

MÁRCIA CRUZ GERGES

**Visão da Decisão Gerencial dos Enfermeiros
Administradores do Sistema de Enfermagem de um
Hospital Universitário**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Engenharia, Área de Gerência da Produção.



0.221.959-1

UFSC-BU

Florianópolis - SC
Março 1994

Visão da Decisão Gerencial dos Enfermeiros Administradores do Sistema de Enfermagem de um Hospital Universitário

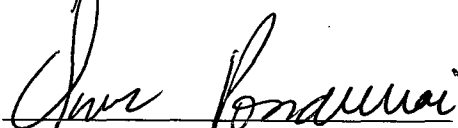
Márcia Cruz Gerges

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas (Área de Gerência da Produção) e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação.

Orientador:

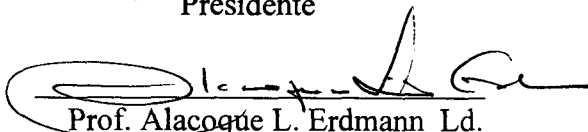

Prof. Otávio Ferrari Filho M.Sc.

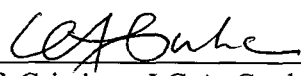
Coordenador do Curso:


Prof. Osmar Possamai Dr.

Banca Examinadora:


Prof. Otávio Ferrari Filho M.Sc.
Presidente


Prof. Alacoque L. Erdmann Ld.
Membro


Prof. Cristiano J.C.A. Cunha Dr.
Membro

DEDICATÓRIA

Ao Samir, meu esposo, pelo estímulo e apoio em todos os momentos.

À Nina Rosa e Rafael Nagi, meus filhos, pela compreensão dos momentos de privação de nossa convivência familiar.

A minha vó Frida e ao meu pai Walter, in memoriam.

AGRADECIMENTOS

À todas as pessoas que contribuíram nesta longa caminhada, permitindo que pudesse vislumbrar um horizonte melhor na vida pessoal e profissional.

Agradeço em especial:

Ao Prof. Otávio Ferrari Filho, por ter me aceito como orientanda no Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas.

À Prof. Alacoque Lorenzini Erdmann, minha co-orientadora, pela amizade e orientação no meu aprimoramento profissional.

À minha família por ter sido o esteio da minha formação, e a minha mãe Célia, pelo carinho, incentivo e revisão gramatical deste trabalho.

As minhas amigas Eliana Marília Faria e Beatriz Beduschi Capella pelo contínuo estímulo.

À colega Rossana P.C. Proença pela convivência e crescimento durante o curso de mestrado.

Ao Enf. Luiz Scarduelli, Diretor de Enfermagem do HU/UFSC, pelo apoio e troca de informações para a produção deste trabalho.

Aos colegas enfermeiros da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC, por possibilitarem o desenvolvimento desta pesquisa.

À Sineide S. Steinbach e Luzia dos Santos pela dedicação e responsabilidade na digitação desta dissertação.

E à DEUS, nosso criador.

SUMÁRIO

Lista de Figuras
Lista de Siglas
Resumo
Abstract

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1. Justificativa | 4 |
| 1.2. Definição do Problema | 5 |
| 1.3. Objetivos da Pesquisa | 6 |
| CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 8 |
| 2.1. A Organização e o Enfoque Sistêmico | 8 |
| 2.2. Decisão Organizacional | 18 |
| 2.3. A Razão e a Intuição no Processo Decisório | 30 |
| CAPÍTULO 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS | 37 |
| 3.1. Tipo de Pesquisa | 37 |
| 3.2. Coleta de Dados | 38 |
| 3.3. Registro dos Dados | 41 |
| 3.4. Análise dos Dados | 43 |
| CAPÍTULO 4 - DESCRIÇÃO DO CONTEXTO | 46 |
| 4.1. Caracterização do Macrossistema Hospitalar de Ensino | 46 |
| 4.2. Caracterização do Sistema de Enfermagem | 54 |
| 4.2.1. Subsistema Metas e Objetivos | 54 |
| 4.2.2. Subsistema Técnico | 56 |
| 4.2.3. Subsistema Social | 57 |
| 4.2.4. Subsistema Estrutural | 60 |
| 4.2.5. Subsistema Administrativo | 68 |
| 4.2.5.1. Planejamento | 68 |
| 4.2.5.2. Organização | 70 |
| 4.2.5.3. Direção | 84 |
| 4.2.5.4. Controle | 86 |
| 4.2.6. Interagindo o Sistema de Enfermagem | 87 |
| 4.3. Caracterização da População Respondente e Observada | 96 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO 5 - A TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA DE ENFERMAGEM | 99 |
| 5.1. Tomada de Decisão: Como Entendem os Enfermeiros Administradores | 100 |
| 5.2. Tomada de Decisão no Nível Operacional | 104 |
| 5.2.1. Análise das Observações de Campo | 104 |
| 5.2.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores | 115 |
| 5.3. Tomada de Decisão no Nível Tático | 128 |
| 5.3.1. Análise das Observações de Campo | 128 |
| 5.3.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores | 137 |
| 5.4. Tomada de Decisão no Nível Estratégico | 145 |
| 5.4.1. Análise das Observações de Campo | 145 |
| 5.4.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores | 154 |
| | |
| CAPÍTULO 6 - VISÃO DA DECISÃO GERENCIAL DOS ENFERMEIROS ADMINISTRADORES | 161 |
| 6.1. Considerações Iniciais | 161 |
| 6.2. Considerações Finais | 164 |
| 6.3. Recomendações | 165 |
| | |
| ANEXOS | 167 |
| Anexo 1 - Questionário | 168 |
| Anexo 2 - Organograma do macrossistema hospitalar | 169 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 170 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 2.1. - A organização como sistema sociotécnico estruturado | 13 |
| Figura 4.1. - Fluxograma do paciente no macrossistema hospitalar | 52 |
| Figura 4.2. - Organograma do Sistema de Enfermagem | 61 |
| Figura 4.3. - Fluxograma de informações do Sistema de Enfermagem | 65 |
| Figura 4.4. - Modelo para análise da decisão no Sistema de Enfermagem | 92 |
| Figura 4.5. - Processo Decisório no Sistema de Enfermagem | 96 |

LISTA DE SIGLAS

DE - Diretoria de Enfermagem
HU - Hospital Universitário
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
FAPEU - Fundação de Amparo à Pesquisa Universitária
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
SUS - Sistema Único de Saúde
IDA - Integração Docente Assistencial
CES - Comissão de Educação em Serviço
DAP - Divisão Auxiliar de Pessoal
CMM - Clínica Médica Masculina
CMF - Clínica Médica Feminina
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
UTD - Unidade de Tratamento Dialítico
UIC I - Unidade de Internação Cirúrgica I
UIC II - Unidade de Internação Cirúrgica II
CC - Centro Cirúrgico
CME - Centro de Material e Esterilização
MI - Materno Infantil
IP - Internação Pediátrica
IG - Internação Ginecológica
AEA - Assistência de Enfermagem Ambulatorial
CA - Cirurgia Ambulatorial
SEM - Serviço de Enfermagem Médica
SEC - Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SEP - Serviço de Enfermagem Pediátrica
SEA - Serviço de Enfermagem Ambulatorial
SEE - Serviço de Enfermagem de Emergência
DPI - Divisão de Pacientes Internos
DPX - Divisão de Pacientes Externos

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar a visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores. Utiliza-se como referencial para a análise organizacional a abordagem sistêmica, e os modelos de decisão organizacional racional, político e intuitivo como suporte de análise do processo decisório. A visão é identificada de acordo com a lógica dominante nos processos decisórios e os tipos de decisões. A metodologia utilizada foi a de análise de conteúdo. Os dados foram coletados através da observação simples, aplicação de questionário e consulta à documentos organizacionais, que eram organizados em notas de observação, notas metodológicas e notas de conteúdos. Como resultado das primeiras análises, descreve-se o macrossistema hospitalar de ensino, o sistema de enfermagem e a população estudada, para um melhor entendimento do contexto onde a decisão é analisada. Em seguida, descreve-se os tipos de decisão e a lógica dominante encontrados nos níveis operacional, tático e estratégico do sistema de enfermagem. Os resultados, apontam uma visão de decisão gerencial predominantemente fragmentada, organizativamente racional, coexistindo a lógica da racionalidade técnica, econômica e burocrática e a lógica dos grupos de interesses, e limitada para a inovação e criatividade, compatível com o contexto organizacional em que o sistema está inserido. O estudo focaliza também, as dimensões de centralização/ou descentralização e autonomia da decisão.

ABSTRACT

The main objective of this work is to identify the management decision vision of the nurse administrators. The organization analyses uses, as a reference, the systemic approach and the organization decision model; such as rational, political and intuitive to support the decision process. The vision is identified with respect to the dominant logic in the process and type of decision. The method used is based on content analyses. The information was collected by simple observation notes, methods notes and contents notes. The results of the first analyses include the university hospital macrosystems, the nurses system and the studied population for the best understanding of decision analyses. The second analyses show the decision type and the dominate logic involved in the operation levels, tactic and strategic in the nurses system. The results show a decision management vision predominately fragile, rational organization, coexistent of logic in the rational technique, economic and bureaucratic, the logic of special group interest and the limitation of creativity e innovation, which is incompatible with the organizational context which the system is involved. The study centered, as well, in the dimensions of the centralization and decentralization and the decision autonomy.

1 - INTRODUÇÃO

Na Enfermagem, o papel do enfermeiro é tema de reflexão e discussão, desde a origem e organização da profissão. A prática gerencial, embora date da ocupação dos cargos de superintendentes hospitalares, pelas "ladies nurses", não tem sido contemplada nessas análises como meio para a conquista de mudanças. As discussões quase sempre são colocadas em oposição ao exercício da prática assistencial, como afastamento do enfermeiro da assistência ao paciente.

Mendes (1985) em sua pesquisa sobre a ambigüidade funcional do papel do enfermeiro, chegou a conclusão que, a prática assistencial do enfermeiro é prescrita pelas corporações de classe e recebe o impacto dos sistemas sócio-econômico e político, redirecionando-a para funções administrativas e outras. Carvalho e Oliveira (1990) em recente estudo realizado, verificaram que a crise atual da enfermagem é o reflexo do conflito desigual entre força do poder hospitalar/empresarial/estatal e a falta de organização da enfermagem, para enfrentar a utilização historicamente determinada de enfermeiros, nas atividades de gerência, apoio e ensino, muitas vezes desarticuladas das atividades assistenciais.

Trevisan (1988) em sua tese de doutorado, chegou a conclusão que o objeto de trabalho do enfermeiro é a função administrativa, contrariando o discurso clássico da enfermagem. Revela também, que a porcentagem de tempo dedicado as funções de ensino e administrativa é maior se comparada à assistência ao paciente.

Um dos últimos estudos relativo a esta polêmica definição do papel do enfermeiro, foi realizado por Leopardi et al. (1992), no qual observaram que o trabalho do enfermeiro se direciona para duas tendências. A primeira é a função administrativa, que possibilita a coordenação da assistência de enfermagem na unidade e na instituição de saúde onde se dá a assistência, assim como permite participar de níveis decisórios do setor saúde. A segunda tendência, é a especialização para atender o alto nível de complexidade das unidades hospitalares. As autoras salientam a importância do papel administrativo na assistência de enfermagem, evidenciado na fala dos enfermeiros, não como polo oposto ao cuidado, mas como agregado a este cuidado.

Na prática profissional, o enfermeiro exercendo a função administrativa, toma decisão a todo momento, com o objetivo de solucionar problemas e planejar a enfermagem, sejam eles na assistência direta aos pacientes ou nas áreas de recursos humanos, materiais, financeiros e outros, à nível individual e/ou organizacional. Corrobora-se esta afirmação, com Simon (1963), Kast e Rosenzweig (1980), DiVicenti (1981), Almeida (1984), Chiavenato (1987), Culligam et al. (1988), Kurcgant (1991), e Motta (1993), que salientam a tomada de decisão como um dos temas centrais de grande importância para aqueles que participam ativamente nos sistemas administrativos.

No dia a dia, os enfermeiros administradores se deparam na busca de respostas para uma série de problemas na área administrativa e/ou assistencial. Para Bailey e Claus (1975) e Kurcgant (1991), a tomada de decisão é necessária quando as pessoas encontram-se em situações que exigem uma solução. Deste modo, faz-se necessário que decisões sejam tomadas de uma forma sistematizada e analisada, para que obtenham os melhores resultados possíveis, em cada situação específica.

Nas últimas três décadas, teóricos e pesquisadores tem cada vez mais, dado atenção às questões referentes ao processo decisório, principalmente porque este parece ser um aspecto fundamental da gerência, e é também relevante, para um efetivo desempenho administrativo e organizacional. Autores como Simon (1963), Kast e Rosenzweig (1980), Chiavenato (1983), Kurcgant (1991) e Motta (1993) entre outros, destacam esta importância da tomada de decisão.

Muitos estudos são realizados explorando os problemas da tomada de decisão, comportamento dos tomadores de decisão e o processo decisório. A idéia da racionalidade analítica no processo decisório se revitalizou nas décadas anteriores, através da ênfase dada aos modelos matemáticos da decisão, decorrente da introdução dos sistemas de computação nas grandes organizações. Assim, passou-se a disseminar a idéia de dirigente racional, sistemático e analítico.

Encontra-se na literatura pertinente, autores como Mintzberg (1976), Peters e Waterman (1983), Rowan (1988), Semler (1988), Culligam et al. (1988), Vergara (1991) e Motta (1988,1993) que procuram demonstrar o valor do senso comum e do juízo das pessoas através do uso ativo dos instintos e percepções individuais. Para Motta (1988), quando se analisam os inúmeros e recentes relatos dos profissionais da gerência, nota-se que a intuição, apesar da aparência ilógica ou inexplicável, nada tem de mistério.

Ainda segundo Motta (1993, p.42), a "compreensão dos processos organizacionais de ação e decisão torna-se importante para a ação gerencial no uso organizacional".

Na enfermagem brasileira, poucos são os estudos relacionados a tomada de decisão. Albuquerque (1991) cita que no levantamento bibliográfico realizado em publicações de enfermagem no período de 1967 a 1986, encontrou somente três pesquisas sobre o tema. O primeiro foi realizado por Almeida em 1976 que estudou a tomada de decisão dos enfermeiros assistenciais. O segundo é de Mendes et al. realizado em 1977, intitulado *Análise Crítica do Processo Decisório em Enfermagem*, e o terceiro elaborado por Erdmann et al. em 1984, que identificou as decisões tomadas pelos enfermeiros quando das prescrições de cuidado de enfermagem.

Na busca de estudos sobre decisão em enfermagem a partir de 1986 até o momento, encontra-se a dissertação de mestrado de Albuquerque em 1991, que identifica as decisões tomadas pelos enfermeiros em unidades de internação hospitalares nos cuidados à pacientes crônicos, e de Façanha de 1992 sobre a utilização de um sistema computadorizado de apoio a decisão como instrumento educacional.

Considera-se então, oportuno, desenvolver uma investigação no sistema de enfermagem quanto ao processo de tomada de decisão.

Para análise do processo decisório no sistema de enfermagem, adota-se o enfoque sistêmico, por entender que ele fornecerá os elementos norteadores para o desenvolvimento da pesquisa.

Esta decisão, deve-se ao fato de que a abordagem sistêmica revolucionou o pensamento clássico da administração científica, substituindo os princípios do pensamento racional pelos princípios do pensamento global. Corrobora-se esta afirmação, pelas características de globalidade e integralidade do sistema, abordados por Kast e Rosenzweig (1980), DiVicenti (1981), Ardnt e Huckabay (1983), Luporini (1985), Stoner (1985) e Chiavenato (1987). Desta forma o conceito de holismo está estreitamente relacionado com o enfoque dos sistemas.

Segundo DiVicenti (1981, p.74) a abordagem de sistemas "proporciona um ponto de vista dinâmico que acentua as relações da organização", afirma também, que este enfoque oferece um " marco de referência para a análise da organização em relação ao seu ambiente".

1.1. Justificativa

Dada a relevância do tema, justifica-se este estudo pela necessidade de se conhecer o processo decisório desenvolvido pelos enfermeiros administradores e os tipos de decisão.

Através da revisão bibliográfica na enfermagem, constata-se a pouca existência de estudos nesta área. Assim, acredita-se na necessidade de se realizar estudos com maior amplitude e profundidade, e maior fundamentação teórica, tendo em vista que pouco ou quase nada se sabe a respeito da tomada de decisão no subsistema administrativo do sistema de enfermagem.

Concorda-se com Ciampone apud Kurcgant (1991, p.194), que "se o enfermeiro tiver maiores e melhores conhecimentos do processo decisório, isto lhe ajudará a adquirir maiores habilidades e atitudes mais seguras nas tomadas de decisão que ocorrem continuamente na assistência de enfermagem".

A necessidade de fundamentação teórica-prática, para posterior desenvolvimento do tema na disciplina Administração de Enfermagem, também se faz presente nesta justificativa.

As recomendações de Erdmann (1987) para que se façam estudos no contexto administrativo do sistema de enfermagem e de Almeida (1984) e Albuquerque (1991) para que se desenvolvam estudos sobre a tomada de decisão, despertaram o interesse e incentivaram a necessidade para a investigação deste conteúdo.

A literatura contemporânea da administração, ressalta que as organizações vivem num mundo complexo e de grande imprevisibilidade do ambiente externo. Como consequência, as organizações devem ajustar-se a essas mudanças, devendo desta forma não se utilizar somente do processo racional para a tomada de decisão, mas, fazer uso também, do processo intuitivo que pode responder melhor e mais rapidamente as mudanças (Rowan, 1988 e Motta, 1993).

Destaca-se como de maior significado, a necessidade que a enfermagem tem de identificar qual a sua visão da decisão gerencial, para que possa desenvolver sua função administrativa voltada para a qualidade da assistência prestada ao cliente, bem como buscar novos conhecimentos para a melhoria e atualização do subsistema administrativo. Para efeitos deste estudo, a visão da decisão gerencial reflete o comportamento, o

pensamento, a percepção, as crenças, os valores e as práticas compartilhadas pelos enfermeiros administradores no processo decisório do sistema de enfermagem.

1.2. Definição do Problema

De acordo com o contexto teórico anteriormente mencionado, pretende-se investigar, em uma situação concreta o seguinte problema de pesquisa:

"Qual a visão da decisão gerencial que os enfermeiros administradores de um hospital de ensino tem, de acordo com a lógica no processo decisório e os tipos de decisão ?"

Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem sua relevância teórica ao tentar contribuir para o entendimento da visão da decisão gerencial do Sistema de Enfermagem, mediante a identificação da lógica dominante no processo decisório e os tipos de decisão sob o enfoque do modelo organizacional e político. Para Rodrigues (1984) e Motta (1988,1993), é no processo decisório que se torna mais evidente e desvela-se a lógica do diagnóstico e solução de problemas e a lógica de interesses previamente definidos. Assim, para os autores, a lógica do processo decisório caracteriza a visão da decisão gerencial.

De acordo com a literatura, as explicações sobre processos decisórios, incluem tanto as teorias que supõem que as decisões humanas são guiadas pela razão, quanto as que supõem que as escolhas humanas são intuitivas, caracterizando então o processo mental de tomada de decisão.

Os estudos revelam que o modelo organizacional transfere a racionalidade para a organização, e esta necessita para a sua sobrevivência, manter uma troca eficiente com o ambiente em termos de bens e serviços. Reforça-se esta afirmação, com a conclusão de Rodrigues (1984,p.73), que "o modelo racional e organizacional e, por consequência a teoria dos sistemas, retratam de certa forma a lógica das organizações produtivas." Já os modelos políticos de organização, adotam a perspectiva de que os indivíduos e grupos internos possuem interesses que influenciam a própria formulação de objetivos (Rodrigues,1984 e Motta,1993).

Em termos práticos, os resultados desta investigação poderão oferecer subsídios especialmente para a atuação dos enfermeiros

administradores face à visão da decisão gerencial. Contribuirão também, como referencial teórico-prático para a disciplina de Administração de Enfermagem bem como à outras pesquisas a serem realizadas na enfermagem.

1.3. Objetivos da Pesquisa

O objetivo geral deste estudo, consiste em identificar a visão da decisão gerencial que os enfermeiros na função administrativa tem, de acordo com o processo decisório e os tipos de decisão, em uma Organização Hospitalar de Ensino em Santa Catarina.

Especificamente, espera-se alcançar os seguintes objetivos:

- verificar o conhecimento dos enfermeiros administradores quanto ao processo decisório;
- detectar a predominância dos tipos de decisões tomadas;
- identificar a lógica que predomina nos processos decisórios dos enfermeiros administradores;
- identificar a visão da decisão gerencial relacionada ao processo decisório e os tipos de decisão.

Considerando o problema da pesquisa e os objetivos mencionados, o estudo foi dividido em seis capítulos.

Neste primeiro capítulo, apresenta-se uma visão geral da importância atribuída, em abordagens organizacionais do processo de tomada de decisão. De acordo com esta exposição, formula-se o problema de pesquisa a ser investigado, os objetivos a serem atingidos e a justificativa para a realização do estudo.

O segundo capítulo refere-se a fundamentação teórica que serve de base para a presente pesquisa, na qual procura evidenciar a abordagem sistêmica, principais conceitos sobre tomada de decisão, os processos mentais que predominam no processo decisório e os tipos de decisão. Aborda-se o modelo sistêmico bem como os modelos organizacionais e políticos, como referências para a análise da tomada de decisão no sistema de enfermagem.

No terceiro capítulo apresenta-se a metodologia utilizada na pesquisa, destacando-se a coleta, registros e a análise dos dados.

No capítulo quatro, inicia-se a análise dos dados através da caracterização do macrossistema hospitalar de ensino, do sistema de enfermagem estudado e da população informante.

O capítulo cinco, contém a apresentação e análise dos dados coletados, de acordo com o referencial teórico apresentado no segundo capítulo.

Finalmente no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões referentes a visão da decisão gerencial, assim como recomendações para futuros estudos.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo descreve os vários estudos sobre a tomada de decisão encontrados na administração geral e na administração de enfermagem. Inicialmente, aborda-se a teoria dos sistemas, destacando os modelos de organização que auxiliarão a análise pretendida. Dentre os estudos de decisão, destaca-se os conceitos relevantes abrangendo o processo decisório e os tipos de decisão, bem como os modelos organizacional, político e intuitivo, que darão base ao estudo a ser realizado .

2.1. A Organização e o Enfoque Sistêmico

Muitos são os autores que definem sistemas, existindo uma gama enorme de conceitos que permeiam a teoria de sistemas. Segundo DiVicenti (1981,p.74), "se as vezes um sistema é difícil de ser definido, parecendo amplo e vago, é porque a noção de sistema é muito ampla na sua estrutura conceitual - uma pura abordagem teórica da administração".

Para Kast e Rosenzweig (1980), Luporini (1985), Stoner (1985) e Chiavenato (1987) um sistema é um conjunto de elementos dinamicamente relacionados, desenvolvendo uma atividade ou função para atingir objetivos. Para os autores, o conjunto de elementos é constituído por partes ou órgãos componentes do sistema que são denominados subsistemas. A interrelação dinâmica é a interação e interdependência entre os subsistemas, formando uma rede de comunicações e relações em função da dependência recíproca entre eles. A atividade ou função é entendida como a operação, ou processo do sistema, e objetivos propostos constituem a própria finalidade para o qual o sistema foi criado.

Arndt e Huckabay (1983), afirmam que os sistemas são formados por conjuntos de componentes que trabalham juntos para a realização de objetivos da empresa. As autoras entendem que um sistema é um complexo de elementos em interação mútua.

Capra (1991) menciona que o novo paradigma da teoria sistêmica, deve levar em consideração a teia inseparável de relações.

Percebe-se pelas definições citadas, que um sistema é constituído de partes interligadas dando a noção de um todo, para atingir os objetivos propostos. Entende-se então, que os sistemas devem ser visualizados sobre o enfoque holístico.

A Teoria dos Sistemas surgiu com os trabalhos do biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy. Chiavenato (1983), afirma ser esta uma nova visão com teorias e formulações conceituais que possam criar condições de aplicações na realidade empírica .

DiVicenti (1981) cita, que a abordagem de sistemas proporciona um ponto de vista dinâmico que acentua as relações e inter-relações em mudança, oferecendo um padrão de referência para análise de uma organização em relação ao seu ambiente. Desta forma, o enfoque sistêmico permite que se possa administrar a organização considerando a sua totalidade.

De acordo com os autores estudados, os sistemas podem ser considerados abertos ou fechados. O sistema fechado é aquele que não influencia externamente nem sofre influência do meio ambiente. Para Chiavenato (1983,p.518), o sistema fechado "não recebe nenhum recurso externo e nada produz que seja enviado para fora". Assim, o sistema fechado apresenta grau crescente de entropia que pode levá-lo à paralisação.

O sistema aberto é aquele que influencia e sofre influência do meio ambiente. Os sistemas abertos trocam matéria, energia e informações regularmente com o meio ambiente, são eminentemente adaptativos através do contínuo processo de aprendizagem e auto-organização (Chiavenato,1983). Neste aspecto, pode-se afirmar que um sistema apresenta intercâmbios de energia (stoffwechsel) com o meio em que insere. Segundo o mesmo autor, o sistema aberto apresenta um contínuo fluxo de entrada e saída, uma manutenção e sustentação dos componentes, nunca estando, ao longo de sua vida, em estado de equilíbrio que é obtido através da homeostase. Decorrente desta afirmação, os sistemas abertos desenvolvem-se em direção a um estado de crescente ordem e organização caracterizando a entropia negativa.

