

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR

A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DECISÓRIO

Autora: Gerti Schäfer Berto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Káthia de Carvalho Cunha

Florianópolis
Julho 2000

Referência Bibliográfica e Resumo

BERTO, Gerti Schäfer. *A participação do enfermeiro no processo decisório*. Florianópolis, 2000. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Káthia de Carvalho Cunha

Defesa: 25/07/2000

Entrevistas semi-estruturadas são usadas para coletar dados objetivando conhecer a vivência de 10 [enfermeiros] de 10 Unidades Básicas de Saúde pertencentes à 10ª Regional de Saúde na cidade de Cascavel - Pr, em relação à [participação] no [processo decisório] da equipe de saúde, confrontando seus discursos para identificação de convergências, divergências e contradições. O estudo evidencia que há participação do grupo nas decisões, com tendência a decidir-se conforme o conhecimento que os profissionais têm nas diversas áreas de atuação. Os sujeitos relatam que os problemas identificados são analisados visando a resolução, sem critérios que norteiam as decisões, embora demonstrem preocupação com o bem estar da população, a eficácia e a eficiência da UBS, a análise contextualizada do problema do paciente, a gravidade e o risco envolvidos. O conceito de participação dos sujeitos está voltado para a presença física no momento da decisão, ao invés de uma atuação como profissional técnico, compromissado, responsável e capacitado para influir nas decisões e intervir em favor dos usuários. A conscientização é a categoria analítica explorada para desvelar a questão da participação.

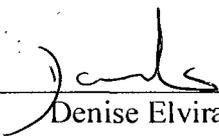
A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DECISÓRIO

GERTI SCHÄFER BERTO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

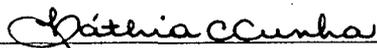
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 25 de julho de 2000, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

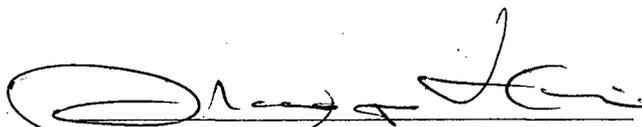


Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

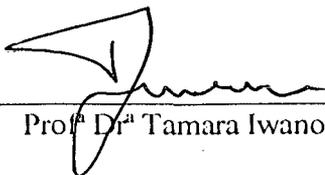
BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª Kátia de Carvalho Cunha



Profª Drª Alaeoque Lorenzini Erdmann



Profª Drª Tamara Iwanow Cianciarullo

Profª. Dda. Rosemary Lentz

*Dedico este trabalho aos meus filhos **Oscar Augusto, Felipe e Edward**, que suportaram a minha ausência sem entender ainda a necessidade de tanto estudo;*

*Ao meu marido e companheiro **Vilmar Antônio**, que apoiou-me e incentivou-me com seu amor durante toda a realização deste trabalho;*

*A toda a minha família pelos fluídos positivos, especialmente minha mãe **Roni**, paciente ouvinte e companheira de todas as horas e pela ajuda em meu lar durante minha ausência; à minha irmã **Karin**, pela recepção carinhosa em sua casa por ocasião das aulas;*

*À cunhada **Vera**, que se fez mãe pela constante ajuda em idas e vindas com meus filhos nos períodos de minha ausência.*

AGRADECIMENTOS

À orientadora Dr^a Káthia de Carvalho Cunha, pela contribuição, responsabilidade, constante disponibilidade, agilidade e rapidez no desenvolver desse estudo.

À CAPES e SETI-PR, por terem viabilizado o Projeto de Mestrado Interinstitucional.

Às Instituições Promotora, Receptora e Associadas, pelos recursos disponibilizados para a concretização deste Projeto de Mestrado Interinstitucional.

Às coordenadoras, aos docentes e funcionários de todas as Instituições envolvidas, pelo empenho que viabilizou o Projeto de Mestrado Interinstitucional.

Aos mestrandos deste Projeto de Mestrado Interinstitucional, pelo crescimento e amadurecimento propiciados durante a convivência, e, em especial, à Solânia, Maristela, Silvânia e Suselaine pelo companheirismo, pela compreensão, carinho e amizade, em muitos momentos dessa difícil e gratificante caminhada.

Aos colegas e alunos do Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Campus de Cascavel, pela compreensão e apoio durante nossa qualificação.

Às Secretarias Municipais de Saúde e respectivos Secretários, pela autorização para a realização desse estudo.

Aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, sujeitos deste estudo, pela disponibilidade, interesse e rica contribuição que viabilizaram esta pesquisa.

Às equipes das Unidades Básicas de Saúde, pelo suporte necessário à coleta de dados.

Aos colegas da 10^a Regional de Saúde, pela compreensão e apoio, em especial a Liege, Neusa e Jociara, pelo constante incentivo, carinho e amizade; a Gládis e Elfrida, pelo interesse, disponibilidade e ricas contribuições, e ao Dr. Roberto, pela torcida inicial.

À SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e ao ISEPr - Instituto de Saúde do Paraná, pelo investimento em nosso aperfeiçoamento.

À todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

Este Projeto de Mestrado Interinstitucional, que viabilizou nossa capacitação, foi subvencionado pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior, em convênio firmado com a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado do Paraná e Universidades envolvidas como Unidades Promotora, Receptora e Associadas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 O objeto e o objetivo do estudo, a problematização, e a justificativa.....	01
2 MARCO TEÓRICO.....	06
2.1 A participação legitimada pela sociedade e institucionalizada.....	06
2.2 A participação no processo decisório das organizações	15
2.3 A enfermagem e os fatores determinantes da participação	27
2.4 A ética norteando o processo decisório	37
3 METODOLOGIA	44
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS SISTEMATIZADOS	49
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	79
6 SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
ANEXOS.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	111

RESUMO

Este estudo exploratório-descritivo objetivou conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à participação no processo decisório da equipe de saúde. A 10ª Regional de Saúde foi o Universo e 10 enfermeiros, de suas UBS, os sujeitos. Os dados foram coletados por meio de uma Escala Likert e de entrevistas semi-estruturadas. Buscou-se o confronto para identificação das convergências, divergências e contradições dos discursos. Evidenciou-se que há participação do grupo nas decisões, com tendência a decidir-se conforme o conhecimento que os profissionais têm nas áreas de atuação da vigilância sanitária, epidemiologia ou administração. Os problemas identificados são analisados visando à resolução, não havendo convergência quanto aos critérios que norteiam as decisões, embora tenham sido citados o bem-estar da população, a eficácia e eficiência da UBS, a análise contextualizada do problema do paciente e a gravidade e risco envolvidos. Como facilitadores da participação, convergiram em torno da adequada comunicação na equipe e da autonomia para decidir e para implementar as decisões. Como dificultadores da participação emergiram a insatisfação dos clientes, a limitação financeira e infra-estrutural e a falta de organização e de entrosamento na equipe. Quanto aos conhecimentos requeridos para a decisão, evidenciou-se a importância do domínio e da competência advindos da compreensão do problema, da caracterização da comunidade, da administração, dos procedimentos e políticas de saúde, o que gera tipos de poder importantes à participação. A comunicação e o “jogo de cintura” foram destacados como habilidades necessárias. Quanto às atitudes, emergiram o sigilo, o compromisso com os direitos dos usuários, os estilos de liderança e de coordenação, a segurança, a coerência, a rapidez e a visão do contexto. O conceito de participação vinculou-se à presença física, no momento da decisão, e não à atuação como profissional técnico, compromissado, responsável e capacitado para influir nas decisões e intervir a favor dos usuários. A conscientização foi a categoria analítica explorada para desvelamento da questão da participação. Este estudo mostrou relevância à medida em que já desencadeou uma reflexão sobre a participação do enfermeiro no processo decisório das equipes de saúde.

ABSTRACT

THE NURSE'S PARTICIPATION IN THE DECISIVE PROCESS

This exploratory and descriptive study had as a main goal to know the living of a nurse in the Basic Unit of Health (UBS) in relation to the participation in the decisive process of the team. The tenth Health Regional was the universe and the nurses from their UBS were the subjects. The information was collected through a Likert scale and semi-structured interviews. The confrontation was tried to identify how the speeches converge, diverge and contradict. The participation of the group in decisions was observed, with a tendency to be decided according to the knowledge that the professionals have in the area of Sanitation, Epidemiology or Administration. The identified problems were analysed looking for the solution, not converging in relation to the criteria that involve the decisions. However the health of the population, the effectiveness and efficiency of the UBS, the contextualized analyses of the patient's problem and the gravity and risk involved were mentioned. As facilitators of the participation converged the adequate communication among the team and the autonomy to decide and apply the decisions. As obstacles were the dissatisfaction of the clients, the financial and structural limit the the lack of organization and affinity among the team. Mentioning the knowledge requested to the decision the importance of dominion and competence coming from the comprehension of the problem, the community characterization, the administration, the health policies and proceedings, what causes kinds of important power to the participation. The communication and the balance were relevant as necessary abilities. Mentioning the attitude, the secretive policy, the compromise the users rights, the styles of leadership and coordination, the security, the coherence, the fast service offered the context vision. The concept of participation associated to the physical presence at the moment of decision and not to the performance as a technical professional, compromised, responsible and able to take part in the decision in favor to the users. The consciouness was the analytic category to get the question of the participation. This study showed relevance in terms that it caused a reflexion about the role of the nurse in the decisive process in health teams.

“A história não é mais que uma cadeia contínua de épocas caracterizadas, cada uma delas, pelas aspirações, necessidades, valores e ‘temas’ em processo de realização. Na medida em que o homem chega a descobrir e reconhecer, a ‘captar’ estes temas, estas aspirações e as tarefas que supõe sua realização, nessa medida o homem participa de sua época”.

Paulo Freire (1980)

1 - INTRODUÇÃO

1.1 O objeto e o objetivo do estudo, a problematização e a justificativa.

Trabalhando com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde, de diversos municípios do Oeste do Paraná, sentimos algumas inquietações que nos propusemos a analisar e compreender. Há muito refletimos sobre questões de ordem prática do cotidiano do profissional enfermeiro, principalmente no que se refere ao encaminhamento de ações para melhoria da assistência à saúde da comunidade.

Embora a equipe de saúde, atuante nos municípios, tenha conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade, isso parece não ser suficiente para adequar as decisões ao planejamento, tornando-o eficaz à realidade, o que interfere, conseqüentemente, nos níveis de saúde da população.

Concordamos com Merhy (1994, p.120; 121; 122) quando diz que:

“O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde-usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema. Espera que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios, isto é, consiga alterar seu quadro problemático. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.[...] as práticas de saúde, realizadas dentro deste contexto, produzem trabalhadores altamente dependentes daquelas atividades meios e pouco atentos às finalidades das ações de saúde, na busca da obtenção de um usuário mais autônomo e mais saudável. [...] A subalternidade da Saúde Pública a um projeto medicalizante e de geração de não-sujeitos vem se desenhando, nitidamente, a muitas décadas.”

Ao mesmo tempo, observamos, ainda, não haver uma relação direta entre o conhecimento das necessidades dos usuários pelos profissionais e as decisões tomadas sobre as ações de saúde requeridas. Observamos que alguns enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde estão distanciados do processo decisório, principalmente no que diz respeito à priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas no seu município.

Pires (1998, p.162) explica-nos que “Para resolver os conflitos que surgem na prática institucional, com a estruturação de novas profissões, mantém-se o modelo em que o médico é o elemento central da assistência e os demais atuam como práticas auxiliares. Portanto, em situações de conflito, o médico dá a última palavra, independente da sua decisão estar certa ou errada”.

Existe um fator determinante desse contexto que se refere à participação nas decisões em prol de intervenções oportunas:

O homem e a mulher fazem a história a partir de uma dada circunstância concreta, de uma estrutura que já existe quando a gente chega ao mundo. Mas esse tempo e esse espaço têm que ser um tempo-espço de possibilidade, e não um tempo-espço que nos determina mecanicamente. O que quero dizer com isso é que, no momento que entendo a história como possibilidade, também entendo sua impossibilidade. Por outro lado, o futuro não é também, por exemplo, a pura repetição de um presente de insatisfações. O futuro é algo que vai se dando, e esse ‘vai se dando’ significa que o futuro existe na medida em que eu ou nós mudamos o presente. E é mudando o presente que a gente fabrica o futuro; por isso, então, a história é possibilidade e não determinação. (Freire, 1995, p.90)

Essas idéias mostram a importância do compromisso profissional com a evolução, com a melhoria, com as transformações que devem ser desencadeadas no contexto em que atuamos. Contudo, sabemos que, para, partindo da necessidade, transformarmos as situações em possibilidades, temos que dispor de instrumentos e estratégias adequadas, entre eles, um referencial teórico que nos instrumentalize por meio de seus conceitos. A teoria auxilia-nos na identificação, no diagnóstico e na resolução dos problemas vivenciados em nossa prática profissional, pois fornece-nos um sistema organizado de proposições que nos orientam na obtenção de dados e na sua análise, ao mesmo tempo em que nos empresta conceitos que dão sentido às análises e processo decisório.

A opção por um referencial teórico deve ser consciente e refletida, pois, deve ser coerente com nossa visão de mundo, com nosso posicionamento como cidadão e profissional. A cada teoria correspondem proposições que ordenam o pensamento, articulam-no com a realidade, dando-lhe certa conotação histórico-ideológica.

Assim, a busca por um referencial teórico deu-se a partir da delimitação do problema e do objeto de estudo desta investigação, que explicitamos neste capítulo. Sentimos a importância de investigar a participação do enfermeiro no processo decisório, para tanto reportamo-nos ao conceito de participação de Bordenave (1985, p.20) que a explicita como “a intervenção ativa na construção dos benefícios da sociedade, que é realizada através da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis”. Ele distingue três níveis de participação, que vai do menor ao maior grau de intensidade: fazer parte; tomar parte; ter parte.

Para Moura (1994), no antigo paradigma, a forma de cooperação da sociedade era baseada no ter. Ele acredita que os dias atuais exigem que nós nos tornemos parceiros, pois considera a ‘parceria’ a condição de ser parte, que na sua essência, supõe igualdade, porém uma espécie de igualdade que está baseada no ser.

Percebemos nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde local, que o enfermeiro nem sempre está suficientemente instrumentalizado para participar, de maneira eficaz, no processo decisório. É necessário instrumentalizá-lo, por meio de um marco referencial teórico, para que participe do processo decisório, auxiliando na aproximação dos projetos e propostas assistenciais das necessidades e prioridades da comunidade em questão.

A participação dos enfermeiros no processo decisório caracterizou-se, portanto como o objeto de estudo desta investigação.

Nas organizações, a participação vem sendo praticada com diferentes performances e baseada em diferentes princípios teóricos. Percebemos, no contexto profissional vivenciado por nós, que ainda formamo-nos com ênfase no curativo em detrimento do preventivo. Defrontamo-nos, freqüentemente, com situações para as quais não encontramos respostas nem soluções para os problemas decorrentes, o que nos tem gerado insatisfações, pois não constatamos a sua resolutividade.

A Unidade Básica de Saúde detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde, mas sabemos que não basta apenas identificar as necessidades e os problemas de saúde da população, sem o desenvolvimento de planos que intervenham prevenindo, reduzindo e eliminando, na medida do possível, os problemas identificados.

O decidir sobre prioridades, frente aos indicadores de saúde de uma determinada população, é de extrema importância. O trabalho de enfermagem subsidia-se em dados colhidos, sistematizados e analisados. Porém, para que esse processo analítico instrumentalize o processo decisório, aproximando as decisões das necessidades da comunidade em questão, faz-se necessário que esteja referenciado por uma teoria que forneça conceitos verdadeiros para aquela prática vivenciada. A existência de um marco teórico apropriado à prática surge como uma das perspectivas para melhor direcionar o processo decisório a favor de intervenções eficazes e eficientes em prol da melhoria contínua de nossas práticas profissionais.

Constatamos que, muitas iniciativas, visando ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde, caracterizam-se, nesta realidade vivenciada, por planos de ações voltados ao atendimento de necessidades contingenciais o que acarreta a fragmentação e, por vezes, a ausência de coerência em relação ao planejamento detalhado de políticas de saúde, regional e local. Essas iniciativas caracterizam-se como treinamentos, uma vez que são planejadas para o atendimento de necessidades específicas e pontuais.

Aliada a esse aspecto, destacamos a condição da participação dos enfermeiros, nesse processo decisório, como objeto dessas ações e não como sujeito das mesmas. Sabemos que as decisões em saúde sofrem uma descendência do Nível Central-Federal para o Estadual até chegarem ao Municipal. As grandes decisões ocorrem a Nível Central, sendo que nem todas condizem com a realidade dos municípios, e, depois de executadas, pouco contribuem para a mudança dos indicadores de saúde daquela população.

É nesse contexto observado que vemos o profissional enfermeiro, conhecendo seus usuários, a realidade da comunidade por ele assistida, e, ao mesmo tempo, distanciando-se dessas informações, durante o processo decisório, e, mais propriamente, durante sua prática profissional. Essa contradição caracteriza a problemática que originou essa dissertação.

Elemento de liderança da equipe de enfermagem e componente chave da equipe de saúde, o enfermeiro deve estar tecnicamente capacitado para contribuir durante o processo decisório e a intervenção na realidade. No entanto, em nossa prática, poucas vezes vemos o profissional assumindo esse espaço.

Acreditamos que o Plano de Saúde Local, implementado no Município, deve aproximar a real necessidade de sua comunidade das ações priorizadas. Para tanto, a equipe de saúde deveria estar capacitada para vivenciar o processo decisório de forma participativa, legitimando as necessidades e prioridades dos usuários e clientela e reconstruindo uma prática diferente compatível com as especificidades que se mostram a ela.

Porém, concordamos com Pereira & Fonseca (1997) quando dizem que a participação por si só não contribui para as mudanças significativas, pois as decisões transformadoras ainda são privilégio de poucos que disponibilizam de teorias, estratégias, instrumentos e poder para tal.

Este estudo tornou-se relevante à medida que pretendeu vincular o processo decisório sobre ações de saúde à realidade da população por meio da sensibilização dos enfermeiros, para uma prática mais consciente, participativa, contextualizada e fundamentada teoricamente. Para tanto, preconizamos uma transição, na postura do enfermeiro, de objeto a sujeito do processo decisório, passando de espectador a ator-social, desenvolvendo a consciência crítica, que viabilize a associação do contexto empírico a uma postura analítica e compromissada com a práxis.

Assim, com esta pesquisa objetivamos conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde em relação à participação do processo decisório da equipe de saúde.

“O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la”.

Paulo Freire (1980)

2 - MARCO TEÓRICO

2.1 A participação legitimada pela sociedade e institucionalizada

Falar sobre a participação legitimada pela sociedade e institucionalizada implica em reconhecer a complexidade de uma evolução ocorrida em um contexto de diversidade de representações de interesses, em campos sociais com diferentes hierarquias políticas, culturais, sociais, econômicas e tecnológicas, onde surgiu a construção de uma cidadania que nunca foi dada e nem foi concluída, pois como processo, mantém-se em permanente construção, no cotidiano social.

Segundo Bordenave (1985, p.74), “a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Também não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento. A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente pode-se aprender na práxis grupal. Só se aprende a participar, participando”.

Esse conceito auxilia-nos a associar a participação à idéia de processo construído, tendo como respaldo Demo (1996, p.5; 18; 32) que alerta para o fato de que a participação não pode ser entendida desvinculada da questão da política social, econômica e assistencial, “participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual”, não podendo ser compreendida como dádiva, concessão, algo preexistente. Assim, uma sociedade submissa “não tem condições de defender seus interesses frente aos interesses dominantes e do Estado”.

A participação vista sob essa complexidade, coloca-nos a responsabilidade pelo desenvolvimento de condições favorecedoras que a desencadeiem e viabilizem uma vez que, segundo Bordenave (1985, p.7), participação é “inerente à natureza social do homem, tendo acompanhado sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos, até as associações, empresas e partidos políticos de hoje. [...] A origem da palavra participação vem da palavra parte. Participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte.” Muitas vezes, fazemos parte de um grupo, mas raramente tomamos parte nas reuniões; fazemos parte da população do Brasil, mas não tomamos parte das decisões importantes; fazemos parte de uma empresa, mas não temos parte alguma no negócio.

Esses são exemplos de que existem diferenças entre os diversos tipos de participação. Há a participação passiva e a participação ativa das pessoas, existe diferença entre o cidadão inerte e o cidadão engajado. Mesmo dentro da participação ativa, entre as pessoas que "tomam parte", existem diferenças na qualidade de sua participação. O ponto mais importante dessa participação não é o quanto toma parte-se, mas como se toma parte.

Essa questão é significativa para o contexto da prática do profissional enfermeiro, uma vez que todos pressupomos participar do processo decisório, mas será que sabemos avaliar a qualidade dessa participação e os resultados dela advindos.

Bordenave (1998, p.6) subsidia-nos para essa análise ao distinguir duas concepções da participação: “uma instrumental, que a considera uma simples opção metodológica útil para alcançar objetivos estabelecidos de modo mais eficiente, de uma visão da participação como necessidade fundamental de todos os seres humanos.” A primeira concepção tende a utilizar a participação de maneira manipulatória, criando uma ilusão de participação das pessoas em programas e projetos; já a segunda concepção promove a participação mesmo quando ela torna-se problemática, aceitando-a como um direito natural das pessoas. “A participação comunitária consiste num microcosmos político social suficientemente complexo e dinâmico de forma a representar a própria sociedade ou nação. Quer dizer que a participação das pessoas em nível de sua comunidade é a melhor preparação para a sua participação como cidadãos em nível da sociedade global”. (Bordenave, 1985, p.58)

A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a

interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar, recriar coisas, e ainda, a valorização de si mesmo pelos outros. (Bordenave, 1985)

Uma sociedade participativa seria aquela em que todos os cidadãos têm parte na produção, gerência e usufruto dos bens da sociedade de maneira equitativa. Toda a estrutura social e todas as instituições estariam organizadas para tornar isso possível. Assim, a construção de uma sociedade participativa converte-se na utopia-força que dá sentido a todas as microparticipações. Nesse sentido, a participação na família, na escola, no trabalho, no esporte, na comunidade, construiria a aprendizagem e o caminho para a participação em nível macro numa sociedade onde não existam mais setores ou pessoas marginalizadas. Aos sistemas educativos, formais e não formais, caberia desenvolver mentalidades participativas pela prática constante e refletida da participação. (Bordenave, 1985, p.25)

Para contemplar a evolução da prática contínua da participação, Bordenave (1985) destaca as ferramentas operativas necessárias ao processo transformador individual e coletivo, pessoal e ambiental, entre elas o conhecimento da realidade, a organização, a comunicação e a educação para a participação.

Destaca também, como princípios inerentes à participação, que deve haver o respeito aos direitos das pessoas; que a participação justifica-se por si mesma, não por seus resultados; que é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder; que a participação leva à apropriação do desenvolvimento pelo povo, que é algo que se aprende e se aperfeiçoa, que pode ser provocada e organizada, sem que isto signifique necessariamente manipulação; que pode ser favorecida pela criação de fluxos de comunicação; que desenvolve mecanismos de resolução de problemas, mas pode desencadeá-los também; que por não ser uma panacéia, não quer dizer que todo o mundo deve participar em tudo, todo o tempo.

Esse conceito evidencia que a participação requer um contínuo estado de desenvolvimento humano viabilizado por possibilidades de educar-se o ser humano.

Segundo Freire (1986, p.27), “A educação é possível para o homem, porque este é inacabado e sabe-se inacabado. Isto o leva à sua perfeição. A educação, portanto, implica uma busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém”.

Freire (1995, p.16) considera ainda, “práticas educativas as diversas formas de articulação que visem contribuir para a formação do sujeito popular enquanto indivíduos críticos e conscientes de suas possibilidades de atuação no contexto social”.

Esse conceito vincula-se, de maneira muito pertinente, às exigências referidas por Bordenave (1985) fundamentais para a capacitação do ser humano para a participação.

Na teoria de Rousseau apud Pateman (1992, p.38-41), a participação é educativa, considerando-se o termo “educação” em seu sentido mais amplo. “O sistema ideal de Rousseau é concebido para desenvolver uma ação responsável, individual, social e política como resultado do processo participativo”. Em sua análise do processo participativo, refere que a participação acontece na tomada de decisões; constitui, como na teoria do governo representativo, um modo de proteger os interesses privados e de assegurar um bom governo; e, tem a função de integração, pois indica a cada cidadão isolado que ele ‘pertence’ à sua comunidade.

Como resultado de sua participação na tomada de decisões, o indivíduo é ensinado a distinguir entre seus próprios impulsos e desejos, aprendendo a ser tanto um cidadão público quanto privado. Rousseau também acredita que, por meio desse processo de aprendizagem, o indivíduo acaba por não sentir quase nenhum conflito entre as exigências das esferas pública e privada. Uma vez estabelecido o sistema participativo (e este é o ponto da maior importância), ele se torna auto-sustentável porque as qualidades exigidas de cada cidadão para que o sistema seja bem-sucedido são aquelas que o próprio processo de participação desenvolve e estimula; quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado para fazê-lo. Os resultados humanos obtidos no processo de participação fornecem uma importante justificativa para um sistema participativo. (Pateman, 1992, p.39)

Nesse processo de educar-se para a participação, Bordenave (1985, p.73) identifica que “o aprendiz fica sabendo como detectar tentativas de manipulação, sintomas de dirigismo e de paternalismo; a superar a improvisação, o espontaneísmo e a demagogia; a distinguir a verdadeira participação da simples consulta ao povo”.

O mais importante é a experiência da participação na própria tomada de decisões e a complexa totalidade de resultados que parece produzir, tanto para o indivíduo quanto para o sistema político como um todo; tal experiência integra, segundo Pateman (1992, p.42), o indivíduo à sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la numa

verdadeira comunidade.

A aprendizagem envolvida com a evolução dos níveis de participação associa-se então ao conceito de educação. Sobre isso Dilly & Jesus (1995, p.28) colocam “que, se o conceito amplo de educação implica no processo de mudança-transformação do sujeito, somos levados a concordar que o homem é o sujeito de sua educação, e esta depende da interação do homem com o mundo e com os outros, sendo a educação, o treinamento para o desenvolvimento humano. O indivíduo está sendo, continuamente, educado da maneira mais completa pelas experiências vivenciadas”.

Devemos a Piaget a idéia de uma interação entre o sujeito e a realidade. (Grossi apud Dilly & Jesus, 1995). Contudo, aprendemos com Freire (1995, p.115) que:

Se realmente a educação é também – mesmo que não exclusivamente – uma certa teoria do conhecimento posta em prática, isto significa ser impossível pensar em educação sem pensar em conhecimento. Sem pensar em conhecimento e não na transferência de conhecimento. Estou certo de que a prática educativa é sempre isso, mesmo que não só isso. Uma de nossas tarefas quando ensinamos algum conteúdo, no meu ponto de vista, deveria também ensinar como ensinar conhecer. Você deveria ensinar a pensar certo, o que não se faz a não ser através do ensino de um conteúdo, é bem verdade. Se ensinar a aprender faz parte do mesmo processo de conhecer, no momento em que você ensina você deve testemunhar aos estudantes como você estuda, como você se aproxima do objeto de seu conhecimento, o que significa para você a busca do conhecimento.

Assim, percebemos que o aprendizado do processo tem importância fundamental pois diferencia cidadãos conscientes, sujeitos, de objetos, envolvidos e influenciados.

