - Opinião dos Enfermeiros quanto à Tomada de Decisão, segundo os grupos de referência internos por grupo de Hospitais - Outubro/1985**

GRUPOS DE REFERENCIA INTERNOS \ GRUPO DE HOSPITAIS	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1. Direção Superior	12	54,0	05	33,0	06	86,9	04	50,0	27	52,0
2. Corpo Clínico	02	9,0	03	20,0	01	14,0	02	25,0	08	15,0
3. Corpo Profissional *	04	18,0	03	20,0	-	-	01	12,5	08	15,2
4. Administração Técn.	01	4,5	04	27,0	-	-	01	12,5	06	12,0
5. Adm.Participativa	03	14,0	-	-	-	-	-	-	03	6,0
T O T A L	22	100	15	100	07	100	08	100	52	100

(\*) Convenção: Corpo Profissional - Enfermeiro chefe de serviço, Supervisor.

Na Tabela XIV, observa-se que dos 52 (100%) enfermeiros, 27 (52,0%), demonstram que a Tomada de Decisão é centralizada na Administração Superior, sendo que somente 3 (6,0%) referem qua a Tomada de Decisão é participativa, isto é, todos são envolvidos no processo de Tomada de Decisão..



TABELA XV - Opinião dos enfermeiros, segundo dependência hierárquica para Tomada de Decisão por Grupo de Hospitais - Outubro/1985.

GRUPO DE HOSPITAIS DEPENDENCIA HIERARQUICA DOS SERVIÇOS	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Chefe de Serviço de Enfermagem	11	44,0	10	53,0	05	12,5	04	45,0	30	50,0
Direção Geral	05	20,0	01	5,0	02	25,0	03	33,0	11	18,0
Chefia Médica da Unidade de Internação	01	4,0	04	21,0	01	12,5	01	11,0	07	12,0
Direção do Serviço Técnico	06	24,0	-	-	-	-	-	-	06	10,0
Supervisora do Serviço de Enfermagem	-	-	03	16,0	-	-	01	11,0	04	7,0
Não responderam	02	8,0	-	-	-	-	-	-	02	3,0
T O T A L	25	100	18	100	08	100	09	100	60	100

A Tabela XV, que contém as respostas dos enfermeiros em relação à dependência hierárquica dos serviços para a Tomada de Decisão, observa-se que 30 (50%) afirmam que dependem hierarquicamente da Chefia do Serviço de Enfermagem, sendo que 11 (18%) referem que dependem da Direção Geral para a Tomada de Decisão, enquanto que 07 (12%) revelam que dependem da Chefia Médica da Unidade de Internação para Tomada de Decisão, sendo que apenas 4 (7,0%) dependem da Supervisora do Serviço de Enfermagem, respectivamente.

TABELA XVII - Opinião dos Enfermeiros, quanto à Tomada de Decisões, segundo categorias profissionais, por Grupo de Hospitais - Outubro/1985.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS \ GRUPO DE HOSPITAIS	HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Médico	13	59,0	02	13,0	02	28,5	03	38,0	20	39,0
Enfermeiro e Médico	01	4,0	08	53,0	03	43,0	02	25,0	14	27,0
Enfermeiro	03	14,0	02	13,0	-	-	02	25,0	07	13,0
Outras Categorias*	05	23,0	03	21,0	02	28,5	01	12,0	11	21,0
T O T A L	22	100	15	100	07	100	08	100	52	100

(\*) Convenção: inclui esta categoria o Diretor Geral, Diretor Clínico e Administrador.

Verificam-se na Tabela XVI, os resultados em relação às categorias profissionais que mais decidem na Instituição Hospitalar, aparece o médico em primeiro lugar, 20 (39%) e o enfermeiro com apenas 7 (13,0%) em termos do processo de decisão.

TABELA XVII - Opinião dos Enfermeiros, segundo as equipes profissionais que operacionalizam a Tomada de Decisão, por Grupo de Hospital - Outubro/1985.

EQUIPES PROFISSIONAIS	GRUPOS DE HOSPITAIS		HOSP FUSEC		HOSP INAMPS		HOSP M.E.		HOSP PMF		TOTAL	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Equipe Médica e Equipe de Enfermagem	13	59,0	03	20,0	02	28,0	02	25,0	20	38,0		
Equipe de Enfermagem	03	14,0	09	60,0	03	43,0	02	25,0	17	33,0		
Equipe Multiprofissional c/Participação de Enfermagem	06	27,0	03	20,0	02	28,5	04	50,0	15	29,0		
T O T A L	22	100	15	100	07	100	08	100	52	100		

A Tabela XVII apresenta os dados referentes à equipes profissionais que operacionalizam a Tomada de Decisão, sendo que 20 (38%) dos enfermeiros apontam a equipe médica e de enfermagem, enquanto que 17 (33%) referem ser os enfermeiros que operacionalizam as tomadas de decisões, consideradas importantes para o desempenho da prática profissional.

Os dados ainda demonstram que 15 (29%) dos respondentes salientam que a equipe multiprofissional participa junto com a equipe de enfermagem para o processo de Tomada de Decisão nas três áreas, evidenciando a preocupação da equipe de saúde sobre o assunto.

## 4.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.2.1. Dados de Identificação dos Respondentes

Na Tabela III, pode-se constatar que dos cinquenta e dois respondentes, um grupo bem maior é constituído de pessoas do sexo feminino; apenas um é do sexo masculino. Em relação à faixa etária dos enfermeiros, verifica-se que 49 têm entre 20 e 40 anos, apenas 3 têm entre 41 e 60 anos.

Em relação à variável sexo, tendo em vista que a quase totalidade dos enfermeiros são do sexo feminino, pode-se interpretar este fato como um elemento que contribui negativamente para a baixa complexidade das decisões que costumemente são tomadas pelos mesmos, como será verificado na análise das tabelas seguintes. Sabe-se que diferentemente do homem de quem precocemente se cobra autonomia, independência e capacidade para enfrentar desafios, da mulher esperam-se e reforçam-se atitudes de obediência, dependência e delicadeza, fatores estes que não se relacionam bem com a necessidade de tomar decisões. Quanto à idade, pode-se afirmar que o grupo de enfermeiros é bastante jovem. Este fato pode ser percebido a partir de duas óticas: uma negativa, pois sendo jovens, faltam experiência suficiente para um posicionamento mais autônomo; uma positiva, pois sendo jovens, devem ter todo um potencial que pode ser estimulado e desenvolvido a partir de cursos e programas de educação continuada, voltados para o melhor gerenciamento do serviço de enfermagem.

Em relação ao tempo de chefia de unidade de interação, observa-se que um grande potencial, 37 correspondem aos enfermeiros que exercem o cargo entre 1 a 10 anos. Vale destacar que este percentual se aproxima bastante daquele correspondente aos enfermeiros que têm entre 1 e 10 anos de exercício

cio profissional.

A quase coincidência entre os anos de exercício profissional e o tempo de chefia em unidades de internação, mostra que logo que são admitidos, os enfermeiros passam ocupar cargos de chefias. Esta realidade, a curto prazo, é positiva, pois representa oportunidade de afirmação profissional, entretanto, a longo prazo, necessário se faz, a qualificação crescente destes profissionais para um melhor desempenho de suas funções.

Resta, ainda, analisar o vínculo de emprego; esse item foi colocado no questionário, no sentido de verificar se por possuírem mais segurança no emprego, os estatutários agiriam diferentemente dos enfermeiros regidos pela C.L.T. Não foi possível fazer esta análise, porque cinquenta dos enfermeiros entrevistados são contratados pela C.L.T.

#### **4.2.2. Domínio de Conceitos e Desempenho de Atividades dos Enfermeiros quanto à Tomada de Decisão Administrativa, Educativa e Técnica**

Diante dos resultados da pesquisa, em princípio, levando-se em conta a apresentação do Referencial Teórico, optou-se por uma classificação diferente dos tipos de decisão apresentados por SIMON, ANSOFF e SHULL (69). Resolveu-se trabalhar com as decisões relacionadas aos campos de atuação do enfermeiro - Administrativo, Educativo e Técnico. A opção por

---

(69) Ver a este respeito:

SIMON, H. A. The New Science of Management Decision. p. 8.