Um sistema é constituído por entrada, processador, saída, retroalimentação inserido no ambiente. Para Chiavenato (1987), a entrada é tudo aquilo que o sistema necessita como material, energia e informação de operação. Processador é a parte do sistema que transforma (processa) cada tipo de entrada, sejam recursos materiais, humanos, financeiros e

administrativo, produzindo resultados. Saída é o resultado do processo de transformação da entrada, que deve ser coerente com os objetivos estabelecidos. Retroalimentação é a reentrada do sistema, de parte de suas saídas ou resultados que passam a influenciar o seu funcionamento. A retroalimentação ou feedback é um subsistema planejado para verificar a saída, comparado-a com um padrão ou critério pré estabelecido, exercendo a função de controle do sistema (Chiavenato,1987).

O enfoque sistêmico trata a organização como um sistema social, aberto, afetado por mudanças em seus ambientes. As organizações, assim, apresentam seis funções principais que mantêm estreita relação entre si, mas que podem ser estudadas separadamente. São elas a ingestão, que corresponde as entradas para alimentar o sistema; o processamento - local onde as entradas são processadas; reação ao ambiente - são as alterações que podem se efetuar no produto, no processo ou na estrutura como reação as mudanças ambientais para garantir a sobrevivência da organização; suprimento das partes - são as várias partes da organização que podem ser supridas com os vários tipos de materiais; regeneração das partes - são as partes da organização que após sofrerem uma solução de continuidade, recuperam sua função; organização - é uma função desenvolvida pelo planejamento, coordenação e controle, e que requer um sistema comunicativo para o controle e tomada de decisão, Chiavenato (1983,1987).

De acordo com Stoner (1985), a abordagem sistêmica também leva em conta o ambiente total no qual a organização opera. Para o mesmo autor, existem dois tipos de ambiente: o ambiente interno e o externo à organização.

O ambiente externo consiste dos elementos de fora da organização que são importantes para o seu funcionamento. Assim, as organizações trocam recursos com o meio ambiente externo e dele dependem para sua sobrevivência, pois estas não são auto suficientes, nem isoladas.

Stoner (1985) e Chiavenato (1987), afirmam que o ambiente externo tem elementos de ação direta e indireta. Relacionam como elementos da ação direta do ambiente externo, os consumidores ou usuários dos produtos ou serviços da organização; os fornecedores de recursos, isto é, os fornecedores de matérias-primas e energias que suprem as entradas e insumos necessários as operações das organizações; os concorrentes, tanto para mercados como para recursos; os grupos reguladores, incluindo o governo, sindicatos, associações de classe entre outras, sendo que, estes

grupos, geralmente de alguma maneira impõem controles, limitações ou restrições às atividades da organização.

As variáveis de ação indireta do ambiente externo, são constituídas de um conjunto amplo e complexo de situações e fatores que envolvem e influenciam difusamente as organizações.

A variável tecnológica representa um dos aspectos ambientais relevantes, face a profunda influência e impacto que exerce sobre as organizações, sobre sua administração e suas operações. A tecnologia é parte também do sistema interno da organização a medida que é pesquisada, desenvolvida ou transferida e ampliada internamente para o alcance dos objetivos organizacionais.

A variável política é decorrente das políticas e critérios de decisão adotadas pelo governo, e exerce influência relevante sobre as atividades da organização. A variável política inclui o clima político e ideológico geral que o governo pode criar.

A variável legal, refere-se ao contexto das leis e de normas legais que regulam, controlam e incentivam ou restringem determinados tipos de comportamentos organizacionais. Geralmente a influência legal é predominante restritiva e impositiva no sentido de determinar muito mais o que não pode ser feito do que aquilo que a organização pode fazer.

Como a organização é ao mesmo tempo, social e econômica, ela está sujeita a pressões sociais e influências do meio social e cultural onde está inserida. Os valores e costumes de uma sociedade, estabelecem diretrizes que determinam como a maioria das organizações e dos administradores trabalharão. Estes são os elementos que constituem a variável social.

A variável econômica é decorrente do contexto econômico geral. Pode provocar efeitos importantes sobre a organização, determinando, muitas vezes, o volume de operações da mesma, o nível de preços e de lucratividade, facilidade ou dificuldade na obtenção de recursos básicos entre outros.

Por último, a variável demográfica que se refere as características da população, seu crescimento, raça, religião, distribuição geográfica, distribuição por sexo e idade, etc. O crescimento populacional e as mudanças na estrutura das populações devem ser consideradas pelas organizações.

Segundo Stoner (1985), o grau de influência do ambiente externo sobre os administradores varia de acordo com o tipo e a finalidade da

organização. Difere entre os cargos e funções de uma organização e entre os níveis hierárquicos da mesma organização.

Simon, citado por Kast e Rosenzweig (1980), desenvolveu a concepção behaviorista organizacional baseando-se no enfoque sistêmico, definindo a organização como um sistema complexo de processos para tomar decisões. Para Selznick apud Kast e Rosenzweig (1980,p.129) a organização é "um sistema dinâmico, em constante mudança e em constante adaptação às pressões internas e externas, e que se encontra em permanente evolução". Ainda para o mesmo autor, a organização é um sistema formal, influenciado pela estrutura social interna e sujeita à pressão de um ambiente institucional. Assim a estrutura concreta é, portanto, resultante das influências recíprocas dos aspectos formais e não formais da organização.

Mintzberg apud Braga (1987), refere-se às organizações como sistemas de processos decisórios ad hoc, afirmando que através da informação e dos processos decisórios entende-se como as mesmas funcionam.

O enfoque sistêmico recebeu valiosa contribuição do grupo de cientistas sociais do Tavistok Institute of Human Relations. De acordo com Trist do Tavistok Institute apud Kast e Rosenzweig (1980) e Chiavenato (1983), uma organização além de ser considerada um sistema aberto em interação com seu meio ambiente, é também um sistema sociotécnico.

O subsistema técnico é moldado pela especialização dos conhecimentos e das habilidades exigidas, pelos tipos de equipamentos e matérias primas, o ambiente físico e a tecnologia, determinando a eficiência potencial da organização. O subsistema social é constituído pelos indivíduos, seus valores, e as relações sociais no ambiente de trabalho, sendo responsável em transformar a eficiência potencial em eficiência real. Ambos estão em constante interação, dificultando a observação isolada de cada subsistema.

O enfoque moderno vê a organização como um sistema sociotécnico estruturado, e toma em consideração cada um dos subsistemas principais, bem como suas interações. O modelo a seguir permite visualizar a organização como sistema sociotécnico estruturado.

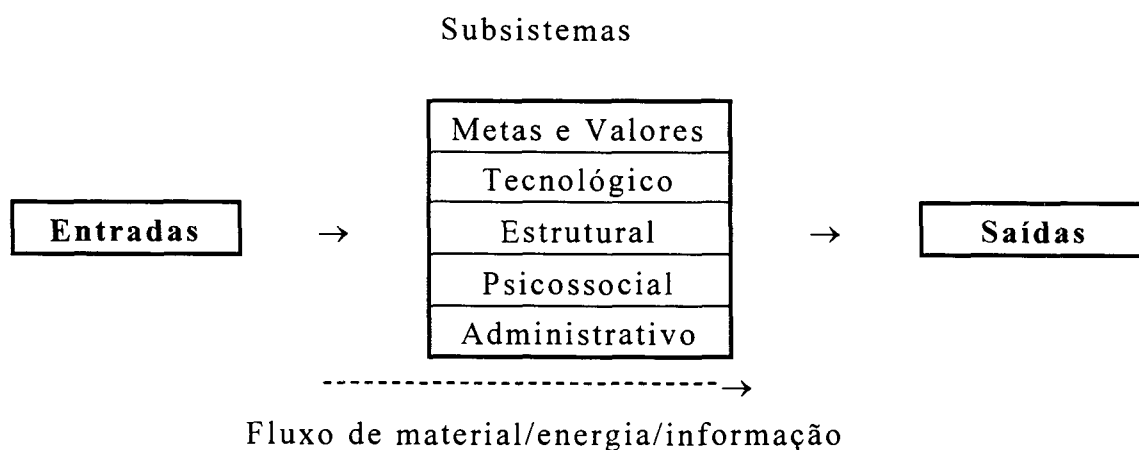


Fig. 2.1- A organização como sistema sóciotécnico estruturado.

Fonte: Fremont E Kast e James E Rosenzweig, *Organização e Administração, um enfoque sistêmico*, São Paulo, McGraw-Hill, 1980, p.134.

A organização é constituída pelos seguintes subsistemas. O subsistema metas e valores que expressam a filosofia da qual devem emanar os objetivos. O subsistema técnico baseia-se nas tarefas a executar e inclui os equipamentos, os instrumentos, os dispositivos e as técnicas de operação. Este é determinado pelos requisitos próprios das tarefas que são executadas na organização. As tecnologias influenciam os tipos de entrada e saídas nas organizações. O subsistema social, é constituído pelo relacionamento que se cria entre as pessoas que fazem parte da organização, que determina a eficiência e eficácia da utilização da tecnologia. É composto das interações, expectativas e aspirações, opiniões e valores das pessoas que dela fazem parte. O subsistema estrutural, refere-se aos modos através dos quais se dividem as tarefas da organização em unidades operacionais e a coordenação entre essas unidades. Em certo sentido, a estrutura da organização formaliza as relações entre os subsistemas técnico e psicossocial. Finalizando, apresentam o subsistema administrativo que estende-se a toda a organização, dirigindo a tecnologia, organizando o pessoal e outros recursos, cuidando das relações entre a organização e seu ambiente.

Outro modelo de organização apresentado por Kast e Rosenzweig (1980) e Chiavenato (1983), é o de Katz e Kahn, que consideram a organização como um sistema social planejado. Para estes autores, a organização como sistema aberto é caracterizada por algumas propriedades.

Importação, transformação e exportação, correspondendo respectivamente a entrada, processamento e saída. Limites ou fronteiras que são as barreiras entre os sistemas e o ambiente, encontrando-se a zona interfacial que é a área de contato entre um sistema e outro. Assim, de acordo com Kast e Rosenzweig (1980), nas zonas interfaciais ocorrem numerosos processos de intercâmbio através das fronteiras dos sistemas, abrangendo transferência de energias, de materiais, de pessoas e de informações.

A organização vista sob o conceito de sistemas, deve prover-se de uma estrutura organizacional técnica e administrativa que seja compatível com seus objetivos. É a partir dessa necessidade, que a organização se estrutura internamente, definindo as diversas operações que levarão aos objetivos propostos. Desta forma, a organização pode ser analisada sobre o prisma de três diferentes níveis hierárquicos (Kast e Rosenzweig, 1980; Luporini, 1985; Stoner, 1985 e Chiavenato, 1987).

O primeiro é denominado nível institucional ou estratégico, correspondendo ao nível mais elevado, mantendo maior contato e interação com as forças ambientais. Lida com a incerteza, pois não pode ter controle ou poder algum sobre os acontecimentos externos, tendo conseqüentemente, uma menor capacidade de prever os eventos ambientais futuros. Para Kast e Rosenzweig (1980), neste nível, a direção deve adotar uma concepção de sistema aberto, concentrando-se em estratégias ajustáveis e inovadoras. Stoner (1985) reforça esta afirmação, pois para o autor, os administradores do nível mais alto devido ao seu poder e sua perspectiva mais ampla, têm mais responsabilidades pela administração das relações da organização com o ambiente externo.

O segundo é o nível intermediário, também chamado de tático, que tem como função cuidar da articulação interna entre o nível institucional e o operacional. Este nível é geralmente composto da média administração da organização, isto é, as pessoas ou órgãos que transportam as estratégias elaboradas para atingir os objetivos em programas de ação. Cabe ao nível intermediário, administrar o nível operacional e tomar as decisões de sua área relacionadas com o dimensionamento e alocação de recursos necessários. Para Luporini (1985), o principal trabalho é a integração das atividades internas, transformando os planos gerais em procedimentos e métodos de trabalhos organizados.

O terceiro nível é o operacional, também denominado técnico, e se localiza na área inferior da organização. Neste nível, a tarefa primordial é atingir os objetivos estabelecidos de modo eficiente, envolvendo o

trabalho básico relacionado diretamente com a produção dos serviços/produtos. O nível operacional é geralmente composto pelas áreas encarregadas de programar e executar as tarefas e operações básicas da organização. Segundo Kast e Rosenzweig (1980), o nível operacional diz respeito, principalmente, à racionalidade técnica-econômica, e procura criar a certeza, fechando o nível técnico a numerosas variáveis.

Os autores referenciam, que o nível operacional possui fronteiras que não o isolam completamente do ambiente em que opera, mas, que apresenta alto grau de fechamento. Já o nível tático apresenta menor teor de fechamento, sendo mais suscetível às infiltrações de elementos externos, e o nível institucional tem fronteiras muito permeáveis, sofrendo portanto, forte influência dos elementos difíceis de controlar e prever, que provêm do ambiente externo.

A estrutura organizacional pode ser considerada como o padrão estabelecido para as relações entre os membros ou partes da organização (Kast e Rosenzweig,1980). "A estrutura de um sistema é o arranjo de seus subsistemas e componentes em espaço tridimensional em determinado momento"(Chiavenato,1987,p.38). Neste sentido, a organização pode apresentar-se sob dois aspectos, o formal e o informal.

Para Chiavenato (1987,p.177), a organização formal "é planejada, que está escrita e aprovada, é expressa formalmente através de organograma, regras, regulamentos e comunicada a todos através de manuais de organização, é constituída de órgãos e cargos". Além deste autor, Kast e Rosenzweig (1980) e Luporini (1985) dizem que esta é entendida também como a organização baseada em uma divisão de trabalho racional, na diferenciação e integração dos participantes de acordo com critérios pré-estabelecidos por aqueles que detêm o processo decisório.

De acordo com os autores anteriormente citados, a organização informal emerge espontânea e naturalmente das interações entre as pessoas. Segundo Prestes Motta e Bresser Pereira (1979,p.69), "todas as relações sociais verificadas em uma organização que não estejam previstas em seus regulamentos, organogramas, constituem, somadas, a organização informal". A organização informal forma-se a partir das relações de amizade e do surgimento de grupos informais. As relações informais são capazes de promover ajustes e de desempenhar funções inovadoras, que não estejam sendo desempenhadas a contento na estrutura formal.

A abordagem sistêmica apregoa que a organização deve ser estruturada com base nas redes de informações e nos dispositivos de

comunicações, pois estes são fundamentais para orientar a tomada de decisão (Luporini,1985).

De acordo com Chiavenato (1983,p.484) informação "é um conjunto de dados com um significado, ou seja, que reduz a incerteza a respeito de algo". Kast e Rosenzweig (1980) e Luporini (1985), salientam que a informação facilita o desempenho das funções administrativas, planejar, organizar, dirigir e controlar as operações. A informação é considerada a matéria prima para o processo administrativo da tomada de decisão, sendo importante que as organizações voltem sua atenção à esquematização de sistemas adequados à um fluxo de informações.

As informações são passadas de uma pessoa à outra, através dos meios de comunicação. Segundo Katz e Khan apud Kurcgant (1991,p.182), comunicação "é o intercâmbio de informações e a transmissão de significados". Já para Chiavenato (1987), a comunicação envolve a troca de fatos, idéias, opiniões e emoções entre duas pessoas, e, é também definida como inter-relações por meio de palavras, letras, símbolos ou mensagens. Davis citado por Chiavenato (1987,p.285) define comunicação como "um processo de passar informação e compreensão de uma pessoa para outra". Com base nesses conceitos, pode-se afirmar que a comunicação é um intercâmbio de informações que precisam ser transmitidas e compreendidas, para poder criar compreensão e confiança.

O processo de comunicação é constituído pelo transmissor que emite uma mensagem através de um canal de comunicação, que é recebida pelo receptor. De acordo com Passold (1987) a comunicação somente ocorre quando o receptor compreende e interpreta a mensagem. Para este autor, o processo comunicativo opera três tipos de idéias que podem estar sendo veiculadas isolada ou associadamente. A primeira é a idéia do tipo imagem, que resulta de um estímulo que leva o receptor a realizar desenhos mentais. A idéia do tipo sentimento, é aquela que resulta de um estímulo que leva o receptor a ter sentimentos ou emoções, e finalmente, a idéia do tipo conceito, que resulta de um estímulo que leva o receptor a formular mentalmente uma explicação, um conceito.

Outro elemento importante que está presente no processo de comunicação é o ruído, que significa a quantidade de perturbações indesejáveis que tendem a deturpar e alterar de maneira imprevisível as mensagens transmitidas. (Kast e Rosenzweig,1980; Luporini,1985; Chiavenato, 1987 e Passold,1987).

Para Passold (1987), o ruído comunicativo pode ser classificado, com base na sua localização, em três espécies. O ruído personalístico quando está nas pessoas, e pode ser localizado no bloco psicológico, biológico ou cultural. O ruído externo, que está localizado fora das pessoas, mas pode incidir sobre elas ou sobre o veículo utilizado naquela situação; e por último o ruído ideológico que encontra-se na própria mensagem, no seu conteúdo. Assim, pode-se perceber, que os ruídos são elementos comunicativos potencialmente geradores de conflitos das relações humanas nas organizações.

O alvo do sistema de comunicação é a compreensão, fazer com que, quem a transmite e quem a recebe, estejam sintonizados entre si para determinada mensagem. Desta forma, a comunicação constitui elemento vital e necessário à tomada de decisão e controle da organização.

Mintzberg apud Stoner (1985) relata que a comunicação desempenha um papel vital nos papéis de relacionamento, de informação e decisão desempenhados pelos administradores. Quanto ao papel de informação, afirma que os administradores procuram informações com seus colegas, subordinados e outros contatos pessoais sobre qualquer coisa que possa afetar seu trabalho e responsabilidades, assim como disseminam informações interessantes e importantes.

Para Stoner (1985) e Chiavenato (1987), a comunicação numa organização pode ser classificada em formal ou informal, de acordo com o estilo e padrão do fluxo organizacional. Nas comunicações formais a mensagem é enviada, transmitida e recebida através de um padrão de autoridade determinado pela hierarquia, e as comunicações informais ocorrem fora dos canais formais de comunicação.

Podem ser classificadas ainda, em comunicações descendentes, ascendentes e laterais, de acordo com fluxo direcional das mensagens e informações dentro da estrutura organizacional. As comunicações descendentes são aquelas que fluem de cima para baixo, incluindo intercâmbio de informações entre chefes e subordinados. De acordo com Chiavenato (1987) este tipo de comunicação ocorre quando o propósito da informação é mais informativo do que persuasivo. Stoner (1985) salienta que as principais finalidades da comunicação descendente são aconselhar, informar, instruir e avaliar os subordinados e dar aos membros da organização informações sobre os objetivos e as políticas da mesma. As comunicações ascendentes são aqueles que fluem de baixo para cima, cujo objetivo é proporcionar informações aos níveis superiores do que está

acontecendo nos níveis inferiores (Stoner,1985). A comunicação lateral, ocorre entre os membros dos grupos de trabalho, entre um grupo e outro, entre membros de diferentes órgãos, linha e assessoria. Chiavenato (1987) ressalta que este fluxo de comunicação, ajuda a ligar e a unir os componentes de uma organização e serve como fonte coordenadora e integradora.

Outra classificação apresentada pelos mesmos autores, refere-se ao formato das mensagens, podendo ser orais ou escritas. Mintzberg apud Stoner (1985), enfatiza que os administradores têm grande preferência pela comunicação oral, pois esta é feita na hora certa e tem continuidade, informando o administrador sobre problemas ou oportunidades imediatas, por outro lado, a comunicação escrita muitas vezes não tem uma atualização eficiente.

Pelo exposto, pode-se afirmar que o processo de comunicação é importante e essencial para os administradores, permitindo que eles desempenhem suas atividades gerenciais.

2.2. Decisão Organizacional

"Decisão pressupõe um agente e uma escolha de alternativas com referências a algumas metas" (Allison,1971,p.28). Kepner e Tregoe (1972,p.154), afirmam que "uma decisão é sempre uma escolha entre as várias maneiras de fazer uma determinada coisa, ou de se atingir um determinado fim". De acordo com os autores, decisão é um ato de escolha de uma ação, e que para essa escolha seja efetiva, necessita um processo onde se caracteriza uma sequência de atividades. Para Frankel apud Levin (1972,p.27) "por tomada de decisão é entendido como um ato de determinação na mente de alguém, de um curso de ação, seguido de uma consideração mais ou menos deliberada de alternativas, e por decisão aquilo que é assim determinado".

Stoner (1985,p.109), cita que "as decisões descrevem o processo através do qual se escolhe um caminho como solução de um problema específico". Assim, a existência e a identificação do problema é a base e condição necessária à decisão. Kepner e Tregoe (1972) afirmam que a identificação do problema visa encontrar a causa, ao passo que a tomada de decisão, envolve o enunciado dos objetivos claros e a avaliação cuidadosa

visando à ação. Braga (1987) entende que o processo decisório "são os procedimentos de definição de problemas, avaliação de alternativas e escolha de uma diretriz de ações e/ou soluções".

A literatura pertinente, apresenta vários modelos para a análise do processo decisório em organizações. Neste estudo, pelas características da organização a ser investigada, será abordado o modelo organizacional e político de Allison (1971), por ser este autor, o que mais popularizou a análise dos processos decisórios.

No modelo organizacional, a tomada de decisão, é concebida por Simon (1979) e Stoner (1985) como a atividade central da organização, e, consiste em um processo contínuo de ligações entre os sistemas e os membros organizacionais.

Nas organizações, os tomadores de decisão, freqüentemente tomam decisões cujas conseqüências variam de acordo com o impacto causado sobre seus objetivos e operações. Assim, a idéia de escolha-ação, encontra-se intimamente vinculada ao conceito de decisão enquanto vista como uma opção ou seleção de um curso de ação a ser seguido para a resolução de um problema específico (Chiavenato,1982 e Stoner,1985). Para Simon (1979,p.80), "uma decisão é organizativamente racional se for orientada no sentido dos objetivos da organização". Desta forma, uma vez que a organização existe para realizar ações, o principal critério para definir o que será feito, é a existência de um objetivo, pois eles, segundo Etzioni (1984), definem as diretrizes da organização e servem de padrão para a avaliação da eficiência da organização.

A maioria das decisões nas organizações, resultam da interação grupal. Define-se como grupo formal de decisão, aquele composto por dois ou mais indivíduos inter-relacionados, determinado especificamente pela estrutura organizacional, com a finalidade de cumprir tarefas dispostas pela missão da organização (Gibson et al.,1981). Este grupo caracteriza-se pela interdependência da ação de seus membros, orientada pela função, e pelo compartilhamento de um conjunto de crenças, valores e normas, e de uma ideologia até certo ponto comum, como fator de diferenciação entre os diversos agrupamentos da organização (Krech et al. apud Dicionário de Ciências Sociais,1987).

A literatura menciona, que as características formais da estrutura organizacional comumente delineiam a estrutura de decisão. Entende-se por estrutura formal um conjunto de encargos e papéis funcionais, determinados por padrões normativos e hierarquicamente distribuídos.

Sendo as organizações constituídas para alcançar um fim específico, seu funcionamento decorre da divisão de tarefa nas diversas áreas de atuação, vinculado a um plano de ação elaborado previamente. Essa programação supõe um sistema ordenado de relações funcionais, tornado possível a partir do estabelecimento de canais de informações e comunicação, também utilizados para controle e supervisão de cada subsistema de trabalho. Desta forma, a estrutura organizacional representa uma configuração formal de rotinas e procedimentos, de inter-relações entre cargos e níveis hierárquicos, definida de modo a possibilitar à organização o cumprimento de seus objetivos e de sua missão, enquanto sistema social (Hall,1984, Stoner,1985).

Um dos elementos importantes para o funcionamento organizacional e a tomada de decisão é o nível hierárquico, que designa a diversificação de funções dentro da organização formal. O nível hierárquico representa, basicamente, a distribuição de autoridade e responsabilidade na organização. A organização hierárquica permite a delimitação de tarefas e deveres de cada membro da organização, com base nos objetivos formalmente definidos (Blau e Scott,1979).

Destaca-se a identificação dos níveis hierárquicos organizacionais em que as decisões são tomadas em nível estratégico, nível tático e nível operacional (Chiavenato,1982; Oliveira,1988). A identificação destes níveis é necessária pois, a partir deles, pode-se analisar as decisões entendendo-se que "[...] cada passo no sentido descendente consiste na implementação dos objetivos estabelecidos no plano imediatamente anterior" (Simon,1979). Etzioni (1984) afirma que as decisões devem ser analisadas em função do nível hierárquico em que são tomadas, uma vez que os níveis mais altos da organização estabelecem as linhas de ação mais abrangentes, enquanto aos níveis mais baixos cabe decompô-los em decisões menos amplas.

O nível estratégico corresponde aos cargos localizados no nível mais elevado da organização, que possuem a responsabilidade pela definição de objetivos estratégicos, estabelecem as políticas gerais de longo alcance da organização e a formulação de estratégias. Os indivíduos que atuam neste nível, são a priori, os que mantêm maior interação com o ambiente externo, procurando visualizar e interpretar as contingências que podem afetar, tanto positiva como negativamente, a execução das operações da organização. No nível intermediário ou tático, encontram-se as pessoas responsáveis pela escolha, captação e distribuição de recursos

necessários para a implementação das estratégias elaboradas no nível estratégico, e pela sua transformação em planos de ação específicos a serem executados à nível operacional. O nível operacional comporta o núcleo técnico, visando ao atendimento das rotinas e procedimentos programados no nível tático (Oliveira,1988). Normalmente são decisões que não se referem a políticas. Para tomá-las, recorre-se a procedimentos rotineiros já existentes que resolvem problemas do dia-a-dia (Simon,1979;Gibson et al.,1981;Stoner, 1985). Ao continuum hierarquizado dos níveis organizacionais, se observados do superior ao inferior, correspondem então, as decisões relacionadas a objetivos e/ou aspectos estratégicos, táticos e operacionais. Em decorrência, e observado o mesmo continuum, a decisão tende a transformar-se de decisão política em decisão racional.