O conhecimento humano, na visão construtivista, não encontra-se pré-formado, no sujeito ou no objeto. Sujeito e objeto de conhecimento são construídos, simultaneamente, por meio de assimilação, incorporação de dados aos esquemas do sujeito, e por acomodação, modificação de esquemas em função de especificidades do objeto.

As Teorias construtivistas valorizam a criatividade, a reflexão e a participação como condições indispensáveis para a interação social e a consciência da cidadania. (Dilly & Jesus, 1995)

Isso evidencia que ao falarmos em participação, estamos reportando-nos, direta, ou

indiretamente, às questões associadas à educação, conscientização e cidadania. Essa vinculação é melhor explorada por Valla & Stotz (1991, p.6) ao referirem-se às “múltiplas ações que diferentes *forças sociais* desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das *políticas públicas* na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.). [...] O uso do termo ‘participação social’ expressa uma concepção particular da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e da exploração [...] no Brasil”.

Essa abordagem reporta-nos ao fato de que devemos aprender a participar como pessoas e cidadãos para podermos ter uma prática profissional participativa. Assim, ao analisarmos o compromisso do profissional com a sociedade, temos que reconhecer que antes de ser profissional, ele é homem e, sendo homem, deve ser comprometido por si mesmo, sendo seu compromisso profissional assumido ao fazer-se profissional.

O compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade – inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade. [...] O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos. [...] Não é possível um compromisso autêntico se, àquele que se julga comprometido, a realidade apresenta-se como algo dado, estático e imutável. (Freire, 1986, p.21)

Com relação aos entraves à participação da sociedade, Bordenave (1985, p.7) coloca que:

é como se a civilização moderna, com seus enormes complexos industriais e empresariais e com seus meios eletrônicos de comunicação massiva, tivesse levado os homens primeiro a um individualismo massificador e atomizador e, mais tarde, como reação defensiva frente à alienação crescente, os levasse cada vez mais à participação coletiva. [...] Houve um tempo em que o triunfalismo dos regimes totalitários convenceu alguns filósofos sociais de que os homens tinham medo à liberdade e por isso trocavam facilmente sua autonomia pela segurança do autoritarismo. Está comprovado que o maior erro das ditaduras é pensar que toda população se sente aliviada por não ter de tomar decisões, preferindo transferi-las ao governo.

Assim, a participação no processo decisório é considerada um valor, um critério

indicativo de desenvolvimento e crédito de acesso ao clube dos países desenvolvidos. [...] As decisões governamentais são tomadas para dar respostas aos problemas da população. Nas sociedades desenvolvidas, nota-se uma tendência cada vez maior de substituí-las por soluções preventivas, capazes de eliminar as causas dos problemas e diminuir os custos financeiros e sociais que trazem". (Pereira & Fonseca, 1997, p.30-166)

O uso freqüente da palavra participação revela a aspiração, de setores cada dia mais numerosos da população, pelo controle do próprio destino. A participação não é somente necessária ao processo decisório, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano, como o são a comida, o sono e a saúde.

A participação é vista como um processo interativo entre grupos que representam outro mantidos à margem do processo social. Essa visão, que associa o caráter individual ao coletivo na participação do processo decisório, é relevante nas práticas de saúde pois segundo os esclarecimentos de Freire (1986, p.48):

A estrutura social é obra dos homens e que, se assim for, a sua transformação será também obra dos homens. Isto significa que a sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos de transformação. Tarefa que lhes exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade, objeto de atos contraditórios daqueles que pretendem mantê-la como está e dos que pretendem transformá-la. Por isso, o trabalhador social não pode ser um homem neutro frente ao mundo, um homem neutro frente à desumanização ou humanização, frente à permanência do que já não representa os caminhos do humano ou à mudança destes caminhos.

O enfermeiro é um trabalhador social e atua segundo políticas que enfatizam a importância da participação, dos diversos sujeitos, nos diversos níveis, conforme preconizado no próprio Guia de Referência para Conselheiros Municipais de Saúde, do Ministério da Saúde:

[...] com a participação da comunidade na gestão da saúde, estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia.[...] Embora prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa

de seus direitos.[...] Desde a identificação dos principais problemas de saúde da população até a avaliação final das ações executadas, a população deverá participar de todas as decisões através de representantes nos Conselhos de Saúde, os quais têm, entre suas atribuições, fazer o acompanhamento e fiscalizar a execução dos Planos de Saúde locais. (Brasil, 1998, p.12-8)

A Lei Orgânica da Saúde, Nº 8.080/90, enfatiza a descentralização das políticas administrativas na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, significando redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios. A efetiva participação, na organização dos distritos sanitários, é uma das estratégias propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde. (Brasil, 1998)

O Sistema Único de Saúde, embora tenha representado uma inovação, uma proposta de recuperação da função pública, vêm enfrentando problemas em sua implantação relacionados ao fato da reforma estar limitada ao setor da saúde e dependente da iniciativa governamental.

A Lei nº 8.142/90 determina que, nenhum gestor é senhor absoluto das decisões, assim, deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. Deve, portanto, adotar um planejamento com a participação dos profissionais de saúde, dos usuários, de entidades e movimentos da sociedade civil, atuando no reconhecimento da realidade que se pretende mudar e na definição de prioridades, contribuindo assim, para uma nova dinâmica, que supera a rotina burocrática e administrativa e o caos da saúde. (Brasil, 1998)

Esse planejamento, segundo Matos (1980, p.17), é: “prever antecipadamente o futuro, é decidir sobre objetivos, metas e critérios para solução de problemas. O planejamento é uma atitude de reflexão, orientada para a ação e que pressupõe esforço permanente de controle de resultados, com vistas a validá-lo ou orientando suas necessárias adequações”.

O SUS estimulou o controle social por meio dos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de saúde, que passaram a controlar o sistema de saúde. Mesmo tendo incorporado distorções partidárias, clientelistas ou corporativistas iniciaram uma prática democrática que exigia a participação. (Mendes, 1996)

Os Conselhos, enquanto instâncias de ação política, articulam as ações do Estado e da cidadania, visando à ampliação do controle social e de estratégias participativas na gestão. As Conferências de Saúde, nos níveis local, estadual e nacional, ampliam a participação na gestão na saúde, envolvendo o Estado, o setor saúde e a sociedade civil. Contudo, a participação da sociedade, no delicado contexto de proteção social em que se encontra, depende de um exercício prévio de associativismo, o que por si só já se coloca como um fator dificultador. Mas, para Ramos (1996, p.343), “Os anos 90, para o setor saúde e para o país como um todo, podem representar a consolidação democrática tão esperada, e os Conselhos de Saúde podem vir a cumprir papel fundamental nesta tarefa”.

Com essas perspectivas, torna-se cada vez mais relevante o preparo dos profissionais para essa forma de participação no processo. Profissionais que não vivenciam a participação, não viabilizam a participação dos seus usuários.

Uma nova dinâmica, onde o objetivo central é “a descentralização do poder até o nível local com reorientação das práticas de saúde dentro de uma nova ética da função pública, passa pelo compromisso de todos com os direitos do cidadão”. (Brasil, 1998, p.43)

Por isso temos enfatizado que uma das atitudes essenciais ao enfermeiro, que pretende ser representante da comunidade e envolvê-la no processo decisório, é a prática legitimada, compromissada com valores eticamente definidos, pois entendemos, conforme Freire (1995, p.16), que “os sujeitos são indivíduos críticos e conscientes de suas possibilidades de atuação no contexto social”.

Todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, têm direito a um atendimento que, não só dê conta de tratar a sua doença, mas, principalmente, ofereça serviços de prevenção e promoção à saúde. Assim, ganham relevância ações e programas de atenção básica à saúde, bem como faz-se necessária a articulação do setor saúde com as demais áreas sociais que têm a ver com a melhoria da qualidade de vida. Concordamos que a saúde deva ser almejada, conquistada, não imposta, e que para tanto, faz-se necessário o comprometimento de todos, em todos os níveis decisórios.

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Participar em saúde significa a possibilidade de representação e de intervenção organizada

de pessoas, famílias, grupos e organizações no modelo vigente de prestação de assistência à sua saúde.

Essa contextualização evidenciou a relevância do objeto de estudo desta pesquisa relacionado à participação da enfermeira no processo decisório das equipes das Unidades Básicas de Saúde.

2.2 A participação no processo decisório das organizações

Habermas (1986) distingue três modelos de decisão, o *decisionista*, que separa as funções do especialista e do político, corresponde à cientificação da política, à burocracia; o *tecnocrático*, que preconiza o controle quase total do especialista sobre o político; o *pragmatista*, que preconiza uma interconexão entre as técnicas disponíveis e as decisões políticas ou práticas, uma prática crítica que desnuda o exercício da dominação ideológica e torna-se acessível a uma discussão científica, que exige uma comunicação permanente e mútua entre especialistas e políticos, aconselhando aos primeiros as instâncias em que tomam as decisões e aos segundos as necessidades da prática.

O modelo pragmatista aproxima-se daquele que poderia viabilizar certo nível de participação no processo decisório das organizações, associando as dimensões técnica e política. Para incorporá-lo os profissionais devem desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas e coerentes que contemplem, minimamente, as dimensões técnica e política.

Rivera (1995, p.42) refere que: “Para Habermas, essa comunicação recíproca entre técnicos e políticos deve, efetivamente, religar-se com os interesses sociais e as orientações de um mundo social da vida já dado, o que equivale a afirmar que a opinião pública política deve mediar tal comunicação.”

A vinculação desses atributos não se deve limitar àquela gerada por meio da mediação entre partes, mas ser promovida, nos distintos setores, de modo que emanem conjuntamente, o que favorece condições vitais à participação consciente, intervencionista

e transformadora. Além disso, a organização é integrada por pessoas com interesses que para serem contemplados necessitam de poder. Segundo Rivera et al. (1989, p.94; 103):

“no caso da saúde, os tipos principais de poder manipulados são denominados de técnico, administrativo e político. [...] Entende-se por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar, manipular informação de características distintas. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se de, e de alocar recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades ou interesses. [...] em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativo e técnico ficam submersos no poder político [...] Uma das expressões desta submersão é [...] a burocracia.”

Etimologicamente a palavra decisão é formada pelo prefixo *de* (prefixo latino que significa parar, extrair, interromper) anteposto à palavra *caedere* (que significa cindir, cortar). Ao pé da letra a palavra decisão significa “parar de cortar” ou “deixar fluir”.

Para falarmos sobre o processo decisório, optamos pela introdução da síntese histórica da administração pública brasileira, em que já se denunciam sinais importantes de práticas ainda hoje vigentes.

A década de 1930 marcou pela primeira tentativa sistemática de modernização da administração pública brasileira com um modelo que se baseava teórica e operacionalmente no fortalecimento do poder central como estratégia para melhorar os padrões vigentes no país e no mundo.

Nas décadas de 1950 e 1970, durante os governos de Juscelino Kubitschek e Castelo Branco, as estruturas públicas foram direcionadas como insumos ao desenvolvimento industrial. A estratégia de fomento utilizada ajudou a diversificar o parque industrial, porém induziu ao aumento da complexidade da máquina estatal, com a conseqüente proliferação dos órgãos públicos e estatais, o que contribuiu para intensificar a participação e a intervenção do Estado na economia, e dificultar o estabelecimento de mecanismos eficientes de coordenação e controle. Isso tudo criou uma ilusão de prosperidade causada pelo “milagre econômico”.

Durante a década de 1970, esse modelo começou a enfraquecer com o distanciamento cada vez maior entre aqueles que tomavam as decisões (governo) e aqueles

que vivenciavam os fatos (povo). A credibilidade e a aceitação do governo decresceu. A reação governamental foi de centralização ainda maior do processo decisório. (Pereira & Fonseca, 1997)

A década de 1980, marcada pela explosão de mudanças sociais, políticas e tecnológicas, pela instabilidade advinda dos reajustes inflacionários e pela recessão, pedia um modelo de gestão pública mais democrático, participativo, aberto e transparente. A sociedade mais informada e mais politizada passou a exigir o atendimento de suas necessidades e prioridades.

Independentemente dessa evolução por parte da sociedade, a administração pública manteve-se lenta, ineficiente, gigantesca e autocrática mantendo o processo decisório afastado das expectativas da população. Houve iniciativas relacionadas à redução ou ampliação de órgãos, demissão ou aumento de funcionários e privatização.

A década de 1990 evidenciou as conseqüências dessas decisões, focando as atenções para o desenvolvimento auto-sustentado e soberano da nação, a garantia de governabilidade e a efetividade dos órgãos públicos.

Hoje, faz-se necessário, a adaptação e o aprimoramento dessas metodologias que permeiam o processo decisório para que conquistemos o desenvolvimento continuado e autônomo:

Um povo desenvolvido é um povo equilibrado que busca o novo por intermédio da participação popular, da adequação dos objetivos e prioridades às reais necessidades da sociedade, da viabilidade e integração dos recursos e esforços. Nesse sentido, o desenvolvimento é o resultado de um processo criativo, próprio, único, jamais copiado ou reproduzido. É tipicamente nosso e somente nós podemos concebê-lo e implementá-lo. (Pereira & Fonseca, 1997, p.156)

A governabilidade exige a participação simultânea do governo e da sociedade, pois a legitimidade ocorre quando há colaboração, confiança, disposição e reciprocidade entre ambos. Os representantes do povo devem mostrar-se eficientes no atendimento das demandas e pressões sociais, íntegros e idôneos, colocando as decisões de forma transparente para serem avaliadas pela sociedade e líderes, catalisando aspirações da população e decisões coerentes.

Entre o povo e o governo estão os órgãos públicos, instrumentos da ação governamental e, por isso, responsáveis pelo cumprimento das funções de governo, nos quais as decisões organizacionais são, normalmente, reguladas por leis orgânicas que garantem a sua sobrevivência, mas podem torná-las mais morosas.

Nesse contexto, estão inseridos os profissionais da saúde, entre eles, mais especificamente, os enfermeiros, sujeitos desta investigação. Essa inserção, por si só, pode colocá-los diante de interesses divergentes que tendem a tornar o processo decisório complexo, principalmente quando estiverem despreparados teórica e metodologicamente.

O processo decisório advém da necessidade de se resolver algum tipo de problema. Ele parte da premissa de que teremos que definir o problema. O simples fato de se definir bem o problema já apresenta praticamente 50% de uma provável solução. A partir daí, obteremos dados e informações para podermos fazer uma análise. Com base nessa análise, dentro do possível, formular-se-á uma série de alternativas e, por fim, será escolhida uma para determinar algum tipo de ação, visando a uma solução. (Duro, 1998, p.26)

O processo decisório “envolve fenômenos tanto individuais como sociais, baseados em premissas de fatos e valores, que inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, pode-se entendê-lo como uma série de processos lógicos, psicológicos e de ações que incluem o momento da decisão”. (Ciampone, 1991, p.192)

O processo decisório contempla algumas fases que podem ou não ser percorridas. A complexidade das decisões situa-se numa escala que vai das mais simples e corriqueiras até as mais complexas. Nas decisões mais simples essas etapas ocorrem a nível inconsciente passando despercebidas, de modo fácil, espontâneo, reflexo e condicionado. Isso ocorre devido ao acúmulo de experiências e a manutenção de hábitos. Existem ainda as decisões programadas e as não programadas.

O processo decisório contempla momentos diferenciados que, segundo Maximiano (1995), incluem a percepção do problema, a definição do problema, a coleta e análise dos dados, a redefinição do problema, a procura por soluções alternativas, a escolha ou decisão propriamente dita, a implementação e avaliação do processo e resultados.

Cada vez mais, vem sendo destacados o compromisso e a responsabilidade dos profissionais da equipe junto à população usuária de suas Unidades, o que requer o preparo para uma efetiva participação no processo decisório e para mudanças que se fazem importantes:

Pressupõe-se mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde das populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades. [...] As unidades básicas de saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanentemente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (Brasil, 1999, p.11-24)

Convém destacar que a metodologia que norteia o processo decisório nas organizações foi sendo influenciada pelas variáveis enfatizadas pelas diversas Teorias de Administração. Assim, já houve ênfase na variável tarefa, na estrutura, nas pessoas, no ambiente, na interrelação dos subsistemas, na tecnologia, enfim, o processo decisório absorveu e ainda absorve conceitos e pressupostos específicos dessas abordagens administrativas, entre elas a da Teoria das Decisões nas instituições que surgiu por influência de Herbert Simon, que a utilizou como base para explicar o comportamento humano nas organizações, vinculando-a a Teoria Comportamental que entende a organização como um sistema de decisões.

Decisão é o processo de análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis, do curso de ação que a pessoa deverá seguir. O processo de decisão pode ser considerado como uma análise dos fatos apresentados relacionados com os sistemas da Instituição. [...] Nesse sistema de decisões cada pessoa participa racional e conscientemente, escolhendo e tomando decisões individuais a respeito de alternativas mais ou menos racionais de comportamento, escolhendo e decidindo, de acordo com sua personalidade, motivações e atitudes [...] Para a Teoria Comportamental todas as pessoas dentro de uma organização, em todas as áreas de atividades, em todos os níveis hierárquicos e em todas as situações estão continuamente tomando decisões relacionadas ou não com seu trabalho. (Chiavenato, 1993, p.567-8)

Uma característica do processo de trabalho é que ele coloca, diante daqueles que o desenvolvem ou dele participam, a necessidade da resolução de problemas. Justamente, pelo fato de o processo de trabalho, ter, historicamente, gerado uma divisão técnico-social, acarretou a compreensão de que alguns estariam aptos a decidir e outros a cumprir determinações, separando assim, os que geriam idéias e planos dos que colocavam-nos em ação. Esse pressuposto distancia-se do que queremos validar enquanto marco teórico, conforme já foi explicado anteriormente, principalmente sob o respaldo de Bordenave (1985, 1998).

Nas organizações, foram implementadas técnicas para instrumentalizar gerentes na resolução de problemas e no processo decisório. Contudo, elas não foram socializadas em todos os níveis hierárquicos, com os funcionários que integravam essas instituições. Assim, poucos tiveram acesso, desenvolveram habilidades e puderam participar.

Outro fato a ser destacado é que “as tentativas de tornar a administração pública brasileira menos centralizadora, autoritária, formalista e prescritiva trataram dos efeitos sem administrar a causa principal: a dificuldade de abrir mão do poder. A administração pública tolhe a participação e a autonomia. [...] Ela passa uma mensagem de que a decisão e a responsabilidade nunca são do funcionário. Nos novos paradigmas, a tomada de decisões passa pela participação tanto do funcionário (autonomia) quanto do cidadão (consulta)”. (Pereira & Fonseca, 1997, p.167-8)

A descentralização requer um compromisso sério dos dirigentes, que devem validar e legitimar os anseios dos demais, trabalhando em equipe, capacitando seus funcionários para a participação no processo decisório, sendo exigentes em relação à qualidade das ações e resultados e quanto aos recursos necessários a essa prática:

[...] sem permissão para participar, os funcionários competentes acabam frustrando-se ou se acomodando. [...] Produtividade e inovação não se impõem: são construídas de baixo para cima, pela participação. A descentralização das decisões é a única alternativa para se lidar com a complexidade crescente das organizações contemporâneas, porque garante a flexibilidade necessária ao atendimento das necessidades dos usuários, a efetividade dos resultados das organizações públicas e a satisfação dos seus funcionários. (Pereira & Fonseca, 1997, p.168)

O aprendizado e a conquista da participação encontra-se, dessa forma, intrinsecamente, associado à eficácia institucional.

Encontra-se na literatura diversas definições a cerca do que vem a ser o processo decisório. Para a maioria dos autores pesquisados por Ciampone (1991, p.192) há concordância a respeito de que:

[...] decidir significa ir além do momento da escolha, da decisão em si; [...] significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções, com vistas a alcançar um resultado desejado; [...] *um processo*, que envolve fenômenos tanto individuais como sociais, baseado em premissas de fatos e de valores, que inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, com a intenção de aproximar-se de algum objetivo desejado. Pode-se, portanto, entendê-lo como uma série de processos lógicos, psicológicos e de ações que incluem o *momento de decisão*.

Maximiano (1995, p.85-103) destaca que a competência técnica, entendida como conhecimento e habilidade, o interesse, entendido como algo relacionado à atitude, assim como, o tempo envolvido são aspectos relevantes para a eficácia do processo decisório.

Toda decisão envolve necessariamente o tomador de decisão, os objetivos, as preferências, a estratégia, a situação envolvida e o resultado. Dessa forma, todo tomador de decisão está inserido em uma situação, pretende alcançar objetivos, tem preferências pessoais e segue estratégias para alcançar resultados. (Chiavenato, 1993)

O processo decisório contempla a delimitação e análise do problema; a busca das alternativas; a análise das alternativas, estabelecendo-se as conseqüências de cada uma; e a avaliação das alternativas e seleção das mais prováveis. Assim, para que este processo não receba conotações afetivas, pelo comportamento do administrador, deve estar marcado por uma política clara e definida que reflita e interprete os objetivos, tornando-os mais viáveis.

O aspecto mais relevante do processo decisório é a existência de um marco de referência que o norteie e valide, que o instrumentalize e evidencie as possibilidades, as prioridades, os pressupostos e princípios importantes e a finalidade maior do processo.

Assim, o processo decisório deve atuar na prevenção de problemas e na promoção de processos e relações de trabalho mais igualitários, humanos, éticos, participativos, responsáveis e comprometidos com o bem da coletividade e não individual. Por essa

complexidade é que são requeridos conhecimentos, habilidades e atitudes por parte daqueles que dele participam.

Thompson apud Chiavenato (1993, p.513) defende que, “em uma organização, existe sempre um forte desequilíbrio entre o direito de decidir (que é a autoridade) e o poder de realizar (que é a habilidade e a especialização). Assim, habilidade, especialização e competência são aspectos que entram continuamente em choque com autoridade, generalização e hierarquia”, o que atribui ao processo decisório complexidade maior.

Quanto à hierarquia mencionada, existe um questionamento contínuo da sua validade, contudo, Drucker (1999) não acredita no fim da hierarquia, pois em qualquer instituição é necessário que haja uma autoridade que, em uma situação de perigo comum, tome a decisão. Se o navio está afundando, o capitão não convoca uma reunião, ele dá ordens. Podemos comparar a suposta ameaça de naufrágio do navio, entendida como uma situação de perigo ou de crise, a uma situação de calamidade pública, de emergência, na área de saúde, em que se torna incoerente o envolvimento de profissionais, com diferentes níveis de capacitação técnica e de interesse, em uma decisão participativa, que requeira mais tempo para ser tomada. Nesse caso, quem tem o melhor preparo, a iniciativa e o poder assume a decisão e exige ações dos demais. Contudo, sabe-se que vale a pena o investimento na capacitação da equipe para tê-la apta a assumir a decisão em situações não corriqueiras e imediatas, assim como o sincronismo dos mais preparados para que ao tomarem decisões que sejam legitimadas e validadas pelo seu grupo.

Os processos participativos estimulam a motivação, a cooperação e a liberação do potencial criativo da equipe, induzindo a maior engajamento e co-responsabilização por resultados. A ação de uma gerência participativa eficaz pressupõe uma ação gerencial caracterizada pelo exercício da decisão e pela obtenção de resultados através da equipe.

*“O compromisso com a competência é o sentimento gerencial característico de uma administração participativa. O trabalho em equipe libera a criatividade e leva os participantes a se condicionarem positivamente à escolha das melhores alternativas, tendo em vista, como motivação maior, o crescimento empresarial. Quando prevalece o sentido de equipe, está preservada a noção de *bem comum*. Integram-se objetivos organizacionais com interesses individuais. Para tanto, exige-se que as gerências sejam participativas e inovadoras”.* (Matos, 1980, p.24)

Para Maximiano (1995, p.74) existem habilidades interpessoais e conceituais, sendo que entre as habilidades conceituais estaria a capacidade para o processo decisório.

Bordenave (1985) também analisa os conhecimentos, habilidades e atitudes que favorecem a participação. Assim, destaca que a participação é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder. A participação transforma as pessoas de passivas e conformistas em ativas e críticas, ocasionando uma descentralização e distribuição do poder, antes concentrado numa autoridade ou num grupo pequeno. Entre as habilidades e atitudes, enfatiza a importância de aprimorar-se as relações interpessoais respaldando-as no respeito às diferenças individuais. Nem todos participam da mesma maneira. O sucesso da participação dá-se quando potencializa-se a diversidade de carismas e de diversidade, sem exigir-se comportamentos uniformes e pouco naturais das pessoas.

A atitude, conceito importante na Psicologia Social, na ética e na sociologia das organizações, caracteriza-se como “uma tendência à ação, que é adquirida no ambiente em que se vive e deriva de experiências pessoais e também da personalidade. Assim, para a maioria dos autores, o termo *atitude* designa disposição psicológica, adquirida e organizada a partir da própria existência, que inclina o indivíduo a reagir de forma específica em relação a determinadas pessoas, objetos ou situações”. (Gil, 1995, p.134)

Nesta perspectiva, o sentido mais amplo e importante da tomada de decisão é o prospectivo e projectivo. A tomada de decisões em uma organização é o resultado de um processo racional e consciente que estabelece uma relação lógica entre meios e fins. O carácter prospectivo da decisão deve estar orientado pela política da organização; a avaliação das experiências prévias é fonte orientadora na análise das alternativas sendo que a adoção de decisões não pode estar isenta da política e da história. “A política exige conhecimento a respeito do poder, um termo que algumas enfermeiras querem rejeitar como sendo incompatível com os propósitos da profissão, [...] as enfermeiras possuem poder em potencial, mas necessitam de entendimento básico sobre como utilizar este potencial para provocar as mudanças desejadas”. (Ellis & Hartley, 1998, p.98)

Essa tendência dos enfermeiros para o não envolvimento político, como se fosse possível optar por ele, uma vez que até a neutralidade é uma opção política, é também um denominador comum em pesquisas empíricas realizadas na maioria dos países ocidentais,

nas últimas décadas. Essas pesquisas revelaram que a característica mais notável da maior parte dos cidadãos, principalmente os de condição sócio-econômica mais baixa, é uma falta de interesse generalizada em política e por atividades políticas. (Pateman, 1992)

A partir da existência desse preconceito, da desinformação e da não vivência da participação, construiu-se a hipótese de que apenas uma pequena porcentagem de indivíduos, em qualquer organização, sabe e está em condições de aproveitar as oportunidades existentes para influir no processo decisório.

Para entender qualquer sistema é preciso identificar e compreender as fontes de poder e de autoridade dentro dele.

A tendência atual opta por abordagens menos convencionais, onde os talentos e as inteligências disponíveis na organização são valorizados prioritariamente. A grande função da administração superior será identificar os valores gerenciais, reuni-los, integrá-los e facultar as condições para que se expressem e se desenvolvam. A descentralização e a delegação de autoridade ganham cada vez mais amplitude com as concepções de 'centro de poder' e 'gerência de conhecimento'. A preocupação centrada na flexibilização das estruturas e criação de recursos de organização matricial está confirmando, cada vez mais, a premissa de que *onde está o conhecimento, aí está o poder*. (Matos, 1980, p.21)

Essa assertiva vincula a perspectiva de descentralização da autoridade decisória na vigência das competências requeridas para o enfrentamento dos problemas que emergem no contexto de trabalho, o que valida a importância dos enfermeiros prepararem-se para desfrutar do poder advindo do conhecimento.