ANSOFF, H.I. Estratégia Empresarial. p. 6.

SHULL, F.A. et alii. Organizational Decision Making. p. 20.

tal classificação ocorreu em função de a autora considerar a mesma mais sintonizada com a missão peculiar do enfermeiro.

A análise do desempenho de atividades frente às Decisões Administrativas, consideradas pelos enfermeiros nas Instituições Hospitalares estudadas, mostra que somente quatro das dez decisões selecionadas pelos respondentes estão especificamente relacionadas às atividades de enfermagem (Ver Tabela VI). Aparece em primeiro lugar o item Elaboração de Escala de Serviço, que está voltada para a distribuição do trabalho - diário e mensal - da equipe de enfermagem; em segundo lugar vem a Organização da Unidade de Internação, o que equivale a adotar a unidade de internação de recursos humanos e materiais, no sentido de que possa atender adequadamente a clientela. Destaca-se em quarto lugar, a Improvisação Assistencial, o que pode realmente ser explicado pela escassez de recursos das Instituições pesquisadas, características próprias da maioria dos hospitais da região do Nordeste, nas quais muitas vezes o enfermeiro tem que tomar decisões importantes e urgentes para que o paciente receba o tratamento. Em quinto lugar evidenciou-se a Resolução de Situação Problema na Equipe de Enfermagem, situações essas que interferem no atendimento do paciente, reforçando-se ainda mais, a noção de que o enfermeiro é o responsável maior pela criação e manutenção de um ambiente terapêutico entre a equipe de saúde e o cliente.

As demais decisões citadas pelos respondentes - Remanejamento de Pessoal, Recrutamento Interno, Avaliação de Desempenho, Cumprimento de Ordens de Serviço e Sindicância de Problemas Éticos, não dizem respeito diretamente ao enfermeiro, pois estão mais relacionadas ao controle da organização e do pessoal, portanto mais voltada para a Administração Geral de Recursos Humanos. Por outro lado, a decisão citada em 3º lugar, ou seja, Solicitação de Material para Implantação do Cuidado do Paciente, fica mais diretamente relacionada com o gerente de unidade de internação.

Ao verificar-se o desempenho das atividades dos respondentes frente à Tomada de Decisão Educativa, a Tabela VII mostra que os enfermeiros estão tomando decisões voltadas para esta área. Não há que discutir que os respondentes estão preocupados com a educação continuada em serviço, no sentido de que possa assegurar uma boa qualidade na assistência a ser prestada, extrapolando estes ensinamentos para o cliente, família e comunidade. Embora tenham expressado que geralmente, a educação em serviço é uma atividade presente dentro da Instituição Hospitalar, os entrevistados afirmam não ter encontrado respaldo administrativo e a receptividade que seria de se esperar. Os enfermeiros têm, na medida do possível, efetuado treinamento através de enfoques teóricos, ou através de experiências, dentro do trabalho ou Instituições especializadas, de maneira formal ou informal, no sentido de suprir falhas ou erros na equipe de enfermagem.

Na análise das respostas sobre o desempenho dos enfermeiros frente à Tomada de Decisão Técnica (ver Tabela VIII), aparece em primeiro lugar avaliação da qualidade da assistência prestada. Este achado está em consonância com a tese defendida por KRON, segundo a qual a avaliação constitui a principal atividade do enfermeiro (70). Em segundo lugar, na mesma Tabela, aparece Decisões em Situações Emergenciais, item que compreende as primeiras providências tomadas em caso de urgência. Vem em terceiro lugar o Desenvolvimento de Ações de Enfermagem Independentes, que é o conjunto de atividades autônomas em que o enfermeiro atua sem intervenção ou supervisão de outro profissional (71). Em quarto lugar, vem Estudo de Novas Alternativas Assistencial e representa a preocupação de

---

(70) KRON, Thora. Manual de Enfermagem. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. p. 19.

(71) ORLANDO, I.J. O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente. Função, Processo e Princípios. São Paulo. EPU, 1978. p. 34.

alguns enfermeiros com a introdução do Plano de Cuidados de Enfermagem em sua prática, enquanto outros começam a avaliar a Metodologia do Processo de Enfermagem implantada há algum tempo em uma das Instituições.

Por último, aparece na mesma Tabela, os itens De limitação de Ações, que não poder ser delegadas e Determina ção de Prioridades na Assistência de Enfermagem. O aparecimento dos mesmos em último lugar na Tabela, é motivo de preocupação, dadas as características da prática de enfermagem, que, sendo exercida por pessoas de mais baixa e mais alta qualificação, a definição de ações delegáveis e das prioridades As sistenciais precisam estar entre as principais preocupações dos enfermeiros.

A análise das três últimas Tabelas, possibilitaram constatar que os enfermeiros têm, na prática, sido levados a cuidar muitas vezes de atividades estranhas ao seu mister, em detrimento do seu verdadeiro papel. Observa-se que os enfermeiros vêm se omitindo de tomar decisões sobre o paciente, deixando de fazer intervenções importantes. No entanto, por ser o profissional que assiste o paciente praticamente nas 24 horas do dia, deve o enfermeiro estar em melhores condições de avaliar as necessidades do paciente, determinar metas e estabelecer prioridades com relação à assistência de enfermagem.

Vale ressaltar ainda, que as ações de enfermagem, segundo sua importância, deverão ser realizadas pelo próprio enfermeiro ou pelo pessoal de enfermagem, mas sob sua responsabilidade.

É patente que os enfermeiros têm tomado decisões mais voltadas para o campo administrativo, sobretudo aquelas diretamente relacionadas com o controle da organização, e menos direcionadas para a coordenação da assistência de enfermagem. Não há que discutir que as consequências desta distorção são graves. Como diz Silva, percebe-se hoje claramente, uma



ambiguidade no conteúdo do "Status-papel" do enfermeiro, colocado no dilema: cuidado direto ao paciente versus atividades de supervisão e administração. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o enfermeiro se intelectualiza e/ou se burocratiza, ele passa a ocupar uma posição cada vez mais desigual na equipe de saúde (72). Vale lembrar que Carvalho & Castro também referem-se ao mesmo problema quando consideram que estando o enfermeiro preso à função administrativa, cada vez mais fica afastado da clientela, conseqüentemente perde progressivamente sua autonomia na equipe de saúde. Esta situação vem contribuindo para o enfraquecimento da liderança do enfermeiro junto à equipe de saúde... observa-se ainda que a imagem do enfermeiro continua distorcida, já que esta imagem configura-se a partir do reconhecimento do valor dos serviços prestados diretamente à clientela (73).

#### 4.2.3. O Processo de Tomada de Decisão

A Tabela IX traz os dados obtidos quanto ao nível de participação dos enfermeiros, em relação à Tomada de Decisões nas Instituições Hospitalares. Do total dos respondentes 23 afirmaram que participam apenas "opinando". Isto vem mostrar mais uma vez que, apesar dos esforços realizados pela classe dos enfermeiros com o objetivo de conseguirem engajamento maior nos níveis do processo decisório, isto não vem ocorrendo na prática. Neste ponto da análise, parece oportuno explicitar que a OPS/OMS fala que o domínio exclusivo da Toma

---

(72) SILVA, A. X. Enfermeiro - Profissional Autônomo ou Subsidiário? In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31º, Fortaleza, 1979. Anais. p. 78.

(73) CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a Prática de Enfermagem. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31º, Fortaleza, 1979. Anais.

da de Decisão nas Instituições Hospitalares tem estado sempre nas mãos do grupo médico; esse fator continua alimentando a inacessibilidade da enfermagem a outras áreas de saúde e da comunidade, na definição de políticas e planificação do processo de atenção à saúde, o que acaba impedindo o enriquecimento do processo com contribuições de uma ação interdisciplinar (74). A questão da maior participação do enfermeiro nas decisões precisa ser desmistificada, não para que ocorra o contrário, mas para que o grupo profissional de enfermeiros entenda que a participação, a nível de um planeamento maior e de decisão, significa um dever com tantos outros.