As decisões podem ser consideradas centralizadas ou descentralizadas de acordo com a concentração e localização do poder de decisão. Segundo Stoner (1985,p.179), "numa estrutura organizacional centralizada, as decisões são tomadas em nível mais elevado pelos altos administradores ou mesmo por uma só pessoa, e numa estrutura descentralizada, o poder de decisão é disperso por mais pessoas em níveis administrativos intermediários ou mais baixos". O grau de centralização depende, assim, do grau de participação nas decisões tomadas nos diversos níveis organizacionais.

De acordo com Bernardes (1979) e Oliveira (1989), as decisões numa organização caracterizam-se como centralizadas quando são tomadas pelos integrantes do nível estratégico, e são, fundamentalmente descentralizadas, quando tomadas no nível operacional.

A organização hierárquica de autoridade e responsabilidade, é também um indicativo de que a estrutura formal constitui-se sobre uma base de controle. A definição de objetivos, a divisão de trabalho e as relações funcionais, sugerem que os membros organizacionais não podem atuar aleatoriamente. Seu desempenho depende de normas e regulamentos institucionalmente formalizados. Um estrutura de controle, representa a garantia de que os membros de níveis inferiores da hierarquia, irão executar suas tarefas conforme as diretrizes estabelecidas pelos níveis superiores da organização. De acordo com Blau e Scott (1979) o controle e a supervisão desenvolvem-se no sentido descendente da hierarquia, em função da distribuição de cargos e responsabilidades.

A estrutura básica de controle e supervisão é relevante para uma situação de tomada de decisão, por propiciar aos dirigentes através dos

canais de comunicação, uma análise mais precisa dos problemas atuais e das estimativas e consequências futuras. A comunicação, essência da troca de informações e transmissão de significados (Katz e Kahn,1987), caracteriza-se como um elemento orientador nas organizações.

De acordo com Huber (1984), a informação é adquirida por meio de dois processos. O primeiro faz um exame minucioso (scanning), rotineiro e contínuo do ambiente da organização, em busca de informações acerca de problemas já identificados. O segundo, efetua uma sondagem (probing) do contexto, para obtenção de informações não transmitidas pelos canais habituais. Assim, esta sondagem é um procedimento momentâneo, com base nas comunicações de natureza informal.

Para que esses processos de aquisição de informação possam ser desenvolvidos, a estrutura formal supre o estabelecimento de unidades sensoriais, visando o reconhecimento das condições para a tomada de decisão (Huber,1984). Essas unidades recebem mensagens de várias fontes, e as transmitem a diversas unidades funcionais. Na medida em que a informação atende à procedimentos formais como a tomada e implementação de decisão, controle interno e manutenção das relações inter-organizacionais, sua relevância reside na capacidade de reconhecer e antever eventos significativos.

Os dirigentes do nível estratégico da organização, também atuam como unidades sensoriais, ao manterem maior interação com o ambiente externo. A maioria das informações que recebem, decorre da comunicação verbal e especulações informais. Pela sua posição hierárquica na organização, a capacidade de obter e disseminar informações, tanto interna como externamente, é privilegiada (Mintzberg apud Motta,1993). Nestas condições, esta concentração de poder decisório é importante, pois uma informação pode servir como fator de influência em situações de desacordo quanto aos resultados pretendidos na tomada de decisão.

Entretanto, sabe-se que esta estrutura não garante uma decisão adequada. Feldman e March (1981,p.171), afirmam que " as organizações sistematicamente reúnem mais informações do que usam". Simon (1979) evidencia a dificuldade intelectual dos tomadores de decisão em lidar com um grande número de informações, e identificar todas as alternativas possíveis. Desta forma, as decisões são tomadas dentro de uma racionalidade limitada, visando a satisfação em detrimento da maximização de seus resultados. Esta questão é reforçada por Lindblon (1981), para quem há limitações que impedem que os decisores optem por objetivos bem

definidos e pela escolha da melhor alternativa que conduza a esses objetivos: limitações de tempo, de conhecimento, de custos e aspectos qualitativos das diversas alternativas existentes.

Para Kepner e Tregoe (1972), a identificação da causa do problema também é um dos fatores limitantes para a escolha adequada da melhor alternativa. De acordo com os autores, se o tomador de decisão está de posse dos fatos que identificam a causa do problema, então será capaz de ir diretamente à tomada de decisão, mas se não tiver certeza quanto a causa do problema, poderá tomar uma decisão ineficiente.

Depois de analisados os problemas, objetivos e alternativas, obstáculos e limites à decisão, pode-se complementar o conceito de decisão racional, utilizando-se a definição proposta por Simon (1979,p.48) para quem as decisões:

"são descrições de um futuro estado de coisas, podendo essa descrição ser verdadeira ou falsa, num sentido estritamente empírico. Por outro lado, elas possuem também uma qualidade imperativa, pois selecionam um estado de coisas futuras em detrimento de outro e orientam o comportamento rumo a alternativa escolhida".

Simon (1963,1979) afirma que as decisões variam de acordo como o tipo de problemas emergentes, com as possíveis alternativas de solução e com os objetivos que se pretende atingir, estabelecendo diferenças entre decisões programadas e não programadas. As decisões programadas ocorrem de forma rotineira e repetitiva, onde normalmente já existem métodos pré-estabelecidos para solucioná-las, de modo que não tenham que ser tratadas de novo, cada vez que ocorram. Neste tipo de decisão, há um grau de certeza entre causa e efeito. São decisões comuns do dia-a-dia da organização (Simon,1979; Gibson et al., 1981; Stoner,1985). No seu sentido lato, esta definição permite caracterizar a natureza das decisões programadas como decisões racionais. Para Motta (1988), este tipo de decisão preocupa menos o administrador, porque, estes dispõem das informações necessárias e segundo Stoner (1985), porque estas são baseadas nas regras, políticas ou procedimentos pré-estabelecidos.

As decisões não programadas, são mais complexas, pouco estruturadas, aplicadas aos problemas surgidos a partir de situações novas ou incomuns, e como tal, exigem um tratamento diferenciado a medida que surgem. Para Simon (1963,p.32) estas decisões "ocorrem na medida em que

forem novas, não estruturadas e de importantes consequências." Assim, as decisões advêm de situações novas, onde é grande a incerteza na relação de causa e efeito. Motta (1988,p.82) afirma que elas são "imprevisíveis e que exigem imaginação humana". Estas decisões envolvem normalmente a alta administração da empresa por estarem em maior contato com o ambiente externo (Simon,1979; Gibson et al.;1981; Stoner,1985 e Braga,1987). As decisões não programadas, ao contrário do tipo anterior, caracterizam-se como decisões geralmente políticas.

De acordo com Dinsmore e Jacobsen (1985), as decisões podem ocorrer de forma proativa ou reativa. A decisão proativa é a grande decisão tomada pelo administrador. Elas refletem proação, pois a iniciativa é caracterizada pelo planejamento, inovação e ação preventiva, sendo decisões que nascem de percepções e reflexões do próprio administrador, proporcionando um "efeito multiplicador" (grifo dos autores), em relação as atividades empreendidas pela organização. A decisão reativa é provocada por problema e acontecimento externo. Neste caso, a iniciativa do processo decisório não é do administrador, pois as decisões são tomadas em regime de reação, movidas por eventos ou informações, que chegam de fora para dentro. São tipicamente problemas do dia-a-dia, e que por sua natureza pedem providências urgentes. Este tipo de decisão segundo Simon (1963), é denominada decisão programada. Para os autores, os administradores eficazes devem concentrar-se na decisão proativa, pois desta forma, eles podem resolver antecipadamente os problemas que mais tarde seriam tratados em termos reativos.

As decisões podem ser tomadas no presente, para atos que serão praticados e objetivos que se pretende atingir no futuro. Assim, todas as situações de decisões importantes, tem alguns aspectos desconhecidos e difíceis de serem previstos (Stoner,1985).

Existem também, fatores ambientais independentes do controle do tomador de decisão e que afetam sua escolha. Estes fatores são apresentados em condições de certeza, quando sabemos o que acontecerá no futuro, de risco quando sabemos a probabilidade de cada resultado possível e de incertezas - não sabemos as probabilidades e talvez nem mesmo os possíveis resultados (Chiavenato,1983; Stoner,1985).

Em condições de certeza, existem informações precisas, mensuráveis e seguras nas quais as decisões devem basear-se. Teoricamente, o cumprimento das tarefas de diagnóstico e definição de um problema, levantamento e análise dos fatos relativos ao problema,

formulação e avaliação de possíveis soluções e escolha de uma alternativa de ação, possibilita uma aproximação à condição de certeza, de aproveitamento de oportunidades de ação (Stoner,1985). Para Chiavenato (1987,p.155) nas situações sob certeza, "o tomador de decisão tem conhecimento das consequências ou resultados das alternativas de cursos de ação para resolver o problema".

Nas condições de risco, o tomador de decisão tem informação suficiente, porém a quantidade e a interpretação dessa informação pelos diversos administradores podem variar, e cada um pode atribuir diferentes probabilidades conforme sua crença, intuição ou experiência anterior (Chiavenato,1987). Nas situações de decisão sob incerteza, o tomador de decisão tem pouco ou nenhum conhecimento ou informação para utilizar como base para a tomada de decisão. Cabe salientar, que a incerteza é um estado característico da tomada de decisão, podendo ser reduzida pela coleta de informações. Para Chiavenato (1987) essa é a situação típica com que se defronta o nível estratégico da organização.

Com base no anteriormente exposto, pode-se dizer que o modelo organizacional tem a perspectiva racional, presumindo que a decisão é provocada unicamente pela detecção de um problema e que o processo decisório se constituirá de um fluxo de produção e análise de informações que, coletadas e analisadas, resultarão em identificação e opção de alternativas para o alcance eficiente dos objetivos organizacionais. Este fluxo, por sua vez, ocorrerá num processo sequencial em que os participantes contribuirão eficiente e desinteressadamente para o melhor desempenho organizacional.

Face as limitações impostas à tomada de decisão racional e de outros obstáculos econômicos, surge uma opção que se fundamenta na concepção da organização como um sistema social, cujo principal elemento é a dinâmica das inter-relações sociais, que por sua vez tem uma lógica de interesses previamente definidos (Rodrigues,1984; Motta,1993). Esta opção é o modelo político evidenciado por Allison (1971).

No modelo político de tomada de decisão, Baldrige et al. (1982) enfatizam que as organizações complexas possam ser estruturadas como sistemas políticos em miniatura, com dinâmica de grupos de interesses e conflitos. Esse modelo é composto por várias etapas, concentradas nos processos de estruturação de diretrizes políticas da organização. As decisões políticas são críticas, que produzem um efeito no futuro da organização.

Em contraste com a visão da organização como empresas racionais integradas, possuindo um objetivo comum, a metáfora política possibilita ver as organizações como rede de pessoas com interesses divergentes que estão juntas em razão de determinados interesses ou oportunidades. Para Morgan (1986,p.31) "as organizações são coalizões e são feitas de coalizões, e a construção de coalizões é uma importante dimensão de quase toda a vida organizacional".

O modelo político parte do pressuposto de que as atividades do indivíduo estão ligadas ao trabalho e à política. O comportamento político pode ser entendido como as respostas dos membros a três características da organização: a existência de múltiplos objetivos, a escassez de recursos e a deficiência do planejamento (Braga,1987). Segundo Rodrigues (1984) as atividades políticas se distinguem das burocráticas racionais, pois se destinam à aquisição e uso do poder.

Segundo Pettigrew apud Motta (1993), a divisão de trabalho é que concorre para a criação de grupos internos de interesse e onde existem subunidades, existe não só necessidade de interdependência, mas, interesses grupais baseados na própria subdivisão. Para Rodrigues (1984,p.67) o conceito de interesses "envolve a noção de interdependência, isto é, uma situação na qual grupos ou indivíduos afetam o que pode acontecer a outros". Desta forma, neste modelo é fundamental considerar que a essência da decisão incluirá interesses dos diversos grupos que participam do processo.

O interesse como noção chave deste modelo, reflete não somente a heterogeneidade de valores, mas também maneiras diferentes de entender um mesmo problema. Assim, a tomada de decisão pode ser afetada por valores do grupo encarregado das decisões, das pressões exercidas sobre esse grupo individual ou coletivamente.

Outro conceito importante a ser destacado é o poder. Bacharach e Baratz (1981,p.46) entendem o poder como "o processo pelo qual se afeta o modo de agir de outrem com o auxílio da ameaça de severas restrições contra a não conformidade com os propósitos pretendidos", sendo este de caráter relacional. Assim, para os autores, para que exista uma relação de poder é necessário que haja conflito de interesses entre duas ou mais pessoas ou grupos. Dahrendorf apud Rodrigues (1984), afirma que o conflito reflete todas as relações entre conjunto de indivíduos que envolve uma diferença incompatível de objetivos. Nesse modelo, o poder é político

e refere-se "à habilidade daqueles que possuem o poder de trazer à tona os resultados que desejam" (Dahl apud Morgan,1986,p.32).

Percebe-se então, que a decisão organizacional presume que ações e conflitos internos para a indentificação e avaliação de alternativas se fazem em função dos objetivos, que constituem dados para os quais todos os participantes do processo organizacional dirigem suas ações e avaliação sobre a melhor maneira de atingi-los. Os objetivos organizacionais são, na verdade, resultados das intenções dos participantes para a organização e não desejos compartilhados pelos indivíduos (Rodrigues,1984; Motta,1993).

Entendendo que as organizações manejam recursos e geram opções sociais e econômicas, possuindo grande capacidade de influência sobre as pessoas, Motta (1993) afirma que o poder organizacional significa para um indivíduo maior controle sobre seus ganhos e perdas, e maior influência sobre comportamentos alheios e destino da própria instituição. Uma vez que as decisões tem conseqüências para as organizações, como na alocação de recursos críticos ou em grande quantidade, há mais incentivos aos participantes para usarem sua influência e seus relacionamentos sociais para influenciar o resultado dessas decisões.

Cyert e March apud Braga (1987) e Motta (1993), descrevem alguns aspectos da política organizacional e analisam a decisão na perspectiva da organização como uma coalizão de poder. Desta forma, as organizações constituem sistemas políticos cujos objetivos são, na verdade, objetivos de coalizão de poder que domina a organização. Grupos de interesses juntam-se em uma coalizão para competir por recursos, tendo como objetivo aumentar a dependência de outras coalizões. A coalizão cujo balanço de dependência for mais favorável será, teoricamente, a mais poderosa coalizão e terá acesso aos melhores recursos (Braga,1987). Nesse sentido, Mintzberg apud Braga (1987) considera o comportamento político "jogos" (grifo do autor) de que as pessoas participam.

O poder político então, é usado não somente para obter recursos, mas também, para obter decisões que favoreçam uma subunidade ou posição. Pfeffer e Salancik (1978,p.139) sustentam que "a tomada de decisão organizacional, particularmente no que diz respeito as decisões que alocam recursos dentro da organização, é política em sua natureza e, para entender a alocação de recursos dentro das organizações é necessário considerar o poder relativo das subunidades bem como os critérios burocráticos". Política aqui, é entendido no sentido do conflito (ou luta de

poder) em torno das preferências que vão prevalecer na determinação de uma política organizacional ou do resultado de uma decisão.

Como uma organização possui diversos grupos de interesse, interno e externo, o processo decisório reflete uma negociação contínua desses interesses para manter e reforçar a coalizão de poder (Motta,1993). O dirigente tem uma tarefa intensa de negociação para enfrentar conflitos e ultrapassar restrições internas e externas para chegar às decisões. Assim, as decisões são mais o resultado de negociações e lutas internas entre diversos interesses (Rodrigues,1984).

Outro aspecto da abordagem política, é que o conflito pode surgir na medida em que há ambigüidade de autoridade e responsabilidade e diferenças de valores. O resultado da decisão então, não representa completamente o propósito dos grupos que a iniciaram e com autoridade para implementá-lo, ou quando isto acontece, as atividades políticas a reconduzem a situação anterior. Para Lindblon apud Rodrigues (1984), nestas situações as decisões não são tomadas de uma só vez, elas estão sempre sendo refeitas.

Devido as opções no processo decisório serem limitadas pelos conflitos e as decisões refletiram mais a força de certos grupos, Rodrigues (1984) caracteriza a decisão como remedial, pois embora não se obtenha acordo para mudanças radicais, pode-se obter acordo que não difere muito do status quo. Como consequência, o processo decisório torna-se fragmentado ou descentralizado, no qual vários participantes afetam uns aos outros (Lindblon apud Motta,1993). Para contornar essa situação, os grupos de interesse tentam se ajustar através do consenso e do acordo. O consenso ocorre quando não existem critérios definidos agindo como substituto para a verdade científica, e o acordo pode ocorrer nas situações onde as pessoas não concordam com valores, políticas, regras ou procedimentos, estabelecendo então parâmetros onde eles não existem (Rodrigues,1984). Pode-se dizer então, que o consenso serve para legitimar a ação coletiva, sobre onde devem estar localizadas as prioridades da organização.

Baldrige et al. (1982), caracterizam o modelo político como de pouco consenso quanto aos objetivos a serem atingidos, as decisões são tomadas por pequenos grupos, onde a participação é fluida e temporária, sendo que a maioria dos membros da organização participa apenas de algumas decisões, cabendo a pequenos grupos a maior responsabilidade e assiduidade às reuniões decisórias. Destacam a fragmentação dos grupos de

interesses, devido à diferentes objetivos e valores decorrentes de funções profissionais (especialistas) e de ideologias diversas, fazendo com que convivam em um estado de coexistência, criando uma situação de conflito que é normal. A autoridade formal é limitada e pressionada pela influência dos diversos grupos, sendo, muitas vezes, a decisão de compromissos negociados entre os grupos competidores. A existência de grupos de interesses externos e a sociedade onde está inserida a organização, devem ser considerados como elementos de análise no processo decisório. Finalmente, salientam que as organizações que se inserem nesse modelo, tem objetivos obscuros, uma tecnologia difusa e problemática, que considera interesses particulares de indivíduos e grupos.

A literatura pertinente ressalta, que neste modelo caracterizam-se mais as decisões não programadas, por terem maior amplitude e profundidade, uma vez que são decisões mais diversificadas e complexas, e como normalmente ocorrem no nível hierárquico superior, revestem-se tanto de maior autonomia quanto de controle sobre os outros níveis da organização.

Como as decisões não programadas ocorrem no nível superior ou estratégico, os dirigentes não tem acesso a toda informação e necessariamente não fazem escolhas racionais porque há um alto grau de risco ou incerteza, de complexidade e outros aspectos sociais da situação. Neste caso, Etzioni (1967) usa o termo busca para significar procura, coleção, processamento, avaliação e ponderação de informações no processo de escolha. Estas buscas referem-se a requisições verbais e escritas de informação à outras pessoas de fora e dentro da organização. Para Braga (1987), existem os tipos de busca de informação rotineiras ligadas as tarefas do cotidiano, busca no meio ambiente, busca persuasiva que tenta manipular a pessoa ou grupo, e a busca de informação não rotineira sobre novas situações, assuntos ou problemas.

De acordo com a autora citada, as trocas de informações podem ocorrer através de encontros espontâneos, onde as mesmas não são estruturadas nem planejadas; a comunicação escrita onde a troca de informação é feita através de relatórios, atas e comunicações internas e/ou memorandos. O terceiro modo de troca de informação e mais comum, é a reunião, que é definida como o tipo de encontro entre participantes organizacionais que tem tempo, estrutura, objetivos pré determinados e fazem parte das atividades dos gerentes. Neste sentido, pode-se dizer que as informações para a tomada de decisões são coletadas em função da

necessidade de conhecer os diversos interesses da coalizão de poder (Motta,1993).

Finalmente, pode-se concluir, que o modelo político fundamenta-se na concepção da organização como um sistema social, cujo principal elemento é a dinâmica das inter-relações sociais, que por sua vez tem lógica própria. Isto é, o tipo de ajustamento entre meios e fins é baseado nos interesses paroquiais de grupos de indivíduos, com mais impacto no processo decisório do que valores econômicos ou os supostos valores organizacionais. Na perspectiva política, tomam-se as decisões por tentativa de saber como ela afeta o interesse de cada indivíduo ou grupo, a consequência é descoberta nos interesses em questão, e o processo decisório é visto como um jogo em que uns ganham e outros perdem e, assim uns apoiam e outros rejeitam.

2.3. A Razão e a Intuição no Processo Decisório

A sociedade atual valoriza em demasia o modelo racional, reforçando permanentemente a lógica e a consistência. Tudo que é pensado, dito e feito deve ter uma razão plausível e mostrar consistência com os pensamentos, comunicações e atos dos indivíduos, sendo especialmente verdadeiro para os administradores organizacionais (Moscovici,1993). Assim, para Motta (1993) até recentemente, a teoria gerencial construía-se na premissa de que se poderia dominar, por critérios de racionalidade, a vida e os destinos de uma organização, bastando para tal, coletar grandes quantidades de informações que, processadas e analisadas segundo critérios de racionalidade, produziram as melhores decisões.

Para Moscovici (1993), no pensamento convergente as idéias seguem uma linha de concatenação lógica, passo a passo, passando de várias idéias iniciais para uma final e conclusiva, uma solução ou decisão. O processo se caracteriza como linear, através da separação do todo complexo em partes menores, submetendo os itens à análise com rigor crítico.

Para Motta (1993) e Moscovici (1993), as sequelas do modelo mecanicista são a fragmentação do conhecimento, a racionalidade superlativa, a convicção na infalibilidade da lei de causa e efeito e a forte crença nas propriedades das partes como determinantes das propriedades do

todo. Como consequência, constata-se abordagens divisórias de situações e problemas, ênfase na especialização, busca obsessiva de causalidade para explicação dos acontecimentos e resultados e a sacralização da racionalidade. Assim, a análise racional por ser lenta, global e cuidadosa se justifica facilmente como forma de minimizar riscos no processo decisório.

Para Rowan (1988), Souto-Maior (1990), Vergara (1991), Motta (1993) e Moscovici (1993), a teoria contemporânea de decisão gerencial procura demonstrar o valor do senso comum, da simplicidade, do juízo das pessoas através do uso dos instintos e percepções individuais. Moscovici (1993,p.57), afirma que "é chegada a hora de abrir um espaço para a não-racionalidade na organização". Para a mesma autora, deve-se adotar o pensamento divergente, que começa com uma idéia, questão ou problema, e abre-se um leque na elaboração de muitas alternativas, sem submeter-se às regras da lógica.

Mintzberg (1976,p.53), cita que "embora as técnicas racionais analíticas de decisão possam prever melhor erros e riscos, após serem recebidas com entusiasmo, são expulsas pelas portas do fundo das empresas". Barnard apud Motta (1993,p.65) já falava em 1939, "que uma exigência intelectual do executivo seria a sua capacidade de desenvolver processos de raciocínio lógico, mas desvantajosos, se não estiverem subordinados a processos intuitivosaltamente desenvolvidos".

Peters e Waterman (1983), relembram os estudos de Simon sobre a impossibilidade da racionalidade total no processo decisório, para valorizarem suas propostas sobre a intuição na decisão.

Desta forma, a teoria gerencial contemporânea contra-argumenta o modelo racional que trata as variáveis humanas, políticas ou sociais como restrições ao alcance dos objetivos organizacionais. Essas variáveis são sempre consideradas dimensões não lógicas ou limitantes à racionalidade, no alcance da eficiência e eficácia organizacional.

Kaufman apud Motta (1993), sugere a necessidade de um processo decisório racional como pré requisito para a sobrevivência da organização, mas destaca que a organização humana é constituída por indivíduos limitados e diferentes, com valores e percepções diversas, o que ocasiona visões contraditórias sobre um mesmo problema, portanto, para decidir não podem chegar a um processo racional perfeito. Ainda para o mesmo autor, a simples existência de objetivos não significa que existirão decisões e ações racionais para alcançá-los.

No contexto organizacional, cada decisão envolve diferentes informações e interesses, que por sua vez variam em cada etapa ou estágio do processo decisório. Assim, cada decisão possui um processo ou configuração única de informação e interesse - o que exclui, diminui ou acentua a participação de cada dirigente em uma decisão específica.

Cohen e March (1974), lembram que o processo decisório é fluído porque o tempo é escasso e ninguém tem tempo de participar de todos os eventos organizacionais, o que leva cada participante a se envolver com uma pequena parte dele, apenas, poucas decisões. Isto ocorre no dia-a-dia do administrador, que desenvolve uma variedade de tarefas, como desde uma visão de longo prazo com soluções de problemas prementes, análises de processos de tecnologia emergente com questões práticas, participação e condução de reuniões, leitura, redação de documentos e relatórios, supervisão de trabalhos, análises de dados, busca de informações, enfrentamento de pequenos conflitos, etc.

Para Motta (1993), o trabalho do administrador é fragmentado por uma variedade de tarefas, desordenado, intermitente, altamente mutável e imprevisível. Como consequência, o processo decisório organizacional é, em grande parte, um processo fragmentado, em que as ligações entre problemas e soluções ocorrem assistematicamente e quase ao acaso.

Face a esta situação organizacional atual, é que a visão contemporânea da teoria gerencial parte da idéia de que não existe um momento nem etapas predeterminadas e rotativas para a tomada de decisão. Em função de um ambiente de mudanças rápidas, "a idéia de um processo racional de decisão, com domínio em fases sequenciais, parece cada vez mais distante da realidade do executivo" (Motta, 1988 e 1993). Como a realidade se apresenta, predominantemente, como não programável, as decisões acabam por ser tomadas muitas delas, baseadas em múltiplas racionalidades e na intuição (Vergara, 1991). E assim se posicionam Peters e Waterman (1983), Rowam (1988), Semler (1988) e Motta (1993) por exemplo.