A respeito do poder, Follett (1997, p.25) insiste em que devemos reconsiderar o tradicional modelo "poder-sobre", visto que é reducionista e contraproducente. Ela sugere um modelo alternativo, de "poder-com", uma abordagem natural e mais produtiva do que qualquer sistema baseado somente no controle:

Se o seu negócio é tão organizado que você pode influenciar um co-gerente à medida que ele o está influenciando; tão organizado que um trabalhador tem oportunidade de influenciar você como você tem de influenciá-lo, se há uma influência interativa ocorrendo todo o tempo, o "poder-com" pode ser estabelecido. [...] O poder-com origina-se da união de poderes individuais. Cada membro de um grupo tem poder exclusivo e soberano derivado da combinação de conhecimento, experiência e habilidade específicos a ele. Aqui, de acordo com Follett, a função do gerente é ajudar os membros do grupo a perceber que

têm esse poder; unificar esses poderes individuais em um poder total do grupo; e tornar cada indivíduo responsável pela sua contribuição para que se ajuste à tarefa como um todo. [...] Nossa contribuição não tem valor, a menos que esteja efetivamente relacionada às contribuições de todos os outros envolvidos.

Entendemos que o trabalhador, tecnicamente competente, que compreende também as formas de poder legitimadas nas instituições e na sociedade, fundamentado nesses pressupostos participativos, está melhor preparado para o processo decisório.

Segundo Duro (1998, p.24), a informação “é a base da decisão e o ingrediente fundamental do processo decisório”. Já Matos (1980, p.23-63) acrescenta que:

Para a participação são imprescindíveis, o *conhecimento*, um sistema de informações, análise e reflexão sobre as realidades empresariais. [...] Partindo do pressuposto de que a eficácia em chefia depende da capacidade em obter a cooperação dos subordinados e que uma empresa em desenvolvimento pressupõe ampla participação, o enfoque foi o *sistema de informação*, pois só com adequada informação pode-se esperar participação satisfatória e eficaz cooperação (isto no plano técnico, já que, quanto aos aspectos psico-emocionais, a ação correta da chefia é determinante do clima receptivo à motivação).

No entanto, Duro (1998) destaca que é importante não confundir informação com dados. Para ele, os dados são insumos básicos que não possuem utilidade se não forem devidamente compilados, cruzados até chegarem a um grau de configuração, sob forma organizada. Assim, informação significa dados devidamente trabalhados e úteis.

Uma informação deve ter qualidade, ou seja, um mínimo de conteúdo e consistência para permitir ao decisor tomar algum tipo de decisão; ser adequada, isto é, estar voltada para a questão que vai decidir; e ser oportuna, existir no momento certo, pois se for disponibilizada muito antes ou depois de necessária, perde o seu valor.

A clareza, a veracidade, a organização e o fluxo adequado são qualidades imprescindíveis para tornar as informações subsídio para um processo decisório ágil.

No processo de municipalização, em curso, nas cidades brasileiras, faz-se, fundamentalmente presente, a necessidade de lidar com a diversidade de situações das Unidades Locais de Saúde, que contemplam diferentemente os aspectos discutidos até então. Elas exigem “dos agentes envolvidos nesse processo, criatividade, compreensão de

seu papel político como agente de mudanças e de construção da cidadania”. (Almeida, 1997, p.253)

Não se nega que o processo de municipalização representou um avanço significativo na organização dos serviços de saúde, uma vez que, aos municípios, dentro do processo de descentralização, cabia a prestação dos serviços de saúde, trazendo para o nível local responsabilidades pelo planejamento e tomada de decisões com o envolvimento da população.

Cabe ao nosso ver, ao profissional enfermeiro, assim, como aos demais, instrumentalizar-se para assumir esse espaço por meio de um marco teórico de referência que o instrumentalize e norteie suas decisões. Tendo o enfermeiro de Unidade, entre as suas funções, a de manter sincronizadas as atividades administrativas, educacionais e de assistência aos usuários, para contribuir ao alcance dos objetivos propostos, deverá adotar procedimentos globais e específicos relacionados ao planejamento, execução e avaliação respaldados por informações qualitativamente adequadas ao processo decisório.

A participação requer conhecimento que para Maximiano (1995, p.74) “refere-se às técnicas, informações e conceitos necessários ao desempenho profissional. Funcionam como referência para compreensão dos fatos e para o desenvolvimento de habilidades”.

Dentre as habilidades necessárias, Matos (1980, p.23) destaca as seguintes:

Habilidade Cognitiva – conhecimentos especializados, técnicas, normas, procedimentos, expressos na capacitação profissional; Habilidade Humana – condições para o perfeito relacionamento interpessoal e intergrupar; Habilidade Organizacional – compreensão da empresa como realidade global, seus aspectos macroestruturais, filosofia, missão, clima organizacional, ou seja, trabalhar com a cultura da empresa; Habilidade Estratégica – condições para *fazer funcionar a organização como um todo sistêmico*, dentro de uma perspectiva de longo, médio e curto prazo, de maneira a combinar as três habilidades anteriores considerando-se *a realidade do negócio, as exigências da conjuntura e as projeções para o futuro*.

Esses princípios devem ser observados e usados como monitoramento do processo para que não se perca o objetivo maior da participação que é a conquista de espaço e o desenvolvimento de mecanismos para prevenção e resolução dos problemas que afligem os usuários e aqueles, que estiverem como prestadores da assistência, destacando-se que

ambos são cidadãos e como tais devem ter preservados sua dignidade, sua integridade e seus direitos. Nessa perspectiva, a participação mostra a sua interface com a ética, que será explorada em subcapítulo posterior.

2.3 A Enfermagem e os fatores determinantes da participação

O enfermeiro é o elemento intermediário entre o usuário e a Instituição onde busca resolutividade para seus problemas. Assim, tem o compromisso, como os demais trabalhadores da saúde, de aproximar a assistência oferecida às necessidades dos usuários. Isso é favorecido por meio de capacitação, tanto em relação ao conhecimento como às habilidades e atitudes, o que favorece a sua participação e contribuição no processo decisório.

Para iniciar falando da enfermagem de hoje, faz-se necessário um breve resgate de sua evolução histórica no Brasil.

Segundo Freyre (1969), a catequização dos índios no Brasil pelos Jesuítas, teve por finalidade facilitar a dominação pelos europeus, que, através de uma série de influências, contribuíram para a degradação da raça e da cultura do índio brasileiro. Além dos Jesuítas, os colonos que aqui chegavam, devido ao seu grande interesse econômico, também colaboraram para a mudança dos hábitos do índio, instituindo novos hábitos alimentares, novas formas de trabalho, e até mesmo o uso de aguardente de cana.

Germano (1985) alega que esses novos hábitos aumentaram a mortalidade infantil e o aparecimento de doenças, principalmente por disseminação de epidemias. Passaram a usar roupas, com isso, a higienização tornou-se muito precária facilitando o aparecimento de doenças, visto serem as mesmas usadas até apodrecerem. É nesse contexto que surgiu a necessidade de alguém para cuidar dos doentes.

[...] não desconhece terem sido os próprios índios os primeiros a se ocuparem dos cuidados desses doentes em suas tribos, nas pessoas dos feiticeiros, pajés, curandeiros; com a colonização, outros elementos assumiram também essas responsabilidades, dentre eles os jesuítas, e posteriormente os religiosos, voluntários leigos e escravos que eram escolhidos

para essa tarefa. Surge assim a enfermagem, com fins mais curativos que preventivos e exercida no início, ao contrário de hoje, praticamente por elementos apenas do sexo masculino. (Germano, 1985, p.22)

A administração das Santas Casas de Misericórdia, fundadas para recolher os pobres e órfãos, foi sendo entregue às ordens religiosas que chegavam ao Brasil. A primeira Santa Casa foi a de Santos, seguindo-se a de Rio de Janeiro, Vitória, Olinda, Ilhéus, todas no século XVI. Nelas, a enfermagem exercida era essencialmente prática, sendo que para assumir a função de enfermeiro não era exigido nenhum nível de escolarização. Os cuidados aos doentes eram prestados por voluntários, escravos e religiosos; ou seja, era uma enfermagem exercida em bases puramente empíricas, onde a preocupação maior era a cura do doente em detrimento da prevenção. A prática da enfermagem caracterizava-se por ações que se prendiam mais a procedimentos de cuidados que levavam conforto à alma do doente.

Assim, o exercício da enfermagem foi marcado inicialmente por um forte espírito religioso. Ao bom profissional eram inerentes qualidades como a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir. Essa situação deu-se no início da colonização e estendeu-se até o início do século XX.

Esses valores e princípios foram sendo reforçados e reproduzidos pelas Escolas e Serviços e divulgados pela Revista Brasileira de Enfermagem, que começou a circular a partir de 1955. (Germano, 1985)

O trabalho da voluntária brasileira Ana Justina Ferreira Néri, conhecida como Ana Néri, pelo seu esmerado espírito de dedicação e incansável assistência prestada aos soldados feridos na Guerra do Paraguai no século XIX, marcou decisivamente a enfermagem até nossos dias. Contudo, ela própria, Ana Néri sofreu influência importante de Florence Nightingale, que em sua prática cerceava a liberdade de escolha do enfermeiro.

A ideologia da enfermagem desde sua origem, e, em particular a de Ana Néri, para os brasileiros, significou abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem - o enfermeiro tinha que ser alguém disciplinado e obediente.

Alguém que não exercesse a crítica social, porém consolasse e socorresse as vítimas da sociedade. Por essa razão, os enfermeiros enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional [...]. Acrescente-se ainda, o importante papel que a escola desempenha na formação do enfermeiro, principalmente através da ética profissional que aí se ensina, reforçadora de toda essa ideologia [...]. (Germano, 1985, p.26)

Esses aspectos históricos tornaram-se fatores determinantes da prática profissional dos enfermeiros. Hoje, presenciamos um processo de tomada de decisão impregnado por esses princípios enfatizados na história e na educação da enfermagem.

A educação de enfermeiros, no contexto atual, deve ser instrumentalizada pela pedagogia problematizadora e não pela bancária, em que alunos nada mais são do que depósitos nos quais o professor coloca seus conteúdos. O educando deve ser sujeito e, como tal, participar de todo o processo educativo pautado no diagnóstico e na busca de soluções para os problemas do contexto vivido.

Como enfermeiros estaríamos instrumentalizados para um processo decisório fundamentado em pressupostos relacionados à maior autonomia, independência, compromisso e competência. Esse perfil profissional precisa ser consolidado o que implica na revisão de conceitos, valores e princípios relacionados à educação e à participação.

A enfermagem, segundo Almeida & Rocha (1997), baseia-se em um saber de outras ciências visualizando atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. Sendo assim, sua função é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde.

Ao visualizar o profissional em seu ambiente, devemos entender que este extrapola os muros das organizações. O ambiente é o contexto no qual a organização está inserida. Destacamos que “ambiente é tudo aquilo que envolve externamente uma organização (ou um sistema). É a macro estrutura onde insere-se a organização. Como a organização é um sistema aberto, ela mantém transações e intercâmbio com seu ambiente. Isto faz com que tudo o que ocorre externamente no ambiente passe a influenciar internamente o que ocorre na organização”. (Chiavenato, 1993, p.816)

Na visão de Drucker (1999) sobre o papel de uma administração orientada para

fora, as forças que exercem maiores influências sobre a maior parte das organizações vêm de fora delas e não de dentro. Na Unidade Básica de Saúde do município não é diferente. Assim, “a administração deve definir os resultados que espera alcançar e depois organizar os recursos da organização visando obter esses resultados. [...] A instituição existe para produzir resultados dentro da sociedade e para modificá-la”. (Drucker, 1999, p.53)

Como afirmamos, para que o enfermeiro possa participar como membro da equipe, nas diversas instituições, decidindo conjuntamente, deve adquirir competências relacionadas ao conhecimento, às habilidades e à atitude. Maximiano (1995, p. 74-6) fundamenta essa afirmação referindo que aqueles que gerenciam processos de trabalho precisam desenvolver atributos ou qualidades:

Os conhecimentos incluem todas as técnicas e informações [...] funcionam como pontos de referência para compreensão dos fenômenos e como base para o desenvolvimento de habilidades. Quanto mais ampla a gama de conhecimentos de que uma pessoa dispõe, maior também se torna a quantidade de fenômenos que ela é capaz de interpretar. [...] As habilidades dividem-se em duas categorias principais: as habilidades conceituais e as interpessoais. Na primeira categoria, por exemplo, estão as capacidades de definir estratégias e de analisar problemas; na segunda, estão todas as habilidades que dizem respeito ao relacionamento com pessoas. [...] As atitudes compreendem uma combinação de conhecimentos e sentimentos mediante os quais cada indivíduo e grupo interpretam e julgam o mundo que os cerca e a si próprios. As atitudes formam os quadros de referência, isto é, as “molduras” valorativas dentro das quais as pessoas, fatos, idéias e objetos são vistos, interpretados e avaliados.

Consideramos pertinente a abordagem desses requisitos para a prática consciente e compromissada do profissional enfermeiro, uma vez que, por meio deles, será instrumentalizado para a efetiva participação no processo decisório. Uma prática competente, compromissada, ética, crítica, humana, conscientizadora, educadora e solidária só ocorre quando instrumentalizada por meio de conhecimentos, habilidades e atitudes apropriados. O enfermeiro, enquanto elemento de uma equipe que luta por validar e legitimar o seu espaço e área de competência, defendendo os direitos e necessidades dos usuários do Sistema de Saúde, precisa considerar que:

A divisão do trabalho levada a efeito no agrupamento faz com que cada membro tenha

uma função específica, que lhe é atribuída para que seja concretizada uma etapa da atividade-fim ou da atividade meio da organização. Portanto, o participante com os seus conhecimentos e habilidades, auxiliado por ferramentas, máquinas e informações, situa-se no primeiro nível da hierarquia por ordens de complexidade. (Bernardes, 1993, p.45)

Na perspectiva de ir além da simples adaptação à sociedade e às instituições, o enfermeiro deve formar-se e preparar-se, por meio desses instrumentos, para participar como sujeito ativo no processo decisório das organizações.

A participação do enfermeiro no processo decisório precisa então assumir essa característica de sujeito ativo, ator social, engajado com as providências profissionais que o seu contexto requer e que são necessárias para a transformação das oportunidades em possibilidades.

Bordenave (1985) contribui dizendo-nos que é através da participação que o homem exprime sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Através da sua prática, necessita satisfazer outras necessidades não menos básicas, como a de interagir com outros homens, auto-exprimir-se, desenvolver o pensamento reflexivo, criar e recriar coisas, e ainda, sentir-se valorizado pelos outros homens.

Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de “distanciar-se dele” para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se. Além disso, somente este ser é já em si um compromisso. Este ser é o homem. (Freire, 1986, p.17)

Participação não consiste na recepção passiva dos benefícios da sociedade, mas na postura ativa na sua construção, que se dá tomando decisões e realizando atividades sociais em todos os níveis. Nesse sentido, a enfermagem tem um longo caminho a percorrer para aprender uma nova prática profissional mais participativa.

Devemos criar, através do processo grupal, práticas não fossilizadas pelo hábito, mas voltadas à situação, necessidades, momentos e valores atuais que preparem os profissionais para uma participação sempre mais efetiva, que mais aproxime-se do mundo

real. (Follett, 1997) É nesta perspectiva que enfocamos a participação do enfermeiro no processo decisório.

Bordenave (1985, p.26) refere que:

O interessante é que a luta pela participação envolve ela mesma processos participatórios, isto é, atividades organizadas dos grupos com o objetivo de expressar necessidades ou demandas, defender interesses comuns, alcançar determinados objetivos econômicos, sociais ou políticos, ou influir de maneira direta nos poderes públicos.

Essa perspectiva insere a questão da participação no contexto coletivo e supra institucional, o que por si só já requer outros tipos de habilidades, atitudes e conhecimentos dos profissionais norteados por um referencial teórico-metodológico coerente.

Germano (1985) evidencia que o estudo da enfermagem, enquanto prática social, que se articula com outras práticas sociais, com o objetivo da formação de uma consciência crítica, não foi objeto de estudo por parte dos intelectuais da enfermagem, nos textos publicados na REBEn, no período de 1955 a 1980. Houve uma preocupação dominante com o ensino e não com a aprendizagem, com as profissões e especialidades e não com a equipe de saúde, com o domínio da técnica específica e não com a capacidade crítica, criadora e transformadora frente à realidade.

Essa informação leva-nos a considerar que, a ausência desses estudos, neste período, pode ter sido um indicador de fatores limitantes no despertar do interesse para as práticas mais participativas relacionadas ao processo decisório vivenciado por enfermeiros.

A grande maioria da categoria profissional da enfermagem, segundo Monticelli (1994), ainda não tem consciência crítica em relação à sociedade e às implicações que ela tem no desenvolvimento de suas ações junto aos indivíduos que buscam o sistema de saúde.

A educação é instrumento de transformação social; não só a educação formal, institucionalizada, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade.

Esses são os outros requisitos, essenciais à participação do enfermeiro no processo

decisório, que nem sempre vêm sendo analisados e enfatizados nas escolas e nos cursos de enfermagem, pelos profissionais individual e coletivamente.

Freire (1986) fala-nos a respeito da pedagogia problematizadora humanista e libertadora, importante na luta dos homens por sua emancipação; na transformação dos educandos em sujeitos do seu processo, com a superação do intelectualismo alienante e da falsa consciência do mundo, por meio de uma ação transformadora dos homens que resulte na sua humanização.

Considera como práticas educativas as diversas formas de articulação que visam contribuir para a formação do sujeito popular enquanto indivíduo crítico e consciente de suas possibilidades de atuação no contexto social:

A estrutura social é obra dos homens e que, se assim for, a sua transformação será também obra dos homens. Isto significa que a sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos de transformação. Tarefa que lhes exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade, objeto de atos contraditórios daqueles que pretendem mantê-la como está e dos que pretendem transformá-la. Por isso, o trabalhador social não pode ser um homem neutro frente ao mundo, um homem neutro frente à desumanização ou humanização, frente à permanência do que já não representa os caminhos do humano ou à mudança destes caminhos (Freire, 1986, p.48)

Essa perspectiva interessa-nos uma vez que visualizamos a participação do profissional enfermeiro no processo decisório a favor dos seus usuários.

Com esse breve resgate histórico, tentamos destacar algumas influências da colonização do país, da prática de Florence e de Ana Néri, do ensino de enfermagem e da produção científica divulgada, na prática incorporada pelo profissional enfermeiro, destacando fatores determinantes do nível de participação no processo decisório, para adequação do planejamento das ações de saúde às necessidades dos usuários e à transformação da realidade vigente.

O processo decisório vivenciado pelos enfermeiros, em muitas situações da nossa prática profissional, esteve condicionado pela visão que têm de sociedade, de processo e das relações de trabalho. Para Follett (1997), a direção e as decisões são claras quando existe ciência dos ambientes, das tecnologias, do desempenho almejado, da imagem

projetada, das relações e problemática no trabalho.

Esses não são os únicos requisitos envolvidos no processo decisório. Segundo a autora, para se saber se a decisão é pertinente, outros aspectos influem como, por exemplo, a rede de comunicação descentralizada e compartilhada por todos os elementos da equipe de saúde, contextualizada à realidade intra e extra instituição, às diretrizes e tendências políticas e técnicas, bem como aos recursos tecnológicos e financeiros. Deve também haver investimento na competência técnica e política dos trabalhadores para que aumentem o grau e a qualidade da participação, de modo a instrumentalizarem-se para decisões corretas.

Outras atitudes importantes envolvidas com a participação no processo decisório são aquelas relacionadas ao respeito ao ser humano, compromisso com os colegas e usuários, integridade, solidariedade, idoneidade, justiça, imparcialidade, discrição, sigilo profissional, criticidade e confiabilidade.

Do ponto de vista administrativo trazemos a colaboração de Matos (1980, p.48) a respeito da habilidade envolvida com o potencial para a liderança requerida para a participação no processo decisório: “O nível de participação do grupo depende do modo como o líder utiliza seu poder de autoridade. Quando este centraliza a decisão, declina a participação grupal; quando utiliza menos sua autoridade, estimula o envolvimento da equipe na solução de problemas”.

Para Matos (1980, p.48), o comportamento do líder, em relação ao exercício decisório, deve respaldar-se em um diagnóstico que indique, entre as opções destacadas a seguir, aquela que melhor se adapte e adequie:

Decide e informa: O assunto é apresentado ao grupo como matéria vencida. Expõe o problema, demonstra como foram analisados, quais as alternativas de solução, porque foi escolhida a decisão apresentada e o que espera do grupo para sua execução produtiva;

Decide e Persuade: Com características semelhantes a anterior, preocupa-se em convencer o grupo das vantagens, para ele e para a empresa, das medidas acertadas. Empenha-se em buscar adesões através da apresentação de argumentos teóricos e exemplos práticos que possam validar as decisões;

Busca sugestões para decidir: Expõe o problema e solicita sugestões, reservando-se à decisão que poderá, inclusive, contrariar as opiniões do grupo. Caso tal procedimento não esteja bem conscientizado, pode criar incompreensões, frustrações e mal-estares negativos a produtividade. Afmal, podem pensar os subordinados: ‘Se não era para considerar nossas

opiniões para que nos reuniu?'; *Procura envolver o pessoal na decisão*: Expõe o problema e estimula o grupo a participar de sua análise e a apresentar alternativas de solução. Todos são motivados a colaborar. Após a discussão, levantadas todas as hipóteses, considerados os argumentos prós e contra, o gerente decide por uma das sugestões.

A decisão é transferida ao grupo: Nesse caso o dirigente passa a comportar-se como um dos integrantes do grupo, expondo o problema e todas as informações para o seu entendimento, inclusive os possíveis condicionamentos que limitem a liberdade decisória, como por exemplo, políticas e recomendações da administração superior.

A liderança é associada por Follett (1997, p.v-vi;190-2) aos objetivos que se pretende alcançar, assim sendo refere que:

podemos realizar nosso potencial e, ao mesmo tempo, fortalecer e desenvolver os grupos aos quais pertencemos. [...] Ela só pode ser criada através das decisões dos indivíduos envolvidos diretamente numa situação. [...] Numa verdadeira democracia, cada indivíduo toma parte no processo decisório e aceita a responsabilidade pessoal pelo resultado global. Esta abordagem aplica-se a qualquer grupo – pequeno ou grande, público ou privado, nacional ou internacional. [...] Estas idéias fundamentais – de comprometimento individual através da participação direta e responsável, e tudo o que isto acarreta – estão emergindo como questões críticas no moderno ambiente de trabalho.

Esses requisitos importantes para a participação no processo decisório deveriam ser exercitados e fundamentados durante a formação dos profissionais. O que queremos é “um novo profissional, capaz de dirigir sua prática para um trabalho integral que permita inovar na atenção, que desenvolva seu pensamento reflexivo e que tenha uma participação efetiva na tomada de decisões, conjuntamente com os diferentes atores implicados na atenção à saúde humana”. (Bordenave, 1998, p.1)

A participação do grupo, para concretização dos objetivos da organização, é vital, devendo ser estimulada, monitorada e aperfeiçoada, para que, aos poucos, possa desenvolver valores próprios, princípios, atitudes e o controle social necessário para respeito aos direitos e para atendimento das necessidades.

Os métodos de gestão de ontem são incompatíveis com as tendências do comportamento administrativo, pois as pessoas no trabalho cada vez mais demonstram tendências para: autodireção – ou seja, menos ação diretiva e mais participação na determinação dos

objetivos; autocontrole – maior liberdade em assumir os riscos da tarefa sem interferências constantes; criatividade – maior oportunidade em contribuir com suas idéias; delegação – liberdade de decisão com a informação básica disponível; participação e responsabilidade – ouvir e serem ouvidos; serem engajados no planejamento e na execução; resultados – sentir que estão realizando; ver os produtos do seu trabalho. (Matos, 1980, p.22)

Assim o enfermeiro transforma-se em um agente mediador, juntando-se aos outros profissionais da equipe da saúde que também intermediam as relações com o povo, nas suas necessidades e problemas, e ainda, na sua ciência, na sua técnica e na sua cultura, podendo apoiá-los na luta por uma melhor qualidade de vida. (Bordenave, 1998)

A enfermagem não é mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem. (Roach, 1991; 1993)

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Mas até mesmo definir conceitualmente o que é a enfermagem, não tendo por fundamentação teórica as práticas consideradas socialmente, é limitante, pois não traz a sua historicidade, perdendo-se a noção de movimento do real. A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. (Almeida & Rocha, 1997, p.18)

A enfermagem, que buscamos hoje, requer um enfermeiro partícipe. Ser partícipe significa satisfazer outras necessidades como a de interagir com a equipe de trabalho, auto-exprimir-se, desenvolver o pensamento reflexivo, criar e recriar mecanismos de busca de soluções para os problemas que enfrenta, sentir-se valorizado pelos colegas, pela sua equipe de trabalho, pelo paciente, pela sua família e pela sociedade de maneira geral. Ser partícipe é ir além de uma simples adaptação à sociedade, é reagir frente ao intelectualismo alienante e a falsa consciência do mundo. É preparar-se, através de uma instrumentalização na comunidade em que vive, para participar como membro da equipe de saúde, no planejamento, na assistência, na prevenção e na promoção da saúde. Ser partícipe significa

não receber os resultados produzidos na sociedade, mas participar da sua construção, decidindo e desenvolvendo atividades sociais em todos os níveis. A luta pela participação envolve atividades organizadas do grupo para expressar necessidades, alcançar determinados objetivos e influir de maneira direta nas decisões da equipe, como forma de representar a própria sociedade. Esse enfermeiro, que entenda dessa forma a participação, estará melhor preparado como cidadão. A participação contribui para a formação do enfermeiro enquanto indivíduo crítico e consciente de sua possibilidade de atuação no contexto social. (Bordenave, 1985; Freire, 1986; Freire, 1995)

2.4 A ética norteando o processo decisório

Garrafa et al. (1997, p.28) dizem que “as questões éticas – em praticamente todos os campos de atividade humana – adquiriram conotação pública, deixando de constituir uma questão de consciência individual a ser resolvida na esfera privada e de foro exclusivamente íntimo [...] muitas vezes incompatível com a implantação de políticas públicas moralmente justas e politicamente equilibradas que visem ao bem comum”.

Ao processo decisório está implícita a necessidade de se optar por esta ou aquela decisão. Nessa escolha, os valores dos indivíduos e dos grupos surgem como elementos influenciadores importantes e associados a eles vincula-se a estrutura do ato moral.

Segundo Vásquez (1993, p.115):

Todo ato moral inclui a necessidade de escolher entre vários atos possíveis. Esta escolha deve basear-se, por sua vez, numa preferência. Escolhemos *a* porque o preferimos pelas suas conseqüências *a* *b* ou *c*. Poderíamos dizer que *a* é preferível porque se nos apresenta como um comportamento mais digno, mais elevado moralmente ou, em poucas palavras, mais valioso. É, por conseguinte, deixamos de lado *b* e *c*, porque se nos apresentam como atos menos valiosos ou com um valor moral negativo. Ter de escolher supõe, portanto, que preferimos o mais valioso ao menos valioso moralmente.