Conforme a Tabela X, vinte e um enfermeiros afirmam que, quando tomam decisões, estas são respeitadas pela administração superior. Embora os enfermeiros tenham afirmado anteriormente que sua participação nas decisões dá-se mais ao nível de opinião, os dados da presente tabela mostram que a maioria dos enfermeiros tem suas decisões respeitadas.

Essa contradição mostra que, na realidade, tem faltado aos enfermeiros disposição e firmeza para decidir.

Quanto aos fatores pessoais que mais influenciam nas tomadas de decisões do enfermeiro, atinge o primeiro lugar, Experiência Profissional (Ver Tabela X). Há autores que afirmam que, ao decidir, baseados em experiências passadas, estão os enfermeiros se tornando menos eficazes para resolver problemas, porque as circunstâncias estão mudando rapidamente e a experiência de ontem pode não espelhar precisamente os problemas de hoje. Vale também ressaltar que, ao basear-se em experiências passadas, justamente por haver dessemelhança en

---

(74) LA TECNOLOGIA Y LA TECNOLOGIA APLICADA, Orígenes, Critérios, Condiciones, Características y Componentes. Documento Mimeografiado. OPS/OMS. 1980. p. 6.

tre as situações atuais e as anteriores, as pessoas continuam sem a competência que poderia ter (75).

Na mesma Tabela, os resultados revelam em segundo e terceiro lugares, Habilidade no Relacionamento com a Equipe Multiprofissional e Habilidade para Relacionamento com diferentes escalões hierárquicos, o que vem mostrar que as decisões também a nível hospitalar, são feitas de alguma forma de barganha. Steneir, fala que é errôneo considerar que as negociações ocorrem somente em decisões nas empresas. É comum acontecerem negociações entre chefias, quanto à implantação da decisão tem que haver inevitavelmente alguma negociação, implícita, quando não, explícita (76).

#### 4.2.4. Componentes Organizacionais

A Tabela XII, contém os dados referentes aos componentes organizacionais que podem servir de guia para Tomada de Decisão para os enfermeiros. A organização dos referidos componentes tomam por base a abordagem do Capítulo II, sendo eles: Manuais de Políticas Administrativas, Linhas de Autoridade, Descrição de Responsabilidade e Esfera de Competência. Verificou-se entretanto, segundo as respostas de vinte e dois enfermeiros, que suas respectivas Instituições Hospitalares possuem apenas normas e rotinas de serviço de enfermagem.

---

(75) Ver a este respeito:

SCOSS, F. Processo Decisório para Executivos. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos. Brasília. INL, 1974. p. 7.

JUCIES, J.M.C. et alii. Introdução à Administração. São Paulo. Atlas. 1979. p. 57.

(76) STENEIR, G.A. & MINER, J.B. Política e Estratégia Administrativa. São Paulo. Universidade de São Paulo. 1981. p. 204.

Vale ressaltar que os enfermeiros que falaram de existência de normas e rotinas como um componente organizacional, em suas Instituições, dizem que as mesmas não refletem a realidade pois estão desatualizadas, e que a própria equipe multiprofissional as desconhece, em virtude da desinformação no ato da admissão. Outrossim, observa-se que por falta de interesse da própria equipe de enfermagem, não há coerência entre a prática vivenciada e seu conteúdo. Isto vem comprovar o que foi dito no Referencial Teórico, ou seja, os componentes organizacionais tendem a operar de maneira distinta daquela definida, em virtude das omissões, e principalmente, se o modelo foi elaborado distante da realidade (77).

Em seguida, trabalhou-se em relação à informação que chega para a Tomada de Decisão do enfermeiro. Do total de respondentes, 22 afirmam que esta é informal. Este resultado revela que as informações não são suficientes, pois a equipe de enfermagem apenas recebe informações referentes a sua área específica e não relacionadas ao processo de comunicação no contexto diversificado e global da Instituição Hospitalar ( Ver Tabela XIII).

#### 4.2.5. Grupos de Referência Internos

Foi perguntado aos enfermeiros das Instituições, segundo a percepção de cada um, qual o grupo de referência interna que mais decide (Tabela XIV). A Direção Superior aparece como o grupo mais forte das Instituições em termos de Tomada de Decisão, conforme resposta de vinte e sete dos enfermeiros consultados. Os demais grupos foram apontados na seguinte ordem: Corpo Clínico (oito), Corpo Profissional(oito),

---

(77) MALIC, A.M. Comportamento Organizacional para Administradores de Saúde. p. 68.

Administração Técnica (seis); Administração Participativa 03 (três). Considerando-se o presente quadro de respostas, sendo que a Direção Superior de uma Instituição é sempre constituída de um número muito restrito de indivíduos, pode-se afirmar que as decisões concentram-se nas mãos de um grupo bastante pequeno e que aos subordinados compete apenas serem comunicados do que devem executar.

Quanto à dependência hierárquica para a Tomada de Decisão (Tabela XV), a metade dos enfermeiros dizem estar vinculados à Chefia do Serviço de Enfermagem. Esse montante de respostas aponta para duas alternativas: se isso acontece na prática, então, realmente o que falta ao grupo de enfermeiros é firmeza e determinação para ter maior influência dentro das Instituições, como já foi afirmado ao analisar a Tabela X; se isso não acontece, o que é mais provável, dada a hierarquia que comumente existe na maioria das Instituições de Saúde, então, o que de fato ocorre é que mesmo a Chefia do Serviço de Enfermagem não tem autonomia em relação à Direção Geral.

A Tabela XVI traz os dados quanto aos grupos profissionais que têm maior poder de decisão nas Instituições. Os números obtidos, apenas confirmam o que se dá na prática, ou seja, o grupo de médicos é aquele que obtém nas mãos, a maior parcela de poder.

No que se refere à operacionalização das decisões no contexto das Instituições, verifica-se na Tabela XVII que a equipe de enfermagem junto com a equipe médica, representam o maior grupo executor de tarefas. Continuando a análise, pode-se afirmar seguramente que a enfermagem é o grupo profissional que operacionaliza mais as decisões, uma vez que está bem representado nos três itens da Tabela em apreço. A maior valorização desta categoria dentro das Instituições de Saúde, se dará na medida em que os enfermeiros se posicionem também como grupo com poder real de decisão, não só a nível de Direção Geral, bem como técnico, que tenha autonomia profissional.

**C A P Í T U L O   V**  
**CONCLUSÕES E SUGESTÕES**

## CONCLUSÕES

As conclusões arroladas abaixo, referem-se a apresentar os resultados da pesquisa sobre a tomada de decisão do enfermeiro, nas Instituições Hospitalares, em oito Hospitais da capital do Estado do Ceará, segundo as respostas dos enfermeiros que atuam nestas Instituições, em estudo, com vistas a alcançar os objetivos e questionamentos propostos.

Assim, pode-se dizer que, interpretando o sentido de domínio dos enfermeiros em relação ao conceito de tomada de decisão administrativo, educativo e técnico, subjacentes a estes três campos, obtém-se uma visão de que os respondentes sabem definir as decisões na sua área específica, pois dos cinquenta e dois enfermeiros, apenas quinze não souberam definir.

No que tange às atividades de tomada de decisão no "campo administrativo", na área de trabalho, expressa pelos respondentes, das 10 (dez) decisões, somente 04 (quatro) estão evidenciadas na área específica de enfermagem, sendo que, estas decisões se concentram em Elaboração de Escala de Serviço, Organização de Unidade de Internação, Improvisação Assistencial e Resolução de Situação-Problema na Equipe de Enfermagem, e assim mesmo estas decisões estão relacionadas a decisões de rotina ou programada, em relação às outras decisões, são mais específicas do administrador de recursos humanos e gerente de unidade.