Segundo Motta (1993,p.50) a intuição "é vista como um impulso para a ação em que não se faz uso do raciocínio lógico". Souto-Maior (1990, p.1620), diz que a intuição é aceita como "a apreensão dos fatos ou verdades independentemente de qualquer estímulo sensorial e de qualquer processo de raciocínio". Bernard apud Vergara (1991,p.128) vê a intuição como "sentimento gerador de hipóteses, ou seja, da interpretação antecipada dos fenômenos, enquanto a razão serve para deduzir as

consequências dessa interpretação e submetê-las à experiência". Neste sentido, Motta (1988,1993) diz que na literatura contemporânea, a intuição é tida como altamente impregnada dos conhecimentos e experiências acumuladas pelo indivíduo, por isso, a intuição permanece no nível do inconsciente, onde o processamento de informações para a decisão não reflete, necessariamente, a lógica conhecida dos fatos.

Ao formular sua tipologia de decisão, Thompson (1976) descreve quatro tipos de decisão. A computacional, quando as preferências sobre possíveis resultados são certos, como certos são as relações de causa e efeito. De compromisso, quando são incertas as preferências sobre possíveis resultados, mas certas as crenças sobre relações de causa e efeito. Decisão de julgamento, quando as preferências sobre possíveis resultados são certas, mas as crenças sobre relações de causa e efeito são incertas; e de inspiração, quando tanto são incertas as preferências sobre possíveis resultados, quanto as crenças sobre as relações de causa e efeito. Para o autor, as decisões por inspiração não apresentam qualquer lógica, podendo-se inferir que estas seriam então, decisões intuitivas. Simon (1979) cuja obra sobre decisão tornou-se um clássico, afirma que decisões não programadas exigem do decisor discernimento, criatividade e intuição. De acordo com Motta (1993,p.50) a decisão intuitiva "é aquela que não se baseia ou mesmo contradiz a lógica dos fatos explicitamente conhecidos e sistematizados".

Dinsmore e Jacobsen (1985) relatam que em estudos recentes, foi verificado que o hemisfério esquerdo do cérebro tende a tomar decisões de forma esquematizada e lógica, e que, no hemisfério direito as decisões evoluem de maneira menos estruturadas. Souto-Maior (1990) e Motta (1988) também fazem referências as recentes pesquisas fisiológicas, afirmando que existe uma divisão de trabalho entre os dois hemisférios do cérebro: o direito desempenha um papel especial no reconhecimento de configurações ou padrões visuais, enquanto o esquerdo em processos analíticos e no uso da linguagem. Desta forma, o hemisfério esquerdo é responsável pelas funções lógicas, racionais e analíticas, e o direito é responsável pelas funções não lógicas, criativas, impulsivas e intuitivas. Mintzberg (1976) fundamenta-se nesta premissa para argumentar que o processo de gerenciar uma organização é baseada consideravelmente no hemisfério direito. Nesta mesma linha, é o trabalho de Rowan (1988), que dedica uma boa parte do seu esforço na visão da gerência pelo hemisfério direito do cérebro.

O administrador toma decisão através de um processo intuitivo, em grande parte inconsciente, baseado porém, na reflexão constante, no hábito e na experiência adquirida, não só no trato de dados objetivos como também na percepção de oportunidades temporais e políticas (Motta,1988,1993). O processo intuitivo incorpora um número maior de variáveis, já que fatores emocionais, políticos, de oportunidade e sensibilidade permeiam todo o processo decisório, desde as etapas iniciais, reduzindo as visões racionais-analíticas da decisão.

Kant apud Vergara (1991) vê dois tipos de juízo, o analítico que é explicativo, e o sintético que provêm de grandes luzes; bem como dois tipos de conhecimento: - a priori que é o sintético, e - a posteriori que é o analítico. O conhecimento a priori, se ocupa dos objetos que podem ser representados pela intuição, único modo para que seja possível a síntese. Já o conhecimento a posteriori, pode vir só da experiência ou da experiência acrescida da faculdade cognitiva. Nesta mesma linha, Moscovici (1993) refere que o conhecimento intuitivo tem sido considerado por vários pensadores e filósofos, como a forma superior de conhecimento, justamente por sua pureza e segurança sem precisar recorrer a regras, explicações e intermediações. Assim, segundo a mesma autora, a pessoa intuitiva vai além dos fatos, sentimentos e idéias para construir modelos elaborados da realidade. Motta (1993,p.64) refere que o "juízo intuitivo do dirigente, baseado no conhecimento e experiência do contexto pode levar a melhores decisões do que a ênfase nas técnicas racionais de otimização".

Vergara (1991), afirma que a intuição é a faculdade do ser que permite o conhecimento, e que se faz de forma imediata - a priori, enquanto a razão, ou seja, o pensamento obedece a uma certa racionalidade que se define como a ordenação do pensamento, o modo pelo qual se arruma para explicar - o posteriori - o conhecimento. De acordo com Kant apud Vergara (1991,p. 131), "pela razão o indivíduo pode analisar suas descobertas, demonstrar os motivos que o levaram a essa ou aquela conclusão, e, pela intuição, o indivíduo só sabe que chegou a tal descoberta, mas não sabe explicar aos outros nem a si mesmo como chegou lá". Sendo assim, pode-se inferir que a intuição tem o significado de impulso vital, palpite, inspiração, pressentimento, insight e revelação. Portanto, a intuição permite o acesso ao conhecimento, porém de forma imediata, sem análise ou medições.

De acordo com Jung apud Vergara (1991) e Moscovici (1993), existem quatro funções básicas responsáveis pelos modos de conhecimento:

pensamento, percepção, sentimento e intuição. Segundo o autor, o pensamento e o sentimento são funções do julgamento de situações, objetos, pessoas; e a sensação e a intuição são funções da percepção. Para Jung apud Moscovici (1993,p.82) a intuição "é uma apreensão inconsciente, de um todo, sem passar por mecanismos localizados ". Pode-se dizer então, que a intuição interliga fatores, produzindo uma visão global da situação, e se desenvolve com a experiência e com o processamento inconsciente das diversas informações que são captadas diariamente.

Dinsmore e Jacobsen (1985) alertam para as vantagens e limitações da tomada de decisão intuitiva. Os autores apresentam como vantagens da decisão intuitiva a criação e inovação, a multiplicidade de opiniões em informações e o raciocínio lateral. Rowan (1988) também destaca, que o tomador de decisões consegue atravessar as complexidades do mundo moderno por chegar intuitivamente, as rápidas decisões criativas. Para Moscovici (1993), a postura racional tranca o fluxo da energia natural criativa que existe em todos nós, devendo portanto, desenvolver-se a postura intuitiva.

Em relação as limitações à decisão intuitiva, Dinsmore e Jacobsen (1985) afirmam que as decisões baseadas na lógica são mais documentáveis e justificadas, pura intuição poderá deixar de lado algumas alternativas e o estudo detalhado de dados poderá trazer à tona informações úteis.

Os autores sugerem que as decisões intuitivas devem ser complementadas com as decisões racionais. Essa afirmação é reforçada por Vergara (1991,p.137), quando diz que "razão e intuição estão presentes na tomada de decisão de forma não-exclusiva", e também por Simon apud Souto-Maior (1990,p.1623) que diz "o processo intuitivo (subconsciente) não opera independentemente do processo analítico (consciente) sendo na verdade complementares". Esta é a mesma posição de Mintzberg (1976) que vêm ressaltando que o processo de gerenciar, portanto, de tomar decisões, é baseado na razão e na intuição. Motta (1993) ressalta que dimensões racionais de gerência são necessárias e indispensáveis, pois são elas que possibilitam conhecer os riscos e as incertezas da ação, e as dimensões do intuitivo devem ser incentivadas como garantias da ação e da repressão de análises excessivas de problemas.

No contexto organizacional, os problemas geralmente aparecem desestruturados, o sistema de informações quando existente, limita-se a dados do passado, e as ambigüidades do presente e incertezas do futuro,

levam o administrador a privilegiar sua intuição e seus julgamentos a partir da própria experiência. Portanto, o futuro se articula de forma intuitiva, com critérios de referências que vão sendo formados através da análise de informações formais ou informais.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

No capítulo anterior procurou-se delinear o referencial teórico deste estudo, explicitando-se os vários conceitos que permeiam a teoria da decisão e os métodos de análise da tomada de decisão num sistema de enfermagem.

Neste capítulo, é apresentada a base metodológica utilizada para identificar-se o conhecimento a cerca da tomada de decisão, os tipos de decisão e a lógica dominante no processo decisório, identificando a visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores.

3.1. Tipo de Estudo

Este é um estudo de natureza descritiva-exploratório, pois segundo Gil (1991), as pesquisas descritivas tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno, e as exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Desta forma, segundo o autor, em algumas pesquisas podem ocorrer a associação destes dois tipos originando a descritiva-exploratório.

Adota-se a abordagem qualitativa, na qual os dados foram obtidos através do contato direto da pesquisadora com a situação estudada, destacando-se o produto do processo analisado, de acordo com as colocações dos enfermeiros administradores.

O tipo de estudo que caracteriza esta pesquisa se aproxima ao estudo de caso. Para Ludke & André (1986,p.17) "o interesse (em um caso) incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações". Bruyne et al. (1982,p.24), salientam que "o estudo de caso reúne informações tão numerosas e detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade da situação", sendo que a coleta e a análise de dados devem basear-se em conceitos teóricos.

Como consequência da opção pelo estudo de caso, o nível de análise é o organizacional, e a unidade de análise será o grupo de enfermeiros administradores de um sistema de enfermagem, com a finalidade de analisar a relação entre as categorias analíticas em estudo, ou seja, a lógica dominante

no processo decisório e os tipos de decisão de forma interativa com o sistema social global. Segundo Treviños (1987,p.133) esta "é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente".

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir do questionamento: qual a visão da decisão gerencial que os enfermeiros administradores de um hospital de ensino tem, como base na lógica do processo decisório e os tipos de decisão?

O estudo foi desenvolvido junto aos enfermeiros administradores do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), sendo um hospital geral de ensino, situado na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

Segundo Siqueira (1983), os hospitais de ensino tem o papel de unidade de base ou de referência de um sistema hierarquizado, capacitado para assistir os casos mais complexos, exigindo exames terapêuticos e complementares mais sofisticados. Sua função primordial é a prestação de assistência à saúde, decorrendo da excelência dessa assistência, o bom ensino profissional.

Esta organização está vinculada ao serviço público federal, sem fins lucrativos, que de acordo com Motta (1979) são aquelas que possuem as seguintes características primordiais: a) a sobrevivência e a ação independem dos mecanismos de mercado ou da existência de lucro ou superávit; b) a remuneração global independe em grande parte do preço do serviço pago pelos clientes; c) os objetivos são baseados em interesses comunitários mais amplos, cujo alcance ultrapassa os limites de satisfação de seus interesses particulares; d) a cultura organizacional tende a se caracterizar por forte senso de identidade e aderência a missão sócio-econômica.

De acordo com Ludke & André (1986), uma das principais características do estudo de caso é a interpretação do contexto, assim, procede-se a análise da realidade na qual os enfermeiros administradores que ocupam cargos de chefias nos níveis estratégico, tático e operacional estão inseridos, sendo estes os sujeitos da pesquisa, pois segundo Guimarães (1990), além de agirem, interpretam a realidade em que vivem.

3.2. Coleta de dados

A coleta de dados, realizada através do trabalho de campo, visa reunir e organizar um conjunto comprobatório de informações. Partindo desta

compreensão com base nos questionamentos da pesquisa, e tendo como suporte a revisão literária, entrou-se em contato com a Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC solicitando a autorização para o desenvolvimento do estudo. Em reunião do Colegiado dos Enfermeiros, apresentou-se a proposta da investigação, esclarecendo as perguntas suscitadas, obtendo-se a concordância dos presentes para que o estudo fosse realizado junto às chefias de enfermagem. O passo seguinte, foi o esclarecimento da metodologia a ser desenvolvida, junto as chefias de enfermagem presentes na reunião da diretoria de enfermagem, onde foram discutidas a operacionalização da mesma, bem como obtido o consentimento de todos os chefes, para que fossem assistidas as reuniões nos níveis operacional, tático e estratégico.

Desta forma, partiu-se para o agendamento das reuniões nas seções serviços, divisões e diretoria de enfermagem. A periodicidade das reuniões eram diversificadas e intercaladas, o que possibilitou a participação para a coleta de dados.

As informações iniciais foram obtidas através da observação simples, que segundo Gil (1991), é aquela em que o pesquisador permanece alheio a comunidade, observando de maneira espontânea os fatos que ocorrem. Nesta etapa, pretendia-se basicamente, observar o ambiente das reuniões relacionado com o contexto teórico, que fornecessem os elementos para a identificação dos tipos de decisão e a lógica dominante no processo decisório. Em várias situações problemas em que os enfermeiros deveriam decidir, foi muito difícil a posição do pesquisador como mero observador, pois o conhecimento e a vivência no ambiente hospitalar, levava a uma reflexão e sentimento de ajuda aos colegas.

No decorrer do tempo, como a participação era frequente nas reuniões realizadas em todos os níveis, e como havia um acompanhamento das decisões tomadas, passou-se a colaborar com os enfermeiros administradores nos esclarecimentos e informações que pudessem ajudá-los na tomada de decisão e ação. Esta não era a intenção inicial colocada para as chefias, pois acreditava-se que devido ao longo período que permaneceu-se em cargos de chefia no sistema de enfermagem, pudesse haver uma interpretação distorcida do objetivo desta investigação. Entretanto, em várias situações reforçou-se que a meta era contribuir para o sistema, após a análise e conclusão do estudo, o que possibilitou a acessibilidade de participação.

A segunda etapa estabelecida foi a aplicação de um questionário. (Anexo 1). Após um período de três meses de coletas destes dados, extraiu-se de uma análise parcial dos mesmos, perguntas relevantes que deram

embasamento para a estruturação do questionário aplicado. O questionário foi composto por questões abertas, destinado a verificar o conhecimento e as interpretações que os enfermeiros administradores tem, a respeito da tomada de decisão, do processo decisório e da visão da decisão gerencial.

A proposta inicial para aplicação do questionário, era entregá-lo numa reunião com todos os enfermeiros administradores presentes, para que o respondessem e entregassem num mesmo momento. Entretanto, devido o avançar da hora para o término da reunião, os enfermeiros solicitaram levar o questionário e devolvê-lo no dia seguinte à tarde, o que realmente ocorreu.

Da população de enfermeiros administradores, num total de vinte e uma chefias, quatro não foram entregues devido à duas chefias estarem em licença médica, e duas em licença prêmio. Solicitou-se aos enfermeiros que substituíam as chefias, responderem ao questionário, mas os mesmos não se acharam capacitados nem com informações suficientes para responderem ao mesmo. Dos dezessete questionários entregues, somente um foi devolvido em branco.

As informações à configuração formal e outras características do sistema de enfermagem, em estudo, foram obtidas a partir de consulta à documentos organizacionais, como regimentos, manuais de procedimentos e rotinas, de atribuições, documentos básicos da DE, e pequenas publicações internas.

Cabe salientar, que a vivência de oito anos em cargos de chefia no sistema, que foram de chefe de serviço do ambulatório, da divisão de pacientes externos e internos e da diretoria de enfermagem, facilitaram o acesso as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo. Nos últimos três anos, o contato maior com a organização foi através do desenvolvimento de estágio curricular da disciplina Administração de Enfermagem, bem como a participação em trabalhos desenvolvidos no HU/UFSC.

A última etapa, constituiu-se da reflexão do pesquisador sobre os dados coletados, que levou-o de volta ao campo em muitos momentos, para que junto com os enfermeiros administradores pudesse buscar novos elementos que subsidiassem a interpretação dos dados. Houve necessidade de discutir-se com algumas chefias, sobre os procedimentos realizados na tomada de decisão, para que a observação e a análise realizada refletissem o pensamento dos mesmos.

Desta forma, a coleta de dados procedeu-se de diferentes maneiras, por entender-se que estas levariam a uma melhor compreensão do objeto de

estudo, pois de acordo com Oddone (1986), é através da combinação dos diversos meios que podemos resolver o conhecimento qualitativo.

O período da coleta de dados foi de 14 de junho à 30 de setembro de 1993, quando se obteve a saturação dos dados, ou seja, os mesmos começaram a tornar-se repetitivos.

3.3. Registro dos dados

Para a concretização deste estudo, os dados foram registrados no diário da pesquisadora. Os registros das informações, na maioria das vezes ocorriam concomitantemente no ato da observação. No entanto, em algumas situações nem sempre foi possível efetuar o registro dos dados na hora, o que se fazia, de preferência, num momento posterior próximo. Constatou-se na prática, que um tempo prolongado entre a observação e o registro reduz a habilidade de uma recordação acurada, e a preocupação era de não se perder informações e expressões importantes para o estudo.

Todas as reuniões frequentadas foram registradas de acordo com a seguinte ordem: identificação do órgão, data, coordenação, chefias participantes e ausentes, convidados, início e término previstos, início e término real e pauta da reunião.

O desenvolvimento da reunião era registrado no diário da pesquisadora, em forma de anotações literais, de acordo com a colocação de cada participante. Tentou-se registrar também as expressões sub-tendidas dos enfermeiros administradores, que possibilitava o registro de inferências na compreensão do momento da tomada de decisão.

Exemplificando, transcreve-se parcialmente uma das reuniões observadas.

"Reunião da Diretoria de Enfermagem, realizada em 29 de junho de 1993, sob a coordenação do diretor de enfermagem. Estavam presentes os enfermeiros chefes das seções de CMM, CMF, UIC-I, UIC-II, CME, CC, MI, AEA, CA, IP, AEA; chefes dos serviços de EM, EC, EA, EP, EE, as chefes da DPI e DPX, coordenadora da CES, faltando a chefe da seção de UTI. O início previsto era 14 horas e 30 minutos e o término às 15 horas e 30 minutos, no entanto, a reunião começou às 14 horas e 37 minutos e o término às 15 horas e 43 minutos. O coordenador da reunião colocou que, os objetivos das reuniões da DE são: integrar as duas divisões, divulgar informações e tomar decisões. A

pauta da reunião não foi divulgada no início da reunião. O primeiro assunto colocado pelo diretor de enfermagem a ser discutido e decidido, foi quanto a periodicidade das reuniões. O mesmo propôs que as reuniões fossem quinzenais, intercaladas com as da DPI, com início às 14.30 horas. A chefe da seção de AEA, concorda com a periodicidade mas sugere que as reuniões comecem às 15.00 horas, pois no ambulatório, os enfermeiros tem problemas com os agendamentos das consultas dos clientes que já foram marcados com muita antecedência, além da interrupção das atividades vespertinas ocorrerem muito cedo, às 14.00 horas. A chefe da Seção MI, sugere que as reuniões sejam mensais, pois entende que quinzenalmente a reunião ficará cansativa e sem assunto para decisões. A chefe da DPX afirma que acha ótimo a realização de reuniões quinzenais, mas reforça a colocação da chefe da seção de AEA, quanto ao problema que as chefias de seções do ambulatório enfrentarão para a participação das mesmas. Relata também, que os enfermeiros da DPX cobram em relação a algumas decisões tomadas pela DPI, quando estas deveriam ser decididas neste forum que está sendo proposto. Para contornar a situação, sugere que ela e a chefe do serviço de EA participem das reuniões e divulguem as informações e decisões tomadas para o conhecimento dos enfermeiros de sua divisão. A chefe da seção do CC posicionou-se contra esta sugestão, argumentando que se os objetivos da reunião são a integração e a tomada de decisão conjunta, não tem sentido a proposta da chefia da DPX. A chefe da seção de AEA, concordou com a argumentação da chefe do CC, pois gostaria de participar das reuniões para maior integração com as demais chefias. O diretor da DE reforça mais uma vez os objetivos da reunião, e perguntou sobre a possibilidade do início da mesma ser às 15.00 horas. A chefe da DPI questionou junto as chefias de sua divisão, se teriam problemas em acatar a sugestão do diretor, sendo que as mesmas manifestaram-se favoravelmente. O diretor perguntou então, se todos estavam de acordo que a reunião fosse quinzenal com início às 15.00 horas com uma hora de duração, sendo acordado pelos presentes esta proposta".

Todos os assuntos discutidos e decididos nesta reunião, como nas demais, foram registrados desta maneira.

Após o registro no diário da pesquisadora, os dados eram classificados conforme proposta de Schatzman & Straus apud Marcon (1989) da seguinte forma:

- Notas de observação - são os relatos sobre os eventos obtidos pela observação, respostas dos enfermeiros ao questionário e a consulta de documentos.

- Notas metodológicas - referem-se aos procedimentos e estratégias utilizadas sobre o desenvolvimento do estudo, proporcionando desta forma os elementos que subsidiam a análise do conteúdo.

- Notas teóricas - representam a tentativa de derivar significados de uma ou várias notas de observação. São feitas reflexões, interpretações e inferências realizadas no transcorrer da coleta e análise de dados, com o objetivo de desenvolver conceitos.

As notas metodológicas e as notas teóricas foram extraídas durante a análise das notas de observação, constituindo-se a parte reflexiva das anotações do pesquisador, como demonstra-se a seguir:

| Notas Metodológicas | Notas de Observação | Notas Teóricas |
|---|--|--|
| - Estrutura hierárquica - descrição do organograma | - coordenação diretor de enfermagem | - reflexões sobre relações de poder |
| - metodologia da reunião administrativa | - início, término e duração da reunião | - racionalização do tempo |
| - metas da DE | - objetivo da reunião | - reflexões sobre integração das chefias, condutas unificadas |
| - decisão grupal | - participação de todas as chefias | - descentralização do poder decisório |
| - integração, fórum de decisões estratégicas | - comissão de ética formada pela DPI | - porque não participam membros da DPX, se é para toda a enfermagem? |

3.4. Análise dos dados

O método de tratamento dos dados coletados, foi através da análise dos conteúdos, que ocorreu concomitantemente à coleta dos mesmos. Segundo Treviños (1987), esta é uma técnica valiosa possibilitando a amplitude na

interpretação de dados de natureza qualitativa. De acordo com Ludke & André (1986,p.45) "analisar os dados qualitativos significa trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observações, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis". Os autores reforçam que a análise está presente em vários estágios da investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados.

Desta forma, após o encerramento formal da coleta de dados, procedeu-se a análise. Através das reflexões contidas nas notas de conteúdo e das estratégias adotadas nas notas metodológicas, buscou-se na literatura, nos documentos organizacionais e no suporte teórico, os elementos necessários para a caracterização do macrossistema hospitalar de ensino e do sistema de enfermagem.

A partir do questionário aplicado, extraiu-se a caracterização dos enfermeiros administradores através da tabulação manual, que segundo Gil (1991) consiste em agrupar os casos que estão nas várias categorias de análise. Os agrupamentos estabelecidos foram: quantificação dos informantes, tempo de trabalho no hospital, tempo de chefia e formação em pós graduação. A análise destes dados são apresentados descritivamente.

Sobre a leitura das questões abertas dos questionários e dos registros das notas de observação, metodológica e teórica, elaborou-se as etapas de análise que refletem a visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem do HU/UFSC. Estas etapas surgiram a partir dos objetivos estabelecidos de acordo com o níveis operacional, tático e estratégico, e de aspectos gerais que se repetiram ao longo do tratamento dos dados.

A primeira etapa - Tomada de decisão: como entendem os enfermeiros administradores, interpreta o pensamento do enfermeiro acerca da questão: o que você entende por tomar decisão?

A segunda etapa - Tomada de decisão no nível operacional, expressa os tipos de decisão e a lógica dominante no processo decisório dos enfermeiros administradores que ocupam cargos de chefias de seção. Procedeu-se esta análise, sobre as observações coletadas nas reuniões das seções e através das questões de 2 a 10 do questionário.

A terceira etapa - Tomada de decisão no nível tático, expressa os tipos de decisão e a lógica dominante no processo decisório dos enfermeiros administradores no nível intermediário, constituídos pelas chefias de serviços

e divisões. A análise decorre das observações e questões de 2 a 10 do questionário.

A quarta etapa - Tomada de decisão no nível estratégico reflete os tipos de decisão e a lógica dominante no processo decisório da Diretoria de Enfermagem e da Comissão de Educação em Serviço. A análise ocorreu conforme o descrito nas etapas dois e três.

As respostas dos enfermeiros administradores, utilizadas nas análises das etapas, foram identificadas com as letras relacionadas aos níveis dos cargos ocupados e o número correspondente ao da identificação do questionário, como por exemplo: O1. Quando menciona-se O1, significa que descreve-se o relatado pelo enfermeiro que atua no nível operacional e o número da identificação do questionário.

Nas análises das observações coletadas, a identificação foi mediante a letra correspondente ao nível hierárquico, e as letras em minúsculo correspondente a identificação das seções. Exemplificando-se NOa, corresponde a primeira seção a ser identificada no nível operacional, NOb a segunda, e assim continuamente, NT significa o nível tático e NE o nível estratégico.

4. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

O presente capítulo apresenta a descrição do macrossistema hospitalar de ensino - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), do Sistema de Enfermagem denominado Diretoria de Enfermagem (DE) e da população estudada.

4.1. Caracterização do Macrossistema Hospitalar de Ensino

"Os hospitais colocam-se entre as mais complexas organizações da sociedade moderna e se caracterizam por uma divisão de trabalho extremamente acurada, bem como por uma afinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades, principalmente o tratamento dos doentes, o ensino e a pesquisa. A um só tempo, ele faz o papel de hotel, de centro de tratamento, de laboratório, de universidade. Em virtude da alta especialização das suas operações, executadas com base em vasta gama de pessoal profissional e técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação e de autoridade" (Wilson citado por Kast e Rosenzweig, 1980, p.596).