Para Gelain (1998, p.19) “a moral compreende a realização subjetiva e pessoal da inserção de um indivíduo em sua profissão. A moralidade é, então, a capacidade de agir segundo a consciência bem informada e de tomar decisões concretas, com uma atitude íntegra, visão clara e muito discernimento”.

O objeto do nosso estudo é a participação do enfermeiro no processo decisório, relativo ao planejamento da assistência prestada aos usuários, para sua adequação às necessidades prioritárias, com o compromisso de envolver esses usuários como sujeitos nesse processo, ou seja, instrumentalizá-los para que assumam esse compromisso como atores-sociais, onde sabemos, são freqüentes as situações que desencadeiam conflito e confronto de valores.

Os valores morais existem unicamente em atos ou produtos humanos. Tão-somente o que tem significado humano pode ser avaliado moralmente, mas, por sua vez, tão somente os atos ou produtos que os homens podem reconhecer como seus, isto é, os realizados consciente e livremente, e pelos quais se lhes pode atribuir uma responsabilidade moral. Neste sentido, podemos qualificar moralmente o comportamento dos indivíduos ou de grupos sociais, as intenções de seus atos, e seus resultados e conseqüências [...] (Vásquez, 1993, p.129)

Cada um de nós está vinculado a grupos sociais, famílias e instituições empregatícias diferentes e dessas relações, assim como das demais, surgem condições também diferenciadas para o desenvolvimento do comportamento moral.

Vásquez (1993, p.259) também lembra-nos que “Até hoje existiram diferentes morais de classes e inclusive numa mesma sociedade podem coexistir várias morais, já que a cada classe corresponde uma moral particular”.

Essa coexistência de várias morais torna o processo decisório, vivenciado pelos enfermeiros nas organizações, mais complexos. Mesmo porque, conforme exemplifica Dias (1995, p.9-10), existem “hospitais péssimos, na sua maioria, filas imensas, atendimento grosseiro, despersonalizado, meteórico, falhas gritantes nos sistemas de saúde mal-estruturados, absenteísmo, distorções das grandes corporações que atuam hoje no setor, eis o quadro caótico da saúde no Brasil”. Os usuários culpam a todos pela ineficácia das instituições, responsabilizando os profissionais que, muitas vezes têm sido tão ou mais lesados que eles. A interação torna-se delicada o que requer mais conhecimentos,

habilidades e atitudes adequados para gerenciar as relações e instrumentalizar a tomada de decisões.

Gelain (1998, p.24) afirma que “observando a realidade profissional, que a ética, pelo menos no discurso, faz parte de grande preocupação dos profissionais de enfermagem”.

Ellis & Hartley (1998) dizem que entre os fatores sociais que influenciam a tomada de decisão ética estão as atitudes sociais e culturais, a ciência e a tecnologia, a legislação, as decisões judiciais e o financiamento.

As decisões éticas não são tomadas ao acaso, com base no nada. “Todos os aspectos do mundo de hoje estão experimentando mudanças e a enfermagem não se constitui em exceção. As ‘verdades’ de ontem estão sendo questionadas pelas realidades e pelos novos problemas que estão nos confrontando hoje”. (Ellis & Hartley, 1998, p.186)

Quando o enfermeiro posiciona-se, fá-lo contemplando aspectos éticos e sujeitando-se às diversas forças em interação: “essas forças não são independentes ou mutuamente exclusivas, mas agem e reagem umas as outras em um ambiente sociocultural em constante alteração, causando mudanças evolucionárias em todos os segmentos da sociedade”. (Ellis & Hartley, 1998, p.186)

As mudanças nas atitudes sociais e culturais da sociedade como um todo, influenciam profundamente cada um de seus segmentos. Para Ellis & Hartley (1998, p.186), “o cuidado à saúde sugere um envolvimento muito maior das pessoas e coloca o cliente no centro das atividades. [...] O tamanho do grupo afetado pelas decisões éticas interfere no processo de tomada de decisão. Quanto menor o grupo, a organização ou a sociedade que está envolvida na tomada de decisão, mais fácil torna-se o processo de chegar até uma alternativa aceitável”.

Quando a sociedade coloca a comunidade no centro das atividades ao invés do indivíduo, pode escolher utilizar os recursos de outra forma. A crença de algumas religiões com relação ao destino da vida é mais uma variável que afeta as decisões sobre como utilizar os recursos com maior eficiência para a eficácia do cuidado à saúde. As decisões poderão ser tomadas de modo a considerar inúmeras variáveis, entre elas o custo-resultado, o tempo, a complexidade das ações, os recursos requeridos, entre outras.

Com o avanço do conhecimento na área de ciência e tecnologia, enfrentamos hoje outras problemáticas, envolvendo questões éticas, como aquelas relacionadas ao acesso a tecnologia de ponta por uma pequena parte de nossos usuários. A mídia tem se encarregado, periodicamente, de expor essa temática ao divulgar as decisões que estão sendo tomadas pelos elementos da equipe de saúde em relação a quem disponibilizaria dos recursos sofisticados de assistência quando eles não são garantidos a todos.

Sabe-se que “muito mais pessoas necessitam de tratamento do que, equipamento, tempo e pessoal disponíveis para as tratar. À medida que a tecnologia ficou disponível, as questões éticas voltaram o foco para as decisões quanto à finalidade do tratamento ao invés daquelas ligadas ao início do tratamento.” (Ellis & Hartley, 1998, p.187)

As mudanças sociais e as leis deveriam estar em contínua interação. Deveria haver mudanças nas atitudes da sociedade e legitimação delas pela lei vigente.

A ética tem como objeto de estudo a moral e nesse sentido contempla a especificidade do contexto histórico-social onde os problemas estão sendo analisados. Podemos citar o caso da legislação que passou a contemplar a aceitação dos filhos de mães solteiras, retirando da certidão de nascimento a palavra ilegítimo. Quando deseja-se uma mudança social, pode-se perseguir uma legislação que exija que as pessoas comportem-se de maneira diferente. Como exemplo, temos a lei que recentemente vem acrescentando normas, procedimentos e arquitetura adequados ao convívio normal dos deficientes no cotidiano das cidades. Mesmo assim, uma lei precisa ser posta em prática, ser incorporada e isso requer tempo e conscientização por parte da sociedade.

Observamos as decisões judiciais sendo usadas como base para determinar se uma decisão é apropriada ou não. “O Sistema judicial também fornece um importante local para o debate e para se tentar resolver os problemas éticos”. Porém, “as questões com respeito ao papel de um indivíduo ao executar uma decisão judicial permanecem”. (Ellis & Hartley, 1998, p.188)

A autora cita o exemplo dos E.U.A., onde os médicos realizavam o aborto mesmo sendo proibido por lei, por acreditarem que seus clientes tinham direito ao procedimento assistido por profissional médico, minimizando os riscos decorrentes. Hoje o aborto tornou-se legal, nesse contexto. “Este assunto adquire maior amplitude, pois apresenta-se

como uma justificativa para a liberdade de ação diante de uma gravidez indesejada, como ponto central na 'revolução sexual', como alvo de discussões jurídicas na sua passagem, no Brasil, da clandestinidade à legalidade e como causa de revisão do sentido da vida e da morte do ser humano indefeso". (Gelain, 1998, p.63)

No Brasil, o profissional de enfermagem encontra a proibição do aborto expressa no artigo 45 do Código Penal. Segundo o código, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não do ato abortivo nos casos previstos em lei.

Quando associadas às questões éticas envolvidas com a assistência aos usuários está o recurso financeiro institucional disponibilizado, a problemática torna-se mais grave e cruel. O cidadão deveria ter acesso e assistência garantida, mas sabemos que isso é conflitante: há o direito, não há a possibilidade. Ellis & Hartley (1998, p.189) colocam-nos: "Qual é a nossa obrigação, enquanto sociedade, de obter alguma forma de cuidado à saúde disponível para todos? Quais os cuidados à saúde podem e não podem ser prestados? O que é mais importante, a prevenção ou a cura?" A autora conclui que as decisões sobre o financiamento desafiam os valores elementares.

Citando a Conferência proferida no II Fórum Internacional de Bioética Clínica, Campbell (1998, p. 172) considera que uma das questões-chave para o futuro é a justiça na saúde e nos cuidados de saúde. Segundo ele, "todas as previsões sobre desenvolvimento populacional apontam para o fato de que estaremos enfrentando escassez de recursos com a longevidade das populações devido à habilidade de superar todas as formas de doenças. O maior desafio para a Bioética será encontrar uma forma adequada de justa distribuição dos recursos de saúde, numa situação de crescente competitividade".

Entre os fatores ocupacionais que influenciam a tomada de decisão, estão o status de empregado, os contratos de negociação coletiva, relacionamentos entre colegas, atitudes autoritárias e paternalistas, comitês de ética e a participação do consumidor nas decisões sobre o cuidado à saúde.

Os enfermeiros recebem pressões especiais que os influenciam a tomar determinadas decisões. As pressões sofridas pelo enfermeiro são aquelas exercidas, principalmente, pelo usuário, pelo empregador, pela equipe, ou, por elementos da equipe e

por si próprio. Embora os códigos não explicitem certas questões advindas da relação empregador-empregado, certamente o enfermeiro tem certa lealdade e obrigações para com ele, pois é ele quem paga o seu salário e toma decisões com respeito ao seu trabalho.

É comum uma decisão ética gerar conflito entre os interesses do empregador e do cliente, estando o enfermeiro no centro desse dilema. Outro fator ocupacional, que influencia as enfermeiras na tomada de decisão ética, é o contrato de negociação coletiva e de vinculação à Instituição.

O contrato coletivo, nos EUA, prevê grande liberdade para o enfermeiro descrever suas queixas, formalizando as razões e procedimentos, para o desligamento do emprego, dando-lhe assim, uma certa forma de proteção. (Ellis & Hartley, 1998)

A conscientização, o posicionamento crítico, a coesão em torno de valores comuns também são facilitadores para a tomada de decisões em favor de uma assistência eficaz ao usuário.

O relacionamento entre colegas, como é o caso das enfermeiras que trabalham juntas em uma mesma instituição, pode ser compensador, se uma apoiar a outra, dividindo a tomada de decisão e favorecendo um clima excelente para a tomada de decisão ética. A nossa realidade mostra que as enfermeiras sentem-se solitárias e sem experiência de buscar e oferecer apoio umas às outras no cotidiano.

Ellis & Hartley (1998, p.190) esclarecem que em muitos ambientes:

As decisões éticas são tomadas em um contexto que não inclui a participação da enfermagem, embora espera-se que as enfermeiras implementem quaisquer decisões que sejam tomadas. [...] A atitude historicamente autoritária e paternalista dos médicos e hospitais, com frequência, tem relegado aos enfermeiros, a maioria mulheres, papéis dependentes e subservientes. Estas diferenças, no passado, inibiram as enfermeiras de tomar posições independentes nos problemas, e continuam a afetar os relacionamentos no campo do cuidado à saúde.

Segundo Campbell (1998, p.172) “[...] o feminismo ajudou a criar uma forma de ética comunitária, que contrastava visivelmente com a tendência da abordagem principialista, que prioriza a autonomia individual”.

Os Comitês de Ética podem fortalecer o processo decisório ético, assim, as enfermeiras devem utilizar-se desse recurso legitimador para validarem uma prática consciente, profissional e cidadã.

Convém lembrar que “os direitos e deveres da cidadania serão definidos a partir dos valores éticos e espirituais, mas em função também das metas possíveis dentro da realidade existente”. (Padin, 1985, p.9)

Outro fator ocupacional considerado importante é o grau de envolvimento do usuário nas decisões referentes ao planejamento, execução e avaliação da assistência a eles prestada. O respaldo advindo desse controle social pelo cliente-usuário torna-se instrumento valioso para desenvolvimento de uma prática participativa, democrática e ética.

A participação do enfermeiro no processo decisório sofre a influência de determinantes diferentes, entre eles os abordados anteriormente, ou seja, a educação, a vivência, a cultura, as intencionalidades que permeiam as práticas institucionais e grupais, os valores, crenças e princípios relacionados aos comportamentos individuais, os processos de trabalho e as relações advindas, entre outros. A identificação desses determinantes, a sua compreensão bem como a existência de referenciais teórico-metodológicos que possam elucidá-los e instrumentalizar profissionais são aspectos relevantes na caracterização do tipo de participação e de decisão tomada.

“A partir das relações que estabelece com seu mundo, o homem, criando, recriando, decidindo, dinamiza este mundo. Contribui com algo do qual ele é autor...”

Paulo Freire (1980)

3 – METODOLOGIA

Considerando a natureza e a especificidade do objeto de estudo desta pesquisa optamos pelo desenvolvimento de um delineamento exploratório-descritivo. A opção por esse delineamento deu-se por “permitir ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”. (Triviños, 1987, p.109)

Para Selltiz et al (1967, p.63), o objetivo da pesquisa exploratória “é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. [...] estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”. Em sua maioria esse tipo de pesquisa envolve pesquisa bibliográfica; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

O Universo dessa investigação foi uma das Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

Os sujeitos foram enfermeiros de 10 Unidades Básicas de Saúde - UBS - da 10ª Regional de Saúde que está vinculada à Secretaria de Saúde do Paraná e tem, em sua área de abrangência, 25 municípios.

A 10ª Regional de Saúde tem como responsabilidade a coordenação regional das ações de saúde, normalizadas segundo diretrizes nacionais, a prestação de apoio operacional, a assessoria técnica e a supervisão dos níveis regional e locais, determinadas pela Secretaria de Saúde Estadual e Federal.

Para a coleta de dados foi solicitada autorização por escrito ao Secretário de Saúde

dos respectivos municípios (Anexo 1), bem como o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) pelos sujeitos envolvidos no estudo.

Após autorizado o desenvolvimento deste estudo, entramos em contato com os enfermeiros para explicar o objeto e os objetivos do estudo e verificar se tinham interesse na participação da pesquisa e disponibilidade de tempo. Uma vez manifestado o interesse e confirmada a disponibilidade, pedimos que lessem e assinassem, quando concordassem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Superada essa fase de respeito aos aspectos ético-legais para o desenvolvimento de pesquisas, iniciamos os contatos para agendamento do início da coleta de dados, feita em dois momentos, por meio de dois instrumentos diferentes.

Houve necessidade de caracterização dos sujeitos e das suas UBS. Esse momento vinculou sujeitos, contextos e dados obtidos e analisados. O instrumento usado para caracterização encontra-se no Anexo 3.

A caracterização dos sujeitos deu-se mediante dados relacionados a: sexo, idade, escola em que se graduou, pós-graduação, filiação a entidades, empregos anteriores e experiências profissionais, tempo de atuação na Instituição, experiências na Instituição, motivo da escolha da profissão e identificação com a enfermagem e área de atuação.

A caracterização da Unidade Básica de Saúde do estudo foi baseada a partir de dados sobre recursos humanos, usuários e situação geográfica da Unidade Básica de Saúde com relação ao Centro de Referência mais próximo.

Os dados foram coletados inicialmente por meio de escala Likert e depois por meio de entrevistas semi-estruturadas. No contato inicial com os sujeitos utilizamo-nos de um rapport que está exposto no Anexo 4.

A Escala Likert, construída a partir do referencial teórico que subsidia e norteia este estudo, aplica-se para investigar atitudes (Gil, 1995), inserir os sujeitos na temática do trabalho, promovendo um aquecimento, uma condição para a pré-reflexão sobre o objeto de estudo, que, em um segundo momento, favoreceriam o enriquecimento das informações captadas por meio da entrevista.

Optamos iniciar a coleta de dados com a utilização da Escala Likert, pois, esse

instrumento já vem sendo utilizado em pesquisas para promover o envolvimento dos sujeitos que serão posteriormente entrevistados com a temática e objeto de estudo em questão. Assim, durante as entrevistas, considera-se que se obtenha informações mais ricas para a análise.

A nossa vivência profissional nesta região, com esses profissionais, sujeitos desta investigação, subsidiou-nos para decidir pela adequação desta estratégia uma vez que, ao iniciarmos diretamente pelas entrevistas poderíamos obter, como aconteceu durante o desenvolvimento do Projeto de Prática Assistencial, aqui expandido, dados insuficientes ou que não retratassem o contexto empírico pelo fato dos sujeitos não terem tido um momento anterior às entrevistas para refletir sobre o objeto de estudo.

Para Marconi & Lakatos (1996) as escalas Likert não requerem especialistas. Constan da elaboração de proposições, respaldadas por referencial teórico e pelo objeto e objetivos do estudo, que expressam pontos de vista favoráveis ou não ao assunto. Cada sujeito, ao ler as proposições, emite seus valores.

As escalas, de maneira geral, apresentam-se das mais diversas formas, mas, basicamente, levam os participantes da pesquisa a escolherem dentre uma série graduada de itens aqueles que melhor correspondem à sua percepção acerca do objeto pesquisado. (Gil, 1995)

A escala do tipo Likert apresenta afirmações e negações graduadas aos sujeitos, para que indiquem em que nível concordam ou discordam com elas. Os sujeitos, analisando cada questão, atribuem-lhe uma pontuação de 1 a 5, conforme o nível de concordância e discordância variar entre as opções de concordo plenamente, concordo, indeciso, discordo e discordo plenamente.

Neste estudo, a partir das respostas obtidas, já sistematizadas pelos diferentes níveis do gradiente da Escala, pôde-se evidenciar a tendência dos sujeitos em relação ao objeto de estudo que seria posteriormente explorado por meio das entrevistas. Essa percepção prévia preparou-nos para obter mais subsídios, explorando melhor a entrevista e para despertar o interesse e a reflexão sobre o assunto nos sujeitos.

A Escala Likert foi submetida a pré-teste para o seu aprimoramento, antes de sua aplicação aos sujeitos deste estudo e encontra-se no Anexo 5.

Para Selltiz et al (1987), a escala Likert gera informação mais precisa sobre a opinião dos sujeitos, a respeito da problemática estudada.

Um cuidado importante na aplicação dessa técnica é o esclarecimento prévio dos participantes quanto à importância de serem autênticos e verdadeiros, pois o intuito é o de captar o que eles realmente sentem e pensam a respeito.

Esse primeiro momento da coleta de dados encontra-se descrito no Anexo 6.

Como segundo momento da coleta de dados, foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas, por meio de instrumento já validado no Projeto desenvolvido junto a Disciplina de Prática Assistencial, do Programa de Mestrado em Assistência em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os enfermeiros foram consultados sobre a possibilidade do uso do gravador, por tratar-se de um recurso facilitador durante a transcrição das entrevistas, tendo sido garantido o sigilo e o anonimato bem como a inutilização das fitas após a transcrição.

Segundo Minayo e cols. (1996, p.58), “as entrevistas podem ser *estruturadas e não estruturadas*, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, torna-se possível trabalhar com a entrevista *aberta ou não estruturada*, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como com as *estruturadas* que pressupõem *perguntas previamente formuladas*. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como *entrevistas semi-estruturadas*”.

Para Triviños (1987, p.152), a entrevista semi-estruturada “mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator”.

As entrevistas foram realizadas tendo com questões norteadoras e de suporte as citadas a seguir:

Fale-nos sobre o processo decisório vivenciado por você na Unidade Básica de Saúde.

- ❖ Como as decisões são tomadas?
- ❖ Quem participa dessas decisões?

- ❖ Que critérios, diretrizes e prioridades são considerados para a tomada de decisões?
- ❖ Todos os profissionais e funcionários participam desse processo? Como ocorre essa participação?
- ❖ Quais são as facilidades e dificuldades encontradas em relação ao processo decisório?

Discorra sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a tomada de decisões.

- ❖ Que conhecimento o profissional deve ter para tomar decisões pertinentes à Unidade?
- ❖ O processo decisório requer habilidades específicas dos profissionais? Fale sobre elas.
- ❖ Que atitudes são importantes para aqueles que participam do processo decisório?
- ❖ Quais os aspectos éticos envolvidos com a tomada de decisões?

As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo que o seu tratamento deu-se pelo agrupamento dos dados por questões norteadoras, seguido da realização do confronto, momento em que foram identificadas as convergências, divergências e contradições. A análise e a interpretação foram sistematizadas a partir da correlação do marco teórico de referência com as convergências, divergências e contradições, tendo em vista o objetivo descrito para este estudo.

“O ponto de partida deve estar sempre nos homens, no seu aqui e no seu agora, que constituem a situação em que se encontram, ora imersos, ora emersos, ora insertados. Somente partindo desta situação – que determina a percepção que eles têm – podem começar a atuar. Para fazê-lo de maneira autêntica não devem perceber seu estado como inelutável, mas somente como é, um estado que os limita e portanto os desafia...”

Paulo Freire (1980)

4 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

Para a pré-análise dos dados obtidos por meio das entrevistas, procedemos à organização do material. Tanto as Unidades como os sujeitos foram caracterizados e os dados organizados nos Quadros 1 e 2 apresentados a seguir.

As entrevistas, transcritas na íntegra, foram relidas várias vezes, sendo o seu conteúdo agrupado por questões norteadoras conforme exposto nos Quadros 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Após essa fase houve a identificação dos confrontos caracterizados pelas convergências, divergências e contradições evidenciadas por questão norteadora, conforme demonstrado nos Quadros 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, e 18.

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Características dos sujeitos		Nº absoluto	%
Total de sujeitos pesquisados		10	100
Sexo	Feminino	9	90
	Masculino	1	10
Idade	26 anos	1	10
	29 anos	1	10
	33 anos	1	10
	35 anos	2	20
	36 anos	1	10
	37 anos	2	20
	43 anos	1	10
	45 anos	1	10
Média de idade: 35.6 anos			
Motivo da escolha da profissão	Afinidade, interesse pela área de saúde	5	50
	Gosto e admiração pela profissão	3	30
	Carência e amor ao próximo	1	10
	Escolheu na hora	1	10
Escola da graduação	UNIOESTE	9	90
	Outras	1	10
Ano da graduação	1985	1	10
	1986	3	30
	1987	1	10
	1988	1	10
	1990	3	30
	1995	1	10
Pós-graduação Senso Lato	Sim – concluída	1	10
	Sim – em andamento	2	20
	Não	7	70
Tempo de atuação na instituição atual	1 ano	1	10
	2 anos	1	10
	3 anos	3	30
	5 anos	1	10
	6 anos	1	10
	7 anos	1	10
	8 anos	1	10
	12 anos	1	10
Média de tempo de atuação na instituição atual: 4.2 anos			
Filiação a entidades	Não	10	100

Dentre os sujeitos do nosso estudo, a maioria é do sexo feminino, sendo a média de idade entre eles de 35,6 anos. A afinidade, o interesse, o gosto e a admiração pela área de saúde caracterizaram o motivo de escolha da profissão.

A maior parte dos entrevistados graduou-se na Universidade Estadual do Oeste do Paraná, na cidade de Cascavel, entre os anos de 1985 e 1995, tendo a maioria se formado nos anos de 1986 e 1990 e uma minoria cursado a Pós-Graduação.

O tempo de vínculo profissional com a Instituição atual variou de 1 a 12 anos, havendo uma concentração maior na faixa de tempo de 3 anos de vinculação. A média de tempo de atuação profissional na Instituição foi de 4,2 anos.

Com relação a empregos anteriores, a maioria dos sujeitos entrevistados esteve vinculada a hospitais e a Secretaria Municipal de Saúde. Foram destacadas experiências com o desenvolvimento de programas nacionais como os do controle da tuberculose, leishmaniose, hanseníase, SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, com supervisão e coordenação da equipe de enfermagem, com responsabilidade técnica, com orientação e acompanhamento de grupos específicos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, planejamento familiar, educação em serviço e educação em saúde, entre outros.

Os enfermeiros entrevistados mencionaram identificação maior com a área de educação em saúde, embora também tenham citado a epidemiologia, administração, planejamento, prevenção, puericultura, assistência e o trabalho com o ser humano como um todo.

Nenhum dos sujeitos mencionou ser filiado a entidades de classe, o que vem comprovar a limitada adesão dos profissionais, de modo geral, a essas entidades.

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Unidades Básicas de Saúde	Recursos humanos que possuem													Número de usuários que atendem	Distância com relação à Cascavel (centro de referência mais próximo)			
	Secretário de Saúde	Enfermeiro	Médico	Auxiliar de enfq	Assistente social	Odontólogo	Auxiliar odontologia	Veterinário	Auxiliar sanitário	Psicólogo	Ag. comunitário saúde	Agente de saúde	Auxiliar administrativo			Motorista	Zeladora	Guarda noturno
Boa Vista da Aparecida	1	1	6	5		1	1			1	8	1	5	3	6		10.144	94 km
Braganey	1	1	4	2		2	1		1		10		2	3	2		5.500	50 km
Capitão Leônidas Marques	1	1	4	12		4					6	2	2	2	2		17.738	75 km
Cascavel - Bairro Guarujá	1	1	9	7	1		2				7		1		2	1	10.000	---
Céu Azul	1	1	4	5					1		5		5	2	2		10.000	50 km
Corbélia	1	1	4	10		3			1		17		5	5			15.000	24 km
Iguatu	1	1	4	2	1	2	1	1	1		5			2	1		2.077	72 km
Lindoeste	1	1	4	6		3					5		1	3			8.000	45 km
Santa Lúcia	1	1	2	4		1	1		1		2	1	2	1	1		4.006	60 km
Santa Tereza	1	1	1	1							1						1.200	20 Km

Das dez (10) Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas possuem um secretário de saúde, um enfermeiro, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. O número desses profissionais varia de acordo com a população e com o número de usuários atendidos. O número de médicos, por exemplo, varia de dois a nove, dando-nos uma média de 4,6 profissionais por Unidade Básica. Já o número de auxiliares de enfermagem varia de 2 a 12, dando-nos uma média de 5,4 contratados por Unidade. Os agentes comunitários de saúde pertencem à categoria que possui o número mais expressivo, variando de 2 a 17, com uma média de 6,6 contratados por UBS. Nas dez Unidades Básicas de Saúde pesquisadas existem contratados apenas dois assistentes sociais; um veterinário e um psicólogo. O número de usuários que cada UBS atende varia de 1.200 a 17.738 usuários. A distância dos municípios em relação ao centro de referência mais próximo varia de 20 a 94 quilômetros, sendo a distância média de 49 quilômetros.

Todas as UBS possuem carro próprio e acesso ao Centro de Referência por estrada de asfalto. O Sistema de Saúde Regional, que cobre esses municípios, conta com um Consórcio Intermunicipal e uma Central de Leitos, que viabilizam os encaminhamentos, tanto para consulta especializada como para internamentos. Para os internamentos, há uma rede hospitalar integrada pelo Hospital Regional de Cascavel, público e seis hospitais privados conveniados ao SUS.