Considerando as atividades de tomada de decisão no "campo educativo", na área de atuação, baseiam-se em cinco decisões, as quais evidenciam preocupações dos enfermeiros quanto à educação continuada, mudança de papel e funções independentes.

As atividades de tomada de decisão "no campo técnico", na área de trabalho, baseiam-se em 06 (seis) decisões nas Instituições, as quais os enfermeiros encontram-se atualmente preocupados com o sistema de avaliação da qualidade da assistência, outrossim, tomando decisões independentes da prescrição médica e executando mudança da sistemática da assistência. Isto mostra que os enfermeiros expressam estar preocupados na execução da assistência centrada no enfoque do método científico.

Fica, desse modo, evidenciado que os enfermeiros expressam ter conhecimento do conceito dos três campos de tomada de decisão e, por outro lado, as atividades de decisões expressas pelos respondentes na prática vigente, apresenta-se de maneira rotinizada não refletindo à tomada de decisão adequada à prática esperada nas Instituições Hospitalares. Isto nos leva a supor que o enfermeiro não tem acesso na participação das decisões a nível de direção.

Ademais, observa-se que a percepção dos enfermeiros em relação a sua participação nos três campos de tomada de decisão, nas Instituições de trabalho, apresenta-se na prática vigente, de maneira opinativa.

Fica evidenciado que as tomadas de decisão dos enfermeiros nas Instituições de trabalho, são respeitadas pela administração superior, embora não se perceba atualmente um critério coerente com a prática vigente no contexto hospitalar.

Outrossim, os enfermeiros evidenciaram que os fatores pessoais que mais os influenciam na tomada de decisão, são "a experiência profissional", "habilidade no relacionamento com a equipe" e "habilidade para relacionamento nos diferentes escalões". Isto, pode-se constatar que os enfermeiros estão inseridos na prática vigente quanto ao processo de tomada



da de decisão, que os leve a mudança do papel ampliado e de suas funções independentes, frente aos outros profissionais.

Por outro lado, verifica-se que, os respondentes, nas Instituições de trabalho, expressam que os componentes organizacionais existem na prática vigente com apenas normas e rotinas de serviço, sendo que os mesmos, não estão coerentes com a prática esperada. Além disso, os resultados também mostram que a equipe multiprofissional desconhece os mesmos.

Quanto às informações que chegam ao enfermeiro para os três campos de tomada de decisão, segundo os respondentes, expressam-se de que as informações que recebem são informais, impossibilitando o controle da quantidade e qualidade das ações de enfermagem, bem como facilitar um fluxo de informações que conduzam à tomada de decisão.

No que tange aos grupos de referências internos nas Instituições Hospitalares, os respondentes mostraram que as decisões a nível institucional são centralizadas na administração superior. Por outro lado, evidenciaram que hierarquicamente os enfermeiros dependem da chefia do serviço de enfermagem, para a tomada de decisão.

Além destas conclusões, já arroladas, os respondentes documentaram que dentre as categorias profissionais, é a categoria do médico que mais decide nas Instituições Hospitalares. Finalmente, na operacionalização das decisões os respondentes expressam-se que as mesmas são realizadas pela equipe médica e de enfermagem.

Finalmente, conclui-se que a tomada de decisão do enfermeiro, está relacionada à "hegemonia" e o "status" do mesmo em relação aos outros profissionais da área de saúde. Isto acontece na prática vigente, pois, determinadas categorias da área de saúde monopolizam os diferentes papéis dos grupos de referência internos na Instituição.

Partindo destas conclusões aqui apresentadas, a autora do trabalho pode assim assumir uma postura de reflexão, qual seja, a de que os enfermeiros, tanto os que se dedicam à formação de recursos humanos, como os que se acham na área as sistencial, possam atribuir a mais elevada significação a tu do que se possa praticar em termos de tomada de decisão no âbito das áreas de ensino-assistência e pesquisa.

## SUGESTÕES

### Aos Cursos de Enfermagem:

- que proporcionem aos alunos, oportunidades para desenvolvimento de habilidades do método científico, visando a utilização do enfoque de tomada de decisão do enfermeiro, em função do método de resolução de problemas.

### Aos Serviços de Enfermagem:

- que promovam treinamento e análise de tomada de decisão, frente aos campos administrativo, educativo e técnico na sua prática vigente;
- que implantem um sistema de elementos básicos de registro de tomada de decisão, a fim de gerar um processo de informação, frente ao controle quantitativo e qualitativo da tomada de decisão do enfermeiro;
- que utilizem o modelo de tomada de decisão do enfermeiro, a partir da prática esperada e passem a decidir de maneira mais eficaz e eficiente, a fim de facilitar a racionalização dos recursos, aumentar a habilidade de julgamento e avaliar objetivamente os resultados;
- que reestruturem ou implantem manuais técnico-administrativos nas ações deliberativas ou independentes, na área de enfermagem, com ênfase aos campos de tomada de decisão.

### As Instituições:

- que possibilitem a implantação de um sistema de registro de informação sobre modelo de tomada de decisão, na área de enfermagem, de modo a propiciar a organização dos serviços necessários aos campos de tomada de decisão.

### Aos Enfermeiros:

- que desenvolvam esforços para implantação e periódicas avaliações de modelos referentes à tomada de decisão pelo enfermeiro nas Instituições Hospitalares (como por exemplo, o modelo apresentado na presente dissertação), a fim de facilitar:
  - . satisfação de necessidades de produção de serviços em função do custo/benefício das ações de enfermagem;
  - . prestação de assistência à clientela de modo que atinja um nível de controle de quantidade e qualidade da prática de enfermagem esperada;
  - . auditoria profissional que, através de suas comissões, possam estimular e avaliar a prática de tomada de decisão do enfermeiro, nas Instituições Hospitalares;
  - . defesa ética e legal, com vistas à preservação dos direitos e deveres profissionais, frente à realidade da prática de enfermagem;
  - . o ensino de enfermagem baseado no desenvolvimento de habilidades, frente ao modelo de tomada de decisão do enfermeiro;
  - . pesquisas que, através de grupos de interesses, possam apresentar dados da maior relevância, em função dos propósitos da classe dos enfermeiros e de outros profissionais interessados no assunto.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

## B I B L I O G R A F I A

01. ABREU, A. Bergamini. Análise da estrutura formal das Organizações práticas. Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro, 17 (4): 128-50, out/dez. 1983.
02. ALCANTARA, Glete. A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional. Obstáculos a sua expansão na Sociedade Brasileira. Ribeirão Preto. 1966. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
03. ALONSO, Mirte & CAMPOS, Cristina. Programa de avaliação da Reforma Universitária. São Paulo, USP, 1983. p.20.
04. ANSOFF, A.I. Estratégia Empresarial. São Paulo, McGraw - Hill do Brasil, 1977.
05. ARAÚJO, E.C. et alii. Assistência de Enfermagem pela Problemática do INAMPS. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 32º, Brasília, 1980. Anais. p. 36-37.
06. BAUMANN, A. Nursing decision making in critical care areas. Journal Advances Nursing. 7 (5): 435-46, sept. 1982.
07. BOUVOIR, Simone. O Segundo Sexo. São Paulo. Europa do Livro, 1967.
08. BRAGA, Ernani. Enfermagem no contexto da saúde e de desenvolvimento do país. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983. Anais.
09. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo, 1981.

10. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistencial Social. "INAMPS, um dado 1980". Rio de Janeiro, 1981.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem a Comunidade. Informe final. Brasília, 1977.
12. BRASIL. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília, 1978.
13. BRUNETTO, E. The Primary Care nurse. American Journal Public: Health, 62.
14. CALDAS, Nalva Aguiar. A tomada de decisão. Enfermagem atual. Rio de Janeiro, 4 (20): 12-4, nov/dez, 1981.
15. CAMPOS, A.N. Repartindo tarefas e responsabilidades na organização. Alguns dilemas enfrentados pela gerência. Revista Administração Pública. Rio de Janeiro, 16 (2): 32-52, abr/jun, 1982.
16. CARVALHAL, M.R.D.F. Cara ou Coroa? Brure mitologia ao processo decisório administrativo. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1981. 113 p.
17. CARVALHO, V & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática de enfermagem. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º Porto Alegre, 1982. Anais.
18. CASTRO, I.B. O Papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º, Porto Alegre, 1982. Anais.
19. CELINA, C.C. Atividades da Enfermeira-Chefe de Unidade de Internação. Rev. Paulista Hospitais, 14(7):3-8, jul/68.