O hospital sob o enfoque sistêmico, pode ser considerado como um sistema aberto, sociotécnico estruturado, que recebe inputs, processa-os e devolve ao ambiente através dos outputs, reavaliando seus procedimentos através do feedback. Caracterizado como um sistema complexo de elementos em interação mútua, este sistema para efeitos deste estudo, será considerado um macrossistema hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde apud Siqueira (1993), o hospital escola é um hospital geral destinado a constituir-se em um centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde, como centro de formação profissional. Assim, comporta-se o macrossistema hospitalar, pertencente a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), inaugurado em 2 de maio de 1980.

De acordo com o artigo 1o. do Regimento Interno do Hospital Universitário (HU,1992), este é um órgão suplementar da UFSC, diretamente vinculado ao Reitor. É um hospital geral, que tem como finalidade promover a assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, estando harmonizado com o Sistema de Saúde vigente. Por ser um hospital escola é imprescindível e obrigatória a integração docente assistencial.

O segundo artigo do Regimento Interno define como objetivos do HU/UFSC:

- I - Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam.
- II - Prestar assistência à comunidade na área da saúde em todos os níveis de complexidade em forma universalizada e igualitária.

Adotando-se o enfoque moderno de sistemas citado por Kast e Rosenzweig (1980) e Arndt e Huckbay (1983), o hospital será caracterizado de acordo com as metas e valores, estrutura, tecnologia, sistema social e administração.

Segundo Kast e Rosenzweig (1980), os hospitais gerais têm objetivos numerosos e diversificados, como o ensino, a pesquisa que precisam ser integrados às operações hospitalares, e como objetivo principal atender aos pacientes em suas necessidades, atenções e de tratamento. O sistema de valores provém dos valores e normas socio-culturais, bem como dos códigos de ética e principalmente dos juramentos prestados pelos médicos e enfermeiros, servindo como padrões de conduta prescrita pelos respectivos grupos profissionais. Assim, de acordo com os mesmos autores (p.599) "esses são valores que fazem com que as pessoas executem seus serviços tão profissionalizados e especializados, de forma a atingir um fim comum". Como as fronteiras das atividades hospitalares se alargaram com o avanço tecnológico, as metas e valores como consequência, se diversificaram, tornando-se mais amplas.

No HU/UFSC, a atual diretoria, juntamente com as demais chefias do hospital, desenvolveu o curso Desenvolvimento Gerencial para Chefias, no período de cinco à nove de outubro de 1992, onde através de grupos de trabalho, indentificaram vários problemas estabelecendo prioritariamente cinco. De acordo com o relatório

apresentado, os maiores problemas detectados em ordem decrescente são: deficiência na estrutura de apoio do ensino e à pesquisa, não conclusão da área física do hospital; ausência de uma política de pessoal claramente estabelecida; organização deficiente e carência de equipamentos.

Baseados neste diagnóstico, foram estabelecidas como metas: desenvolver qualificação profissional e transparência nas questões de pessoal; incentivar a pesquisa; concluir as duas clínicas médicas e a neuro-psiquiátrica semi construídas; controlar melhor materiais e equipamentos usados no HU, estabelecendo relação entre produção e o consumo garantindo os estoques indispensáveis; e assessorar o processo de melhor organização das unidades. Estas metas estão sendo operacionalizadas através de um plano de ação e deverão ser alcançadas à médio e longo prazo.

De acordo com o exposto, pode-se dizer que as metas propostas para o hospital confirmam a teoria, isto é, estão diversificadas para a área de pessoal, pesquisa, construção de área física, material e organização. Entretanto, não se pode deixar de salientar, que todas essas metas tendem a proporcionar melhores condições de tratamento do cliente.

Quanto a tecnologia, em toda a história antiga dos hospitais, os rudimentares conhecimentos tecnológicos limitavam suas atividades ao cuidar do paciente. O desenvolvimento da tecnologia médica, introduziu mudanças de fundamental importância nas metas, na estrutura e em outros subsistemas de sua organização. "Nos hospitais modernos, é evidente que a equipe médica é a principal fonte de tecnologia" (Kast e Rosenzweig, 1980, p.601). Desta forma, surgem as diversas especialidades que influenciam a prática de outros profissionais como da enfermagem, bioquímica e nutrição entre outros, bem como na aquisição de equipamentos e instalações cada vez mais sofisticados e complexos na área de diagnóstico e tratamento.

O HU/UFSC reflete exatamente o que a literatura preconiza. Por ser um hospital geral e de ensino, encontra-se uma gama de especialidades médicas, requerendo área física e equipamentos sofisticados para o atendimento dos clientes. Conseqüentemente, os demais profissionais atuantes no macrossistema, tendem a acompanhar a diversificação de especializações, embora na enfermagem, a idéia do enfermeiro especialista ainda seja bastante contra argumentada.

A estrutura organizacional do hospital geral difere do modelo burocrático de outras organizações, devido ao relacionamento característico entre a autoridade formal dos cargos - representada pela hierarquia administrativa e a autoridade derivada dos conhecimentos, representada principalmente pelos médicos. (Kast e Rosenzweig, 1980; e Pires, 1989). Georgopoulos e Mannapud Kast e Rosenzweig (1980, p.602), afirmam que "para o desenvolvimento de sua missão, o hospital depende de uma extensa divisão de serviços com base na complexa estrutura organizacional, composta de numerosos e diversificados departamentos, equipes, gabinetes e cargos, e com base ainda, num elaborado sistema de coordenação de tarefas, funções e interação social".

Em relação a estrutura formal e informal, o HU/UFSC comporta-se de acordo com o mencionado. O hospital é constituído pelos sistemas administrativo, de enfermagem, de medicina e de apoio assistencial, que tem suas competências estabelecidas no regimento interno, estando subordinados à direção geral, e estes subordinados ao Conselho Diretor do HU. Os sistemas estão divididos em serviços, seções e setores de acordo com as especialidades e tarefas a serem realizadas. Para melhor visualização da estrutura hierárquica vide o organograma. (Anexo 2).

Paralelo a estrutura organizacional formal, percebe-se também, que existe a autoridade derivada dos conhecimentos médicos, traduzidos principalmente, como afirma Pires (1989, p.97) "... que se apropria do controle do processo de trabalho em saúde, detendo o saber sobre a causa, a sintomatologia e o desenvolvimento das doenças; delega aos enfermeiros a aplicação de medicamentos e os cuidados básicos com os doentes, e aos boticários, o controle e manipulação dos medicamentos a serem fornecidos para uso médico". Assim, pode-se afirmar, que o produto final é uma ação de saúde, que resulta da parcela do trabalho de diversos profissionais, controlada informalmente pelo médico, pois formalmente, as unidades assistenciais são gerenciadas pelos enfermeiros.

O sistema psicossocial, é uma das características fundamentais dos hospitais que utilizam tecnologia sofisticada e possuem uma estrutura complexa.

Segundo Georgopoulos citado por Kast e Rosenzweig (1980, p.607), "uma organização hospitalar não constitui mero arranjo

tecnológico onde pessoas trabalham de conformidade com as exigências do plano de serviço, ou de conformidade com as regras, regulamentos e processos vigentes, ou então de conformidade com linhas de comunicação formais e com comandos formais que operem de cima para baixo. Ele é, também, um sistema humano e social. É um sistema cujos membros, contrariamente às peças de um maquinário ou equipamento, possuem e utilizam o poder de raciocinar, de formar opiniões, de estabelecer relações não formais e de tomar decisões - decisões que podem ser racionais ou irracionais, corretas ou incorretas, desejáveis, sob o ponto de vista da organização, ou indesejáveis. Nenhuma organização pode ter um plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente com eficiência sem tomar em consideração os fatores humanos do trabalho, sem reconhecer devidamente as poderosas forças socio-psicológicas que entram em operação".

O sistema psicossocial pode ser composto pelo paciente, equipe médica, equipe de enfermagem, equipe administrativa e equipe de apoio assistencial.

De acordo com os dados colhidos na Divisão Auxiliar de Pessoal do HU/UFSC, o hospital conta com mil cento e oitenta e quatro (1184) funcionários. Destes, oitocentos e vinte e quatro (824) são do quadro permanente, duzentos e trinta e sete (237) são funcionários contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa Universitária (FAPEU), portanto, pagos pela receita do próprio hospital e cinquenta e cinco (55) são bolsistas universitários. O número de servidores por leito, referenciado nos trabalhos técnicos apud Silva et alli. (1993) para os hospitais universitários, é de 3,5 à 5,5; enquanto no HU/UFSC esta relação é de 6,75, podendo-se interpretar como um superdimensionamento de pessoal, que provavelmente encontra-se distribuído de forma desigual entre a atividade fim e atividade meio. Em relação aos funcionários, o hospital tem enfrentado sérios problemas e conflitos decorrentes da coexistência de contrados diferentes do pessoal efetivo e da FAPEU.

O HU/UFSC tem sua capacidade de internação prevista para trezentos e vinte (320) leitos, sendo que no momento estão em funcionamento cento e setenta (170). Além dos leitos de internação, encontram-se em atividades, cinquenta e seis (56) salas de ambulatório e cinco (5) salas de cirurgia. No ano de 1992, o hospital realizou cento e oitenta e um mil e vinte e cinco (181.025) atendimentos

ambulatoriais, setenta e um mil e setenta e três (71.073) atendimentos de emergência, um mil trezentos e noventa e uma (1.391) cirurgias e três mil duzentos e trinta e sete (3.237) internações.

Os principais indicadores de saúde e de assistência do hospital, coletados junto ao Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), referentes ao ano de 1992, ficaram assim determinados.

A taxa de ocupação hospitalar "é a relação percentual entre o total do paciente-dia e o número de leitos-dia do mesmo período", cujo preconizado como ideal é em torno de 80% (Ministério da Saúde e Previdência Social, 1972). No HU/UFSC esta taxa foi de 84,26%, representando que os leitos quase sempre mantem-se ocupados, levando o sistema de enfermagem a um ritmo acelerado, pois tem pouco tempo para o preparo do leito para receber o próximo paciente.

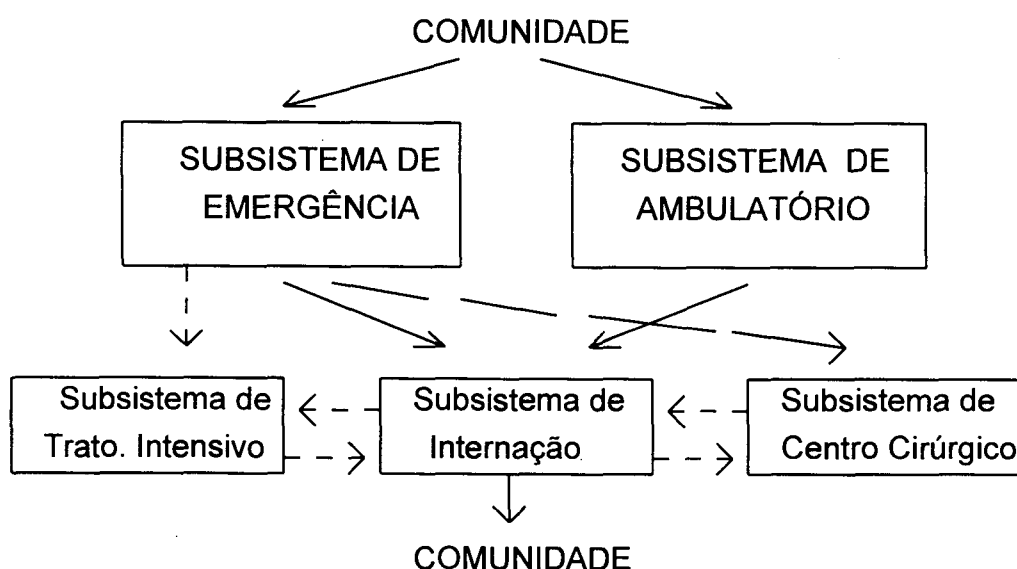
A média de permanência é obtida pela "relação numérica entre o total de doentes dias num determinado período e o total de doentes saídos (altas e óbitos)", sendo preconizado pelo Ministério da Saúde e Previdência Social (1972), como ideal para a clínica médica 6,5 dias e para a clínica cirúrgica 5,8 dias. No macrossistema hospitalar, esta média foi 18,19 dias para a clínica médica e de 13,72 para a clínica cirúrgica. Como pode-se constatar através da comparação com os padrões, a média de permanência do paciente internado está muito alta. Pode-se inferir, que por ser um hospital escola, há interesse na permanência maior de pacientes cujo estado clínico seja significativo para o estudo. Outro fator a ser considerado, é que muitos pacientes são procedentes de regiões distantes, cuja locomoção depende de transportes adequados que muitas vezes não estão disponíveis no momento da alta, bem como quando são transferidos para o HU/UFSC, estão em condições de saúde bastante debilitada e/ou crítica. Todavia, sente-se a necessidade de uma investigação das causas que levam a esta média de permanência elevada.

A taxa de mortalidade geral hospitalar é "a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados durante um determinado período e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período". De acordo como o Ministério da Saúde e Previdência Social (1972) o ideal é de 4%. O HU/UFSC, apresentou uma taxa de mortalidade de 5,54%, levando-se a interpretar que os pacientes já internam em condições irrecuperáveis ou em condições avançadas. Pode-se questionar também, como é a qualidade da assistência prestada

no hospital. Entretanto, entende-se que há necessidade de esclarecimentos quanto a sua significância.

A taxa de infecção hospitalar é "a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas ou óbitos) no mesmo período", sendo que o ideal estabelecido pelo Ministério da Saúde e Previdência Social (1972) é entre 3 à 13%. De acordo com informações colhidas na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a taxa de infecção no HU/UFSC corresponde a 10%, podendo-se afirmar que a organização tem desenvolvido procedimentos de controle da infecção. Contudo, verifica-se a necessidade de um estudo mais profundo que investigue os fatores relacionados a determinação das causas, bem como dos controles da infecção hospitalar.

O macrossistema hospitalar atende os pacientes de acordo com o fluxograma, à luz de Erdmann (1987).



----- quando necessário

Fig.4.1- Fluxograma do Paciente no Macrossistema Hospitalar Universitário.

O sistema administrativo do hospital é complexo. A diversidade das bases do poder e da estrutura de autoridade conduz à

dispersão das decisões relativas ao planejamento e controle, na organização (Kast e Rosenzweig,1980). Desta forma, o sistema gerencial do hospital, é diversificado, com cada um dos membros da direção geral, da medicina, da enfermagem e da administração respondendo pelas decisões de planejamento e controle de determinadas esferas das operações globais.

No hospital, a função de planejamento é executada de várias maneiras, isto é, a equipe médica e de enfermagem tem um papel de vital importância em todo o planejamento relacionado com o tratamento do paciente; ao administrador cabe o planejamento institucional, de âmbito mais geral, conseguindo o financiamento e a consecução dos equipamentos e instalações. O controle é constituído pela profissionalização e pela aceitação de valores e normas de desempenho que determinam aos participantes, certos comportamentos relativos aos respectivos papéis.

Para o seu funcionamento, o HU/UFSC conta com recursos provenientes do Ministério da Educação que é responsável pelo pagamento do pessoal efetivo e do Ministério da Saúde através do convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a aquisição de materiais de consumo e permanente, medicamentos, equipamentos, construção e pagamento de serviços de terceiros.

De acordo com o Quadro de Comportamento Financeiro do HU/UFSC de 1993, realizado pela Divisão de Finanças, de maio de 1992 à maio de 1993, o hospital apresentou déficit em oito dos doze meses computados. Dos quatro meses em que houve um superavit, o mesmo foi muito pequeno, não possibilitando um equilíbrio financeiro. Ressalta-se que este comportamento financeiro é feito com valores do faturamento do hospital através do atendimento prestado à população, que recebeu do convênio SUS e despesas realizadas. Com esta referência, pode-se afirmar que a direção do hospital conta com problemas de recursos financeiros para atingir determinadas metas estabelecidas. Entretanto, o hospital tem buscado parceria no setor público e privado para suprir algumas deficiências e ampliar os seus serviços de atendimento à comunidade.

4.2. Caracterização do Sistema de Enfermagem

O sistema de enfermagem estudado é um sistema aberto sóciotécnico estruturado, denominado Diretoria de Enfermagem, organizado com o macrossistema hospitalar.

4.2.1. Subsistema Metas e Objetivos

Segundo Arndt e Huckabay (1983) o subsistema metas e objetivos deve começar pela declaração de sua filosofia, pois esta proporciona a lógica em que as ações serão desenvolvidas. Assim também se posicionam DiVicenti (1981), Pedrero (1988) e Kurcgant (1991), sendo que para a última autora citada, filosofia é a reflexão pelo homem, a respeito dos problemas sentidos, vinculada conscientemente à prática, sendo um instrumento de transformação da realidade.

O sistema de enfermagem do HU/UFSC, elaborou sua filosofia orientada nos postulados da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1980. Embora perceba-se que na prática, os princípios filosóficos permeiam todas as decisões e ações assistenciais, a maioria dos funcionários quando questionados sobre a filosofia referem-se desconhecê-la. Acredita-se, que este fato ocorra devido à preparação dos profissionais da enfermagem, quando nas escolas lhe são passadas informações sobre o direito à saúde e a qualidade da assistência a ser prestada. Cabe salientar, a necessidade de reflexões constantes sobre a realidade por todos os elementos da equipe de enfermagem, abstratando-se as convicções que nortearão a sua prática, pois segundo Marques e Mirshawka (1993,p.148), "o mundo das idéias, dos valores e princípios tem mais força para modificar o ambiente com a qual se trabalha...".

A partir da filosofia, são elaborados os objetivos que proporcionam um curso de ação a seguir para os fins desejados (Marriner,1983). Os objetivos do subsistema de enfermagem foram estabelecidos para as áreas assistencial, de ensino, de administração de enfermagem, de pesquisa e extensão (Documentos Básicos da Diretoria

de Enfermagem, 1980). Segundo Arndt e Huckabay (1983), a determinação dos objetivos precisos e específicos podem ser testados em termos de mensuração do sistema global, podendo-se avaliar a quantidade e qualidade da assistência prestada de acordo com os padrões estabelecidos, o crescimento profissional do pessoal em termos de seus interesses, preparo educacional e outros.

Este sistema deve estabelecer as metas, que de acordo com Oliveira (1988), corresponde aos passos ou etapas perfeitamente quantificadas e com prazos a serem alcançados. A Diretoria de Enfermagem através do seu diretor, propõe como metas: lutar pela redução da carga horária dos serviços de enfermagem para trinta (30) horas semanais; lutar pelo recebimento de vinte por cento (20%) do adicional de insalubridade para todos os servidores de enfermagem; lutar pelo fornecimento de almoço diário para o pessoal de enfermagem nos turnos diurnos; autonomia de decisão para as chefias de seção; lutar pela adequação do número de pessoal de enfermagem, para garantir cobertura de férias e licença prêmio a fim de prestar uma assistência livre de riscos; atendimento médico diferenciado para servidores do próprio HU; evitar rodízios de turnos; proporcionar e estimular estágio curricular dos alunos do curso de enfermagem, visando a Integração Docente Assistencial (IDA); oferecer estágio extra curricular para os alunos do curso de enfermagem da UFSC; estimular a participação de servidores da enfermagem em cursos de especialização, congressos, etc.; aprimorar a assistência de enfermagem com a efetiva participação da Comissão de Educação em Serviço (CES) e revisão da metodologia atual; elaborar políticas de recursos humanos; incentivar a pesquisa de enfermagem no HU; criar cursos de Especialização em Administração de Enfermagem no HU auto-financiado, juntamente com o Departamento de Enfermagem e curso de qualificação para atendentes de enfermagem do HU; e proporcionar estudos para criação de Assessoria de Enfermagem junto ao Departamento de Enfermagem.

4.2.2. Subsistema Técnico

Segundo Chiavenato (1983) e Arndt e Huckabay (1983), o subsistema técnico é determinado pelos requisitos típicos das tarefas que são executadas pela organização. De acordo com o explicitado na tecnologia do macrossistema hospitalar, a enfermagem reflete na sua prática a consequência das especialidades médicas no hospital. Kast e Rosenzweig (1980) afirmam que este subsistema é moldado pela especialização dos conhecimentos e das habilidades exigidas, pelos tipos de equipamentos e materiais utilizados e pelo arranjo físico das instalações. Assim, segundo os autores, não só a medicina como também a enfermagem constitui corpo de conhecimentos, além de desempenhar-se de bom número das funções técnicas executadas nos hospitais.

O sistema de enfermagem do HU/UFSC, comporta-se conforme o modelo, isto é, como o atendimento aos pacientes é feito através de áreas físicas de acordo com as especialidades médicas, os enfermeiros acabam aperfeiçoando-se e habilitando-se no manuseio de equipamentos e assistência de enfermagem especializados.

Na enfermagem, cuja essência é o cuidar de indivíduos, as tarefas de supervisão e controle do cuidado estão sob a responsabilidade do enfermeiro, ficando as atividades de cuidado direto ao paciente como atribuições dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. "A divisão técnica do trabalho é a subdivisão de tarefa. Uma única atividade é dividida e feita por vários indivíduos, isto leva a uma distância global da atividade" (Braverman, 1987,p.72). Melo (1986), Pires (1989), Silva et al. (1990) e Leopardi et al. (1992), dizem que a enfermagem caracteriza-se pela divisão técnica do trabalho decorrente do modelo de prestação de saúde vinculada à economia capitalista, e Gelbcke (1991,p.63) constata que "as técnicas e métodos que Taylor utilizava foram abandonadas, porém os seus princípios permanecem presentes".

Assim, na enfermagem, a característica básica do processo de trabalho é a divisão de tarefas. A assistência prestada é realizada pelas várias categorias da equipe de enfermagem, cabendo aos enfermeiros os procedimentos mais complexos, que exigem maior conhecimento

científico, incluindo-se técnicas privativas, e as demais categorias são delegados os procedimentos menos complexos.

No sistema de enfermagem estudado, a divisão técnica do trabalho ocorre de acordo com as atribuições estabelecidas. Percebe-se que, as atribuições estão especificadas de acordo com a área de atendimento, como por exemplo subsistema de tratamento intensivo, de internação pediátrica, de ginecologia, de centro cirúrgico, de emergência e de ambulatório, que por sua vez, atende as mais variadas especialidades médicas como hemodinâmica, endoscopias entre outras. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de planejar, organizar, dirigir e controlar a assistência, a distribuição das tarefas aos elementos da equipe e a prescrição da assistência de enfermagem. Os enfermeiros do ambulatório, além destas atribuições, realizam as consultas de enfermagem, desenvolvem cursos para grupos de clientes de acordo com as especialidades, bem como promovem a criação e desenvolvimento de associação de clientes. Aos demais elementos, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem cabe a prestação dos cuidados diretos ao paciente.

Na prática, o sistema tem tentado implantar a assistência de enfermagem globalizada, isto é, cada elemento da equipe assiste integralmente o paciente. Entretanto, este método só ocorre em relação aos técnicos e auxiliares, pois o atendente executa somente as atribuições de higiene e conforto ao paciente. Os enfermeiros dos subsistemas de internação, por serem um em cada turno, não tem condições de desenvolver a assistência integral. Desta forma, assumem a assistência direta, quando executam principalmente os procedimentos exclusivos, preferenciais ou quando da necessidade de cuidados especiais requeridos pelo paciente, caracterizando de outra forma a divisão técnica do trabalho.

4.2.3. Subsistema Social

O subsistema social que lida com o elemento humano, consiste em interações, expectativas, sentimentos e valores de cada participante. É neste ambiente, que as pessoas buscam satisfação e responsabilidade, cuja consecução proporciona crescimento, e

interação, através da cooperação, integração e comunicação (Arndt e Huckabay, 1983).

A equipe de enfermagem desempenha papel de vital importância na dinâmica de grupo no hospital. Em virtude de sua associação de tempo integral com o hospital, de sua familiaridade com as regras e processos estabelecidos, de sua capacidade de estabelecer relações sociométricas não-formais com outros membros do hospital, e de sua estreita associação tanto com os pacientes como com os médicos, os enfermeiros de acordo com Arndt e Huckabay (1983) tornam-se importante força de influência e de liderança, não formais, na organização inteira.

Outro aspecto a ser destacado neste subsistema, é que a enfermagem como prática social, está inserida num sistema social, e conseqüentemente, apresentará a divisão social do trabalho. Segundo Mark e Engels citados por Braverman (1987), a divisão social do trabalho se dá livremente entre os homens e os divide na sociedade em grupos, desde os tempos mais remotos. A enfermagem é exercida por categorias que pertencem a classes sociais diferentes, tendo concepções diferentes sobre as transformações necessárias de acordo com as questões ideológicas (Silva et al., 1992; Leopardi et al., 1992).

Segundo Gelbcke (1991, p.46), a divisão social do trabalho na enfermagem ocorre "pois é o enfermeiro que tem o poder de decisão e controle da equipe de enfermagem, já que a ele cabe o trabalho intelectual e aos demais trabalhadores de enfermagem o trabalho manual". Assim, apesar da divisão que se realiza entre os diversos atores, socialmente aparece um único e mesmo trabalho-assistência de enfermagem. Desta forma, considera-se a enfermagem como um trabalho coletivo e associado de várias categorias de trabalhadores com formação e atribuições diversas, tendo como característica a divisão técnica e social do trabalho, onde o enfermeiro é prioritariamente administrador e os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem prestadores de cuidados diretos ao paciente.

A divisão técnica e social na enfermagem, reproduz o seu passado histórico, quando na Inglaterra, a divisão técnica do trabalho de enfermagem sucedeu a divisão social, com o aparecimento de duas categorias diferenciadas: as "lady nurses"-classe A, trabalho intelectual, domínio do saber, função administrar e ensinar, e as

"nurses"-classe C, trabalho manual, domínio do fazer, função do assitir, (Almeida apud Barros,1983).