QUADRO 3 – AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1	- Fale-nos sobre o processo decisório vivenciado por você na Unidade Básica de Saúde:
1.1	- Como as decisões são tomadas?
Respostas	
A	Depende das decisões que vão ser tomadas... Depende do assunto... Tem assuntos que eles perguntam a minha opinião, tem assuntos que não... Já vem decidido... E pronto. Já vem decidido do secretário, do prefeito. Não tem muito o quê decidir. Agora em outros assuntos que envolvem mais política, eu não me envolvo, deixo que eles que resolvam... Que decidam o que eles querem...
B	Nunca tomo uma decisão sozinha. Eu sempre procuro uma opinião... Eu tenho que considerar assim: que eu tenho funcionários de oito (8) anos, de dez (10), doze (12) anos trabalhando aqui e estou aqui há um (1) ano só. Então eu levo isso em conta e para tomar alguma decisão. Com a opinião de alguém, eu tomo uma direção um caminho, que nem sempre a minha opinião é a correta... Ou às vezes eu tenho mesmo duas opiniões e então eu preciso ouvir outras pessoas... Para que a gente tenha o bom senso de agir da maneira correta.
C	No posto de saúde quando eu tenho que tomar uma decisão, eu nunca tomo ela sozinha. Por ser um município pequeno, a gente tem que... E eu não vou pegar essa responsabilidade toda sozinha. Então eu vou lá e falo com a minha secretária. Falo com a pessoa, alguma coisa ou qualquer coisa que eu tenha que fazer, eu falo com a pessoa. Ai eu explico o que está acontecendo...
D	A minha vivência como coordenador de posto de saúde, posso dizer que foi uma experiência muito gostosa, porém confortável, ou seja, eu me acomodei, e não busquei mais desenvolver a riqueza que tem a pessoa, ou seja, as pessoas que se achegam dentro da unidade. Eu esquecia que a pessoa que vinha até a mim, era uma pessoa que estava buscando uma necessidade. E dentro da coordenação desse mini-posto de saúde era muito difícil tomar uma decisão precisa quanto às decisões internas. A gente tinha que engolir aquilo que vinha do alto, na pessoa do então secretário de saúde, o qual desenvolveu um excelente trabalho. Mas o trabalho dele ficava pura e meramente autoritário dentro de unidade de saúde. O que me atingia em cheio. Porém como eu estava administrando uma unidade de saúde, e enquanto ninguém me incomoda, eu estou tranqüilo. Posso dizer que o enfermeiro é a peça nº 1 (um) das decisões de uma unidade básica. Porém, falar da diretoria é fácil, porém botar no papel fica um pouco mais difícil. Nesse sentido a gente sente numa unidade de saúde que as decisões são tomadas pelo enfermeiro e muitas vezes levadas a descuido, que faz com que a opinião não seja levada a sério. É onde nos deparamos com um desgaste físico e emocional bastante grande, e a gente se sente por hora assim, inútil; porém a nossa meta mais específica do PSF é lutar em conjunto... E se nós colocarmos o nosso direcionamento do conduto PSF com a realidade que nós temos, nós vemos que os nossos problemas são muito inferiores aos problemas que nós encontramos no meio da nossa unidade de saúde da área que nós atendemos.

Sujeitos

E	<p>Eu chegava com determinado problema e mostrava dentro da enfermagem, dentro da saúde o que era o correto... Dependendo daquilo ali, para quem estava ali como secretário, ou como prefeito, teria que ver se aquilo ali trazia algum benefício para o município e também para ele, como político, então aquilo ali era fácil. Porque eu mostrava que não era só um benefício político para ele. Eles vêem isso. Você ganha a população. Ganho eu e ganha eles. Porque eles passam a te estimar e te respeitar. Então se você traz benefícios, isso é bom.</p>
F	<p>Já foi melhor em outros tempos. Hoje em dia não é muito. Para participar do processo decisório, tem que ter outras coisas antes disso. Por exemplo, organização. Aqui não tem. Aqui é muito assim... Cada um decide. Então nesse sentido, nosso secretário peca mais. Nós não temos reuniões, para passar para todos os funcionários, tipo assim... Um exemplo: A questão da dengue. Nós deveríamos reunir todos os funcionários para repassar as condições atuais da dengue, não é. Mas a gente não consegue isso aqui. O trabalho é muito individual. Então o poder de decisão fica bem enfraquecido. Enquanto equipe e mesmo no individual. Porque daí de repente você acha: será que é certo pedir isso? Não existe poder, não existe avaliação. Tudo é um conjunto, uma engrenagem, é assim que funciona. Como é que vai funcionar uma máquina... Se estiver cada um trabalhando sozinho.</p>
G	<p>Aqui na unidade de saúde a gente procura ver as prioridades, o que vai ser feito de imediato. Independente do que vai ser feito, primeiro tem que ver isso daí, para depois... Para não começar de trás para frente. Senão não vai funcionar. Daí a gente se reúne, a gente tem a equipe, o secretário, dependendo do assunto, o administrativo...</p>
H	<p>Normalmente são tomadas sempre em equipe. Em alguns casos quando a solução tem que ser imediata, então eu tomo a decisão. E quando é alguma coisa um pouco mais séria, mais complicada, a gente leva para o secretário de saúde. Aí ele decide, passa para a gente, e a gente faz o que eles decidiram.</p>

I	<p>Nem sempre são feitos reuniões com todos os profissionais, mais os que estão ligados mesmo na área de saúde, que seria o pessoal... A equipe de enfermagem. É muito difícil a participação dos profissionais médicos, é coisa mais do enfermeiro, os auxiliares, a parte administrativa, o secretário de saúde... Fazemos as reuniões conforme os problemas vão surgindo e a gente tenta solucionar. E dessa forma a gente tenta ver uma maneira. Todo mundo participa com idéias... No nosso município na verdade é a gente que leva os problemas... Nós é que trabalhamos com o povo. Na verdade, somos nós os funcionários da enfermagem, eu enfermeiro e os auxiliares. Porque é a gente que sente na pele, é a gente que está trabalhando com o público, é a gente que vê, e é ali que a gente vai levando para o secretário de saúde, ou para o administrador. Porque o nosso secretário de saúde atualmente não está muito atuante. Muitas vezes a gente vê que vai ter que parar, eu falo para o pessoal: - não está dando assim. Não estamos conseguindo levar. Como eu às vezes não posso tomar uma decisão, vou mudar alguma coisa sem o secretário saber, ou o administrador saber, ou até mesmo passar em cima do secretário... A gente leva até ao prefeito, isso para ele tomar conhecimento do que está acontecendo. Que mesmo o nosso município é... O grande problema que esses municípios têm hoje é um rodízio muito grande de secretário. Isso é que envolve bastante... Eu sinto assim muito... Quando a gente começa a ter um vínculo maior, porque existe isso, quando você começa a ter um vínculo maior com o secretário de saúde, que você começa a se identificar, já troca de novo. Ai você já passa a ter um outro... Olha, nesse mandato, nós já estamos indo para o terceiro. Para dizer bem, é muito, não é? E é uma pessoa que ela tem as suas idéias, cada secretário que vem, ele quer deixar a sua marca. Pelo menos num município pequeno é assim. Ele quer mudar tudo o que o outro fez. É bem estressante. Para não ficar caracterizado como feito do outro. Isso é uma coisa assim que... Nós que trabalhamos ali digamos, no "corpo a corpo" com o paciente, na linha de frente, é complicado.</p>
J	<p>Depende muito da situação que a gente lida, depende da complexidade do caso, a gente acaba tomando decisões imediatas individualmente. Decisões coletivas só se for um caso grave mesmo. No geral as decisões são tomadas pedindo a participação de mais uma pessoa, as opiniões de mais de uma pessoa, um auxiliar de enfermagem, um médico, e ainda algumas decisões a gente depende da opinião do secretário, da resposta final do secretário.</p>

QUADRO 4 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1	- Fale-nos sobre o processo decisório vivenciado por você na Unidade Básica de Saúde:
1.2	- Quem participa das decisões?
Respostas	
A	Quem participa da reunião eu não sei te dizer. Geralmente o secretário, o prefeito... Depende que tipo de decisão que é julgada.
B	Eu sempre vou até o pessoal e vejo, o que é que vocês acham, o que é melhor, porque às vezes numa decisão mais séria, você acaba sendo compreendida. O grupo todo. Todos eles. Por exemplo, eu tenho o guarda da noite, às vezes eu peço opinião para ele. Tem as agentes comunitárias também. Eu peço bastante ajuda para elas. As vezes discuto casos... Os auxiliares também... Então eu tenho muita ajuda deles.
C	Com a secretária de saúde. Ai a gente conversa, e ai eu falo para a pessoa aguardar um minutinho que eu vou ver o que eu posso fazer... Ai eu vou lá converso com ela e dai a gente resolve juntas. Ou se for alguma outra coisa que der para eu passar direto com o médico, a gente vai lá e conversa e dai a gente resolve junto. Eu sozinha falar faz isso, faz aquilo, nunca... Não faço. O enfermeiro, o secretário, o médico, tem uma auxiliar de enfermagem... Por ela ser mais antiga a gente também solicita a ela... E pode ser uma decisão de planejamento de trabalho, dai a gente não decide. Como se fosse fazer um plano de saúde. A gente não decide. As vezes alguém pede, quanto será que a gente pode pôr aqui? Porque às vezes o plano pede o número... Então isso ela pede para mim. Ou para os outros funcionários... A gente não participa diretamente do plano de saúde, de planejamento de trabalho, não. As vezes ela... A secretaria em si faz o plano baseado no anterior, muda alguma coisa... A gente não se reúne para ver as prioridades... Eu acho que nunca foi feito reunião nenhuma, que eu me lembre.
D	Nós somos quatro (4) integrantes. Não podemos esquecer que nós planejamos, mas acima de nós tem uma outra equipe que executa e nos direciona. No município nós temos o secretário de saúde, mais uma equipe dele, a quem nós devemos levar os nossos projetos, nossas lutas, nossos trabalhos. Quem nos direciona, é o centro de saúde na pessoa do secretário. A decisão final da nossa equipe depende do secretário de saúde. As decisões de ordem financeiras passam pelo crivo do secretário. As decisões internas da equipe, elas são debatidas na própria equipe. No final de cada jornada de trabalho nós temos uma mini-reunião que são colocadas situações que devem ser trabalhadas, de ordem interna. De ordem externa que depende de decisões financeiras do crivo do secretário de saúde e sua equipe... A equipe do PSF em termos técnicos de trabalho, ela é autônoma.

E	<p>Nós avaliamos a situação do programa, depende do programa, que setores vão ser na parte de vigilância sanitária, na parte de odontologia, tem a pessoa responsável, e no caso da epidemiologia, o secretário e eu... E os auxiliares também participam. Aí nós avaliamos onde é que está havendo... Surgindo os problemas. E qual a melhor maneira. Então a gente busca todos participando, dando opiniões... Principalmente no interior, não sei aqui eu fico meio sem base... Mas no município pequeno o enfermeiro participa de todas as decisões com relação à parte de saúde, até mesmo os projetos, até se vai haver uma reforma no posto, qual é a melhor maneira de... Onde fica melhor a sala para médico, para a farmácia, para a vacina, qual o melhor acesso para o povo... Melhorar as condições de atendimento. Então ele tem muita liberdade de poder participar e de dar opinião. E muitas vezes é aceita.</p>
F	<p>Aqui é distribuído. Quando chega na parte da epidemiologia, eles dizem: você faz essa parte aqui. Daí depois no final, não é feito uma reunião de todos que fizeram parte, separados até para ver. Eu até concordo que cada um tem que fazer de acordo com o conhecimento da sua área. Mas no final tem que chegar e unir a equipe para ver se é aquilo mesmo. Daí é feito aquele plano com as partes que cada um elaborou. Com certeza isso é feito. Só que não é feito uma avaliação final. Eles dizem: Acho melhor você nem colocar isso no papel porque não vai ser aprovado. Mas aí você coloca, e a maioria delas não entra.</p>
G	<p>Dependem do assunto. Se for um assunto que tem que ser resolvido de imediato, o secretário chama a gente ou eu peço, precisamos conversar, vamos sentar... E vamos ver o que a gente vai fazer para organizar isso daqui. Não está funcionando. Daí a gente chama quem faz parte, por exemplo, se é de algum setor: Vamos chamar o fulano aqui para ver o que a gente vai fazer. Daí a gente senta e decide. Ah, vamos fazer assim, será que vai funcionar? É muito na prática. Então a gente não chega e fala: Olha, faz isso. Primeiro senta, analisa, vai dar certo, não vai dar certo... Vamos tentar... Daí coloca em prática.</p>
H	<p>O secretário, eu como enfermeiro, os auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde também participam, é uma equipe.</p>
I	<p>Nem sempre são feitos reuniões com todos os profissionais, mais os que estão ligados mesmo na área de saúde, que seria o pessoal... A equipe de enfermagem. É muito difícil a participação dos profissionais médicos, é coisa mais do enfermeiro, os auxiliares, a parte administrativa, o secretário de saúde... Fazemos as reuniões conforme os problemas vão surgindo e a gente tenta solucionar. E dessa forma a gente tenta ver uma maneira. Todo mundo participa com idéias... Sim, todos os funcionários.</p>
J	<p>No geral as decisões são tomadas pedindo a participação de mais uma pessoa, as opiniões de mais de uma pessoa, um auxiliar de enfermagem, um médico, e ainda algumas decisões a gente depende da opinião do secretário, da resposta final do secretário. Os profissionais médicos, enfermeiros e os auxiliares de enfermagem algumas coisas também o recepcionista participa da tomada de decisão, e o técnico administrativo...</p>

Sujeitos

QUADRO 5 – AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1	– Fale-nos sobre o processo decisório vivenciado por você na Unidade Básica de Saúde:
1.3	– Que critérios, diretrizes e prioridades são considerados para a tomada de decisão?
Respostas	
A	Eu acho que é o bem estar da população.
B	Bom, depende do caso. Tem algumas decisões que eu tenho que tomar e às vezes sozinha. Mas eu não deixo de ouvir os outros. Então, é lógico, vai se ouvir todos. Eu não saio perguntando de um por um, olha o que tu achas o que tu não achas... Mas assim, de acordo como as coisas acontecem, no decorrer do processo... Está-se junto comigo você discute e você decide... O que é melhor para a unidade ou não. Tem algumas coisas que são bastante importantes, tipo as especialidades, o agendamento, marca-se uma reunião, vamos fazer, vamos colocar o problema para todos ouvirem.
C	Não... Não tem. Se a pessoa precisa de alguma coisa a gente conversa, é claro que se for uma emergência a gente vai resolver de qualquer jeito... Ela vai falar o que você pode fazer... Você vai fazer... Sempre tem alguém que vai poder resolver alguma coisa. Nunca vai ficar sem fazer nada... A gente não segue uma diretriz, um caminho... Que eu me lembre, não.
D	Nós trabalhamos em cima do número de pessoas e famílias cadastradas. No momento que é feito esse levantamento pelo ACS, essa família passa a ser acompanhada pela auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Também são feitos estudos com essas famílias, são pesquisadas quais as doenças mais relevantes, de maior risco. A partir desses princípios nós formamos as prioridades. A prioridade dos hipertensos surgiu com o trabalho em andamento. Então se percebeu que o número é alto. Em cima desses dados levantados nós vamos fazer o trabalho. Porque para nós é muito importante prevenir, para evitar o pior, ou seja, uma internação. Uma das metas é prevenir a doença antes que ela aconteça. É aqui que entra a meta do trabalho preventivo. Orientar o paciente. Evitar os internamentos é mais vantagem para o município trabalhar na prevenção do que trabalhar em cima do paciente com seqüelas posteriores. É bem mais vantagem orientar a família quanto ao uso correto do medicamento do que trabalhar uma paciente totalmente dependente, sem controles biológicos.
E	Nós avaliamos a situação do programa, depende do programa, que setores vão ser na parte de vigilância sanitária, na parte de odontologia, tem a pessoa responsável, e no caso da epidemiologia, o secretário e eu... E os auxiliares também participam. Ai nós avaliamos onde é que está havendo... Surgindo os problemas. E qual a melhor maneira. Então a gente busca todos participando, dando opiniões...

F	<p>Não tem organização em nada. Começa pela má administração. E acaba todo mundo se acomodando. A gente tenta, aqui e ali. Nós tentamos formar uma equipe diferente. Mas aí acabou que eu faço a minha parte, o secretário faz a parte dele... E daí dá muito conflito nisso. Porque a odontologia implementa alguma coisa, o pessoal da enfermagem não está sabendo. É tudo num prédio só e fica difícil. O preventivo do câncer que muda a data, daí tem que sair de um por um e ir lá e avisar... Não é uma administração correta. Não existe organização aqui dentro. Daí o poder de decisão fica centrado num só. Tudo bem, eu tenho autonomia para fazer, ele me dá o aval para eu fazer, ele confia no meu trabalho. Mas não é assim. Não tem o aval da equipe. Nossa! Para falar com o médico então. Não existe reunião de equipe. Entrosamento da equipe. O médico é o médico, ele está num pedestal, e daí, por exemplo, a epidemiologia tem muita coisa que é com o médico. Você tem que trabalhar em conjunto com ele. Os programas mesmo, você tem que trabalhar com o médico, engajada, não é. A equipe de saúde, ninguém trabalha isolado. Não tem como funcionar. Então o poder de decisão fica bem enfraquecido.</p>
G	<p>-----</p>
H	<p>Tem a questão da prevenção. Prioriza mais a prevenção, por exemplo, quando tem algum paciente dos programas, a gente fica mais em cima, para não deixar fugir ninguém. Até, nós tivemos dois casos de leishmaniose, e eu tive que dar as injeções para eles fazerem em casa. Porque eles não tinham como vir, eles moram no fim do mundo, o carro não sai... Porque são pessoas que aplicavam a injeção. Então eu me preocupo com essa questão... Até a gente vai ver de rotina como ele está fazendo. Porque a glucantime dá uma dor muito grande nas juntas, quando começa o tratamento. Essa questão me preocupa, mas eu tive que tomar essa decisão em conjunto com a auxiliar de enfermagem. Qual que era a prioridade? Era levar a injeção para fazer em casa, ou a gente ficar com a injeção aqui no pronto socorro e ela não usando? Era melhor ela levar para fazer em casa.</p> <p>A gente avalia cada caso. Por exemplo: O que é mais importante em cada caso, a gente fazer? Isso é um critério. A gente tem vários problemas. A gente tem que ver o que é mais imediato, o que é mais importante. Por exemplo, hoje nós temos a puericultura e um auxiliar para fazer. Temos uma suspeita de sarampo e tem essa leishmaniose. Qual é mais importante a gente fazer? Aí você estabelece prioridades. Uma prioridade é a questão da transmissibilidade, que é muito maior. Aí tem que fazer bloqueio. É uma decisão.</p>
I	<p>É claro que a gente segue alguns critérios, nem tem como você tomar decisões sem ter alguns critérios.</p> <p>Por ser uma unidade do interior, o pessoal é da área rural, e existe muito problema para conseguir uma ficha para consulta médica. Uma decisão que a gente tomou há pouco tempo, de deixar... A gente usou como critério, a pessoa, pelo meio de transporte dela ser difícil, dela não conseguir chegar num horário mais cedo dentro do posto de saúde. Então a gente usou a... Começou a analisar a vida do paciente lá no interior. Então eu acho que foi uma tomada de decisão muito grande, porque ele não tem condições de sair lá do interior, 20, 30 quilômetros para chegar no posto de saúde às 6, 7 horas, para garantir a sua ficha de consulta. A gente até tomou uma decisão assim: Até as oito e meia, que a gente acha que é um tempo, que tem condições do pessoal vir, deixamos garantido duas fichas para o povo, do pessoal que chega do interior. Caso precise.</p>
J	<p>Mais na necessidade que forem aparecendo. Cada caso é um caso. Não temos uma rotina. Seria talvez importante uma reunião de equipe dependendo do assunto. Somente em caso de necessidade então são feitas pequenas reuniões.</p>

QUADRO 6 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1	-- Fale-nos sobre o processo decisório vivenciado por você na Unidade Básica de Saúde:
1.4	- Quais são as facilidades e dificuldades encontradas em relação ao processo decisório?
Respostas	
A	Eu acho que nenhuma.
B	-----
C	Na maioria das vezes é fácil, você vai lá e resolve. Mas tem dia que não dá. Não se resolve. Depende do quê, o porque, quem. Essa pessoa ela é muito assim... Ela briga muito, ela se posiciona muito contra... Mesmo tendo as coisas, tem pessoa que ganha tudo e não está satisfeito... Bota muito defeito... A gente tenta segurar um pouco, a gente vai fazer... Se não vai atrapalhar em nada a gente dá uma segurada. Eu pelo menos faço assim. Porque se a pessoa está reclamando, que ali não é bom, e fala que outra cidade próxima é boa... Então vai lá. Falando do usuário. Agora com a chefia eu não tenho dificuldade. Eu não tenho dificuldade com ela. Nem na prefeitura.
D	Se nós vamos ter mais ACS, nós podemos dar prioridades dentro da nossa própria equipe. Que é, por exemplo, cuidar das pessoas com hipertensão... Com mais pessoas dentro da equipe, nós vamos poder buscar faltosos tanto das vacinas como do programa que já está funcionando no momento, que são as puericulturas, feitas quase que totalmente pelo médico, mas não deixam de passar pelo crivo também da enfermagem... Pretendemos trabalhar também o diabético, futuramente pela nossa visão de trabalho que já temos um grande número de alcoólatras, viciados... Mas isso com o tempo. São metas, prioridades...
E	Como eu iniciei em um município pequeno, que já tinham alguns enfermeiros passados e tal... Para mim não foi tão difícil não. No início eu tinha uma barreira muito grande com relação ao médico. Tinha determinadas situações que então eu orientava. Facilidade seria ter um diálogo fácil com as pessoas. Ter uma comunicação aberta, acessíveis, a você chegar e convocar a ir, não só os auxiliares como o secretário, o próprio prefeito... A gente coloca a situação e ele também estuda e leva para pensar, para também dar a decisão... E dificuldade, eu vejo a parte de... Eles colocam como financeiro. É a falta de material, muitas vezes, infraestrutura, que dificulta as ações. Você quer passar palestras, você não tem um salão, você quer passar uma fita de vídeo, você não tem televisão e vídeo... Material, transporte difícil bastante. E dentro do município muitas vezes as localidades distantes, e as estradas não são muito acessíveis, às vezes você tem que parar num campo e o resto ir a pé, para fazer certos trabalhos, certas visitas.
F	Passa em primeiro lugar pela organização, depois pela administração... É diretamente ligado ao secretário. E daí eu percebo também que muita coisa não é por ele. Só que falta pulso firme da parte dele. Também em relação à prefeitura. Porque o prefeito não é obrigado a entender da área de saúde. Ele não tem nada a ver com a área de saúde. Mas é obrigação nossa fazer com que ele compreenda. O que é prioridade aqui, não é? É nessa parte que está falho.

Sujeitos

G	<p>Eu não tenho dificuldades nesse ponto. Porque eu acho que o secretário dá autonomia para você fazer. Está certo que existe a hierarquia, que a gente respeita dentro da unidade. Só que eu não encontro dificuldade porque, tem coisas que não cabem à gente. É o secretário que está decidindo. É coisa dele, do gestor decidir. Porque que eu vou fazer uma coisa se é o secretário que tem fazer. O que é da enfermeira eu vou lá e faço. A não ser que ele fale: Você vai lá e faz assim e assim, autoriza fazer. Daí tudo bem.</p>
H	<p>Nós temos facilidade em estar tomando decisões. A gente tem carta branca para decidir algumas coisas. A única dificuldade que eu encontro, por exemplo: Eu tinha decidido sair e fazer preventivo ontem na Vila, porque não tinha carro, eu tive que cancelar. Tinha seis pacientes lá ontem, e três moram numa linha que faz divisa com Cascavel. E eu tive que cancelar porque não tinha transporte. Então essa é uma dificuldade que eu encontro no processo decisório. Quer dizer, a gente toma as decisões, mas não tem o suporte. Ai eu marquei para 5ª feira que vem, que vai o médico consultar lá, então eu vou junto. Ai tem carro. Para o médico sempre tem carro. Para o enfermeiro deles não tem. Então isso também é uma dificuldade. Quer dizer, a gente marca, que nós temos dois motoristas aqui no posto, que ficam permanentemente aqui. Só que tem horas que nem hoje, que não tem nenhum. O sistema de apoio nosso, a retaguarda nossa.</p>
I	<p>No momento hoje, a maior dificuldade que a gente encontra, a equipe de enfermagem... Porque muitas vezes a gente não é compreendido pela própria secretaria de saúde. Parece que as idéias não se encontram. Daí fica muito difícil porque você tenta levar o problema e já está tentando levar a solução. Mas eu acho que não é por aí. Às vezes ele não aceita. Ai fica sem definição. E continua o problema. É bem complicado.</p>
J	<p>Eu acho que se torna bastante difícil, porque principalmente nessas reuniões não participa toda a equipe de saúde. Eu acho que isso dificulta o trabalho, causa um desentrosamento da equipe. Mas trabalham e não participam das reuniões, a zeladora, o motorista da ambulância...</p>

Sujeitos

QUADRO 7 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 2	- Discorra sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a tomada de decisão:
2.1	- Que conhecimento o profissional deve ter para tomar decisões pertinentes à Unidade?
Respostas	
A	<p>Eu acho que ele tem que ter domínio do que ele faz. Domínio de teoria, de prática, de tudo. Eu vejo que alguns não buscam procurar saber como é que funciona. Por exemplo, aquele colega que diz: perguntaram-me naquele dia e eu fiquei na incerteza e também não fui mais atrás pra saber o que era... Eu acho que isso prejudica, e muito, a classe da enfermagem. Por ela não ter muito conhecimento, ela não se impõe.</p>
B	<p>Primeira coisa eu acho que a gente tem que ter maturidade. Isso daí é importante. Eu acho que a gente vai conquistando essa maturidade, então é com o passar do tempo, com o passar dos anos, é a experiência que você vai adquirindo...E segundo, é lógico você tem que ter conhecimento técnico para algumas coisas...</p>
C	<p>Ah, claro que sim! Ele tem que ter um pouco de conhecimento. Tem que ter domínio da parte teórica. Se bem que você vai deixando a teoria um pouco de lado. Você vai esquecendo... Vai desenvolvendo a parte prática e aquilo que você faz mais você fica melhor. Aquilo que você não faz muito, você vira uma negação. E a teoria então, pior ainda. Mas você tem que procurar sempre se atualizar. Eu não estou fazendo isso. Tem vezes que eu faço. Para ter um pouco mais de conhecimento para poder pelo menos argumentar. Daí eu me enjoo e paro um pouco, eu estudo pouco, não estudo muito. Mas eu acho que tem que ter, em toda sua área, você tem que saber um pouco. Atualizando-se para poder continuar e não ficar parado.</p>
D	<p>Antes de o enfermeiro entrar na parte decisória, ele deve estar consciente do que está se passando dentro de uma unidade e o que deve ser trabalhado dentro de uma unidade. É lógico que nos sentimos assim, apesar do tempo de profissão que temos, ainda despreparados para enfrentar a atual situação que temos dentro de nossos postos de saúde. Pode ser um pós-graduado da melhor maneira possível, que ele vai encontrar dificuldades. Se fosse partir a decisão autoritária ou majoritária, dentro da linha da enfermagem seria fácil.</p>
E	<p>Eu creio que, não precisa ser tão profundo, mas que pelo menos ele tem que ter um conhecimento geral de toda a parte de saúde pública, a princípio. A parte de epidemiologia, ter conhecimento também da vigilância sanitária, porque o enfermeiro do município... Mesmo tendo o pessoal, eles sempre correm para você. Ter conhecimento da parte burocrática, de como elaborar projeto... Porque sempre fica para o enfermeiro, não sei nos outros municípios, mas geralmente no meu, eu que faço. Pode não ficar muito bem feito, mas sou eu e a secretária do posto que fazemos tudo.</p>