20. CHIAVENATTO, I. Administração de Empresas: uma abordagem contingencial. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1982, 606 p.
21. COLVIN, I.C. A Study to identify the bases on which nurses in hospitals make decisions concerning patients. Unpublished master's thesis. McGill University, 1965.
22. CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA. Reorientação da Assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, MPAS, 1982.
23. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Códigos Deontologia de Enfermagem, Processo ético, Transgressões e penalidades. S. l., 1976.
24. COSTA, Lígia Barros. A Importância do registro para unidade de memória da enfermagem em saúde pública. Rio de Janeiro, 1982. Tese (mestrado) Escola de Enfermagem Ana Neri - RJ.
25. DAHRENDORF, Ralf Homosocialogicus. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1969.
26. DANIEL, L.F. A Enfermagem Planejada. Rio de Janeiro, 1977. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem Ana Neri. R.J.
27. D. LASCIO, Cecília Maria Domênica. Satisfação no desempenho profissional da Enfermeira: estudo sobre necessidades psicossociais. São Paulo, 1980. Tese (Mestrado) USP.
28. ENCONTRO NACIONAL DAS ENTIDADES SINDICAIS E PRÉ-SINDICAIS DE ENFERMAGEM, 1º. São Paulo, 1982. Relatório e Resoluções. São Paulo, 1982. 30 p.



29. ETZIONI, A. Organizações Complexas. São Paulo. Atlas, 1967.
30. FARIA, A.N. Dinâmica de Administração. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos, 1978.
31. FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
32. FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Enfermagem; Legislação e Assuntos Correlatos. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, 1974 3 V.
33. GENTILE, Carlos et alii. Apontadas as distorções na Previdência Social. O Estado de São Paulo. São Paulo, 30 mar. 1979. p. 5.
34. GEORGOPOULOS, Brasil S. & MANN, F.C. The Hospital as an organization. Hospital Administration: 51-9, outono, 1962.
35. GIBSON, J. et alii. Organizações, comportamento, estrutura, processo. São Paulo, Atlas, 1981. 475 p.
36. GOETZ, G.E. Management planing. New York, McGraw Hill, 1982.
37. GUIMARAES, Reinaldo. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Grace, 1979.
38. HADLEY, B.J. The Dynamic Internactionist concep of role. Journal Nurse Education. 6 (2): 5-10, apr. 1967.
39. HOLANDER, M.E. of WOLF, A.D. Nonparametric stateistical methods. New York, J. Wiley, 1973.

40. HORTA, W. A. Os mitos na enfermagem. Enfermagem novas Dimensões. 1: 60-3, maio/junho, 1975.
41. INAMPS, Direção Geral. Resolução 31/83 de 30/12. Boletim de Serviço da Direção Geral INAMPS. Jan. 11, 1984.
42. JOHNSON, A.C. & SCHULZ, R. Programas ao Hospital: Enfermagem. In: ADMINISTRAÇÃO de Hospitais. São Paulo, Pioneira, 1976.
43. JOHNSON, K.J. Peer. Review in a department. American Journal Nursing, 75 (4): 618-9, april, 1975.
44. JORDAN, C.H. Sharing decision making with Staff. AORN Journal (Association of Operating Room Nurses) 30 (3): 391-8, sept. 1982.
45. JOUCLAS, V.M.G. Os manuais na organização de enfermagem. Enfermagem Novas Dimensões, 4: 47-52, 1978.
46. JUCIES, J.M.C. et alii. Introdução e Administração. São Paulo, Atlas, 1979.
47. KAST, F. E. & ROSENZWEIG, J.E. Organização e Administração: uma abordagem vivencial. São Paulo, Atlas, 1978, 716 p.
48. KATZ, D. & KAHN, R. Psicologia social das organizações. 2ª ed. São Paulo, Atlas, 1978.
49. KELLY, K. Clinical inference in nursing I.A. Nurses view Point. Nursing Research, 10 (15): 23-5, Sept. 1966.
50. KOLB, D.A. et alii. Psicologia organizacional: uma abordagem vivencial. São Paulo, Atlas, 1978. 286 p.

51. KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. Princípios de Administração. São Paulo, Pioneira, 1982. 476 p.
52. KRON, Tjora. Manual de Enfermagem. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978, 251 p.
53. LANCASTER, W. et alii. Rational decision making: managing uncertainty. Journal Nursing Administration. 12 (9):23-8, sept. 1982.
54. LODI, J.B. Lobby & Holding - as Bases do poder. São Paulo. Pioneira, 1982. 115 p.
55. MAAR, W. L. O que é Política? São Paulo, Brasiliense, 1982 117 p.
56. MAAS, M. Nurse autonomy. American Nursing. 75 (12): 2021-2208, dec. 1977.
57. MALIC, A.C. Processo decisório em Instituições de Saúde: estudo de algumas variáveis em Hospitais Complexos no Município de São Paulo. São Paulo, 1983. Tese (Mestrado). Escola de Administração de Empresas - Fundação Getúlio Vargas.
58. \_\_\_\_\_ Comportamento organizacional para administradores de Serviços de Saúde. Revista Administração Empresas, São Paulo, 23: 67-72, jan/mar, 1983.
59. MAQUILENE, C. et alii. Uma forma de organização hospitalar. Revista Administração Empresas. São Paulo, 21(4): 9, out/dez, 1981.
60. MARKOVIC, Mihailo & SUPEV, Rude. Self - Governing socialism. Neu York, Intenational Arts Sciences Preas, 1975.

61. MARTIN, H. W & PRANGE, A. J. The Strages of Illness Psy chosocial approach. Near Sing Outlook, New York, 63(3): 68-71, 1958.
62. MATOS, A.V. A Enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 30º, Belém. 1978. Anais. p. 13-30.
63. MAURO, M.Y.C. Economia e Saúde na Política Nacional de Desenvolvimento do País. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983. Anais
64. MENDES, D.C. Recursos Humanos na Enfermagem; Adequação da formação à utilização. In: CONTRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34º, Porto Alegre, 1982. Anais. p. 78-86.
65. MENDES, I.A.C. et alii. Análise Crítica do Processo Deci sório em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 30 (7): 404-411, out/dez, 1977.
66. MOLINA, T.M. História de la Enfermaria. 3ª ed. Buenos Ai res. Intermédica, 1973.
67. MOTA, F.C.P.A. Co-gestão alemã: as conciliações do incon ciliável. Revista Administração Empresas. Rio de Janei ro, 23(1): 23-26, jan/mar, 1983.
68. \_\_\_\_\_. O Estruturalismo na Teoria das Organizações. Revista Administração Empresas. Ric de Janeiro, 10(4): out/dez, 1970.
69. NERY, M.E. Avaliação do desempenho do Enfermeiro e do au xiliar de enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre, 1976, 120 p. Tese (Docência) U.F.RGS.