O sistema de enfermagem do HU/UFSC é composto por trezentos e setenta e um (371) funcionários. O pessoal efetivo é constituído de sessenta e três (63) enfermeiros, quarenta e cinco (45) técnicos, sessenta e nove (69) auxiliares e setenta e seis (76) atendentes de enfermagem, totalizando duzentos e cinquenta e três (253) servidores. O pessoal contratado via FAPEU, é composto de vinte e dois (22) enfermeiros, sessenta e seis (66) técnicos de enfermagem, vinte e oito (28) auxiliares e dois (2) atendentes de enfermagem, totalizando cento e dezoito (118) servidores.

Com base nestes dados, pode-se fazer cinco tipos de análise. A primeira é quanto ao percentual de pessoal da enfermagem em relação ao total de funcionários do hospital. Segundo Crossetti e Araújo (1987) e Gaidzinski apud Kurcgant (1991), a equipe de enfermagem representa, quantitativamente, o porcentual mais significativo de pessoal no hospital, chegando a atingir cerca de 60%, devido a contínua atividade junto ao paciente. No sistema de enfermagem do HU, este porcentual atinge 31,33%, significando uma defazagem de pessoal para a assitência, em detrimento de um superdimensionamento, 68,67% dos demais servidores. Cabe então uma reflexão no macrosistema hospitalar, relativa a distribuição de seus recursos humanos.

A segunda análise que se procede, é relativa ao dimensionamento do pessoal de enfermagem. De acordo com Alcalá (1982) e Alves et al. (1988), o sistema de enfermagem deveria ter trezentos e noventa e oito (398) funcionários, sendo que há uma falta de vinte e sete (27), correspondendo à 6.79%. Apesar desta pequena porcentagem de falta de pessoal, para a enfermagem, numericamente é significativa, pois atualmente muitos funcionários tem direito a licença prêmio, que somando-se às férias, licença de gestação e atestados médicos tem diminuído o número de funcionários por turno, podendo inclusive influenciar no atendimento prestado.

Segundo Alcoforado (1980) e Alcalá (1982), os sistemas de enfermagem devem ter em seu quadro, no mínimo 70%de pessoal qualificado. No HU/UFSC, este porcentual é de 78,97%, interpretando-se que, a assistência prestada é qualificada em termos de preparo de pessoal. Por categoria, representa 22, 91% de enfermeiros, 29,19% de

técnicos, 26,76 de auxiliares e os restantes 21,03% são constituídos pelos atendentes, que não são profissionalizados. Desta forma, percebe-se que o sistema de enfermagem demonstra preocupação com a qualidade da assistência prestada, sendo este enfoque, segundo Gaidzinski apud Kurcgant (1991,p.92), "tão ou mais importante que o quantitativo".

A quarta análise decorrente do quadro de pessoal é relativa ao vínculo empregatício dos servidores. Do total de servidores, 68,19% é do quadro efetivo e 31,81% é contratado pela FAPEU. A coexistência de dois vínculos empregatícios proporciona diferentes níveis salariais e de benefícios. Os servidores do quadro efetivo, possuem planos de cargos e salários, avaliação periódica para efeitos de progressão funcional e de benefícios segurados em lei, enquanto os servidores do quadro da fundação não são contemplados pela política de recursos humanos. Esta parcialidade no tratamento do pessoal gera insatisfação, conflitos e desmotivação.

Pode-se ainda analisar com estes dados, que do total de enfermeiros do sistema, 71,77% encontram-se vinculados à assistência direta ao paciente, e 28,33% encontram-se atualmente ocupando cargos de chefias. Este alto percentual de enfermeiros vinculados a assistência direta, demonstra também a preocupação da diretoria de enfermagem, em manter enfermeiros em todas as seções, nas 24 horas.

4.2.4. Subsistema Estrutural

O subsistema estrutural, abrange as maneiras nas quais as atividades do sistema são divididos em unidades operacionais e uma coordenação (Arndt e Huckabay,1983). Para DiVicenti (1981), pela estrutura caracteriza-se a autoridade de delegação, assessoria e tomada de decisão nas partes e divisões da organização. De um modo formal, as estruturas podem ser vistas através de um organograma de acordo com a autoridade, a descrição dos cargos e as atividades e regimentos, bem como os fluxos de comunicação e trabalho. A estrutura organizacional formaliza as relações entre os sistemas técnico e social. Entretanto, ocorrem relações entre esses dois subsistemas que ignoram a estrutura formal, constituindo a organização informal.

A estrutura formal do sistema de enfermagem do HU/UFSC pode ser visualizada através da figura 4.2.

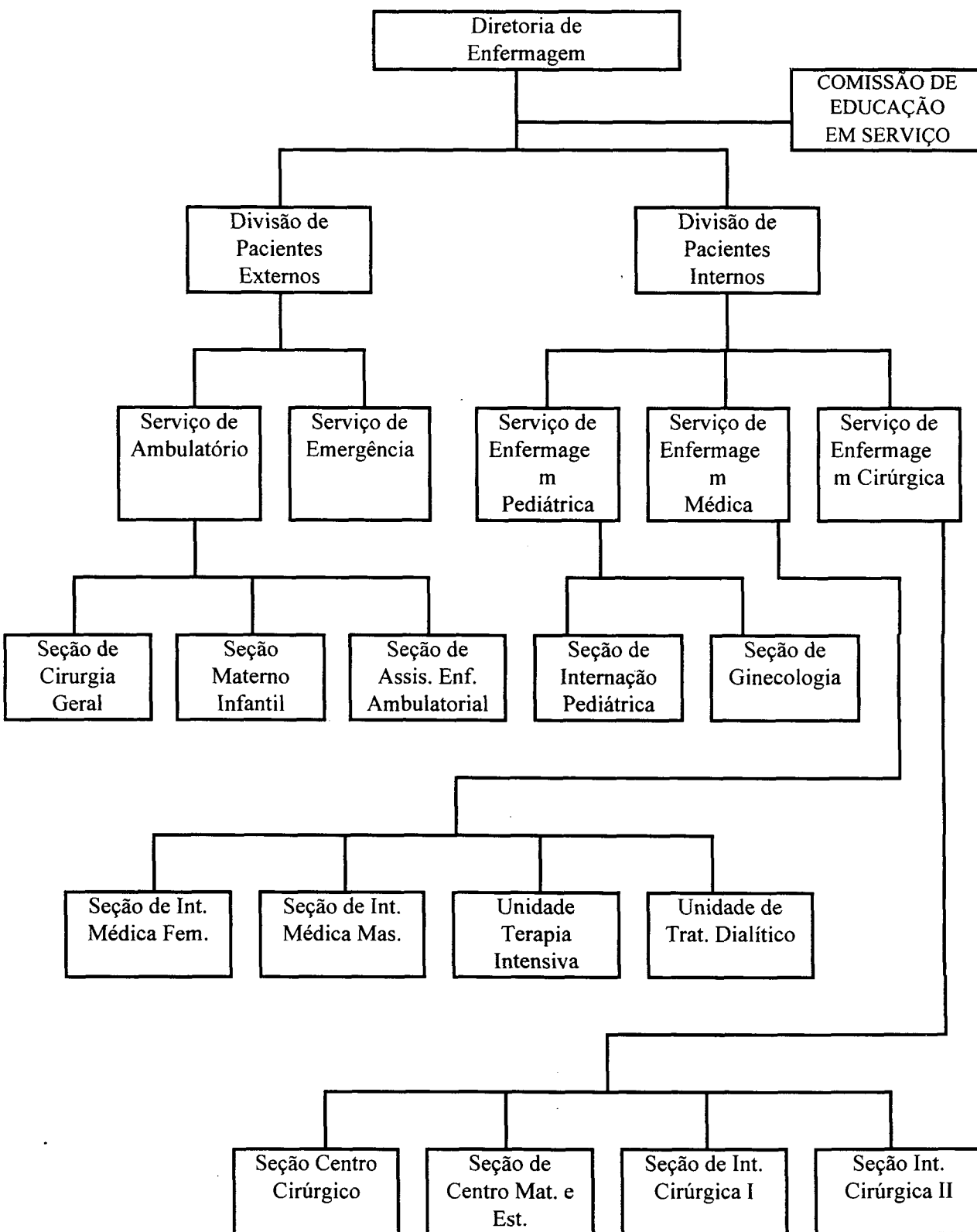


Fig.4.2 - Organograma do Sistema de Enfermagem.

Fonte: Documentos Organizacionais.

Neste estudo, as seções de enfermagem constituem o nível operacional, pois são elas que executam as atividades da organização, estando subordinadas aos serviços dos quais são vinculados. (Artigo 35 do Regimento Interno do HU/UFSC,1992).

Os subsistemas operacionais do sistema de enfermagem, são os responsáveis pela assistência direta e indireta aos pacientes, não excluindo que esses subsistemas estejam envolvidos com as atividades de grande conhecimento científico e habilidades técnicas. As seções de enfermagem são responsáveis pelo planejamento, organização, direção, controle e tomadas de decisões assistenciais.

De acordo com o manual de atribuições, à chefia das seções cabe prever, requisitar e controlar material, orientar, supervisionar e avaliar o desempenho das atividades de todos os servidores e planejar, analisar e supervisionar a assistência de enfermagem entre outros.

Verifica-se que nos subsistemas operacionais, as informações relacionadas a assistência do paciente, fluem no sentido horizontal e vertical, proporcionando condições para a tomada de decisão e execução da ação assistencial. As informações ascendentes, ocorrem principalmente, quando os técnicos, auxiliares e atendentes através da assistência prestada coletam dados para que os enfermeiros possam prescrever e avaliar a assistência. Lateral, quando a equipe de enfermagem troca informações, e descendente quando a enfermagem recebe orientação quanto à assistência advindas dos serviços. Segundo Arndt e Huckabay (1983) a orientação dada neste nível é principalmente a racionalização técnica e econômica, e os limites são menos permeáveis aos inputs do ambiente do que os demais níveis.

Os serviços e divisões compõem o nível intermediário, sendo órgãos de planejamento tático e controle operacional da diretoria de enfermagem (Artigo 30 e 32 do Regimento Interno do HU/UFSC,1992). A função do nível tático é a coordenação e integração da assistência executada pela equipe de enfermagem do nível operacional.

As atribuições das chefias de serviços, de acordo com a manual de atribuições são: planejar, organizar, dirigir, controlar e tomar decisões com as seções ligadas ao serviço; promover e manter o bom relacionamento das linhas hierárquicas ascendentes, descendentes e horizontais, estimulando o trabalho em equipe; prever juntamente com as chefias ligadas ao serviço, os recursos humanos, materiais e equipamentos necessários ao adequado desenvolvimentos das atividades

entre outros. Estas são também atribuições das chefias de divisão, sendo que o seu trabalho está vinculado diretamente com as chefias dos serviços .

Constata-se que neste nível, as informações provenientes das seções, fornecem os elementos necessários para o provimento de pessoal e material, bem como para a elaboração de políticas, normas e procedimentos com o propósito de oferecer uma adequada assistência de enfermagem. O nível intermediário é responsável principalmente pelas interações intra-organizacionais, mantendo relações com os sistemas administrativo, médico e de apoio assistencial do macrossistema hospitalar.

A Diretoria de Enfermagem é o órgão responsável pela assistência de enfermagem no HU/UFSC, assim como o elo de ligação com o Departamento de Enfermagem, nas atividades de ensino, pesquisa e extensão nele desenvolvidas (artigo 21 do Regimento Interno do HU/UFSC,1992). Como este tem relações diretas com o meio ambiente exterior e é o órgão máximo da enfermagem dentro do macrossistema hospitalar de ensino, caracteriza-se como o nível estratégico. Os limites no nível estratégico, são permeáveis as variáveis e inputs do ambiente sobre o qual ele tem pouco controle. O enfermeiro administrador neste nível, deve ter uma percepção do sistema aberto e se concentrar nas estratégias inovativas e adaptáveis (Arndt e Huckbay, 1993).

Ao diretor de enfermagem cabe planejar, organizar, dirigir, controlar e tomar decisões das atividades da diretoria; promover a adequação e contínua atualização da filosofia, objetivos, políticas assistencial, de recursos humanos, de material e integração docente-assistencial; promover as condições de pessoal, material, equipamento e área física necessários para o desenvolvimento de programas nas áreas de atuação; garantir a melhor qualidade possível da assistência de enfermagem entre outros.

Verifica-se, que o nível estratégico utiliza-se de informações provenientes das seções, serviços e divisões, da direção geral bem como do meio ambiente externo, para decidir as ações assistenciais desenvolvidas pelo sistema. Ao diretor de enfermagem também compete informar e assessorar a direção geral do hospital em assuntos de sua competência.

A Comissão de Educação em Serviço (CES) é um órgão de assessoria à direção de enfermagem, com a responsabilidade de planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de orientação, treinamento e atualização do pessoal de enfermagem do HU/UFSC.

Analisando-se a posição ocupada na escala hierárquica pela Diretoria de Enfermagem, pode-se afirmar, que o sistema de enfermagem do HU/UFSC é considerado importante para o alcance dos objetivos organizacionais, bem como possui um grau de autoridade e influência como os demais sistemas do hospital. A subordinação direta do sistema de enfermagem ao nível decisório da organização, facilita a comunidade, fazendo com que as solicitações e sugestões que necessitam ser apresentadas a esse nível, sejam feitas diretamente pelo diretor de enfermagem, facilitando a tomada de decisão relacionada aos recursos necessários para o desenvolvimento da assistência.

Entretanto, sobre outro aspecto, a hierarquia destas categorias reproduzem no interior da relação de trabalho, a estrutura de classe social, estando sempre no vértice da pirâmide os que controlam e detêm o poder, e na base aqueles que executam, mantendo de uma certa forma o status quo.

No sistema estudado, ocorre também uma hierarquia informal de poder, no sentido da base para o ápice da pirâmide, através das reivindicações e pressões que os funcionários exercem sobre as chefias, relacionadas principalmente, com as condições de trabalho. Nestas condições, estão implícitas, a quantidade e qualidade de pessoal e material para a prestação da assistência, redução de carga horária, direito a alimentação gratuita, vale transporte entre outros.

Percebe-se então, que existe uma consciência de necessidade, por parte de todos os funcionários que não participam da hierarquia do poder, em interferir nesta, propiciando uma descentralização das decisões.

Outra questão a ser abordada no subsistema estrutural, é referente a autonomia do enfermeiro administrador quanto as suas decisões e ações. Segundo Dwyer et al. (1992), autonomia é entendida como a condição na qual o trabalho provém de liberdade substancial, independência e discricção para o trabalhador. A autonomia, geralmente, é tida como uma condição que ajuda o crescimento da motivação e satisfação do funcionário no trabalho. De acordo com os autores mencionados acima, a autonomia na enfermagem decorre de diferenças

individuais entre os enfermeiros, como também da estrutura de suporte da decisão.

Assim, pode-se afirmar, que o enfermeiro enquanto administrador da assistência de enfermagem, tem autonomia nas decisões e ações proporcionada pela estrutura. Às chefias compete o estabelecimento dos objetivos, das políticas, normas e rotinas da assistência de enfermagem que nortearão a tomada de decisão, entretanto, as mesmas deverão estar em consonância com os objetivos, políticas e normas do macrosistema. Percebe-se que o sistema de enfermagem no HU/UFSC, tem autonomia para decidir sobre o planejamento, organização, direção e controle das ações de enfermagem, atribuídas pela legislação do exercício profissional da enfermagem.

Considera-se, no entanto, que os enfermeiros assistenciais tem uma autonomia relativa, pois em algumas situações, o enfermeiro tem que aguardar a decisão do médico para implementar sua ação. Esta constatação é corroborada por Albuquerque (1991), quando cita que o enfermeiro limita sua ação em função da sua formação e características culturais, bem como em situações em que determinados procedimentos são de competência do médico.

O fluxo de informações no subsistema estrutural pode ser visualizado na figura 4.3, sob a ótica de Erdmann (1987).

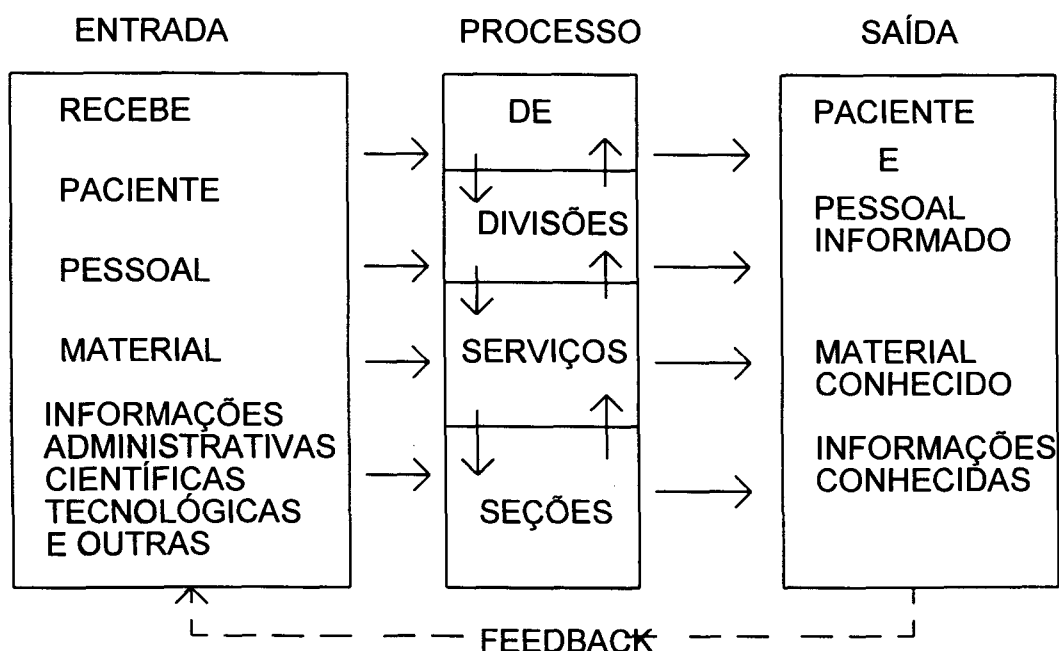


Fig.4.3 - Fluxograma de Informações do Sistema de Enfermagem.

Verifica-se, que no sistema de enfermagem, as informações descendentes ocorrem quando a diretoria de enfermagem, divisões e serviços transmitem as seções as orientações quanto aos objetivos, políticas, normas e rotinas estabelecidas nestes níveis e pela direção geral. Estas informações são repassadas através de documentos como memorandos, ordens de serviços, ofícios, através de reuniões conjuntas ou via telefônica. As comunicações ascendentes, ocorrem quando os subsistemas operacionais da enfermagem fornecem informações quanto ao desenvolvimento da assistência, bem como solicitam recursos necessários para a sua implementação e situações problemas que deverão ser solucionados nos outros níveis hierárquico. As comunicações laterais ocorrem entre os subsistemas do mesmo nível. Isto ocorre principalmente na enfermagem, quando há situações que envolvem outros subsistemas do hospital, quanto a operacionalização de atividades assistenciais como por exemplo raio X, laboratório, farmácia, nutrição entre outros. Nas comunicações ascendente e lateral, as informações se efetivam através de documentos escritos, reuniões ou oralmente.

O sistema de enfermagem tem como prática o agendamento de reuniões em cada nível hierárquico, com o objetivo de passar as informações bem como tomar decisões.

Algumas seções de enfermagem tem agendadas reuniões quinzenais, outras semanais, com todos os enfermeiros da sua seção para planejamento, organização e avaliação das atividades desenvolvidas. Nestas reuniões, as categorias não participam das decisões tomadas. Constata-se também, que poucas são as seções que fazem reuniões periódicas com seus funcionários, sendo que as mesmas só ocorrem quando há problemas que envolvem toda a equipe ou para a marcação de férias e licença prêmio.

No nível tático, as reuniões das chefias de serviço com as chefias das seções, se realizam esporadicamente, pois as chefes de serviços participam de todas as reuniões nas seções. Quinzenalmente, a chefe da Divisão de Pacientes Internos (DPI) realiza reuniões com as chefias dos Serviços de Enfermagem Médica, Cirúrgica e Pediátrica para avaliar as atividades e programar a reunião que tem nesta mesma periodicidade, com as chefes das seções sob sua coordenação. Esta reunião, tem como objetivo transmitir informações, orientações e tomar decisões quanto à problemas que afetam a assistência de enfermagem.

As chefes das seções ficam sabendo da pauta através das chefes de serviços, para que possam buscar elementos que auxiliem na resolução de problemas.

Salienta-se que a chefe da Divisão de Pacientes Externos (DPX), do serviço do ambulatório e emergência, diretor de enfermagem, e coordenadora da CES participam das reuniões da DPI. Sempre que necessário, a chefe da DPI convida chefes de outras áreas que tem problemas relacionados com a sua divisão, para solucionar em conjunto ou propor sugestões. A chefe da DPX não tem como prática agendar reuniões com suas chefias imediatas, devido as características peculiares no ambulatório, contatos diários com as mesmas quando são resolvidos os problemas e porque no ambulatório cada área possui a sua especificidade.

O diretor de enfermagem também reúne-se quinzenalmente com as chefias de divisão, serviço e seção e coordenadora da CES, para divulgar informações, orientar, bem como tomar decisões relativas ao sistema de enfermagem. O mesmo convoca esporadicamente o colegiado de enfermeiros para as decisões estratégicas da enfermagem. Este colegiado é composto somente pelos enfermeiros, sendo que as demais categorias não participam deste forum deliberativo, contudo, muitas das decisões tomadas estão associadas diretamente ao desenvolvimento de suas atividades. No entender da direção de enfermagem, quando houver um assunto pertinente à estas categorias, é realizada uma reunião com todos para deliberações.

A Comissão de Educação em Serviço, constituída por uma enfermeira coordenadora, o diretor de enfermagem, chefes das divisões e serviços e por uma professora representando o Departamento de Enfermagem, reúnem-se semanalmente para programar, organizar e avaliar suas atividades. Neste órgão, ocorrem muitas decisões que envolvem os recursos humanos do sistema de enfermagem, como seleção, orientação, treinamento, liberação para eventos e transferências internas.

Além destes contatos formais entre as chefias nos vários níveis hierárquicos, há também as informais. Sempre que há necessidade para a tomada de decisão, as chefias envolvidas no problema agrupam-se independentemente das reuniões agendadas.

4.2.5. Subsistema Administrativo

O subsistema administrativo na organização envolve os níveis operacional, tático e estratégico para o desenvolvimento das funções de planejamento, organização, direção e controle. É neste subsistema, permeando o processo administrativo que será analisado o processo decisório na enfermagem, pois de acordo com Motta (1993,p.26), administrar "é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados". Chiavenato (1987,p.149) afirma que "a tomada de decisão é o núcleo da responsabilidade administrativa. O administrador deve constantemente decidir o que fazer, quem deve fazer, quando, onde e como fazer".

4.2.5.1.Planejamento

Segundo a literatura pertinente, o planejamento é uma das principais etapas da administração. Corrobora-se esta afirmação citando-se Kast e Rosenzweig (1980,p.487) "Planejamento é a função-chave da administração, uma vez que fornece aos indivíduos e as organizações, os meios de que necessitam para enfrentar ambientes dinâmicos e complexos em constantes transformações".

Atualmente vive-se a era de mudanças e da descontinuidade, assim, as organizações devem ajustar-se, e se possível, antecipar-se a elas para poder sobreviver. Face a este ambiente de constantes mudanças técnicas e sociais, o planejamento exerce enorme influência, pois propicia meios de compreensão, antecipação, cooperação e exploração das mudanças (Newman apud Kurcgant, 1991).

O planejamento inicia-se à medida que determinam-se objetivos a serem alcançados, definem-se estratégias e políticas de ação e detalham-se planos para conseguir alcançar os objetivos, estabelecendo uma sequência de decisões que incluem a revisão dos objetivos propostos, alimentando um novo ciclo de planificação. (DiVicenti,1981;Marriner,1983). Assim, o planejamento é considerado um processo cíclico e constituído de várias etapas.

De acordo com as autoras anteriormente citadas e Mota (1993), o planejamento conforme a sua abrangência, pode ser classificado em estratégico, tático e operacional. O planejamento estratégico constitui-se em planos de longo alcance, estabelecidos ao nível mais global, que visam à implantação de estratégias que serão executadas e detalhadas ao nível tático. O planejamento tático tem por objetivo a utilização eficiente dos recursos disponíveis para a consecução de objetivos previamente fixados, sendo geralmente planos de média abrangência, desenvolvidos à níveis intermediários. O planejamento operacional constitui-se de planos de curto alcance, correspondendo aos planos de ação. Para Kurcgant (1991), o planejamento deve ser realizado em todos os níveis, de maneira formal ou informal, podendo ser realizado por comissões, equipes ou pelo grupo chefias.

No sistema de enfermagem do HU/UFSC, verifica-se que à nível estratégico - diretoria de enfermagem, existe um planejamento informal, estabelecido de acordo com os objetivos e metas da diretoria e da direção geral do hospital. No nível intermediário - as divisões não realizam seu planejamento formal, mas através de um diagnóstico da situação são determinados objetivos a serem alcançados durante a gestão de quatro anos. Os serviços da DPI realizam seus planejamentos juntamente com suas seções. Observa-se nesta divisão, duas condutas para a realização dos planejamentos. Os serviços de enfermagem médica e cirúrgica adotaram um planejamento para os quatro anos de gestão, onde fizeram um diagnóstico, estabeleceram objetivos por área de atuação, cronograma e avaliação. Quanto a avaliação, esta é feita periodicamente em cada seção, sendo que no final do ano é feita uma avaliação final que comporá o relatório de atividades, bem como possibilitará o redirecionamento de objetivos não alcançados ou estabelecimento de novos. O serviço de enfermagem pediátrica juntamente com as seções de ginecologia e pediatria fez o planejamento anual, seguindo a metodologia dos demais serviços.

Os serviços da DPX, isto é, de ambulatório e emergência também não fizeram seu planejamento, apenas estabeleceram os objetivos a serem atingidos.