Sujeitos

F	<p>Primeiro lugar ele tem que saber... Tem que ter conhecimento de causa do problema que ele quer resolver, com certeza. Se ele não tiver, ele não vai conseguir provar nada. Ele tem que dar uma abordagem em muito conhecimento, para ele conseguir provar para o secretário, para todos, não é.</p>
G	<p>Vivência, conhecimentos... Ele tem que conhecer a área que ele está trabalhando. A comunidade, a administração, com quem que ele vai trabalhar. Para poder desenvolver um bom trabalho. E a parte política também. Porque na parte do atendimento ao paciente tem a parte de interesse administrativo. Atender bem, digo assim, ver o que vai refletir para frente. Porque não adianta você fazer a tua parte técnica e esquecer o outro lado que é bom para o município, o que é bom para a comunidade, o que é bom para administração. Atendendo a gente tem que pensar em tudo isso daí. Em tudo o que você vai fazer dentro da saúde. Você primeiro pensa no paciente. Mas você não pode pensar só no paciente, em si. Você pensa nele e faz um todo disso sai. Você acaba fazendo uma idéia geral. Como que vai refletir isso para aquela comunidade. Dependendo de um grupo que você vai montar... Você tem que enxergar lá na frente para você... Decidir melhor. Você analisa num contexto maior.</p>
H	<p>Ele tem que ter conhecimento do problema, qual a melhor solução que ele vai encontrar dentro desse problema e a partir daí decidir. Qual a ação que é melhor. O que é que ele vai fazer. O que ele julga melhor para resolver aquele caso. Dentro do conhecimento daquele problema, como por exemplo, aquele caso de leishmaniose.</p>
I	<p>Ele deve ter conhecimento, no meu entender, da área em que ele está atuando. E ter conhecimento do problema em si, que ele vai ter que analisar todas as maneiras, e ver qual a forma melhor dele resolver esse problema. E tem coisas que você faz automaticamente que você não pára para pensar no que está fazendo. Tem que ter muito bom senso para você não pecar, para você não espalhar... Porque são seres humanos que estão ali.</p>
J	<p>Ele precisa conhecer a realidade em que ele está trabalhando, tanto do município quanto da população. Recursos disponíveis, recursos humanos, financeiros...</p>

Sujeitos

QUADRO 8 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 2	- Discorra sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a tomada de decisão:
2.2	- O processo decisório requer habilidades específicas dos profissionais? Fale sobre elas.
Respostas	
A	-----
B	Eu não decido sozinha. É o bom senso, é o grupo. Você não tira a tua autoridade, mas o teu autoritarismo, entende? Você é mais bem vista e mais bem quista também. Então as pessoas se chegam mais pra você... Os funcionários e a comunidade...
C	Tem que ter a habilidade de ser imparcial... Quando acontece alguma coisa não pode ficar pondo lenha na fogueira... A gente brinca muito... Mas na realidade não pode fazer isso. Você tem que tentar levar o trabalho com calma, tem que tomar decisões rápidas, não pode demorar muito, não pode enrolar muito...
D	A gente deve trabalhar com "jogo de cintura" que envolve uma comunidade inteira quase. Então para você ter essa habilidade de "jogo de cintura", é preciso ter muito equilíbrio. Às vezes um pinguinho fora do seu "i" leva tudo abaixo, do teu conhecimento, tanto técnico como científico e experimental. É nesse campo que a gente às vezes se sente frustrado. Porque você queria ter mais poder dentro de uma unidade de saúde para poder tomar decisões. Ou em outras palavras, ser mais gerenciador de uma unidade de saúde. Não somente ser um enfermeiro. Isso aos poucos talvez a gente chegue, mas é preciso muito, muito empenho, muita consciência da parte de nossos colegas também. Para nós chegarmos um dia lá.
E	Tem que ter conhecimento da parte de imunização, tem que conhecer também à parte de... Ter comunicação. Saber se comunicar, saber transmitir aquilo que você quer, saber chegar, até mesmo saber a chamar a atenção sem machucar, sem ofender... Você tem que ter conhecimento, ter segurança, daquilo que você está demonstrando e saber cobrar também. Se você não sabe cobrar, fica por isso mesmo. Você ensina, pede, mas não acontece.
F	Tem que ter paciência, humildade, porque ele não pode querer chegar e impor aquilo que ele de repente pode achar que seja. Ele tem que ter conhecimento de causa e não querer chegar abafando lá, tem que ser humilde porque a capacidade do secretário, do prefeito, de repente é bem limitada em relação a aquilo ali. As habilidades com relação à equipe... Eles podem, e às vezes eles têm mais liderança que a gente, para conseguir impor. Mais experiência do que a gente. Aqui entra a humildade também, é claro que eles têm que ter. Se uma equipe não trabalha unida e achar que sou melhor que eles, já começa o erro por aí.

Sujeitos

G	<p>Com relação à equipe, você tem que ter um “jogo de cintura”, porque cada pessoa é uma pessoa. Para lidar com o ser humano, cada funcionário você tem que agir de uma maneira. Porque um é mais da responsabilidade. O outro é diferente, você tem que estar cobrando mais... Você não pode cobrar de todo mundo o que um não está se encaixando na equipe. Você tem que acertar aquele, para ele andar igual um relógio. Você tem colocar aquele para trabalhar junto, sintonizado com os outros. Se aquele não está em harmonia, a equipe toda sente. Ah, porque aquele não faz, eu também não vou fazer. Porque se a gente cobrar de todo mundo... Eles sabem que é por causa daquele... Então eu tenho que chamar aquele funcionário e explicar, que as coisas funcionam assim e assim... Porque ele vai um atrito em toda a equipe. É trabalhando no dia a dia que a gente aprende a fazer isso. Ter que coordenar isso daí. Porque a gente vai avaliando o funcionário e a equipe.</p>
H	<p>Sujeitos</p> <p>Eu acho que você tem que saber lidar com o povo. Isso é muito importante. Porque o povo não quer nem o medicamento, ele quer atenção. Essa sala é meio que um confessorário. Porque o pessoal vem... Antes não tinha esse sofá aqui. A questão da mesa é sempre uma questão de poder. Então quando eu estou orientando o paciente eu sempre sento ali junto com ele, eu não sento aqui na mesa, para orientar. Porque aí a gente vê o paciente de uma outra forma. A gente fica mais próxima. Porque para a gente fazer com que o paciente adere ao tratamento, ele tem que sentir que você está próximo. Porque senão ele não vai te escutar, ele vai te ouvir, mas não vai te entender. Tem que ser uma pessoa educada, conhecer o problema do paciente, ver a dificuldade que ele também tem para fazer o tratamento. Porque não adianta empurrar um blister de MH, se ele de repente é um alcoolista. Além da questão pessoal eu tenho que ver também a questão social do paciente. Eu acredito que isso seja uma habilidade.</p>
I	<p>Ele tem que ter liderança. Ele tem que ter uma linha dele também, porque a equipe dele para ter a confiança nele, e não aquela coisa assim de ser o chefe, mas que o pessoal mantenha o respeito também, não é. Mais o que a pessoa que está ali, ela só está fazendo para o bem, ao tomar as decisões. A melhor coisa é a equipe ter confiança em você. Você tem que inspirar confiança.</p>
J	<p>Eu acho que a comunicação principalmente... A importância do entrosamento, do trabalho em equipe. O enfermeiro, ele não pode ser autoritário, ele tem que saber acatar opiniões para o processo decisório, saber ouvir também faz parte.</p>

QUADRO 9 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 2	- Discorra sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a tomada de decisão:
2.3	- Que atitudes são importantes para aqueles que participam do processo decisório?
Respostas	
A	----- Em relação à política de saúde, como já coloquei (antes da entrevista), que eu estou aprendendo, é uma coisa que estou gostando de fazer, eu estou caminhando junto com a comunidade, eu estou aprendendo junto. Então isso daí para você coordenar o grupo, ou mesmo para o processo decisório, você tem que ter embasamento. Então têm algumas atitudes, algumas decisões que eu tenho que tomar... Que não adianta, eu dizer eu sou enfermeira, sou coordenadora então eu posso tomar a decisão que eu quiser... Eu tenho autoridade, mas não adianta só isso... Eu tenho que estudar, eu tenho que saber o que eu estou fazendo. É a maturidade, não é?
B	----- Eu acho que tem ser meio rápida... Tem que ter um pouco de visão, jogar um pouco mais para frente. Não é fácil você fazer isso. Com o passar dos anos você vai trabalhando e ficando assim cansada... Você vai ficando meio assim... Não que nem essas meninhas que saem da faculdade com aquele pique todo... Chega a dar ciúme, inveja... Porque você não está naquele pique todo, aquela gana... Aquela vontade de fazer. Então você fica assim meio lenta... Você tem que ser mais rápida tem que chegar lá na frente. Tem que pensar. Porque a gente não pensa às vezes. Enxergar mais longe um pouco.
C	-----
D	-----
E	-----

Sujeitos

F	A partir do momento que você sabe com o que você está lidando, aí você tem que ter aquela coisa de liderança também. Tem que ter. Porque se você se mostrar uma pessoa assim que é indecisa... Aí você não vai conseguir nada. Tem que ter a liderança. Você tem que ter também "jogo de cintura". Tem que ser líder, mas ao mesmo tempo você não pode impor só a tua vontade. Saber ouvir que é difícil.
G	Eu acho que acima de tudo, entre ética profissional, tem que existir... Se acontecer alguma coisa no ambulatório, tem que ficar no ambiente do ambulatório. Entre eu que estava lá dentro e o paciente que estava lá. Não pode falar: Ah, você viu? Então eu cobro muito.
H	Acreditar que a decisão tomada seja a melhor, para aquele caso. A gente analisou vários aspectos, e dentro daqueles, qual era o melhor para aquele problema. Isso é uma atitude que... Analisar o problema e ver qual a melhor forma de solucionar.
I	Você não pode ficar em cima do muro. Ou é ou não é. Você sabe que o enfermeiro com o auxiliar têm as suas... Porque eles ficam te indagando... Existe muito isso também. Não tem meio termo. É aquilo e pronto.
J	A coerência eu acho muito importante.

Sujeitos

QUADRO 10 - AGRUPAMENTO DOS DADOS POR QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 2	- Discorra sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a tomada de decisão:
2. 4	- Quais os aspectos éticos envolvidos com a tomada de decisão?
Respostas	
A	Quando eu decido, eu penso no que é melhor para a população, e até onde na minha profissão, eu posso ir. Porque nem tudo eu posso fazer, não é. Na minha profissão eu tenho limites. Eu não posso receber uma medicação... Por mais que eu saiba que aquela pessoa... Você sabe que na convivência, você aprende sintomas... Eu posso até saber, só que eu não faço.
B	Bom, a decisão em relação à unidade... Primeira coisa é assim olha: Quando é com o funcionário, é lógico que em algumas decisões você tem que pôr a ética acima de tudo. Como é que eu vou te explicar isso... Eu não quero prejudicar o funcionário. Eu quero usar o bom senso. Igual eu falei, como a carta de advertência, por exemplo. Eu chamei o funcionário, fiquei aqui quietinha com ele conversando numa boa... E foi bom... A parte ética você tem que ver tanto em relação ao paciente como com o funcionário. Eu já tive várias situações aqui que eu tive que chamar a atenção do funcionário, mas eu nunca fiz isso na frente do paciente. E muitas vezes eu tive que chamar a atenção do paciente e não fiz na frente do funcionário, porque tive que olhar os dois lados. O paciente entendeu que ele estava errado, mas eu não o coloquei em má situação perante a unidade de saúde.
C	A prioridade que eu acho para a gente para tomar uma decisão é a população. O melhor para ela e vai dizer que precisa de saúde, de estrutura, tem que estar se sentindo bem para poder trabalhar. É a mesma coisa a gente. Tem que ver os dois lados. Só que toda a prioridade de todo serviço é a população. Dar a ela a possibilidade de procurar o serviço... Tem que ser assim, mas nem sempre é assim... A gente sabe disso. A gente não pode contentar todo mundo. Então você procura... Quando você decide está pensando pela população. Se for pelo bem estar dela ou para futuras eleições, ou para qualquer coisa que seja...
D	Quando você se direciona eticamente ao profissional de igual para igual, ou seja, a uma colega, espera-se sigilo. Parece-me que esse aspecto não é respeitado. E aí que a gente se frustra como profissional, por causa da tal da ética. Por outro lado você se sente ético, a partir do momento que você faz a sua parte. Sempre eu devo partir do exposto, se eu encaminhar alguma questão eticamente, eu devo manter a ética. Porém, a ética deve ser trabalhada dentro do profissionalismo. Para não deixar transparecer a clareza do que eu coloquei aqui, ética não é para se jogar no ventilador. Parece-me que é um ponto que nas unidades de saúde está bastante falho.
Sujeitos	

E	<p>Eu acho que respeitar também a opinião do outro, não fazer críticas, saber colocar a sua opinião, não impor, colocar de forma que a pessoa entenda e veja com clareza e veja que está realmente correto, ou a mais viável. Não fazer julgamentos, comentários de um para outro, não criticar, quando precisar chamar a pessoa e conversar, não expor problemas das pessoas em público. Você como enfermeiro escuta muita conversa, você vê muito desabafo, você não pode fazer comentários nem expor as pessoas. Ter sigilo e ser fiel naquilo que você faz. Não omitir dados e nem colocar dados que não são verdadeiros.</p>
F	<p>É a questão dos seus conceitos. Esbarra na tua postura: Saber ouvir, a questão da humildade... Acima de tudo saber que é para o bem comum. Na ética entra a lei também. Então tem coisas que tem que esbarrar na lei. Se apoiar na lei para estar decidindo.</p>
G	<p>É a questão do sigilo... É importante. Até o que aconteceu, isso quer dizer respeito ao paciente, à família dele e a equipe que está atendendo. Depois se a família quiser sair e explicar o que aconteceu... É a família. Nós não temos que passar nada. Porque às vezes eles ligam, e perguntam: O que aconteceu com fulano? Não tem que dar explicação. Isso é uma coisa que tem que se preservar do paciente. É exame, é tudo.</p>
H	<p>A gente acaba tomando a decisão, mas a gente não pára para pensar sobre esses aspectos assim separadamente... Sempre pensando na prioridade. Por exemplo: vem o recurso para três programas: hipertenso, diabético e desnutrido. Eu vou usar primeiro para o desnutrido. Porque os desnutridos são mais importantes. Porque por exemplo, a diabete e o hipertenso, são uma coisa crônica. Eu posso controlar. Agora o desnutrido se eu não fornecer o alimento, ele vai morrer.</p>
I	<p>Uma tendência minha mesmo, eu sempre procuro beneficiar, favorecer as pessoas mais carentes. Eu uso essa linha. É uma coisa bem particular minha e sempre foi, sempre procurei ver mais esse lado, porque você não pode estar... Querer beneficiar ninguém em especial.</p>
J	<p>A própria palavra "Ética", parece que já se resume. É saber conduzir aquele caso que você tem que tomar uma decisão, de uma maneira que fique em sigilo, com a equipe que está discutindo. Não levar para o lado pessoal, para os meus valores.</p>

QUADRO 11 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

1. Como as decisões são tomadas?	
Sujeitos	Respostas
A	Já vem decidido do prefeito, do secretário de saúde.
A, E	Nas decisões políticas deixam o secretário decidir.
A, G, H, I	Depende da situação, do assunto.
B, C, E, J	Nunca tomam decisões sozinhos, consultam alguém, funcionários, secretário de saúde.
C	Numa decisão de planejamento de trabalho, eles não decidem.
D	As decisões são impostas pelo secretário. As decisões do enfermeiro não são levadas a sério, difícil tomar uma decisão interna.
F	Cada um decide individualmente, falta organização.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>As respostas dos sujeitos A, G, H e I convergem quando dizem que as decisões dependem da situação e do assunto. Igualmente convergem as respostas dos sujeitos B, C, E e J, ao responderem que nunca tomam uma decisão sozinhos, pois consultam alguém, algum funcionário e/ou o secretário. Assim como convergem as respostas dos sujeitos A e E, ao responderem que nas decisões políticas deixam o secretário decidir e as dos sujeitos A e D, ao responderem que as decisões já vêm prontas, sendo impostas pelo secretário de saúde e pelo prefeito municipal. Há divergência nas respostas dadas pelos sujeitos: C, ao responder que nas decisões de planejamento de trabalho eles não decidem; o sujeito D, ao dizer que as decisões do enfermeiro não são levadas a sério, sendo difícil tomar uma decisão interna; e o sujeito F, quando diz que cada um decide individualmente, que falta organização.</p>	

QUADRO 12 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

2. Quem participa das decisões?	
Sujeitos	Respostas
A	Não sabe. Geralmente o secretário, o prefeito.
B, C, E, H, J	O grupo todo. O enfermeiro, o secretário, o médico, o auxiliar de enfermagem mais antigo, os ACSs.
D	Decisões internas são debatidas na própria equipe. Decisões externas e financeiras dependem do secretário.
E	Num município pequeno o enfermeiro participa de todas as decisões com relação a parte de saúde e de projetos de reforma do posto de saúde. Ele tem muita liberdade de poder participar e de dar opiniões, que na maior parte das vezes são aceitas.
F, G	As decisões são distribuídas de acordo com o conhecimento de cada área (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária).
I	A equipe de enfermagem, secretário. Dificilmente o médico.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>Convergem as respostas dos sujeitos B, C, E, H, e J quando dizem que toda a equipe participa das decisões (o enfermeiro, o secretário de saúde, o médico, a auxiliar de enfermagem mais antiga, os agentes comunitários de saúde); e os sujeitos F e G ao responderem que as decisões são distribuídas de acordo com o conhecimento de cada área (vigilância sanitária, epidemiológica). Divergem os sujeitos A, que não soube informar quem exatamente participa das decisões, mas acredita que geralmente seja o secretário e o prefeito; o sujeito D que relata que as decisões internas do posto de saúde são debatidas pela própria equipe, e que as decisões externas e as financeiras dependem do secretário; e o sujeito I ao dizer que quem participa das decisões é o grupo todo, porém dificilmente o médico. Já o sujeito E contradiz a resposta dada pelo sujeito D na questão anterior (1) afirmando que no município pequeno, o enfermeiro participa das decisões com relação à parte de saúde, e que ele tem muita liberdade para participar e dar opiniões, que são, muitas vezes, aceitas.</p>	

QUADRO 13 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

3. Que critérios, diretrizes, e prioridades são considerados para a tomada de decisão?	
Sujeitos	Respostas
A	O bem estar da população.
B	O que é melhor para a unidade ou não. Coloca-se o problema para todos ouvirem.
C, J	Não seguem uma diretriz, um caminho. Sempre fazem alguma coisa para resolverem os problemas.
D, H	Direcionam as prioridades para as doenças mais relevantes, de maior risco, e para a prevenção, evitando internamentos e seqüelas posteriores.
E	Avaliam o problema.
F	Não tem organização. O secretário dá autonomia para o enfermeiro decidir, porém não tem o aval da equipe. Não há entrosamento da equipe.
G	-----
H	Programas (para evitar o abandono e ajudar no tratamento); o que é mais imediato, a questão da transmissibilidade.
I	Analisar a vida do paciente lá no interior.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>Nesta pergunta, as respostas de quase todos os sujeitos divergem quanto aos critérios, diretrizes e prioridades que consideram para a tomada de decisão, com exceção das respostas dos sujeitos C e J, que convergem para o ponto de que, não seguem uma diretriz, um caminho, porém sempre tentam resolver o problema de alguma forma, afirmando que alguma coisa sempre é feita. Contradizendo sua própria afirmação, o sujeito C responde no quadro nº 12, que uma prioridade para se estar tomando decisões, é a população, o melhor para ela. Ele acredita que a prioridade de todo serviço seja a população, dar a ela a possibilidade de procurar o serviço. Essa resposta converge com a do sujeito A, que também refere ter como critério para suas decisões, o bem estar da população.</p>	

QUADRO 14 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

4. Quais são as facilidades e dificuldades encontradas em relação ao processo decisório?	
Sujeitos	Respostas
A, G	Nenhuma dificuldade.
B	-----
C	Na maioria é fácil. Dificuldade em relação à insatisfação do povo.
D	Facilidade em dar prioridades. Dificuldade é o pouco número de agentes comunitários.
E, H	Facilidade em ter diálogo, comunicação aberta com os auxiliares de enfermagem, o secretário, o prefeito. Dificuldades são o financeiro, a falta de material, infraestrutura e transporte para executar as ações.
F	Dificuldade é a falta de organização, falta de entrosamento da equipe.
F, J	A não participação de toda equipe de saúde, causando desentrosamento da equipe.
G	O secretário dá autonomia para o enfermeiro fazer.
I	A maior dificuldade é não ser compreendido pelo secretário. As idéias não se encontram e ficam sem solução.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>As respostas dos sujeitos entrevistados convergem em sua maioria. Convergem as respostas dos sujeitos E e H, ao referirem que encontram facilidade relacionada ao diálogo, à comunicação aberta com a equipe de saúde. Como dificuldade mencionam a questão financeira, a falta de material, infraestrutura, transporte, para executar as ações. Em relação à dificuldade, convergem também os sujeitos F e J citando a falta de entrosamento da equipe. Convergem as respostas dos sujeitos A e G ao referirem que não encontram nenhuma dificuldade para tomar decisões, com o sujeito C, que diz que na maioria das vezes é fácil tomar decisões. Porém há contradição entre as falas do sujeito G, que afirma receber do secretário de saúde total autonomia, e a do sujeito I, que cita, como maior dificuldade, não ser compreendido pelo secretário, terem idéias desencontradas e os problemas sem solução.</p>	

QUADRO 15 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

5. Que conhecimentos o enfermeiro deve ter para tomar decisões pertinentes à unidade?	
Sujeitos	Respostas
A, C	Ter domínio do que faz, da teoria e da prática. Isso prejudica a classe de enfermagem, por ela não ter muito conhecimento, ela não se impõe.
B	Ter maturidade, a experiência que vai adquirindo; conhecimento técnico para algumas coisas.
C	Procurar sempre se atualizar, ter conhecimento para poder argumentar.
D	O enfermeiro deve estar consciente do que se passa e o que deve ser trabalhado dentro de uma unidade. Sente-se ainda despreparado para enfrentar a atual situação dentro dos postos.
E	Ter um conhecimento geral de saúde pública, da parte burocrática, elaborar projetos.
F	Ter conhecimento da causa do problema que ele quer resolver.
G, I	Vivência, conhecer a área que está trabalhando, a comunidade, a administração, a parte política. Conhecer o problema em si.
H	Ter conhecimento do problema.
I	Ter bom senso.
J	Precisa conhecer a realidade em que está trabalhando, tanto do município quanto da população; recursos disponíveis.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>As respostas dos sujeitos G, I e J convergem em relação ao conhecimento requerido para a decisão, ou seja: a vivência e o conhecimento da área em que se está atuando. A resposta do sujeito I converge ainda com a dos sujeitos F e H, quanto ao fato de o enfermeiro precisar ter conhecimento do problema e das causas. Há convergência com a fala do sujeito B, no quadro 17, referente às habilidades necessárias para a tomada de decisão, pois concordam que o bom senso seja importante para a decisão. As respostas dos sujeitos A e C convergem entre si, pois ambos acreditam que o enfermeiro necessita ter domínio do que faz, da teoria e da prática, para poder decidir mais acertadamente.</p>	

QUADRO 16 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

6. O processo decisório requer habilidades específicas dos profissionais. Fale sobre elas:

Sujeitos	Respostas
A	-----
B	Bom senso de decidir com o grupo.
C	Ser imparcial, ter calma, tomar decisões rápidas.
D	Ter equilíbrio. Gostaria de ter mais poder para poder tomar decisões, para ser além de um enfermeiro, um gerenciador.
D, G	Trabalhar com “jogo de cintura”.
E	Saber transmitir o que você quer, saber chegar, saber chamar a atenção. Ter segurança do que demonstra saber, saber cobrar da equipe.
E, J	Ter comunicação.
F	Ter paciência, humildade, não impor sua visão do problema. Ter conhecimento de causa.
G	Saber comandar a equipe.
H	Saber lidar com o povo, ser educada, conhecer o problema do paciente e ver a sua dificuldade, ver a questão social do paciente. Não usar o poder para com o paciente (cita o exemplo de sair detrás da mesa, literalmente, como forma de aproximação).
I	Tem que ter liderança, ter uma linha própria, ter a confiança e o respeito da equipe.
J	Ter entrosamento no trabalho em equipe. Não ser autoritário, acatar opiniões, saber ouvir.

CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)

As respostas, de maneira geral, divergem entre si. Convergem as respostas dos sujeitos D e G, que vêm como habilidade, a necessidade do “jogo de cintura”; os sujeitos E e J, que consideram a comunicação uma habilidade importante para a tomada de decisão; e os sujeitos C e F ao citarem a calma e paciência. Outras habilidades citadas foram a liderança, a humildade, o equilíbrio e a imparcialidade.

QUADRO 17 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

7. Que atitudes são importantes para aqueles que participam do processo decisório?	
Sujeitos	Respostas
A	-----
B	Coordenar o grupo com embasamento.
C	Ser rápida, ter visão.
D	-----
E	-----
F	Ter liderança. Ter “jogo de cintura”. Não impor a sua vontade, saber ouvir.
G	Ter ética profissional, sigilo.
H	Tomar a decisão que achar a melhor, acreditar nela.
I	Não ficar indeciso, em cima do muro.
J	Ser coerente.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>Convergem as respostas dos sujeitos F e I com respostas dadas por outros sujeitos no quadro 6, assim, a resposta do sujeito F converge com a resposta dada pelo sujeito I, sobre a liderança; converge com G, sobre a necessidade de se ter “jogo de cintura” e converge com J, sobre a questão do “saber ouvir”. A resposta do sujeito I converge com a do sujeito E sobre a questão de se ter segurança, posicionar-se.</p>	

QUADRO 18 - CONFRONTO DOS DADOS SISTEMATIZADOS

8. Quais os aspectos éticos envolvidos com a tomada de decisões?	
Sujeitos	Respostas
A	Ir até onde a profissão permite.
A, C	Pensar no que é melhor para a população, no seu bem estar.
B	Usar o bom senso, não humilhar o paciente e nem o funcionário.
D, E, G, J	Ter sigilo.
E	Respeitar a opinião do outro, não fazer críticas, saber colocar sem impor a sua opinião, ser fiel.
F	Os conceitos, a postura. Saber ouvir, ser humilde, saber o que é para o bem comum. Apoiar-se na lei para decidir.
H	Dar prioridade para o paciente com grau de maior risco.
I	Favorecer as pessoas mais carentes.
<p>CONFRONTO (Convergências, divergências e contradições)</p> <p>Convergem as respostas dos sujeitos A e C sobre os aspectos éticos: é necessário pensar no que é melhor para a população, no seu bem estar. Houve convergência nas falas dos sujeitos D, E, G e J, em relação à importância da atitude relacionada ao sigilo no processo decisório. Inclusive o sujeito G, citou-o como sendo uma atitude importante, no quadro nº11.</p>	

“A conscientização, como atitude crítica dos homens na história, não terminará jamais”.

Paulo Freire (1980)

5 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Observamos que houve convergência quanto ao fato de que os enfermeiros decidem, na dependência da situação e do assunto em questão. Essa compreensão deixa evidente a necessidade de instrumentalizar-se os profissionais com um referencial teórico que esclareça a eles a complexidade e os conceitos envolvidos com a participação e o processo decisório. Assim, a eles parece bastar a presença física durante o processo decisório, ou, o envolvimento, direto ou indireto, no fluxo da informação, independentemente, da influência do teor da sua opinião na decisão final.