70. NEWMAN, W. H. et alii. Administração avançada: conceitos, comportamentos e práticas no Processo Administrativo. São Paulo, Atlas, 1981, 658 p.
71. NICZ, Luiz Fernando et alii. Administração de Saúde no Brasil. São Paulo, Pioneiro, 1982. 228 p.
72. NUCKOLLS, Katherine B. Who decides what the nurse can do? Nursing outlook. 22: 626-31, oct. 1976.
73. OGUISSO & SCHIMIDT, M.J. Classificação brasileira de uniforme de ocupações. Revista Brasileira Enfermagem. 29 (2): 6-23, 1976.
74. OLIVEIRA, M.J.R. Enfermagem e Estrutura Social. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31ª Fortaleza, 1979. Anais. p. 9-26.
75. \_\_\_\_\_. Enfermagem no contexto da saúde e desenvolvimento. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35ª, São Paulo, 1983. Anais...
76. \_\_\_\_\_. Saúde para todos e a inserção da enfermagem nas Instituições de Saúde. Revista Paulista Enfermagem. (1): 23-27, jul/ag/, 1981.
77. \_\_\_\_\_. Políticas de saúde e o trabalho do Enfermeiro. Revista Baiana de Enfermagem. Bahia. 6: 73-91. 1981.
78. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Plan decenal de salud para las Americas. Informe final de la III Reunión Especial de Maestros de Salud de las Americas. Washington, 1973 ( Documento Oficial, 118).

79. ORBANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. La Tecnologia y la Tecnología: origines, critérios, lcondiciones, caracterís\_ticas y componentes, 1980 (Documento mimeografado).
80. ORLANDO, I.J. Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente. Função, processo e princípios. São Paulo, EPU, 1978. 110 p.
81. PAIM, L. Plano Assistencial e prescrições de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 93: 66-82, 1976.
82. \_\_\_\_\_. Recursos de Enfermagem e Serviços Básicos de saú\_de. In: CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 1º, Brasília, 1980.
83. PARSON, T. Sugestões para um tratado sociológico, da teo\_ria da organização. In: ETZIONI, A. Organizações Com\_plexas. São Paulo, Atlas, 1967. 189 p.
84. PONDER, N.J. A Conceptual model preventive health beha\_vior. Nursing Outlook, 23(6): 285-90, 1975.
85. RIBEIRO, C.M. Discurso de Abertura. in: CONGRESSO Brasi\_leiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983.
86. RIBEIRO, C.M. Economia e Saúde na Política Nacional de De\_senvolvimento: enfoque de uma enfermeira. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 35º, São Paulo, 1983. Anais.
87. SANTOS, N.R. Assistência Médica Estatal e Medicina de Grupo. Debate promovido pelo PROAHSA. São Paulo, 1982.
88. SCOSS, F. Processo Decisório para Executivos. Rio de Ja\_neiro, Livros Técnicos e Científicos, 1974.

89. SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CURRÍCULOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO  
1º, São Paulo, 1968.
90. SHULL, F.A. et alii. Organizational Decision Making. New  
York, McGraw-Hill do Brasil, 1970.
91. SILVA, A.X. Enfermeira, Profissional autônomo ou subsi-  
diário? In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 31º,  
Fortaleza, 1979. Anais...
92. SILVA, Luiz Valle & SOBRA, Marcos Henrique Nogueira. Grupos de Pressão. 13. F. datilografadas.
93. SILVA, P.L.B. A Política de Saúde e suas Repercussões no  
Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de sín-  
tese. Cadernos FUNDAP. 3 (7): 4-11, out/nov, 1983.
94. SIMON, H.A. A Capacidade de Decisão e Liderança. São Pau-  
lo, Fundo de Cultura, 1963, 186 p.
95. \_\_\_\_\_. Comportamento Administrativo. Rio de Janeiro.  
Fundação Getúlio Vargas, 1979.
96. \_\_\_\_\_. The New Science of Management Decision. New  
Harper & Row, 1960.
97. SIMON, H. A. & JAMES, G.M. Teoria das Organizações. Rio de  
Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1966.
98. SMITH, O. Front-line organizational of the state mental  
hospital. Administrative Science Quarterly, 1958.
99. STEINER, George, A. Cp. Manegement planing. New York,  
MacMilan, 1976.

100. STEINER, G.A. & MINER, J. B. Política e Estratégia Administrativa. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1981.
101. TEIXEIRA, J.M.C. Sistemas Médicos, Técnicos e Administrativos do Hospital Moderno. In: O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea. São Paulo, Pioneiro, 1983. 282 p.
102. THOMPSON, V. Modernas Organizações. Rio de Janeiro. Freitas Bastos, 1967.
103. VERHONICK, P. Modelos de Estudos Descritivos em Enfermagem. Washington, OPAS, 1971.
104. VIEIRA, C.C. & SILVA, A.L.C. recursos Humanos na área de Enfermagem. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 34<sup>a</sup>, Porto Alegre, 1982. Anais...
105. VIEIRA, P.V. Em busca de uma Teoria de Descentralização. Revista Administração Pública. 45-46, 1967.
106. WEISMAN, C.S. et alii. Hospital decision making. What is nursing's role? Journal Administration, Bellerice, MA 11(9): 31-6, sept, 1981.
107. WILSON, R. The Social Struture of Geral Hospital. In: SKIPE, J. & LEONARD, R. Social Interaction and patient care. Philadelphia, J. B. Lippencott, 1965.



A N E X O S

## A N E X O I

### MODELO PARA TOMADA DE DECISAO DO ENFERMEIRO

A tomada de decisão do enfermeiro em diferentes setores de atividades profissionais, é importante para a prestação de cuidados ao paciente nos serviços de saúde.

Os modelos adotados são vários e muitos deles têm uma significativa contribuição para os serviços de enfermagem. A autora do trabalho decidiu propor um modelo específico para a tomada de decisão do enfermeiro em função de atribuir ao mesmo, grande importância para prestação de serviços na Instituição.

Conforme descrição do modelo de tomada de decisão do enfermeiro, a primeira fase é:

**Definir o problema** - O reconhecimento de um problema implica num desejo de mudança. Alguém precisa gerar a pressão para uma mudança no "status quo".

A definição do problema é um passo decisivo no procedimento de resolução de problemas. O processo de definição de um problema auxilia as pessoas que tomam decisões a se concentrarem no problema certo e a economizarem tempo e energia.

A primeira etapa na definição de um problema, requer que sejam recolhidas e usadas informações exatas para diagnosticar o problema. (É necessária uma definição clara do que "deve ser"). O enfermeiro tem que recolher informações que vão identificar e enumerar os sintomas e pistas que podem explicar a diferença. O enfermeiro precisa então começar a mi

rar a natureza exata do problema. Isto envolve a formulação de perguntas muito básicas, tais como: qual a natureza do problema? O que está acontecendo? Onde está acontecendo? Esta situação é estável ou variável? É importante neste estágio, especificar as ocasiões e lugares dos sintomas e sua ocorrência. Devem ser observadas as mudanças recentes na estrutura do sistema, processos ou ambientes e deve ser desenvolvida uma lista de hipóteses com relação à natureza da causa do problema. As hipóteses podem ser testadas frente aos fatos relacionados e diagramados. A eliminação progressiva das hipóteses que não se ajustam aos fatos, eventualmente cederão a uma hipótese que descreva a natureza do problema. Quando uma hipótese é aceita, o enfermeiro deve utilizar todas as informações disponíveis para determinar a validade da causa hipotética. Esta fase envolve o estabelecimento de objetivos de comportamento ou desempenho para a ação da decisão. Eles precisam articular com precisão o que pretendem alcançar com a decisão. Os objetivos da decisão são citações dos resultados esperados que devem ser expressos em termos de desempenho observável.

É importante que os objetivos da decisão sejam relacionados em ordem de prioridade ou não. Os objetivos impõem limites que não podem ser violados por nenhuma das alternativas geradas. Se a quantidade de recursos financeiros disponíveis não são suficientes para implementar uma determinada alternativa, não se deve perder tempo em relação a esta alternativa. Os objetivos decisivos também precisam ser especificados para os resultados serem efetivos. Por exemplo, numa situação de assistência ao paciente, um objetivo decisivo pode ser o de avaliar a dor. Portanto, qualquer alternativa que não alivie a dor, não é aceitável.

Os objetivos desejáveis mas não decisivos, são geralmente relacionados com vantagem e desvantagem, conforme observada do sistema de valores da pessoa que decide. Se os enfermeiros podem distinguir entre objetivos que são decisivos

vos e aqueles que eles sentem ser apenas desejáveis, é menor a probabilidade de selecionarem alternativas que representem seu próprio sistema de valores e que possam eventualmente se apresentarem insatisfatórias do ponto-de-vista da necessidade e sistema de valores do paciente. A concentração nos objetivos decisivos no princípio, pode eliminar alternativas ineficientes e possibilitar que o enfermeiro seja mais eficiente e efetivo no processo de tomada de decisões.