O que se constata com a descrição acima, é que a atual gestão, não deu continuidade a prática que existia na diretoria de enfermagem, de que anualmente cada órgão elaborasse o seu planejamento e

relatório. Pode-se concordar que o planejamento a ser elaborado pela diretoria e divisões seja para o período de gestão, desde que aborde a visão de planejamento estratégico. Este planejamento diz respeito a todo um direcionamento de longo prazo, a um propósito mais amplo, relacionado as atividades fins e meios do sistema, com possibilidades de riscos maiores devido ao seu maior relacionamento com o meio externo. Os serviços poderiam fazer o planejamento tático, isto é, com menor prazo, amplitude mais restrita, relacionados as atividades meios e com maior flexibilidade. Outro fator a ser destacado, é que o sistema de enfermagem, tem proporcionado as suas chefias cursos de preparo gerencial, entretanto na prática, não se observa a adoção do planejamento estratégico.

4.2.5.2. Organização

De acordo com a literatura, a segunda função administrativa é a organização. Para DiVicenti (1981,p.48) "organização é o preparo para a ação futura, com ênfase no interrelacionamento das atividades práticas e recursos requeridos e na organização em um modelo sistêmico e exequível". Organizar implica em reunir e estruturar os recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros, de ensino, de pesquisa e assistenciais, e os órgãos, estabelecendo uma relação entre recursos e órgãos, bem como definir suas competências e atribuições para atingir os objetivos do sistema de enfermagem (Horr,1992). Segundo Marriner (1983), a organização provém de uma necessidade de cooperação entre os trabalhadores e o incentivo à produtividade. A análise das atividades, das decisões e relações são instrumentos que se podem utilizar para determinar a estrutura requerida.

Adotando-se o modelo de organização do sistema de enfermagem de Horr (1992), considera-se como elementos integrantes os objetivos, o regimento interno e as políticas que são subdivididas em recursos humanos, em recursos materiais, de ensino, de pesquisa, assistencial e orçamentária. Estes componentes são interdependentes e interrelacionados de uma forma dinâmica e ininterrupta, caracterizando um subsistema dinâmico e aberto, que continuamente está exposto à influências do ambiente interno e externo.

Neste subsistema, os objetivos devem ser mais específicos, determinando o equilíbrio entre a quantidade e qualidade da assistência do paciente e indicando os meios pelos quais o output da assistência pode ser avaliada. Deste modo, eles devem ser conceituados de maneira que apresentem critérios quantitativos e qualitativos (Arndt e Huckabay,1983). Estes objetivos devem contemplar os recursos, principalmente, os humanos e materiais, pela íntima relação que os mesmos tem com a qualidade da assistência. No sistema de enfermagem do HU/UFSC, observa-se que os objetivos estão claramente definidos, proporcionando assim, elementos que favorecem a avaliação da assistência. Os objetivos específicos estão elaborados para as áreas assistenciais, de administração de enfermagem, de ensino, de pesquisa e extensão. Cada subsistema estabelece os seus objetivos de acordo com os objetivos da diretoria de enfermagem e da direção geral do hospital.

O regimento interno, segundo elemento do modelo é um ato normativo aprovado pela administração superior do macrossistema hospitalar, de caráter flexível e que contém as diretrizes básicas para o funcionamento do sistema de enfermagem. Deve levar em consideração o regimento interno da organização, a filosofia e os objetivos do próprio sistema.

O sistema de enfermagem do HU/UFSC, não possui o seu regimento interno, apesar das várias tentativas de sua elaboração, e principalmente, pela constante proposta de re-estruturação do regimento interno do hospital, que finalmente foi aprovado em 1992. A estruturação, bem como a competência de cada órgão do sistema de enfermagem estão explicitamente determinados no regimento interno do HU/UFSC.

"As políticas são guias norteadoras ou diretrizes gerais orientadoras e demarcadoras da ação, da decisão" (Horr,1992;p.39). Segundo a mesma autora, as políticas devem abordar os aspectos que ocorrem com maior frequência, devendo ser conhecidas de todos, atendendo as expectativas do indivíduo no seu exercício profissional, sem tolher a sua individualidade, criatividade, iniciativa ou espontaneidade. As políticas compõem-se de vários elementos, que poderão estar presentes ou não, de acordo com as condições de cada sistema.

-A política de recursos humanos pode ser composta dos seguintes elementos: filosofia; objetivos; perfil das categorias de enfermagem; processo de recrutamento, seleção, admissão, demissão, elogios e punições; plano de cargos e salários; jornada de trabalho; provimento de pessoal - quantidade e qualidade; atribuições; educação em serviço; condições de trabalho; atenção à saúde; supervisão e avaliação de desempenho.

O sistema de enfermagem, não possui organizada a sua política de recursos humanos conforme a literatura preconiza, entretanto, possui filosofia e objetivos estabelecidos implicitamente nas ações relacionadas aos recursos humanos.

O processo de recrutamento, seleção, admissão, demissão, elogios, punições, jornada de trabalho, plano de cargos e salários, respeitam e cumprem o estabelecido pela universidade, através da Divisão Auxiliar de Pessoal (DAP) do HU. Em algumas situações, quando não tem lista de aprovados em concurso público, e quando da necessidade de contratação de pessoal, o sistema de enfermagem através da Comissão de Educação em Serviço faz o recrutamento e seleção, encaminhando ao DAP os selecionados para a contratação. Isto tem ocorrido, principalmente, devido o impedimento da contratação de pessoal do quadro permanente, fazendo com que as pessoas sejam contratadas por tempo determinado pela FAPEU.

Quanto à jornada de trabalho que é de quarenta horas semanais, a enfermagem do HU tem levantado como bandeira de luta a redução para trinta horas. Justifica-se esta reivindicação devido aos fatores físicos, psicológicos e emocionais aos quais a equipe de enfermagem está submetida, através do relacionamento com pessoas em risco de vida. Soma-se a esta justificativa, a distribuição da carga horária semanal, impedindo que o funcionário tenha um final de semana livre para seu descanso e lazer com a família. Como consequência da constante reivindicação da redução de carga horária, a atual diretoria de enfermagem conseguiu reduzir para trinta e seis (36) horas semanais.

O sistema de enfermagem tem elaborado vários documentos para determinar a quantidade e a qualidade do seu quadro de pessoal, baseados em Alcalá (1982) e Alves (1988). Atualmente, um grupo de enfermeiros e professores desenvolvem uma pesquisa que estabelecerá o quantitativo e qualitativo do pessoal, de acordo com as condições

reais e especificidades do sistema e macrossistema. Entretanto, questiona-se a metodologia empregada, pois a mesma baseia-se em tempos e movimentos, o que apresenta uma perpetuação do modelo Taylorista para a quantificação de pessoal. Com as novas filosofias gerenciais, a tendência para a qualificação e quantificação de pessoal passa pelo processo coletivo e situacional do sistema, com o enfoque holístico da assistência de enfermagem.

As atribuições do pessoal de enfermagem foram estabelecidas no início do funcionamento do hospital, sendo que já sofreram duas alterações, uma em 1987 e a última em 1990. Atualmente, as atribuições estão descritas por categoria funcional e por áreas específicas de atendimento, como reflexo da alta tecnologia advinda da área médica.

Aos enfermeiros das unidades de internação, segundo o manual de atribuições compete: planejar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao paciente; prestar cuidados de enfermagem ao paciente, cabendo-lhe os procedimentos exclusivos e preferenciais entre outros. Assim, consecutivamente, estão descritas as atribuições do enfermeiro do ambulatório, do CC, do CME e da UTD.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem tem como atribuições a execução de procedimentos de enfermagem no cuidado do pacientes, assim como as atividades relacionadas à ordem e limpeza da seção. Já os atendentes de enfermagem são responsáveis pelas tarefas referentes à higiene e conforto do paciente, bem como pela ordem e limpeza do ambiente. Estão escritos também as atribuições dos servidores do CME, circulantes e instrumentadores do CC.

Existem atribuições específicas para o diretor de enfermagem; chefes das divisões, dos serviços e das seções; coordenador da CES e enfermeira da CCIH.

As atribuições estão concentradas num manual, e cada subsistema possui a sua cópia para eventual consulta pelos funcionários ou alunos dos cursos de enfermagem que estagiam no HU.

Constata-se através da análise das três versões do manual de atribuições, que cada vez mais o sistema de enfermagem foi especificando as atribuições do seu pessoal de acordo com as especialidades e áreas de atendimentos. Desta forma, caracteriza-se a divisão técnica do trabalho como consequência das especialidades médicas, e não em função de uma visão holística de atendimento ao

cliente. Acredita-se, que o sistema de enfermagem deva refletir sobre a sua prática, visualizando um futuro para a enfermagem embasada nos valores profissionais, filosóficos e éticos. Cabe também, a Diretoria de Enfermagem, a responsabilidade de levar esta reflexão à nível de direção geral, para proporcionar um redirecionamento da assistência prestada à clientela do HU/UFSC.

A educação em serviço é realizada através da CES, que desenvolve programas de orientação para funcionários recém admitidos, treinamento e atualização para funcionários que já trabalham no sistema. Estabeleceu critérios de liberação do pessoal de enfermagem para participar em eventos da classe, de cursos de especialização e mestrado, e de transferências internas. Todos os assuntos que envolvem aperfeiçoamento de todas as categorias de enfermagem, são programados, desenvolvidos e avaliados por esta comissão, que periodicamente faz um diagnóstico da necessidade para tal finalidade.

Segundo Moscovici (1983,p.14), "a maior riqueza de uma organização são as pessoas que nela trabalham". Portanto, o investimento de peso não deve ser exclusivamente em tecnologia e sim, paralelamente e na mesma proporção, no sistema humano, em educação. De acordo com a autora citada, a educação na organização significa prover condições de aperfeiçoamento no trabalho, de permitir a atualização de potencialidades não exploradas pelas tarefas rotineiras, levando ao desenvolvimento do indivíduo como pessoa integral.

A necessidade de aperfeiçoamento profissional tem sido reforçada pelo avanço tecnológico e pelas constantes mudanças sociais que geram no indivíduo a necessidade de buscar, adquirir, rever e atualizar seus conhecimentos. Desta maneira, segundo Pereira e Kurcgant (1991,p.313) "o desenvolvimento do indivíduo tem um caráter de continuidade, independentemente do tempo de exercício profissional em determinada atividade ou instituição".

A filosofia de qualidade total, também reforça esta conotação, quando afirma que, com a plena participação dos indivíduos e com o desenvolvimento individual ao máximo de sua potencialidade, a padronização (característica da era industrial) vai cedendo lugar para a não-uniformização e variabilidade (Marques e Mirshawka,1993).

Acredita-se, portanto, que para despertar o potencial adormecido em cada indivíduo, precisa-se ir além das propostas

estabelecidas pela comissão, fortalecendo a crença num processo mobilizador de recursos pessoais inexplorados. Assim, a proposta de educação em serviço, deve estar prevista numa política de pessoal que acredite numa correlação entre qualidade de assistência e processo de desenvolvimento global do homem.

As condições de trabalho no sistema de enfermagem, de acordo com a pesquisa de Gelbcke (1991), impõem aos seus trabalhadores, as mesmas condições que as dos demais trabalhadores da sociedade. Isto traduz-se através de baixos salários, o que representa uma defasagem nas condições de vida, dificultando o acesso aos bens de consumo e serviços. Ainda, segundo a autora citada, os trabalhadores sofrem desgaste tanto físico como mental, provocado pelo difícil acesso ao trabalho, pela jornada de trabalho de quarenta horas semanais, plantões nos finais de semana e feriados e pelo próprio processo de trabalho. Atualmente, outro fator que tem contribuído para este desgaste, são as condições de refeições, que com a implementação do vale alimentação, impediu que o hospital oferecesse refeição gratuita ao pessoal nos plantões noturnos, de finais de semana e feriados. Além disto, salienta-se os diferentes contratos de trabalho que tem criado situações conflitantes entre as categorias de enfermagem, devido as diferenças salariais.

A qualidade de vida no trabalho, tem sido objeto de discussão e proposta para um ambiente de trabalho saudável. Para Moscovici (1993), saúde na organização significa prover condições de trabalho adequados ao biorítmo, às necessidades das pessoas e que assegurem bem estar físico e psíquico. Entende-se então, que boas condições de trabalho não representam somente uma adequação de material, equipamentos e pessoal qualificado e em número suficiente às necessidades de assistência ao paciente, mas principalmente, tornar o ambiente de trabalho como parte da vida do trabalhador.

Faz-se necessário ter um ambiente com características familiares, para que, segundo Arruda e Erdmann (1993), se torne cada vez mais o mundo próprio de existência efetiva pela troca de energias neste ambiente. Pode-se afirmar, que a qualidade de vida no trabalho, também traduz-se na valorização do trabalho humano, que de acordo com Erdmann (1992,p.117), significa um "trabalho agradável e livre de agressões à natureza humana, agressões essas físicas, mentais, morais, sociais e outras". O sistema de enfermagem e o macrosistema

hospitalar, através de análises e reflexões das condições de trabalho oferecidas aos seus funcionários, cabe um repensar, vislumbrando uma qualidade de vida saudável no trabalho.

Não existe um programa específico de atenção à saúde aos funcionários no macrossistema hospitalar. Os mesmos utilizam-se do Serviço de Atendimento à Saúde Comunitária, que atende à professores, alunos e servidores da universidade, além dos serviços do ambulatório e emergência. Caberia ao macrossistema hospitalar, implantar um atendimento aos servidores, realizando uma avaliação de saúde periódica de caráter preventivo.

O Ministério da Saúde citado por Kurcgant (1991,p.118) define supervisão como "um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente, em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base nas normas, a fim de manter elevada a qualidade do serviço prestado". A supervisão envolve então, um processo de orientação contínua de pessoal com a finalidade de desenvolvê-lo e capacitá-lo para o serviço. Os enfermeiros, enquanto supervisores, desenvolvem atividades de complexidade variada, dependendo do cargo que ocupam, sendo mais complexas nos níveis hierárquicos mais alto da estrutura organizacional.

O sistema de enfermagem tem documentado num manual, a supervisão estabelecida para os três níveis hierárquicos, na área assistencial e de pessoal. De acordo com o mesmo, é competência de todo enfermeiro, supervisionar a assistência nas vinte e quatro horas. Às chefias cabe supervisionar, principalmente, os recursos humanos, para a prestação da assistência com qualidade.

Embora na prática não se observe o uso de instrumentos para a realização da supervisão, a mesma é feita de forma sistemática, quando os enfermeiros acompanham os técnicos, auxiliares e atendentes na realização dos procedimentos. Acredita-se assim, que a responsabilidade e confiança devem ser estimulados em todos os membros da equipe na realização de suas tarefas. Desta forma, pode-se ter uma filosofia de trabalho calcada na competência, alicerçada não só no domínio das habilidades específicas, mas na compreensão e na busca de significados maiores, conquistando uma visão de totalidade das atividades, valorizando a independência, a responsabilidade e o equilíbrio do trabalho.

A avaliação de desempenho do sistema de enfermagem, foi elaborada inicialmente pela Profa. Lidvina Horr, sendo inclusive sua Tese de Livre Docência em 1987, constituindo o Manual de Desempenho do Pessoal de Enfermagem do HU/UFSC. Em 1992, foi constituída uma comissão de enfermeiros que reformulou os instrumentos da avaliação de desempenho, propondo instrumentos específicos para cada categoria de acordo com as funções que exerce. A periodicidade da avaliação será anual, ou conforme a necessidade, devendo seguir o seguinte fluxo: chefia da seção encaminha para a chefia do serviço que deverá levantar os problemas, após deverá ser encaminhada a coordenadora da CES, que deverá agrupar os problemas e levar para a comissão e, esta então, encaminhará as avaliações para a DAP.

Percebe-se então, que a prática da avaliação de desempenho, reflete uma visão mecanicista do comportamento humano, voltada para o pensamento fragmentado das atividades. O enfoque da administração contemporânea, reforça que a responsabilidade maior de cada indivíduo, é para com sua competência como pessoa comprometida com o seu grupo social e com seu projeto profissional (Marques e Mirshawka,1993), pois o controle rígido, racional e absoluto das atividades organizacionais, restringe o espaço para os impulsos criativos, intuições positivas e conteúdos espontâneos (Moscovici, 1993). Assim, as forças vitais valiosas como o autoconhecimento pode ser alcançado gradativamente, quando a pessoa se dispõem a examinar o seu eu sistematicamente, por meio de informações e feedback dos outros ou de processos. A competência de auto conhecimento, segundo Moscovici (1993,p.96) " é indispensável para a identificação e utilização de recursos pessoais, potencialidades e limites, respeitando a sua dinâmica intrapessoal, seu biorrítmo e auto-imagem mais realística".

Sugere-se que o sistema de enfermagem faça uma reflexão crítica do modelo da avaliação de desempenho que desenvolve, reforçando os pontos fortes, o mundo subjetivo, intuitivo, voltado para o positivismo, o auto conhecimento, a responsabilidade e o compromisso social que deve nortear a sua prática.

Concluindo sobre a política de pessoal, pode-se afirmar, que embora o sistema de enfermagem não a tenha constituída de uma forma global, com uma visão contemporânea, é o sistema, dentro do

macrossistema hospitalar, que a tem melhor estruturada, servindo de guia para as decisões e ações relacionadas aos recursos humanos.

-A política de recursos materiais pode ser composta pelos seguintes elementos: filosofia, objetivos, previsão das necessidades; solicitação, especificação e parecer técnico; organização, padronização e controle; e avaliação da política de recursos materiais.

O enfermeiro administrador deve coordenar as atividades relativas aos materiais, delegando funções de caráter burocrático para os escriturários tais como preenchimento de requisição de materiais, guarda e solicitação de conserto, Kurcgant(1991). É importante ressaltar, que as funções relativas à administração de recursos materiais devem ser executadas pelo enfermeiro, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais membros da equipe de saúde. O enfermeiro deve, portanto, estar atento a qualidade do material utilizado e à quantidade satisfatória, com o objetivo de minimizar o risco para o paciente e evitar a descontinuidade da assistência.

A política de material, no sistema de enfermagem, não está integralmente escrita, embora a sua filosofia e objetivos não estejam explicitamente definidos, percebe-se que o critério de qualidade e quantidade tem permeado todas as ações referentes aos materiais e equipamentos.

A previsão consiste na reposição dos materiais necessários para a realização das atividades nas seções, mediante o impresso de solicitação aos serviços que fornecem materiais. O sistema de enfermagem do HU/UFSC, prevê a necessidade de material de acordo com três situações: a primeira que é a reposição dos itens constantes em cada subsistema operacional, feito através do controle bi-semanal, por funcionário da divisão que solicita a reposição ao almoxarifado; a segunda, quando da aquisição de materiais e equipamentos novos; e a terceira, quando da abertura de novos subsistemas operacionais.

Todo material e equipamento a ser adquirido, é feito através de solicitação à Divisão de Material, entretanto, a especificação de cada item, isto é, a descrição minuciosa das características do material desejado é realizada pelo sistema de enfermagem. Durante o processo de licitação de compra, o material que não for conhecido pela enfermagem, é encaminhado às seções para testes, para verificar se

atende a necessidade à qual se destina. De posse dos resultados dos testes e das especificações técnicas, o enfermeiro administrador elabora seu parecer a respeito do produto. O parecer técnico é uma comunicação escrita, sobre as vantagens e desvantagens apresentadas pelo material e se está de acordo com as especificações.

A diversidade em relação aos tipos, à qualidade e o grande número de fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha e a administração destes, aumentando os custos e dificultando o controle. Para Kurcgant(1991), a padronização é a atividade que visa simplificar, isto é, reduzir as variedades eliminando o que não for necessário. O sistema de enfermagem, padronizou os materiais de consumo da enfermagem, de acordo com o uso em cada subsistema, bem como a quantidade necessária semanal para controle e reposição.

O controle dos materiais e equipamentos nos subsistemas operacionais é manual, não havendo nenhum controle mecanizado. Grande dificuldade tem sido encontrada no controle efetivo dos materiais nos subsistemas de enfermagem, devido ao elevado número de pessoas-professores e alunos, além da equipe de enfermagem, familiares e pacientes que transitam e manipulam os mesmos.

- A política assistencial, a priori, pode ser constituída pelos seguintes elementos: filosofia, objetivos, método de assistência; padrões de assistência; descrição dos procedimentos normas e rotinas assistenciais; avaliação da assistência de enfermagem e avaliação da política assistencial.

Desde a inauguração do HU/UFSC em 1980, o sistema de enfermagem tem escrito nos Documentos Básicos da Diretoria de Enfermagem, a filosofia, os objetivos, o método da assistência e os padrões de assistência relacionados aos cuidados e registros de enfermagem, que orientam todas as decisões e ações relativas a assistência.

O método de assistência é um planejamento da assistência de enfermagem, que determina as ações assistenciais, a fim de atender as necessidades da clientela. Esse método, geralmente denominado processo de enfermagem, fundamenta-se no método da resolução científica de problemas. Para DiVicenti (1981,p.168) o processo de enfermagem é definido como "processo interpessoal dinâmico e contínuo, no qual a enfermeira e o paciente são vistos como um sistema, cada um afetando a conduta do outro e ambos sendo afetados

por fatores situacionais". De acordo com Stanton et al. apud George e col. (1993,p.24), o processo de enfermagem "constitui o esquema subjacente que proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho do enfermeiro", constituindo assim a essência da prática profissional de enfermagem. De acordo com as autoras citadas, o processo pode ser considerado ainda, como o instrumento e a metodologia da profissão do enfermeiro, e, como tal, auxilia os profissionais a tomarem decisões, e a preverem e avaliarem as consequências.

A sistematização da assistência de enfermagem é fundamental na administração da assistência, pois, além de nortear a caracterização dos recursos humanos e materiais, facilita a avaliação da assistência prestada, o que permite verificar o alcance de padrões mínimos de assistência.

O método de assistência adotado pelo sistema de enfermagem do HU/UFSC é o da Dra. Wanda de Aguiar Horta, que tem como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Segundo Horta (1979,p.35) o processo de enfermagem "é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano". Segundo a autora, o processo de enfermagem é constituído de seis passos a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. Entretanto, no sistema estudado, pelas dificuldades operacionais de todas as fases do processo, foi feita uma adaptação implementando o histórico, a prescrição e a evolução de enfermagem.

A DPX, pela característica de atendimento ambulatorial, adotou um método assistencial baseado no referencial teórico, construído sobre a sua prática, sendo portanto, diferente do método adotado pela Divisão de Pacientes Internos.

O sistema de registro no prontuário usado, é o orientado para o problema do paciente, denominado Sistema Weed.

Os padrões de assistência relacionados aos cuidados e aos registro de enfermagem, representam o desempenho desejado da equipe de enfermagem. O sistema de enfermagem possui estes padrões, que foram avaliados e modificados em 1988 por uma comissão de enfermeiros. Em 1992, os padrões relacionados aos registros foram reformulados, de acordo com a nova metodologia de registros implantados pelo sistema. Até o momento, somente o método da

assistência não foi modificada, embora haja algumas restrições quanto a sua praticidade.

Em relação aos procedimentos, normas e rotinas, o sistema de enfermagem tem organizado na forma de manuais, que encontra-se em cada subsistema para eventuais consultas. Os mesmos foram elaborados por enfermeiros do hospital, que após alguns anos de exercício profissional, escreveram de acordo com as características do atendimento, recursos humanos e materiais disponíveis. Existem os manuais de procedimentos, normas e rotinas assistenciais e administrativas, baseados em princípios científicos, que tem a finalidade de nortear as decisões e ações assistenciais e administrativas do sistema de enfermagem.

A avaliação da assistência pode ser realizada através da auditoria, que auxilia o encaminhamento para uma enfermagem científica, a qual necessita de ações comprovadas que levem à construção de um saber. Dunn e Morgan citados por Kurcgant (1991, p.216) definem auditoria como sendo "a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis". Entende-se então, que a auditoria em enfermagem, é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, através dos registros no prontuário e/ou das próprias condições do paciente.

Constata-se que no sistema de enfermagem, a avaliação da assistência tem sido realizada de forma assistemática pelos enfermeiros, chefes de seções e serviços. Somente em 1986, foi realizada uma auditoria da assistência, por uma comissão constituída por professores e enfermeiros. Acredita-se, que cabe aos enfermeiros uma reflexão quanto a operacionalização da avaliação da assistência, pois sem este feedback, não se tem informações qualitativas da assistência prestada, que permita uma análise com possíveis mudanças para o aperfeiçoamento do método da assistência.

- A política de pesquisa e orçamento também possuem seus componentes organizacionais, entretanto, no sistema estudado, são as que não possuem algum documento explicitando suas decisões e ações.

Quanto à pesquisa, o que se percebe, é a falta de incentivo e condições financeiras e operacionais para o desenvolvimento destas pelos enfermeiros. Sabe-se, através da literatura pertinente, que o campo prático é um celeiro que fornece elementos a serem

investigados, bem como o meio para as transformações, inovações e criações de novos conhecimentos.

Em relação a política orçamentária, não tem sido prática do sistema de enfermagem, nem do hospital, estabelecer o orçamento para cada sistema. O orçamento pode ser definido como um padrão pré-determinado de desempenho aos custos controláveis para qualquer volume de serviço, durante um específico período de tempo. Segundo Arndt e Huckabay (1983), o orçamento para o sistema de enfermagem é a expressão econômica daquela parte do objetivo da organização relacionada com a assistência de enfermagem. O orçamento define os limites de apoio financeiro para o sistema de enfermagem, afetando as políticas de pessoal, material, pesquisa e atividades de enfermagem e, conseqüentemente, a qualidade da assistência ao paciente. Urge pois, que o macrossistema hospitalar adote orçamento programa para cada sistema, a fim de que os mesmos tenham autonomia no gerenciamento de seus recursos e atividades.