Conforme já evidenciamos no marco teórico, participar, segundo os autores citados, pode ser entendida e exercida de diferentes formas. A que defendemos, nesta investigação, é aquela capaz de aproximar as decisões das necessidades dos usuários das UBS, ou seja, capaz de propiciar maior satisfação das necessidades e resolutividade das ações desencadeadas em função do processo decisório.

O processo decisório advém da necessidade de resolver-se algum tipo de problema identificado. Assim, segundo Duro (1998), faz-se necessário a identificação correta do problema, por aqueles que têm o poder de analisá-lo e de intervir, na tentativa de solucioná-lo. Definir o problema já significa em torno de 50 % de chance de chegar-se a uma decisão adequada para sua resolução.

Partindo desse pressuposto e de que a “decisão é o processo de análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis, do curso de ação”, Chiavenato (1993, p.567-8) levamos a questionar em que nível estamos, enquanto enfermeiros, na realidade empírica estudada, participando das decisões. Pois, participar das decisões envolveria, segundo o referencial teórico que fundamenta este estudo, no mínimo, vivenciar os quatro momentos, desde a identificação do problema, o seu diagnóstico, a geração e análise de alternativas de

solução e a escolha e colocação das alternativas em prática. Como processo, a avaliação permearia todos os momentos, retroalimentando e aperfeiçoando as ações.

Além dessa compreensão inicial do processo decisório, fundamental aos enfermeiros para que possam efetivamente ter subsídios para análise do nível de participação no processo decisório, lembramos que, segundo Maximiano (1995, p.85-103), a competência técnica, entendida como conhecimento e habilidade, o interesse, entendido como algo relacionado à atitude, assim como, o tempo envolvido, são aspectos relevantes, diretamente associados ao processo decisório. Em relação a esses conhecimentos, habilidades e atitudes, a coleta de dados possibilitou-nos a percepção de que precisamos manter uma capacitação profissional que, além de atualizar conhecimentos, oportunize mudanças comportamentais necessárias à incorporação de novas habilidades e atitudes favoráveis à participação, entre elas, aquelas destacadas no marco teórico, ou seja, a consciência crítica, o compromisso com o coletivo e com a democracia, com os direitos do trabalhador, do cidadão e do usuário e com os deveres de todos, mantendo a integridade e a idoneidade como condutores no processo que por si só já envolve diferentes interesses, possibilidades de intervenção e práticas profissionais e institucionais.

Houve também convergência em relação à maneira como decidem, ou seja, como buscam a opinião de mais de uma pessoa, seja ela um funcionário mais experiente ou o próprio secretário de saúde, isso não significa, a priori, um processo participativo, que tenha a emancipação como diretriz e princípio. Ao consultar-se o secretário pode-se estar transferindo a ele ou devolvendo-lhe o poder de decidir quando não se envolve outras instâncias e não se analisa suas contribuições para verificação da pertinência aos objetivos prioritários e à causas defendidas pela equipe de saúde, como um todo.

Quando prevalece o sentido de equipe, de coletivo, de envolvimento e participação consciente efetiva, está preservada a noção de bem comum, viabilizando a integração de objetivos dos diferentes elementos que compõem essa mesma equipe com os organizacionais. (Matos, 1980)

Uma convergência menos significativa retratou que as decisões são delegadas ao secretário quando envolvem questões políticas. O que são decisões políticas? Que decisões não seriam políticas, quando a equipe defende o direito ao atendimento das necessidades afetadas dos usuários? Existe um receio da categoria de envolver-se em política, o que

mais uma vez reitera a necessidade de instrumentaliza-se os profissionais com um referencial teórico mais abrangente e atualizado para que possam rever suas práticas e transformá-las, tornando-as mais pertinentes.

Pesquisas, realizadas em países ocidentais, evidenciam a tendência de cidadãos, principalmente os de condição sócio-econômica mais baixa, pelo desinteresse por política, conforme já evidenciado em nosso marco teórico de referência. (Pateman, 1992)

Quando o profissional representa os interesses de seus usuários e compromete-se com eles de modo a visar a assistência de qualidade a sua saúde, torna-se incoerente a manutenção desse tipo de participação no processo decisório, pois, afinal, a quem estaríamos servindo? Fundamentados em quais pressupostos? Visando a que perspectivas de prática profissional?

Dahl (1986) evidencia a hipótese de que apenas uma pequena porcentagem de indivíduos, em qualquer forma de organização social, aproveita as oportunidades de participação no processo decisório, quer seja em função da competência técnica, das suas habilidades ou de atitudes favorecedoras, principalmente por desconhecimento das formas de poder que estão presentes neste contexto. Sendo assim, destaca a importância de se identificar as fontes de poder, de interesses e de autoridade vigentes nas organizações correlacionando-as com os objetivos priorizados pelo coletivo.

No caso da categoria dos enfermeiros, embora haja iniciativa para a superação das práticas despolitizadas, a partir do alto investimento na capacitação profissional, luta-se contra uma postura incorporada no decorrer da evolução desta prática profissional: "A política exige conhecimento a respeito do poder, um termo que algumas enfermeiras querem rejeitar como sendo incompatível com os propósitos da profissão, [...] as enfermeiras possuem poder em potencial, mas necessitam de entendimento básico sobre como utilizar este potencial para provocar as mudanças desejadas". (Ellis & Hartley, 1998, p.98)

Conforme evidenciado nos quadros expostos anteriormente, foram identificadas divergências e mesmo contradições nas falas dos sujeitos decorrentes da compreensão que têm do processo decisório e da natureza da participação. Assim, metade dos enfermeiros entrevistados respondeu que o grupo todo participa das decisões, o que surpreende.

Contudo, entendemos que essa percepção verbalizada está de acordo com os referenciais teóricos desses sujeitos, em contraposição ao desse estudo.

Quando os enfermeiros atuam de forma individualizada e fragmentada no processo decisório, não intervindo, diretamente, para que as necessidades, prioridades e expectativas da comunidade sejam contempladas, fã-lo devido a determinantes da sua formação, das práticas institucionalizadas e dos conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos e disponíveis para instrumentalizar o processo decisório. Esses determinantes podem deturpar suas concepções sobre o que seja realmente participar.

As decisões isoladas, voltadas para a solução de problemas imediatos e não para a identificação dos determinantes e da causalidade, constituem, por si só, características da consciência ingênua. Assim, apenas sendo adequadamente instrumentalizados para uma participação eficaz no processo decisório, poderão tornar a prática atual mais participativa e exercer o direito da participação social.

Neste enfoque, Bordenave (1985, p. 26) contribui ao enfatizar que “a luta pela participação social envolve ela mesma processos participatórios, isto é, atividades organizadas dos grupos com o objetivo de expressar necessidades ou demandas, defender interesses comuns, alcançar determinados objetivos econômicos, sociais ou políticos, ou influir de maneira direta nos poderes públicos”.

Do ponto de vista organizacional, onde dá-se a prática dos sujeitos investigados, Matos (1980, p. 48) associa ao processo decisório e aos níveis de participação propiciados e exercidos, os estilos de liderança vigentes, ou seja: “o nível de participação do grupo depende do modo como o líder utiliza seu poder de autoridade. Quando este centraliza a decisão, declina a participação grupal; quando utiliza menos sua autoridade, estimula o envolvimento da equipe na solução de problemas”.

Nessa abordagem, muitos aspectos influenciam os estilos de liderança, desde os já mencionados anteriormente, até a maturidade do grupo, entendendo-a como produto advindo da competência técnica, do interesse e da disponibilidade. Esse entendimento é oportuno, pois associa conhecimentos, habilidades e atitudes como diferenciais e indicativos do estilo de liderança mais adequado para a especificidade da situação.

Assim, o diagnóstico situacional indicaria o estilo oportuno, o que geraria

oportunidades e perspectivas diferenciadas de participação, ou seja, em determinada situação, elementos não preparados tecnicamente ou desmotivados e indisponíveis não deveriam participar do processo decisório. Quando preparados, interessados e disponíveis, a chance de participação aumentaria, pois a liderança correta seria aquela que descentralizaria o processo decisório.

Esse enfoque desperta para o compromisso dos coordenadores de equipe de investir intensamente na capacitação dela e no oferecimento de fatores de satisfação que possam gerar o comportamento de busca e de envolvimento no processo decisório e na intervenção visando à melhoria das práticas profissionais. (Bergamini, 1997)

A liderança vem sendo enfocada sob diferentes referenciais teóricos, mas neste estudo, ela deve ser visualizada como um determinante importante dos níveis de participação no processo decisório. Como defendemos a participação efetiva de enfermeiros de modo a aproximarem as ações de saúde do atendimento das necessidades dos usuários, destacamos a liderança como instrumento importante no desenvolvimento de posturas mais participativas e, portanto, mais capacitadas e habilitadas para tal.

Já foram desenvolvidos estudos em diferentes continentes, sendo que em alguns deles comprovou-se que estilos mais autoritários geraram maior produtividade, o que não é o enfoque deste estudo. No caso citado, o aspecto cultural influenciou fortemente os resultados. Indivíduos acostumados a obedecer estarão mais confortáveis e sentir-se-ão sempre mais seguros quando alguém tomar a iniciativa e decidir por todos.

Para Foden (1994) a liderança envolve muitos aspectos educacionais, religiosos, sociais, organizacionais e individuais. Contudo, para Follett (1997, p.30) “a pessoa que tenha o conhecimento e a experiência num caso específico [...] é o líder para aquela ocasião”.

A liderança democrática pode ser criada através das decisões dos indivíduos envolvidos diretamente numa situação. [...] cada indivíduo toma parte no processo decisório e aceita a responsabilidade pessoal pelo resultado global. [...] Estas idéias fundamentais – de comprometimento individual através da participação direta e responsável, e tudo o que isto acarreta – estão emergindo como questões críticas no ambiente de trabalho. (Follett, 1997, p.v-vi)

Evidenciou-se nesta pesquisa que a equipe de saúde das UBS é formada por poucas categorias e elementos, ou seja, a equipe é um pequeno grupo de pessoas, o que pode ser um aspecto favorável à participação no processo decisório, pois, segundo Matos (1980, p.165):

Os grupos pequenos são os verdadeiros solucionadores de problemas, pois através deles obtém-se, em geral, resultados concretos. As grandes reuniões apóiam-se nestes (comissões, grupos tarefa, comitês etc) e quando não há uma estrutura formalizada, são utilizadas subdivisões em pequenos grupos de discussão, que aprofundam os assuntos, formulam hipóteses e encaminham tentativas de solução. [...] A vantagem do grupo pequeno é permitir uma abordagem direta de indivíduo para indivíduo, evitando-se formalismos que tendem a burocratizar o processo e dificultar as decisões. Os contatos diretos facilitam o esclarecimento de dúvidas e evitam os mal-entendidos. As possibilidades de reflexão, participação nos debates e contribuições serão maiores, os problemas mais facilmente diagnosticáveis e os valores potenciais poderão ser aflorados, favorecendo o aparecimento de lideranças.

Houve convergência menor em relação ao fato de as decisões serem tomadas de acordo com o conhecimento e função que cada membro do grupo possui, o que reitera que os enfermeiros tendem a atuar de forma individualizada e fragmentada no processo decisório, sendo as decisões isoladas, voltadas para a solução de problemas imediatos.

O usuário é um ser complexo que procura o Serviço de Saúde buscando acolhimento e resolutividade para seus problemas. Se cada profissional analisá-lo isoladamente, a assistência a sua saúde será propiciada de forma fragmentada com menos possibilidade de resolutividade. As ações devem ser planejadas, executadas e avaliadas pela equipe de saúde e não por profissionais isoladamente:

“a divisão do trabalho levada a efeito no agrupamento faz com que cada membro tenha uma função específica, que lhe é atribuída para que seja concretizada uma etapa da atividade-fim ou da atividade meio da organização. Portanto, o participante com os seus conhecimentos e habilidades, auxiliado por ferramentas, máquinas e informações, situa-se no primeiro nível da hierarquia por ordens de complexidade”. (Bernardes, 1993, p.45)

Essa condição é um fator dificultador para a participação consciente e ativa no

processo decisório.

Em relação aos critérios e diretrizes que norteiam o processo decisório, houve necessidade de esclarecer seus conceitos para obtenção das respostas. Poucos sujeitos disseram que sempre fazem alguma coisa para solucionar o problema percebido, sem contudo esclarecer a respeito. Outros responderam que suas prioridades associam-se à gravidade do risco vinculado ao problema de saúde e à prevenção das doenças. Essa convergência restrita à questão pode ser amplamente explorada pois, existem enfoques diferenciados para risco e prevenção subsidiados por referenciais teóricos também distintos.

Essa constatação novamente reporta-nos à questão: com que referencial teórico estamos instrumentalizando nossa prática profissional? A enfermagem, segundo Almeida & Rocha (1997), baseia-se em um saber de outras ciências visando atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. Sendo assim, sua função é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde.

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Mas até mesmo definir conceitualmente o que é a enfermagem, não tendo por fundamentação teórica as práticas consideradas socialmente, é limitante, pois não traz a sua historicidade, perdendo-se a noção de movimento do real. A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. (Almeida & Rocha, 1997, p.18)

Ellis & Hartley (1998, p. 193) ressaltam que:

a enfermagem tem uma forte história de comprometimento com o bem-estar dos pacientes e clientes que necessitam de cuidado. Tanto o Código de Enfermagem da ANA como o Código Internacional de Enfermagem declara claramente a obrigação que a enfermeira tem

em atender a esse compromisso. [...] A rejeição de uma filosofia servil não exige a rejeição de uma filosofia básica que identifique a enfermagem como uma profissão centrada em prover os pacientes e suas famílias com o apoio para o crescimento rumo à saúde máxima e bem-estar. Pacientes/clientes não podem jamais se tornar objetos para a enfermagem, mas, devem ser abordados como indivíduos únicos que merecem preocupação, respeito e o melhor que tivermos a oferecer.

Essa é uma discussão fértil a ser mantida na categoria para esclarecimento de conceitos que permeiam a prática profissional e que são fundamentais como norteadores no processo decisório.

Quanto às dificuldades e facilidades para a participação no processo decisório, elas foram caracterizadas pelos sujeitos como bastante diferenciadas. Ao falarem sobre isso reportaram-se à organização do processo de trabalho, às relações delas provenientes e às especificidades que as caracterizam nas diferentes UBS.

Houve discrição a respeito, contudo, a questão da afinidade e empatia entre enfermeiro e secretário de saúde emergiu em todas as falas, como um aspecto que pode ser facilitador ou dificultador da participação no processo decisório. A harmonia, o respeito, o sincronismo e o apoio entre esses dois profissionais ficaram evidenciados como aspectos significantes ao processo.

A estrutura disponibilizada foi também destacada nas falas como aspecto que pode influir favorecendo ou dificultando o processo decisório.

A convergência restrita também surgiu vinculando a comunicação adequada à facilidade no processo decisório, supondo-se que, como nos aspectos anteriores, a inadequada comunicação possa ser um elemento dificultador.

O processo decisório sustenta-se no processo de comunicação existente nas organizações e segundo Follett (1997) a eficácia dele depende também de um fluxo ágil, descentralizado e legítimo de informações que signifiquem esclarecimento a todos que participam do processo decisório. Assim, faz-se necessário manter o fluxo que inclua as várias dimensões ou direções, a saber: para dentro e para fora da unidade de saúde, para o ambiente do cliente, para cima nas diversas instâncias políticas envolvidas, o que envolve toda a estrutura pessoal, material, tecnológica, física e financeira.

O enfermeiro precisa ser capaz de visualizar esse fluxo e de discernir a respeito da

sua pertinência ou não em relação à decisão que precisa tomar. Precisa desenvolver em sua equipe essa mesma condição e prepará-la para que otimize a comunicação mantendo-a como elemento favorecedor às decisões corretas. Habilidades e atitudes devem ser incorporadas para aprimorar a qualidade da comunicação na equipe de saúde, entre elas, a seriedade, a ética, o compromisso, o respeito, a tolerância, a perspicácia, a observação acurada, a análise e interpretação dos fatos e das informações, o relacionamento interpessoal, a capacidade para a transmissão, argumentação e negociação e para se ver, ouvir, processar e decidir adequadamente.

Esse processo de comunicação pode assumir uma complexidade diferenciada, quando, conforme verbalizado em falas dos sujeitos, confrontam-se as ações dos profissionais e as expectativas dos usuários. Nem sempre a estrutura vigente viabiliza decisões e ações rápidas e resolutas o que acarreta desgaste, principalmente ao profissional enfermeiro que se mantém entre os usuários e a equipe que o atende.

A realidade porta-se como um dificultador, pois conforme cita Dias (1995, p.9-10) existem “hospitais péssimos, na sua maioria, filas imensas, atendimento grosseiro, despersonalizado, meteórico, falhas gritantes nos sistemas de saúde mal-estruturados, absenteísmo, distorções das grandes corporações que atuam hoje no setor, eis o quadro caótico da saúde no Brasil”.

Os usuários culpam a todos pela ineficácia das instituições, responsabilizando os profissionais que, muitas vezes têm sido tão ou mais lesados que eles. A interação torna-se delicada o que requer mais conhecimentos, habilidades e atitudes adequados para gerenciar as relações, promover mudanças instrumentalizando o processo decisório, a favor de uma participação como sujeito ativo, ator social, engajado com as providências profissionais que o contexto requer.

Para isso, são fundamentais os conhecimentos que, segundo Maximiano (1995, p.74-6), “incluem todas as técnicas e informações, [...] funcionam como pontos de referência para compreensão dos fenômenos e como base para o desenvolvimento de habilidades. Quanto mais ampla a gama de conhecimentos de que uma pessoa dispõe, maior também se torna a quantidade de fenômenos que ela é capaz de interpretar”.

Quando questionados sobre os conhecimentos, as habilidades e as atitudes

envolvidas com a participação no processo decisório, os enfermeiros, mostraram não ter esses conceitos claros o que requereu uma explicação.

Chiavenato (1993, p.567-8) associa a importância dos conhecimentos, habilidades e atitudes ao processo decisório:

O processo de decisão pode ser considerado como uma análise dos fatos apresentados relacionados com os sistemas da Instituição. [...] Nesse sistema de decisões cada pessoa participa racional e conscientemente, escolhendo e tomando decisões individuais a respeito de alternativas mais ou menos racionais de comportamento, escolhendo e decidindo, de acordo com sua personalidade, motivações e atitudes.

Uma convergência, um pouco mais significante relacionou-se ao fato de os conhecimentos necessários ao enfermeiro serem advindos da vivência, da competência técnica em sua área, do conhecimento do ambiente, da comunidade, da administração, da política vigente e dos problemas a serem resolvidos, bem como das estratégias e instrumentos disponibilizados para tal.

Na visão de Drucker (1999, p.52), a força que exerce maior influência nas organizações é justamente aquela que vêm de fora delas. Na Unidade Básica de Saúde do município não é diferente. O autor alerta para o fato de que “o marketing ensina que são necessários esforços organizados para levar à compreensão do ambiente externo – da sociedade, da economia e do cliente - para o interior da organização e para transformá-la numa base para estratégia e políticas”.

Houve convergência também entre dois sujeitos quando referiram que o enfermeiro precisa ter domínio do que faz, tanto na teoria quanto na prática, pois quando isso não acontece, não consegue impor-se. Isso remete à questão de que conhecimento está intimamente ligado ao poder. Para Matos (1980, p.21), “a preocupação centrada na flexibilização das estruturas e criação de recursos de organização matricial está confirmando, cada vez mais, a premissa de que *onde está o conhecimento, aí está o poder*.”

Todos esses requisitos associados à participação do processo decisório evidenciam a complexidade e a necessidade de investimento maciço no preparo dos profissionais pois, conforme reitera (Bordenave, 1985, p.76):

“A participação é algo que se aprende e aperfeiçoa. Ninguém nasce sabendo participar, mas, como se trata de uma necessidade natural, a habilidade de participar cresce rapidamente quando existem oportunidades de praticá-la. Com a prática e a autocrítica, a participação vai se aperfeiçoando, passando de uma etapa inicial mais diretiva a uma etapa superior de maior flexibilidade e autocontrole até culminar na autogestão”.

Um forte desequilíbrio entre o direito de decidir, que é a autoridade, e o poder de realizar, que é a habilidade e a especialização pode permear as relações entre as pessoas que vivenciam o processo decisório nas organizações, sendo que habilidade, especialização e competência confrontam-se com autoridade, generalização e hierarquia. Esse é o desafio que precisa ser enfrentado e superado no cotidiano da prática do profissional enfermeiro.

Maximiano (1995, p.74) destaca entre as habilidades conceituais, a capacidade para o processo decisório.

A formação em enfermagem precisa enfatizar o desenvolvimento dessa habilidade para superar as limitações já incorporadas pelo indivíduo em decorrência de sua história de vida e dos determinantes que nela influíram para uma postura menos participativa.

Matos (1980, p.23) explicita com detalhes os requisitos importantes que interferem no nível de participação no processo decisório, tendo como referência as habilidades cognitivas, a humana, a organizacional e estratégica. Essas condições intervenientes devem ser observadas e estimuladas na formação do enfermeiro para que reúna os requisitos mínimos à participação efetiva no processo decisório que vem sendo consolidado nas organizações com os novos modelos de gestão dos processos de trabalho.

Os métodos de gestão de ontem são incompatíveis com as atuais tendências do comportamento administrativo, pois as pessoas no trabalho cada vez mais demonstram tendências para: autodireção – ou seja, menos ação diretiva e mais participação na determinação dos objetivos; autocontrole – maior liberdade em assumir os riscos da tarefa sem interferências constantes; criatividade – maior oportunidade em contribuir com suas idéias; delegação – liberdade de decisão com a informação básica disponível; participação e responsabilidade – ouvir e serem ouvidos; serem engajados no planejamento e na execução; resultados – sentir que estão realizando; ver os produtos do seu trabalho. (Matos, 1980, p.22)

A prática compromissada com valores eticamente validados e legitimados pela profissão, sociedade e comunidade onde inserem-se os usuários das UBS, torna-se um requisito igualmente fundamental à qualidade da participação no processo decisório, pois segundo Freire (1995, p.16) “os sujeitos são indivíduos críticos e conscientes de suas possibilidades de atuação no contexto social”.

Para Maximiano (1995, p.74-6), “as atitudes compreendem uma combinação de conhecimentos e sentimentos mediante os quais cada indivíduo e grupo interpretam e julgam o mundo que os cerca e a si próprios. As atitudes formam os quadros de referência, isto é, as ‘molduras’ valorativas dentro das quais as pessoas, fatos, idéias e objetos são vistos, interpretados e avaliados”.

A participação do grupo na realização dos objetivos da organização, segundo Matos (1980, p.76), é vital e deve ser planejada, enfocando-se aspectos mais significativos para o desenvolvimento de atitudes positivas para o desempenho esperado:

“Igualmente o grupo tende a desenvolver valores próprios, princípios, atitudes, ao mesmo tempo em que exerce controle social sobre seus membros. A atenção ao significado do trabalho, sua importância, o mérito reconhecido, condições de segurança, companheirismo e integração foram relacionados como de maior validade que as condições de melhorias físicas, na formação de atitudes eficientes de trabalho”.

Foi destacado como essencial o respeito ao direito do outro, a não imposição da vontade, o que é respaldado por Bordenave (1985) quando destaca que um princípio inerente à participação, é o respeito que deve haver aos direitos das pessoas.

Dentre as atitudes importantes para a participação no processo decisório, foram mencionadas a não neutralidade, o comportamento ativo e a coerência entre o dito e o feito.

Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre a dinâmica do processo decisório, pode ser ajudado a adquirir habilidades e atitudes mais pertinentes e seguras para as decisões que lhe são exigidas no cotidiano.

O objeto de estudo desta investigação foi a participação do enfermeiro no processo decisório para sua adequação às necessidades prioritárias dos usuários. O compromisso de

envolver esses usuários como sujeitos no processo, ou seja, instrumentalizá-los para que assumam esse compromisso como atores-sociais, pode desencadear conflito e confronto de valores.

Para Gelain (1998, p.19) “a moral compreende a realização subjetiva e pessoal da inserção de um indivíduo em sua profissão. A moralidade é, então, a capacidade de agir segundo a consciência bem informada e de tomar decisões concretas, com uma atitude íntegra, visão clara e muito discernimento”.

O enfermeiro ao participar das decisões deve estar orientado por essa percepção que pode auxiliá-lo a apresentar atitudes propícias. Gelain (1998, p.24) afirma que “observando a realidade profissional, a ética, pelo menos no discurso, faz parte de grande preocupação dos profissionais de enfermagem”.

O sigilo foi o aspecto mais correlacionado, pelos enfermeiros entrevistados, ao processo de decisão ética, provavelmente porque, conforme afirma Gelain (1998, p.79), “Em seus contatos diários com pacientes, familiares e funcionários, o profissional de enfermagem, como ser humano e profissional, defronta-se com problemas que não pode revelar”.

Os entrevistados abordaram também, embora sem ênfase, os aspectos éticos decorrentes da necessidade de nortear as decisões com base no compromisso com os interesses dos usuários, com o seu bem estar. Quando a sociedade coloca a comunidade no centro das atividades, ao invés dos interesses individuais, pode escolher utilizar os recursos de outra forma, mais eficiente e eficaz. As decisões poderão ser tomadas de modo a considerar inúmeras variáveis, entre elas o custo-benefício ou custo-resultado, o tempo, a complexidade das ações, os recursos existentes e os requeridos, entre outras.

Para melhor compreensão da realidade empírica captada por meio dos discursos tornou-se importante o respaldo de uma categoria analítica que nortearse e orientasse a interpretação feita em todos os momentos deste estudo, complementando os conceitos destacados do marco teórico de referência.

Para isso, reportamo-nos a Freire (1986) que nos aproximou dos dados e viabilizou a sua interpretação.

O homem tende a captar uma realidade, fazendo-a objeto de seus conhecimentos. Assume a postura de um sujeito cognoscente de um objeto cognoscível. Isto é próprio de todos os homens e não privilégio de alguns (por isso a consciência reflexiva deve ser estimulada: conseguir que o educando reflita sobre sua própria realidade). Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias. [...] O homem pode fazê-lo porque tem uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo. [...] O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite ao homem transformar a realidade se faz cada vez mais urgente. Na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo, vão temporalizando os espaços geográficos e vão fazendo história pela sua própria atividade criadora. (Freire, 1986, p.30-3)

Consideramos que os profissionais percebem-se como participantes, pois sua prática coincide com os conceitos que têm de participação no processo decisório. Assim, nunca iriam negar a participação, a menos que apreendam novas informações e conceitos e, processando-as, possam refletir sobre a realidade com base em novos referenciais.

Para Freire (1980) tomada de consciência não é condição semelhante à conscientização uma vez que esta requer o desenvolvimento crítico daquela. Para haver a conscientização, torna-se necessário a superação da simples captação da realidade, a transposição para uma postura crítica e reflexiva em que a realidade emerge como objeto cognoscível e o homem posiciona-se epistemologicamente.