Continuando a descrição do modelo, surge na terceira fase de "Listagem para Solução de Alternativas", uma vez relacionados os objetivos a serem atingidos, especificada uma abordagem, e diferenciados os critérios decisivos dos não decisivos, as soluções alternativas podem ser geradas e relacionadas. As alternativas são geradas através da aplicação da habilidade de processar informações e da criatividade. As experiências, conhecimentos, informações e fatos relevantes precisam ser sintetizados. Se um grupo for formado para gerar alternativas, algumas técnicas de grupo são úteis. Uma atitude apropriada de investigação inclui a capacidade de pesquisar, categorizar e utilizar informações. As capacidades, recursos e repressões da organização também precisam ser considerados a fim de avaliar se uma alternativa é aceitável ou se será inefetiva.

A geração de alternativas plausíveis requer uma cuidadosa procura por uma atitude específica que desempenhe uma função precisa. Quanto mais sistematicamente os enfermeiros usarem os padrões nessa procura, mais eficientemente eles poderão se movimentar entre um número de possibilidades para encontrar o melhor caminho. Algumas alternativas podem parecer prontas; mas, embora óbvias, estas podem não ser as melhores disponíveis. Frequentemente, as alternativas podem ter que ser inventadas pela combinação de um número de idéias.

Existem várias maneiras de desenvolver alternati  
vas convenientes, algumas das quais são: 1) reviver experiên  
cias passadas; 2) obter idéias e conhecimentos de membros de  
grupos; 3) confiar nos conselhos ou recomendações de especia  
listas qualificados; 4) procurar os conselhos e conhecimentos  
de colegas ou outros membros da organização; e 5) formar um  
comitê para revolucionar idéias e usar idéias de membros do  
grupo. A administração parece estar se movendo no sentido de  
usar grupos de tarefas e os princípios da administração par  
ticipativa, num esforço para provocar mudanças e usar recur  
sos dentro da organização.

Quanto a quarta fase está a Análise de Alternati  
vas, para avaliar as soluções alternativas que foram propos  
tas, a alternativa tem que ser testada frente aos objetivos.  
Essa avaliação pode ser precisa ou pode ser calculada. O pro  
cedimento acarreta testar cada alternativa frente a cada obje  
tivo decisivo. Quando uma alternativa não atinge o padrão dos  
objetivos decisivos, a pessoa que decide pode descartá-la.  
Este procedimento eventualmente impedirá as alternativas de  
pouco valor, alto custo e alto risco. Para alguns critérios,  
como o custo, é geralmente importante estabelecer limites má  
ximos que não podem ser ultrapassados.

Na quinta fase vem a Escolha de Alternativas, uma  
vez efetuadas as fases preliminares, alternativa que recebe  
o mais alto "socre" nos objetivos de desempenho seria normal  
mente considerada como o melhor curso de ação. Mas, supondo  
que exista um elo entre as alternativas, ou supondo que hou  
vesse sensações paralelas que fizessem o enfermeiro sentir  
que a opção que obteve maior avaliação não era a melhor al  
ternativa. Uma atitude tomada a esta altura, poderia criar  
problemas que poderiam se tornar mais sérios do que o proble  
ma original. Portanto, devem ser aplicadas regras de decisão.

O desenvolvimento de regras para identificar a me  
lhor alternativa entre as que foram geradas, requer que a

pessoa se referencie à abordagem e às suposições. Desta maneira, as regras de decisão podem se transformar num índice pelo qual alternativas de 1ª classe podem ser comparadas, a fim de se escolher a mais desejável.

As regras de decisão são baseadas na abordagem para a solução do problema e nos propósitos totais que foram especificados. Por exemplo, supondo que a abordagem estabelecida para a assistência a um paciente fosse "centrada no paciente" e que um propósito total da enfermagem fosse "envolver o paciente nas decisões sobre seu tratamento de saúde" e "ajudá-lo a agir independentemente". As alternativas aceitáveis devem dar ao paciente a oportunidade de fazer escolhas. Isto então se torna uma regra de decisão. As alternativas que não permitem ao paciente fazer sua escolha, embora bem classificadas nos critérios de decisão, não devem ser selecionadas.

Fontes comuns para as regras de decisão são as políticas e regulamentos das Instituições onde se trabalha. Embora uma alternativa possa preencher todos os critérios estabelecidos para sua aceitabilidade, se o regulamento não permitir tal atitude, essa alternativa obviamente não deve ser escolhida (a menos que o enfermeiro tenha condições de enfrentar com sucesso o regulamento estabelecido). Mas uma atitude como esta leva tempo, informações e reajustes - recursos que nem sempre estão disponíveis.

Considerada como sexta fase Implantação da Decisão, a última etapa no processo de resolução de um problema, é altamente relevante para o procedimento como um todo. Na primeira parte desta etapa tenta controlar os efeitos das decisões finais através de medidas de controle. (A palavra controle aqui não indica métodos arbitrários ou autoritários; refere-se à capacidade do enfermeiro de dirigir e monitorar um processo. Um componente decisivo do controle é o feedback. O enfermeiro tem que ter condições de obter informações relevantes referentes ao estado de uma ação, produto de uma decisão.

são. O controle é uma forma de avaliação contínua e intermi-  
tente). Isto precisa ser feito antes de tomar atitudes, para  
que consequências adversas possam se apresentar.

Certos procedimentos podem ajudar efetivamente a  
pessoa que decide a controlar e executar uma decisão. Primei-  
ro, devem ser estabelecidos procedimentos de relatórios para  
que o progresso de uma ação de decisão possa ser comparado ao  
procedimento para colocá-la em ação. Segundo, deve ser empre-  
endida uma continuidade de diretivas para os funcionários, pa-  
ra determinar se as diretivas foram apropriadamente recebidas  
e compreendidas. Terceiro, a pessoa responsável pela execução  
das diretivas deve ser designada e as responsabilidades e ta-  
refas claramente definidas. Quarto, deve ser estabelecido um  
sistema de avisos para indicar o mais cedo possível que a de-  
cisão apresenta dificuldades. Quinto, devem ser estabeleci-  
dos dados específicos de relatório de forma que a atitude a  
ser tomada possa ser sistematicamente avaliada.

Quanto à sétima fase, Avaliação da Eficácia da De-  
cisão, após o ambiente no qual a decisão vai ter efeito, ter  
sido controlada e a ação executada, é necessário um procedi-  
mento para analisar a efetividade do curso de ação seleciona-  
do. Uma avaliação formal consiste em comparar resultados ob-  
serváveis do desempenho de uma decisão com padrões pré-deter-  
minados. Um feedback negativo no processo de avaliação indica  
que a atitude tomada resultante da decisão, não solucionou o  
problema e que a decisão foi ineficaz. Podem-se tomar, então,  
atitudes corretivas ou suplementares. A decisão pode ser reci-  
clada pela sequência de resolução de problema, começando em  
qualquer ponto onde esteja evidente uma dificuldade. Um feed-  
back positivo indica que a atitude mais conveniente foi toma-  
da.