A conscientização é, nesse sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se “des-vela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta razão, a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. (Freire, 1980, p.26)

Assim este estudo tornou-se relevante à medida em que pôde ser uma contribuição inicial a esses enfermeiros para que, pensando sobre o que lhes foi questionado e o que foi respondido, procurem subsídio para ampliar suas percepções e intervenções. Assim, aumenta o nosso compromisso de instrumentalizar esse processo inicial colocando-nos como recurso para discutir esta pesquisa. Por meio desta e de outras estratégias

consideramos que se possa iniciar um processo de transformação do nível de consciência ingênua para crítica.

O que caracteriza uma consciência crítica é o anseio pela profundidade na análise dos problemas, não se satisfazendo com as aparências e podendo reconhecer-se desprovida de meios para essa análise. O profissional que possui consciência crítica reconhece que a realidade é passível de mudança, baseia-se em situações ou explicações autênticas de causalidade, procurando sempre testar e verificar as descobertas, disposto às revisões. À captação de um fato, na análise e na resposta, procura livrar-se dos preconceitos. A base da autenticidade, quando se quer parecer algo, é ser algo. Repele posições quietistas, e toda transferência de responsabilidade e de autoridade, aceitando a delegação das mesmas. É indagador, investigadora força, choca, ama o diálogo e nutre-se dele. Face ao novo, aceita-o, não por ser novo, mas na medida em que lhe é válido, sem rejeitar o velho. (Freire, 1986)

A consciência ingênua é limitante, conformista, simplista, não busca o diálogo, o confronto de informações, a causalidade, assim como nega a perspectiva de mudança da realidade e da importância do velho na geração do novo, é preconceituosa e estagnadora.

Existem fatores favorecedores de práticas mais participativas no contexto estudado, entre elas, a postura dos secretários que se caracterizou como democrática e colaboradora e a própria convergência nos discursos das perspectivas existentes de participação da equipe nas decisões das UBS.

O que precisamos desencadear é o interesse pela compreensão do compromisso requerido para se atingir níveis mais efetivos de participação no processo decisório. Assim como Freire (1986, p.21), entendemos que:

O compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade – inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade. [...] O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos. [...] Não é possível um compromisso autêntico se, àquele que se julga comprometido, a realidade apresenta-se como algo dado, estático e imutável.

A participação do enfermeiro em equipes deve visar ao desenvolvimento de relações de ajuda mútua, que se efetivem através da comunicação e cooperação entre pessoas, onde não haja dominação e manipulação de uns sobre outros no processo decisório. Procedimentos educativos devem nortear esse processo contínuo de aprendizado, de formas cada vez mais participativas, levando ao alcance dos objetivos coletivos e, principalmente, ao direcionamento das decisões para o atendimento das necessidades prioritizadas de assistência à saúde requerida pelos usuários, por meio de uma prática crítica, consciente, compromissada e controlada pela sociedade.

“É preciso fazer da conscientização o primeiro objetivo de toda educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação”.

Paulo Freire (1980)

6 - SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida objetivando conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde em relação à participação do processo decisório da equipe de saúde.

Sintetizando as principais questões que dela emergiram destacamos que os sujeitos referiram-se ao processo decisório restringindo-o ao momento da tomada de decisão e referindo que suas decisões são tomadas de acordo com a situação e o assunto, com tendência a não tomarem decisões sozinhos. Assim, sempre que possível envolvem um colega, outro funcionário ou, até mesmo, o secretário de saúde.

O grupo participa das decisões, contudo, há uma tendência de algumas decisões serem tomadas de acordo com o conhecimento que os profissionais têm na sua área de atuação, seja na área de vigilância sanitária, epidemiológica ou administrativa.

Houve convergência em relação ao fato de os problemas identificados serem alvo de atenção e tentativa de solução. Contudo houve divergência em relação à existência de critérios e diretrizes determinadas antecipadamente para a tomada de decisões, pois embora mencionem a sua inexistência, relatam que são considerados importantes para a tomada de decisão o bem-estar da população, a eficácia e eficiência da Unidade, as doenças mais relevantes, como as preveníveis e as de maior risco e a análise contextualizada do problema do paciente.

Entre as facilidades envolvidas com o processo decisório, houve convergência em relação à comunicação na equipe de saúde e à autonomia para decidir e implementar as ações, sendo o secretário da saúde um elemento facilitador da participação.

Quanto às dificuldades associadas ao processo decisório, destacam a insatisfação dos clientes; as limitações relacionadas ao pessoal e aos recursos financeiros e de infra-

estruturais; a falta de organização da equipe e conseqüentemente o seu desentrosamento, o que evidenciou uma contradição, pois a comunicação na equipe foi destacada como aspecto facilitador.

Em relação aos conhecimentos requeridos para o processo decisório, houve convergência em torno do controle, da competência, no sentido de ter o poder para se controlar as situações a partir do domínio sobre o que fazem, do conhecimento do problema, da comunidade, da administração e das políticas de saúde que norteiam a realidade sobre a qual estão atuando.

Quanto à comunicação e ao “jogo de cintura” destacados como habilidades necessárias para o processo decisório dos profissionais, Matos (1980) e Maximiano (1995), reiteram-nas quando destacam que entre as habilidades necessárias para a participação no processo decisório, precisa-se desenvolver conhecimentos especializados que capacitem para a relação interpessoal e intergrupar, para a compreensão da organização na qual ele trabalha e do contexto em que está inserida, bem como de todos os aspectos que influenciam a vida organizacional, quer sejam eles vinculados à filosofia, aos objetivos, às metas, como aos recursos e estratégias utilizadas.

Quanto às atitudes, embora sem destaque, surgiram no contexto investigado, aquelas associadas aos estilos de liderança e de coordenação, à segurança, competência e coerência, rapidez e visão do contexto. Nessas abordagens, ficou implícita a vinculação de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes aos sujeitos para a participação no processo decisório, mesmo que não evidenciado pelos sujeitos. A importância do sigilo e da defesa aos direitos dos usuários e do seu bem-estar também foram atitudes vinculadas ao processo decisório.

Iniciamos esta pesquisa partindo do pressuposto de que os enfermeiros têm tendência em participar de forma fragmentada e individualizada no processo decisório, pressuposto este decorrente especificamente de nossa vivência profissional. A maioria dos enfermeiros entrevistados respondeu que o grupo todo participa das decisões, ou seja, a equipe de saúde. Contudo, devemos questionar qual o conceito de participação que ficou implícito a essa afirmação, pois muitos deles sentem-se participantes por estarem presentes e cientes das decisões que estão sendo tomadas e não por terem influenciado na decisão tomada, ou participado do processo decisório como um todo, o que dá uma outra

perspectiva de análise.

Como lembra-nos Bordenave (1985, p.7) “participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte”. Entendemos que existem diferentes tipos de participação, sendo que aquela objeto de estudo neste trabalho está associada à influência no processo decisório e intervenção na realidade para sua aproximação às necessidades dos usuários das UBS, e não simplesmente à presença durante a tomada de decisão, ou à ciência do que está sendo decidido. Há a participação passiva e a ativa, assim, como há pessoas inerte e cidadãos engajados. Mesmo dentro da participação ativa há diferença na qualidade da participação.

Percebemos, então, que o conceito de participação foi vinculado, pelos sujeitos, à presença no momento da decisão e não à sua atuação como técnico compromissado, responsável e capacitado para influir nas decisões e intervir, por meio delas, no contexto. Essa constatação validou o pressuposto inicial e evidenciou que se faz necessária à discussão de um marco teórico que os instrumentalize e indique o quanto torna-se mais relevante “o como” participa-se de uma decisão, conforme referência de Bordenave (1985, 1998).

O enfermeiro quando preparado para identificar e priorizar as necessidades de seus usuários, para conhecer as políticas e os recursos, bem como os processos e relações de trabalho e as metodologias envolvidas, tem os requisitos indispensáveis para intervir ativamente no processo decisório a respeito de como atendê-las.

A participação é um aprendizado que não se pode transmitir simplesmente, pois requer pressupostos e princípios coerentes articulados com uma prática reflexiva, compromissada e crítica, que instrumentalizem para ações que visam o bem-estar de grupos que se representa. Assim, a participação advém de vivência coletiva, do aprendizado na práxis grupal e na defesa e emancipação social.

Conforme referência à Freire (1986, p.48), a tarefa fundamental do trabalhador social é a de ser sujeito e não objeto das transformações, o que lhe exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade [...]

Que pressupostos instrumentalizam a prática profissional de cada um de nós? Que papel atribuímos a nós mesmos em relação intervenção na realidade? Queremos intervir, como? Em que nível? Temos que tipo de compromisso em relação a essa intervenção? Que

visão temos da realidade? Caso tenhamos uma visão ingênua, entenderemos que ela é imutável, o que muda se tivermos uma postura crítica e assim sendo percebermos a transitoriedade do contexto e seu potencial de transformação diante de estratégias de intervenção adequadas, teórica e metodologicamente.

Esse discurso não emergiu nas falas dos sujeitos, assim, entendemos que a compreensão dos conceitos acima evidenciados influi na qualidade da percepção sobre a participação no processo decisório.

Uma categoria importante para desvelamento da questão da participação é o nível de conscientização dos sujeitos. Assim, destacamos que a conscientização que buscamos é aquela que Freire (1995, p.112-3) define como “aprofundamento da tomada de consciência”.

Esse aprofundamento não deve ficar no nível do senso comum, não pode faltar a curiosidade cautelosa, mas arriscada, a reflexão crítica e a rigorosidade dos procedimentos de aproximação com o objeto. Assim, a conscientização deve dar-se numa prática de seriedade indispensável a quem quer conhecer rigorosamente, sabendo que esse processo, de conhecer, nem é neutro e nem indiferente. Trabalhar nessa postura conscientizadora é desvendar as verdades ocultas pelas ideologias vivas, recusando o descaso elitista com que certos intelectuais tratam a sabedoria popular. E respeitando esse saber, não aceitar imobilizar-se nele.

A participação no processo decisório é um processo, e como tal deve ser construído permanentemente, o que implica na mobilização do indivíduo e da equipe de saúde, na defesa dos seus direitos e no compromisso com os seus deveres enquanto cidadão para com a comunidade.

Esse processo inicia-se com a identificação dos principais problemas de saúde da população, indo até a avaliação final das ações que foram executadas. Concordamos com Matos (1980) quando ele diz que, quem está lidando diretamente com os problemas, tem a condição técnica, senão de decidir, pelo menos, de opinar e de influir nas decisões aproximando-as das necessidades identificadas e priorizadas.

Na dependência dos aspectos já mencionados, vigora, nos diferentes grupos, lideranças mais ou menos participativas. Assim, o nível de participação do grupo interage

com os estilos de liderança legitimados e mantidos por ele: quando o líder centraliza a decisão, decai a participação do grupo, e quando utiliza menos sua autoridade, acaba por estimular o envolvimento da equipe na solução de problemas. (Matos, 1980)

No contexto empírico estudado, os secretários de saúde locais demonstraram-se acessíveis para a autorização das entrevistas, sendo que as falas convergiram para evidências de que existem perspectivas e possibilidades de participação da equipe no processo decisório local.

Sabemos que a maioria dos secretários municipais de saúde eleitos e atuantes não possuem formação específica para o cargo, o que já é um indicativo de determinante do processo caracterizado.

Assim, o enfermeiro, bem como os demais membros da equipe de saúde precisam investir nesse processo de aprendizado para a participação, pois, como envolve poder e poder envolve política, ninguém ganha a possibilidade de participar, pelo contrário, ela é conquistada e para tal o profissional deve habilitar-se.

Para representar a sociedade, lutando por seus direitos, o enfermeiro deve adquirir conhecimento sobre o contexto, as políticas, os processos de trabalho, as formas de poder legitimadas e institucionalizadas e as estratégias de intervenção. Com base nesse referencial desenvolverá habilidades e atitudes favorecedoras de uma prática mais participativa e comprometida com um processo decisório a favor da prevenção e da diminuição de índices e coeficientes epidemiológicos tanto de morbidade quanto de mortalidade, a favor da melhoria da qualidade de vida e da assistência de saúde prestada.

A participação que gostaríamos de ver como prática, é aquela onde o enfermeiro como cidadão respeitável e comprometido, participa de grupos representativos das diversas instâncias da sociedade, para decidir sobre o bem comum, trabalhando produtivamente para solucionar problemas com os quais defrontam-se no seu cotidiano.

Assim como Freire (1986, p.21), entendemos que “O compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade – inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade”.

Almejamos por uma participação do enfermeiro em grupos que visem desenvolver relações de ajuda mútua, que se efetivem através da comunicação e cooperação entre

pessoas, onde não haja dominação e manipulação de uns sobre outros. Por meio de procedimentos educativos instrumentalizem-se para o alcance dos objetivos da equipe, criando novas relações, onde os sujeitos unam-se por metas e valores comuns a serem satisfeitos por meio de práticas conscientes, compromissadas e controladas pela sociedade, desfrutando da participação manifesta como necessidade humana e, principalmente profissional, se este quer ser compromissado com as causas de sua categoria.

Este estudo mostrou sua relevância à medida em que já desencadeou um processo de reflexão, discussão e análise entre os sujeitos da pesquisa sobre a sua participação no processo decisório. Essa oportunidade pode ser por eles transformada em possibilidade de ascender à consciência mais crítica e de aprimorar a qualidade da participação no processo decisório nas Unidades Básicas de Saúde. Comprometemo-nos a dar continuidade ao processo iniciado com um aprofundamento das discussões com o grupo participante desta investigação.

ANEXOS

ANEXO 1- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado (a) Senhor (a):

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para que possamos, como aluna do Curso de Mestrado Interinstitucional, entre a Universidade Federal de Santa Catarina, Federal do Paraná, UNIOESTE e demais Associadas, desenvolver nossa Pesquisa sobre “A Participação do Enfermeiro no Processo Decisório”, junto ao enfermeiro da Unidade Básica de Saúde de seu município, no período de Fevereiro a Março de 2000.

Este trabalho está vinculado à Dissertação de Mestrado, e objetiva conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde em relação à participação do processo decisório da equipe de saúde.

O enfermeiro será consultado sobre seu interesse e disponibilidade, ficando a critério dele a participação bem como o agendamento do momento oportuno para as entrevistas e reuniões.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

Gerti Schäfer Berto

Sr (a) Secretário (a) Municipal de Saúde

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, concordo em participar da pesquisa realizada pela mestranda Gerti Schäfer Berto, sobre “A Participação do Enfermeiro no Processo Decisório”, sabendo que, a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo, posso desistir da mesma.

Esta pesquisa, vinculada à Dissertação do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, objetiva conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde em relação à participação do processo decisório da equipe de saúde.

Estou ciente que esta pesquisa será discutida e divulgada no meio acadêmico, sendo, contudo, mantido o anonimato.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta de pesquisa, o método e esclarecido minhas dúvidas.

Concordo em participar da pesquisa: Sim () Não ().

Concordo com o uso do gravador durante a entrevista, desde que mantido o anonimato do conteúdo das fitas que serão transcritas e após, inutilizadas pela autora: Sim () Não ().

Cascavel, de de 2000 .

.....

ANEXO 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E UNIDADES EM ESTUDO

Antes de responder à Escala Likert, peço a gentileza de preencher os seguintes dados:

Caracterização do participante	
Nome do Município em que atua:	
Iniciais de seu nome:	
Sexo: () Feminino () Masculino	
Idade:	
Motivo da escolha da profissão:	
Escola e ano em que se graduou:	
Possui pós-graduação? () Sim Quais: () Não	
Empregos anteriores e experiências profissionais:	
Tempo de atuação na instituição atual:	
Experiência nesta instituição:	
Identificação com a enfermagem e área de atuação:	
É filiado à alguma entidade? () Sim Quais: () Não	
Caracterização da Unidade Básica de Saúde em que atua	
Recursos humanos que a unidade possui:	
Nº de usuários que atende:	
Situação geográfica com relação ao centro de referência mais próximo:	

ANEXO 4 – RAPPORT

O estudo a ser desenvolvido está vinculado à Dissertação do Curso de Mestrado. Este trabalho é sobre “A Participação do Enfermeiro no Processo Decisório”.

Você teria interesse e disponibilidade para ser por mim entrevistada e para preencher um questionário a respeito? Caso aceite, pediria autorização para gravar a entrevista para facilitar a transcrição posterior, assegurando-lhe o anonimato, bem como a inutilização das fitas após a transcrição.

Este trabalho tem como objetivo conhecer a vivência do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde em relação à participação do processo decisório da equipe de saúde.

Caso você participe, vou pedir-lhe que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado.

Comprometo-me a discutir os resultados da pesquisa com você.

ANEXO 6 – DADOS OBTIDOS COM A UTILIZAÇÃO DA ESCALA LIKERT EXPOSTA NO ANEXO ANTERIOR

QUESTÕES	RESPOSTAS	Concordam plenamente	Concordam em parte	Indecisos	Discordam em parte	Discordam plenamente
1. As decisões da equipe de saúde são tomadas pelos profissionais de maneira individual.	fr (%)	2 20	4 40			4 40
2. O enfermeiro tende a tomar decisões isoladas, voltadas para a solução de problemas imediatos.	fr (%)	4 40	3 30			3 30
3. O enfermeiro da Unidade Básica não participa das decisões que dizem respeito ao planejamento das ações a serem implementadas junto à comunidade.	fr (%)		2 20			8 80
4. A tomada de decisões não se baseia em critérios, diretrizes e prioridades.	fr (%)	1 10	3 30	1 10		5 50
5. A maior dificuldade encontrada pelo enfermeiro para participar do processo decisório decorre da falta de reunião de equipe para planejar as ações.	fr (%)	3 30	5 50		2 20	
6. O enfermeiro ao tomar uma decisão deve ter conhecimento à cerca do problema para propor soluções e escolher a ação a ser implementada.	fr (%)	10 100				
7. O processo decisório requer habilidades conceituais dos enfermeiros.	fr (%)	9 90	1 10			
8. Atitudes de coerência e comprometimento são importantes para o enfermeiro que participa do processo decisório.	fr (%)	9 90	1 10			
9. Os aspectos éticos e pessoais do enfermeiro estão presentes na tomada de decisões.	fr (%)	6 60	4 40			
10. O enfermeiro precisa ser melhor preparado para participar como sujeito das decisões de saúde tomadas em seu município.	fr (%)	9 90	1 10			

Em relação às respostas advindas da aplicação da Escala Likert, evidenciou-se uma tendência de concentração de respostas, vinculadas a atitude de concordância para com as afirmações propostas aos sujeitos, quer seja plena ou em parte, em 80% das questões.

A maioria dos sujeitos concordou, em parte ou plenamente, que as decisões da equipe de saúde são tomadas pelos profissionais de maneira individual; que o enfermeiro tende a tomar decisões isoladas, voltadas para a solução de problemas imediatos; que a maior dificuldade encontrada pelo enfermeiro para participar do processo decisório decorre da falta de reunião da equipe para planejar as ações; que o enfermeiro ao tomar uma decisão deve ter conhecimento à cerca do problema para propor soluções e escolher a ação a ser implementada; que o processo decisório requer habilidades conceituais dos enfermeiros; que as atitudes de coerência e comprometimento são importantes para o enfermeiro que participa do processo decisório; que aspectos éticos e pessoais do enfermeiro estão presentes na tomada de decisões; e que o enfermeiro precisa ser mais bem preparado para participar como sujeito das decisões de saúde tomadas em seu município. Essas foram as respostas dadas às questões 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Isso já denota concordância com os pressupostos que nortearam este estudo, ou seja, que os enfermeiros tendem a atuar de forma individualizada e fragmentada no processo decisório, não intervindo para que as necessidades, prioridades e expectativas da comunidade sejam contempladas; que tendem a tomar decisões isoladas, voltadas para a solução de problemas imediatos, não eliminando as causas dos problemas e sim atuando apenas sobre suas conseqüências; e que necessitam ser instrumentalizados para uma participação eficaz no processo decisório.

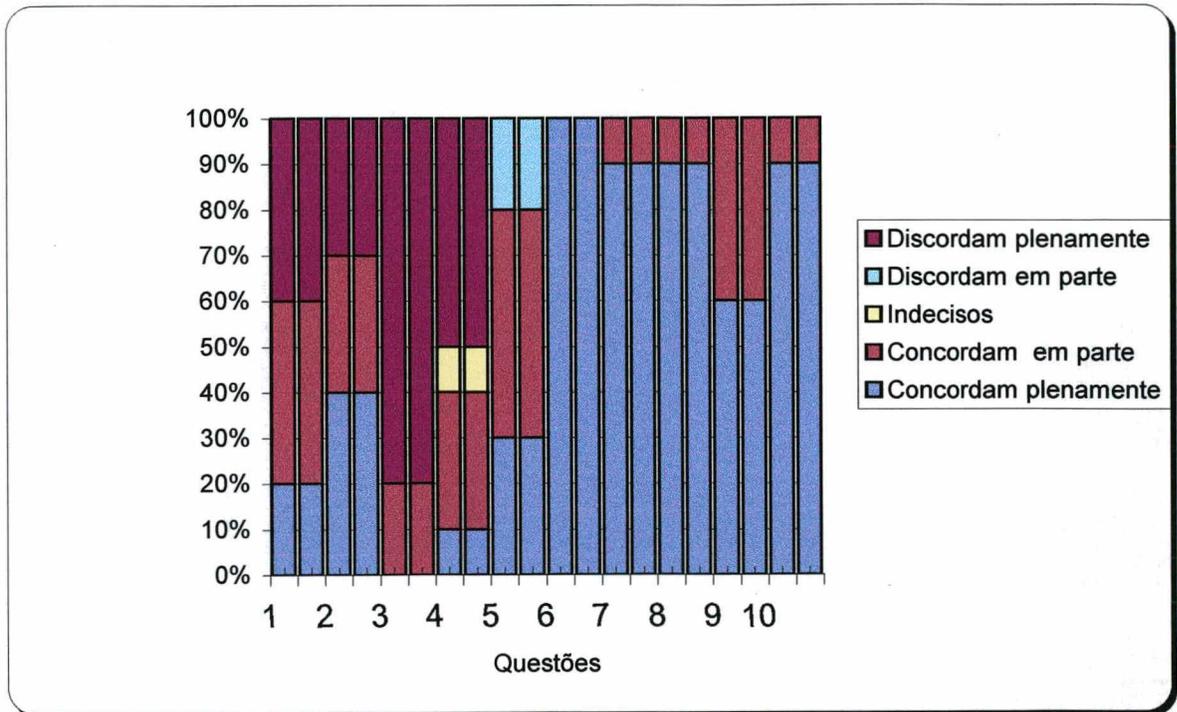
Também evidencia que os sujeitos concordam que as decisões da equipe de saúde devam ser produto de análise e posicionamento coletivos, evitando-se a atuação centralizada no problema e não na identificação dos determinantes ou das causas; que devam ser estimuladas a participação e efetiva contribuição para o processo decisório em prol do planejamento, execução e avaliação de uma assistência mais resoluta. Evidencia ainda ser fundamental o suporte teórico assim como as habilidades e atitudes que favoreçam a participação eficaz no processo decisório e a intervenção efetiva na realidade em prol da melhoria das condições de vida dos usuários.

As respostas verbalizadas evidenciam discordância plena em relação às 20 % das questões, ou seja, às questões nº3 e nº4. Isso denota que os sujeitos acreditam participar das decisões referentes ao planejamento das ações e que as mesmas seguem critérios, diretrizes e prioridades.

Houve indecisão apenas de 10 % dos sujeitos quanto à afirmação que a tomada de decisão não se baseia em critérios, diretrizes e prioridades.

Para exemplificar melhor a tendência das respostas, trazemos a demonstração atitudinal quantitativa dos sujeitos no gráfico a seguir.

GRÁFICO 1 – DEMONSTRAÇÃO DA TENDÊNCIA NAS RESPOSTAS ÀS
QUESTÕES DA ESCALA LIKERT



BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, Maria Hélia. Tomada de decisões do enfermeiro. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. Motivação nas organizações. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- BERNARDES, Cyro. Teoria geral da administração. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1993.
- BORDENAVE, Juan E. Diaz. O que é participação. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. A Enfermeira como agente mediador e suas ferramentas operativas: comunicação, participação e planejamento. Apostila ESPENSUL - Pr, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. NESP; UnB, 2.ed. Brasília: 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília: 1999.
- CAMPBELL, Alastair V. A Bioética no século XXI. O mundo da saúde. n. 3, v. 22, mai/jun; 1998.
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração. 4.ed. São Paulo: Makron Books, 1993.
- CIAMPONE, Maria Helena Trench. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord.) Administração em enfermagem. 3.ed. São Paulo: EPU, 1991.
- DAHL, Robert Alan. Preface to democratic theory. Chicago: University of Chicago Press, 1986.

- DEMO, Pedro. Participação é conquista. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- DIAS, Hélio Pereira. A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- DILLY, Cirlene Maria Lessa.; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- DRUCKER, Peter F. Os novos paradigmas da administração. Exame, São Paulo, 24 fev. 1999. Entrevista.
- DURO, Jorge Alberto Zietlow. Decidir ou não decidir: o processo decisório. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.
- ELLIS, Janice Rider; HARTLEY, Célia Love. Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- FODEN, John. Está decidido: tudo o que um executivo não pode ignorar no processo de tomada de decisões. São Paulo: Saraiva, 1994.
- FOLLETT, Mary Parker. Profeta do gerenciamento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.
- FREIRE, Paulo. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- _____. Educação e mudança. 12.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- _____. A educação na cidade. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1995.
- _____. Pedagogia do oprimido. 25.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- FREYRE, Gilberto. Casa Grande & Senzala. 14.ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1969, v. 1.
- GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde pública, bioética e equidade. Rev. Bioética, v. 5, 1997.
- GELAIN, Ivo. Deontologia e enfermagem. 3.ed. São Paulo: EPU, 1998.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1995.
- HABERMAS, Jürgen. Ciência e técnica enquanto ideologia. Portugal: Ed.70, 1986.
- LESCURA, Yara; MAMEDE, Marli Villela. Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier, 1990.

- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MATOS, Francisco Gomes de. Gerência participativa: como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980.
- MAXIMIANO, Antônio César Amaru. Introdução à administração. São Paulo: Atlas, 1995.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços da porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.de O. (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. Rev. Texto e Contexto, n.2, v. 3, jul. /dez., 1994.
- MOURA, Paulo. Construindo o futuro: o impacto global do novo paradigma. Rio de Janeiro: Mauad Consultoria, 1994.
- PADIN, Dom Cândido. Ética e cidadania. In: QUEIROZ, J. J. Ética no mundo de hoje. São Paulo: Paulinas, 1985. p.9-10.
- PATEMAN, Carole. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- PEREIRA, Maria José Lara de Bretas; FONSECA, João Gabriel Marques. Faces da decisão: as mudanças e o poder da decisão. São Paulo: Makron Books, 1997.
- PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.
- RAMOS, C.L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. (org.) Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ROACH, Sister M. S. The call to consciousness: a compassion in today's health world. In: GAUT, D.A., LEININGER, M.M. (Eds.). Caring: the compassionate healer. New York: National League for Nursing, 1991.

ROACH, Sister M. S. The human act of caring: a blueprint for the health professionals. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.

SELLTIZ, Claire. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: Herder, 1967.

_____. Métodos de pesquisa nas relações sociais: medidas na pesquisa social. 2.ed. São Paulo: EPU, 1987. v. 2.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro. Participação popular e saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: CDDH-CEPEL, 1991.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Ética. 14. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.