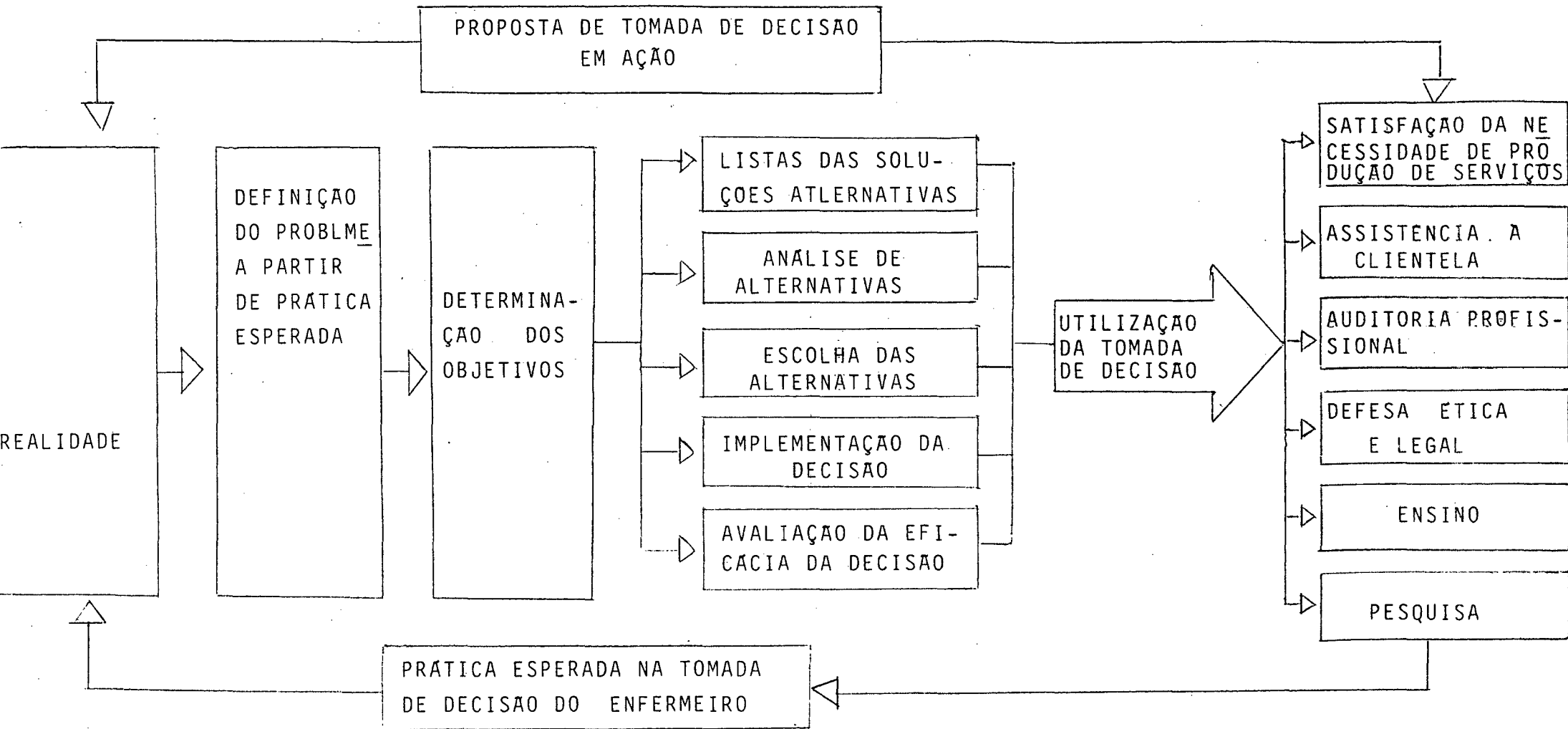
Após o estudo reflexivo dessas 07 (sete) fases,  
a autora do trabalho posiciona-se frente o significado da uti-  
lização da tomada de decisão em função de: satisfação da ne-

cessidade de produção de serviços; assistência à clientela; auditoria profissional; defesa ética e legal; ensino e pesquisa.



# A N E X O I

## MODELO DE TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO.



Esquema adaptado do modelo apresentado por COSTA, L.B. A importância do registro para Unidade de memória da Enfermagem em Saúde Pública. Tese de Mestrado - UFRJ. 1982.

## A N E X O    I I

### INSTRUMENTO DE PESQUISA

#### I. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES

1. Sexo: Feminino (    )      Masculino (    )

2. Faixa Etária:

(    ) 20 - 30 anos

(    ) 31 - 40 anos

(    ) 41 - 50 anos

(    ) 51 - 60 anos

3. Anos de exercício profissional: (    )

4. Tempo de chefia de Unidade de Internação: \_\_\_\_\_

5. Situação de vínculo de emprego:

(    ) Estatutário

(    ) Contrato pela CLT

(    ) Contrato através de firmas

#### II. VERIFICAR SE OS ENFERMEIROS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DOMINAM CONCEITOS E DESEMPENHAM ATIVIDADES SIGNIFICATIVAS DE TOMADA DE DECISÃO

6. Conceitue o que seja Decisão Administrativa (DA), Decisão Educativa (DE), Decisão Técnica(DT) nas atividades do en  
fermeiro na Instituição Hospitalar:

Decisão Administrativa

---

---

---

Decisão Educativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Decisão Técnica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Relacione, algumas tomadas de decisão no campo administrativo em suas atividades de enfermeiro na Instituição Hospitalar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Relacione, algumas tomadas de decisão no campo educativo em suas atividades de enfermeiro na Instituição Hospitalar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Relacione, algumas tomadas de decisão no campo técnico em suas atividades de enfermeiro na Instituição Hospitalar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. PERCEPÇÃO DO (A) ENFERMEIRO(A) EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO:

10. Diante das decisões na Instituição Hospitalar, como você percebe a participação do enfermeiro

- ( ) influencia fortemente
- ( ) influencia opinando
- ( ) influencia pouco
- ( ) não é solicitado

11. Na sua opinião, quando você toma decisão, estas são res  
peitadas pela administração superior?

( ) sim      ( ) às vezes      ( ) não

Em caso negativo, responda como você tem reagido:

---

---

12. Na sua opinião, os fatores pessoais que mais influenciam  
na sua tomada de decisão, são:

( ) conhecimento técnico de administração e correlatos

( ) experiência profissional

( ) desempenho de função

( ) habilidade para relacionamento nos diferentes esca-  
lões

( ) habilidade no relacionamento c/equipe multiprofissio-  
nal

( ) características sócio-econômicas (Status Social)

IV - OPINIAO DO(A) ENFERMEIRO(A), QUANTO AO(S) FATOR(RES)CAU-  
SAL (AIS) DA TOMADA DE DECISAO REFERENTES AOS COMPONENTES  
ORGANIZACIONAIS:

13. Na sua opinião, existem componentes organizacionais na  
Instituição Hospitalar

( ) sim      ( ) não

Em caso positivo, enumere-os:

---

---

14. Quanto aos componentes organizacionais existentes nas Ins-  
tituições Hospitalares, há coerência entre a prática vi-  
venciada na Instituição e seu conteúdo?

( ) sim      ( ) não

15. A equipe multiprofissional de sua Instituição Hospitalar  
tem conhecimento dos componentes organizacionais do Servi-  
ço de Enfermagem

( ) sim      ( ) não      ( ) não sabem informar

16. Quanto à informação que chega, para a "Tomada de Decisão" ela é:

- ☐ comunicada formalmente em geral
- ☐ comunicada informalmente para sua área específica
- ☐ comunicada e interpretada para os membros da equipe de enfermagem
- ☐ comunicada, analisada, interpretada e avaliada pelo enfermeiro antes da tomada de decisão

V. POSICIONAMENTO DOS GRUPOS DE REFERENCIA INTERNOS QUANTO AS TOMADAS DE DECISAO E A OPERACIONALIZACAO DOS MESMOS

17. As tomadas de decisão institucionalmente estão centradas:

- ☐ Direção Superior
- ☐ Administração Técnica
- ☐ Corpo Clínico
- ☐ Corpo Profissional
- ☐ Administração Participativa

18. De qual serviço você depende hierarquicamente para a tomada de decisão na Instituição Hospitalar?

---

---

---

19. Das categorias profissionais quem toma mais frequentemente as decisões na Instituição Hospitalar?

- ☐ Enfermeiro e Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Nutricionista
- ☐ Assistente Social
- ☐ Outras categorias

20. Quais as equipes profissionais, que mais operacionalizam a tomada de decisão, na Instituição Hospitalar?

---

---

---