- A política de ensino servirá como guia das decisões e ações de ensino realizadas no sistema de enfermagem. Pode ser constituída pela filosofia; objetivos; solicitação e previsão de estágios, planejamento e relatórios de estágio; supervisão e avaliação dos campos e dos estagiários e a avaliação da política de ensino.

De acordo com Siqueira (1983), a função primordial do hospital escola, é a prestação da assistência à saúde, decorrendo da excelência desta assistência, o bom ensino profissional. O sistema de enfermagem analisado, faz parte do macrossistema hospitalar de ensino, conforme consta no Regimento Interno do HU/UFSC, servindo portanto, de campo de estágio para alunos e profissionais de enfermagem. Os funcionários do hospital recebem um percentual de 20% sobre os salários como incentivo ao atendimento dos alunos no campo prático.

Embora não exista documentos explicitando a política de ensino, percebe-se que o sistema de enfermagem tem algumas normas estabelecidas implícitas, que orientam as decisões e ações referentes ao ensino. O sistema tem recebido solicitações para campo de estágio e, conseqüentemente, faz a previsão de seus subsistemas disponíveis. Quanto ao planejamento e relatório de estágios, a prática desenvolvida tem sido desvinculada da participação dos enfermeiros assistenciais, o

mesmo acontecendo com a supervisão e avaliação dos campos de estágios.

Percebe-se também, que na prática, a política de ensino é organizada pela CES, que está contemplada na política de recursos humanos. Esta comissão, estabeleceu critérios para a realização, principalmente, de estágios de alunos e profissionais da enfermagem que não tenham vínculo educacional com a UFSC.

É importante salientar, que sendo um sistema inserido numa organização hospitalar de ensino, não possui uma política de Integração Docente Assistencial (IDA). Nos Documentos Básicos da Diretoria de Enfermagem (1980), encontra-se uma proposta de efetivação desta política, estabelecendo os pré-requisitos e a estrutura administrativa da IDA. Assim, desde a implantação do hospital em 1980, os cargos de três serviços, das duas divisões e da diretoria de enfermagem foram ocupados por docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC até 1990. Com a eleição para os cargos neste mesmo ano, somente a Diretoria de Enfermagem permaneceu ocupada por professora do departamento, para a complementação da gestão da direção. Em 1991, houve nova eleição, e como não houve docentes que se candidatassem, os cargos foram ocupados por enfermeiros assistenciais do HU.

A problemática da IDA, vem sendo trabalhada há mais de duas décadas, todavia, ainda não está solucionada, conforme demonstram os estudos de Laganá (1986), Oliveira (1987), Ribeiro e Reiners (1987), Duarte et al. (1990) e Padilha (1991).

As principais dificuldades apontadas pelas autoras são: a falta de prioridade nos setores de saúde e de educação nas políticas governamentais, a fim de estabelecer o desenvolvimento social; a dificuldade de trabalhar com integração numa sociedade tão desintegrada; a filosofia de trabalho que cada enfermeiro possui, e como destaca Oliveira (1987), o modelo da instituição de saúde vincula-se a um sistema educacional divorciado das necessidades de saúde da comunidade e orientado para satisfazer as necessidades de funcionamento da própria instituição.

Desta forma, segundo Torres et al. (1984,p.288) a "IDA depende da definição de objetivos educacionais e assistenciais, estabelecimento de responsabilidades tanto para o ensino como para a assistência". Para Laganá (1986), a efetiva participação dos docentes na

assistência, no campo de estágio dos alunos, torna-se obrigatória, enquanto os enfermeiros assistenciais devem ser preparados e motivados para a efetiva participação no ensino. Padilha (1991) afirma que esta integração tanto se dá a partir de iniciativas informais, visando a melhor qualidade do trabalho educativo, assistencial e de pesquisa, como também partindo de um planejamento estruturado e conjunto entre a escola e o hospital. Entende-se, portanto, que a efetivação da IDA só ocorrerá a partir do momento que escola e hospital reunirem esforços por um objetivo comum, compartilhando da mesma filosofia que norteará o ensino e a assistência.

No sistema de enfermagem, pode-se considerar que há uma integração formal, quando professores do departamento, tem carga horária semanal disponível para atuação no hospital. Embora seja de forma discreta, há a participação de uma professora na Comissão de Educação em Serviço e de mais oito professores participando em grupos ou comissões. Considera-se como integração informal, a participação de professores que não dispõem de carga horária, mas que contribuem indiretamente em comissões, grupos de estudos e pesquisas. Cabe ao sistema de enfermagem e ao departamento de enfermagem da UFSC, refletir sobre uma maior efetivação da IDA.

4.2.5.3. Direção

O terceiro componente do subsistema administrativo é a direção. De acordo com Arndt e Huckabay (1983), uma vez que o plano é concebido e organizado, a função de direção assume a responsabilidade de agilizar os planos organizados através dos recursos e a transformação de estratégias em táticas. Para a mesma autora, os elementos interdependentes da direção são delegação de autoridade e a coordenação.

Segundo Marriner (1983), a autoridade é poder legítimo, e está determinada pela estrutura, na qual implica regras, papéis e relações. As regras dão legitimidade a autoridade, os papéis são a posição no cargo e as relações que ocorrem entre superiores e subordinados estão conectados com a credibilidade na qual se obtém por meio de conhecimentos.

Entendendo-se a autoridade desta forma, a delegação significa, alocar e descentralizar autoridade, fixando responsabilidade, competência e designando tarefas, até o menor nível em que exista competência e informações, para um efetivo desempenho da tarefa e tomada de decisão. Com os objetivos estabelecidos e a autoridade delegada, o enfermeiro administrador deve proporcionar ao pessoal a maior amplitude de liberdade profissional e autonomia, de modo que todos possam ter acesso aos meios para atingir os fins pelos quais são responsáveis.

No sistema de enfermagem, pode-se observar de acordo com o Regimento Interno do HU/UFSC e com o Manual de Atribuições, que ocorre a delegação de autoridade desde o cargo do diretor de enfermagem até as chefias da seção no sentido da administração da assistência de enfermagem.

O segundo elemento que compõe a função de direção é a coordenação. Por coordenação entende-se a função de ligar, unir, harmonizar todos os atos e esforços. Arndt e Huckabay (1983) alertam que nos sistemas onde existe uma divisão de trabalho acompanhado de especialização da função, é imprescindível a efetivação da coordenação para o alcance dos objetivos propostos. Para as autoras, a necessidade básica de coordenação nos sistemas é a condição de interdependência funcional, significando que as várias funções, habilidades e atividades de uma organização, devem entrar em ação no tempo e lugar adequados e numa certa ordem, para que a organização realize seus objetivos.

Percebe-se que no sistema de enfermagem estudado, ocorre a coordenação do pessoal de enfermagem nas atividades de assistência, ensino e administração, Não só por constar como atribuição de cada cargo descrito, mas porque se não houver a integração e harmonização dos atos coletivos, a assistência não se efetivaria.

É importante salientar que, como a equipe de enfermagem está presente nas vinte e quatro horas no hospital cuidando dos pacientes, ela acaba assumindo a coordenação das atividades assistenciais complementares como a realização de exames, nutrição entre outros.

Sabe-se através da literatura, que os planos, regras, regulamentos e controles formais que se encontram nas organizações, podem garantir um mínimo de coordenação, mas são incapazes, por si só, de fazer brotar uma coordenação apropriada, pois apenas uma pequena fração de toda a operação coordenadora requerida por sua

organização pode ser programada antecipadamente". Levando-se em consideração esta afirmação, supõe-se que uma das forças capazes de favorecer a coordenação voluntária é o sistema global de valores que dá sustentação ao bem estar do paciente. Quanto a isto, percebe-se o enorme esforço desenvolvido pelo sistema de enfermagem, quando estabelece como pressupostos de sua filosofia a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

4.2.5.4. Controle

O quarto e último componente do subsistema administrativo é o controle. Segundo DiVicenti (1981,p.65) o controle " é a função administrativa que trata de assegurar que os planos sejam bem sucedidos, significa medir e corrigir o desempenho para garantir que os objetivos planejados da organização sejam alcançados". Chiavenato (1987), afirma que a finalidade do controle é assegurar que os resultados das operações se ajustem tanto quanto possível aos objetivos previamente definidos. Quando se fala em resultados esperados, parte-se do princípio de que estes resultados foram previstos e são conhecidos, pressupondo a existência de planos e objetivos.

Para DiVicenti (1981), Marriner (1983) e Chiavenato (1987), a implementação de métodos e controles depende da provisão de três condições básicas:

- 1) estabelecimento de padrões de desempenho,
- 2) comparação do desenvolvimento atual com os padrões e
- 3) tomada de ação corretiva para ajustar o desempenho atual com o padrão desejado.

Os padrões representam o desempenho desejado, podendo ser tangíveis ou intangíveis, vagos ou específicos, mas sempre relacionados com o resultado que se espera alcançar. Arndt e Huckabay (1983) afirmam que os padrões são derivados das metas, apresentam muitas características, sendo critérios contra os quais as ações futuras, presentes ou passadas são comparadas. Os padrões fornecem os parâmetros que deverão balizar o funcionamento do sistema, e as

decisões sobre os padrões, geralmente são tomadas no decorrer do planejamento, podendo ser reajustadas na medida em que o processo de controle produzir informação de realimentação (Chiavenato, 1987). Para Arndt e Huckabay (1983) e Chiavenato (1987) os padrões podem ser determinados em termos de qualidade, quantidade, tempo e custos.

Estabelecidos os padrões, a segunda etapa compreende a comparação do desempenho atual com o padrão estabelecido. Esta permite localizar os erros ou desvios, mas também permite a predição de outros resultados futuros. Obtidos os resultados da comparação, deve-se adotar as medidas corretivas que é a etapa final do processo de controle. A ação corretiva é tomada a partir dos dados gerados nas fases anteriores do processo. As decisões quanto às correções a serem feitas, representam a culminação do processo de controle.

Analisando-se o sistema de enfermagem, pode-se afirmar que o mesmo possui estabelecido os padrões de desempenho do pessoal de enfermagem, padrões da assistência, padrões de registro da assistência e padronização e cotas de materiais de consumo por subsistema. Apesar de só terem esses padrões elaborados, percebe-se também que o sistema realiza o controle da assistência de acordo com as normas e rotinas assistenciais, os objetivos propostos e os valores da profissão.

Segundo Kast e Rosenzweig (1980,p.614) a equipe de enfermagem "guia-se por numerosos padrões normativos, desenvolvidos no decorrer do ensino de enfermagem. Estes padrões relacionados com o desempenho de papéis, funcionam como o principal meio de interiorização do controle".

4.2.6. Interagindo o Sistema de Enfermagem

O sistema aberto pode ser melhor compreendido como um conjunto de fatores sociais e mecanismos inter-institucionais interagentes, respondendo a um subconjunto de necessidades e demandas sociais relacionadas com a saúde. Desta forma, requer que examine-se o ambiente dentro do qual o sistema funciona e determine-se o impacto que o ambiente apresenta em relação ao sistema, como ele proporciona inputs e absorve seus outputs.

Uma organização de assistência de saúde não existe num vazio, mas relacionando-se com o seu ambiente, que proporciona recursos e limitações. Se a organização deve ser útil à sociedade, ela deve adaptar-se ao seu ambiente, que está em constante mudança.

A organização do sistema de enfermagem e seu ambiente são interdependentes, e dependente de seu ambiente para a obtenção de recursos e oportunidades necessárias à sua existência. Através do feedback, o ambiente reage aos serviços prestados e as atividades da organização do sistema.

A organização do sistema de enfermagem é influenciada pelo ambiente externo. Como explicitado na revisão teórica, o ambiente externo pode influenciar o sistema através das variáveis tecnológica, política, legal, social e econômica.

O sistema de enfermagem do HU/UFSC, sofre influências da variável tecnológica, quando através do conteúdo técnico-científico, ad diversas áreas do conhecimento da saúde, interferem na organização e estrutura dos serviços, adotando o modelo do cuidado individualizado, que reduz a possibilidade de incorporar a dimensão social do processo saúde-doença. O desenvolvimento tecnológico leva à rápidas transformações, que influem decisivamente na organização e estruturação do sistema de enfermagem, como constata-se através das especificações das atribuições do pessoal de enfermagem entre outros.

Percebe-se, através das dificuldades de ampliação da capacidade de atendimento à saúde da população, que há restrições advindas da variável política, pois de acordo com Carvalho e Oliveira (1990), a atual política de produção dos serviços de saúde não atende aos interesses da comunidade. De acordo com as autoras, outro fator político que tem ameaçado a expansão dos serviços de saúde são, (p.11), "as forças reacionárias e conservadoras, internas e externas às instituições públicas de saúde, que defendem o status quo, os interesses do grande capital e lutam pelo retrocesso do Sistema Único de Saúde em relação às conquistas sociais alcançadas com a 8ª Conferência Nacional de Saúde". Segundo Dussault (1992), as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política, pois muitas vezes um objetivo político, como responder às expectativas de uma comunidade, pode ser contrário ao objetivo de distribuir recursos de acordo com as necessidades.

A variável social, ideológica e cultural do meio ambiente externo, também influencia o sistema de enfermagem. Para Carvalho e Oliveira (1990), as dificuldades no processo de construção de um modelo assistencial coletivo, estão no plano ideológico e cultural institucional, vigente no serviço público e na falta de um compromisso social e ético da maioria dos servidores com a saúde da população. As expectativas e necessidades de saúde da comunidade, bem como a sua cultura, desempenham um papel significativo na determinação das metas e objetivos do macrosistema, e conseqüentemente, no sistema de enfermagem.

O fator econômico pode também ser evidenciado, quando constata-se o corte de verbas e custeios para a aquisição e manutenção de materiais e equipamentos e da realização quantitativa de serviços sem a correspondente preocupação com a qualidade. Desta forma, o sistema de enfermagem reflete as conseqüências da variável econômica através do número insuficiente de pessoal de enfermagem, de equipamentos necessitando reparos, bem como nas condições de trabalho entre outros. De acordo com Dussault (1992), os recursos disponíveis tendem a depender da flutuação da capacidade econômica do Estado.

As constatações sobre as influências das variáveis do ambiente externo, são apenas algumas das muitas que tem impacto sobre o sistema de enfermagem, devendo-se aprofundar a investigação para uma análise mais apurada.

Para Arndt e Huckabay (1983), os inputs de um sistema de enfermagem podem ser: valores sócio-culturais, os paciente, as necessidades comunitárias de saúde, os recursos humanos, os recursos materiais e equipamentos, os recursos financeiros e as informações. Os inputs, são originários do ambiente externo e interno do sistema, provenientes da avaliação de outputs. Assim, o feedback pode ser considerado input para o sistema, proporcionando melhorias e mudanças.

Os subsistemas metas e valores podem ser considerados como inputs do ambiente, uma vez que são provenientes do ambiente externo, estabelecendo, os objetivos individuais e os organizacionais. Segundo Marques e Mirshawka (1993), os valores são crenças e conceitos básicos que transformam-se em princípios de comportamento de uma organização. Os valores representam a essência da filosofia,

fornecendo um senso de direção comum para todos os funcionários, e guia para o comportamento diário.

Os pacientes com acompanhantes ou não, constituem-se no segundo input do sistema de enfermagem, para que os objetivos organizacionais sejam colocados em prática. Para a enfermagem, de acordo com os vários estudiosos, as necessidades de saúde, o cuidado ao paciente, ou o próprio paciente, são considerados o objeto de trabalho, entendendo-se que a administração da assistência de enfermagem atua como processador, para que o paciente receba os cuidados adequados que vem buscar.

As necessidades comunitárias de saúde constituem-se num input importante para o sistema. É através delas, que o macrossistema hospitalar e o sistema de enfermagem estabelecem os programas de atendimento à população. Observa-se no sistema de enfermagem estudado, que os cursos para grupos de pacientes portadores de doenças crônicas desenvolvidos pela DPX, reflete na prática, a necessidade da clientela em atender as suas necessidade de saúde. O planejamento organizacional e estímulo à formação de Associações de grupos de Pacientes é outra sinalização deste input.

Percebe-se também, que a atual direção geral tem preocupação em implantar os serviços da maternidade do hospital para atender aos anseios da comunidade na área materno infantil. Entretanto, alerta-se que o sistema de enfermagem deve estar comprometido com as reais necessidades de saúde e demandas da população na qual ele opera.

Como entrada, tem-se também os materiais e equipamentos que são recursos necessários para o processamento da assistência de enfermagem. De acordo com Kurcgant (1991), estes representam cerca de 75% do capital das organizações, e que portanto a forma de administrá-los reflete-se nos custos e na produtividade das organizações. Os enfermeiros administradores coordenam as atividades relativas aos materiais, com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal.

Os recursos financeiros são inputs necessários, pois eles proporcionam as condições para aquisição de materias e equipamentos, contratação de recursos humanos, construção e manutenção da área física dentre outros. Pode-se afirmar, que os mesmos constituem-se em orçamento programa do sistema de acordo com a administração financeira do hospital. O sistema de enfermagem, como relatado

anteriormente, não faz o seu orçamento programa, mesmo assim, sofre as conseqüências das condições financeiras do macrossistema.

As informações como inputs, podem ocorrer sob a forma de novos conhecimentos e informações do feedback do output, sendo que a qualidade da saída é uma variável essencial que afeta o output (Arndt e Huckabay, 1983). O conhecimento, como estrada do sistema de enfermagem, pode ser proveniente das informações de alunos e professores quando desenvolvem estágios no hospital, ou dos docentes quando participam de comissões ou grupos de estudos. Outras fontes de conhecimento detectadas são através das pesquisas desenvolvidas no sistema, o uso de bibliografia, papers e outros documentos, participação e desenvolvimento de eventos científicos da enfermagem e de outras profissões.

Os enfermeiros administradores, de acordo com Arndt e Huckabay (1983), podem ser considerados os sensores dos inputs, podendo através da memória recuperar informações concernentes a uma captação de informação eficiente, bem como obter estas informações na experiência prática e teórica. Cabe ressaltar, que os demais componentes da equipe de enfermagem, também funcionam como sensores dos inputs, quando obtém informações junto aos pacientes para implementar a assistência de enfermagem.

As informações do feedback do output, são provenientes da análise, classificação e canalização de informações e recursos processados pelo sistema. Kast e Rosenzweig (1980, p.397) afirmam que "a informação é a matéria prima para o processo de tomada de decisão" desta forma, muitas tarefas no campo da resolução de problemas, são armazenadas pelas pessoas sob a forma de conhecimentos ou experiências que põem a funcionar o processo decisório.

O nível estratégico - a Diretoria de Enfermagem, é responsável, principalmente, pela interação com o ambiente e pela manutenção do sistema de enfermagem em um equilíbrio dinâmico. O intercâmbio de informações entre o ambiente e os enfermeiros administradores é verificado nos subsistemas metas e objetivos, técnico, social, estrutural e administrativo. Estas informações misturam-se com os fluxos internos, para apresentar aos dirigentes de todos os níveis um cenário total. No nível intermediário e no operacional, também é evidenciado uma troca de informações, que se

processa de forma mais intensa no ambiente interno e de menor permeabilidade com o ambiente externo.

O fluxo global de informações, deve ser visto como um sistema que possui numerosos elementos e subsistemas interdependentes. Assim, entende-se que o êxito na administração do sistema de enfermagem, está no sistema de informação, que dá a base para a tomada de decisão. Como consequência, concebe-se o modelo para análise de decisão conforme a representação na figura a seguir.

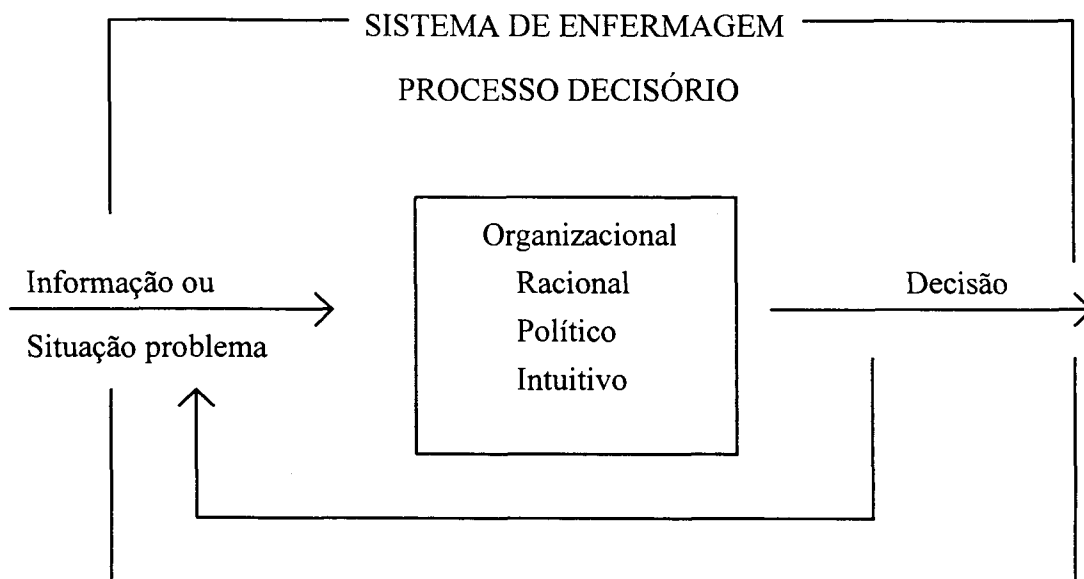


Fig.4.4 - Modelo para Análise da Decisão no Sistema de Enfermagem.

O modelo de sistema aberto de tomar decisões constitui uma tentativa de representar um processo mais realista de tomar decisões. Segundo Kast e Rosenzweig (1980,p.453) este modelo "se volta para o envolvimento humano nos vários estágios do processo e permite que numerosas forças ambientais façam sentir sua influência". O feedback contínuo, durante o processo de decisão, facilita os ajustes tanto nos fins como nos meios, caracterizando um sistema dinâmico.

Os resultados do funcionamento de todo o subsistema administrativo do sistema de enfermagem, são transmitidos ao ambiente como outputs, sendo a prestação da assistência de enfermagem com qualidade, a qualidade de vida no trabalho e as novas informações e conhecimentos.

A prestação da assistência de enfermagem com qualidade pode ser interpretada em várias dimensões. Primeiramente, pode-se entender assistência com qualidade, quando o sistema de enfermagem através de seus subsistemas, e de posse de informações, atender as necessidades humanas básicas dos pacientes. Acredita-se, que os valores e crenças transformados em princípios filosóficos devam nortear a qualidade da assistência à população, através da interação entre as expectativas e necessidades destes com os cuidados prestados.

Entende-se também, como qualidade de assistência, quando os serviços de saúde atenderem a demanda da população, quando perceberem o ser humano coletivo, com necessidades de saúde e digno do cuidado com qualidade, pois segundo Arruda e Erdmann (1993), o paciente é um cidadão com direitos e deveres, cujos valores morais e éticos precisam ser resgatados, a fim de que se possa avançar nas questões referentes a justiça social.

O sistema de enfermagem, como um sistema produtivo que opera as atividades fins, terá como produto final o cuidado com qualidade, através da operacionalização do método da assistência de enfermagem desenvolvido de acordo com padrões assistenciais pré estabelecidos. A discussão sobre padrão de qualidade da assistência, deve estar fundamentada em parâmetros que definam recursos humanos, materiais e financeiros.

Outra dimensão que traduz a assistência com qualidade, é a educação, quer seja dos seus funcionários como dos próprios pacientes. A educação em serviço despertando a potencialidade de cada membro da equipe de enfermagem, estará fornecendo um crescimento profissional que poderá traduzir-se em habilidades técnicas-científicas como também num crescimento pessoal, voltado para as transformações individuais e coletivas. Os enfermeiros através da educação para a saúde, deverão informar e refletir com os pacientes o seu processo saúde-doença, fazendo com que os mesmos provoquem mudanças no seu comportamento, para obterem uma vida mais saudável, através da conscientização, capacitação, oportunidade e desenvolvimento de conhecimentos sobre este processo.

A assistência com qualidade, também poderá ser constatada, quando o sistema de enfermagem desenvolver o plano assistencial individualizado, respeitando os valores, cultura e expectativas do cliente, percebendo-o holisticamente. Desta forma, deverá definir as

propriedades de atuação em conjunto - equipe de enfermagem e usuários do serviço.

Todas essas dimensões, deverão ser refletidas na satisfação do cliente em relação ao atendimento de saúde recebido, bem como no sistema por ter assistido com qualidade.

A segunda saída do sistema de enfermagem pode ser visualizada como a qualidade de vida no trabalho. Os trabalhadores do sistema de enfermagem representam os recursos humanos que devem ser desenvolvidos, motivados e valorizados como ser humano, tornando-se trabalhadores pensantes, atuantes, críticos e participantes do processo decisório que os envolvem.

A qualificação de todos os trabalhadores do sistema de enfermagem é necessária e importante, devendo ocorrer o comprometimento das categorias com o aperfeiçoamento profissional e com a produção científica. Acredita-se que a diretoria de enfermagem, deve empenhar-se na qualificação dos atendentes de enfermagem, para que assim, possa atender e satisfazer as necessidades desta categoria, em termos de melhoria da vida no trabalho, com conseqüente melhoria do atendimento da população. Reforçando esta colocação, Pereira e Kurcgant (1992,p.315) afirmam que "mais importante que o aperfeiçoamento, é a crença de que existe uma correlação positiva entre qualidade de assistência e processo de desenvolvimento integral do homem".

A qualidade de vida no trabalho poderá ser concretizada quando o enfermeiro questionar a sua própria forma de vida, procurando o significado e as explicações para os seus hábitos, encontrando em outras ciências as formas de organização do seu trabalho, criando e inovando enquanto busca soluções. Recriar uma gerência de Recursos Humanos que pense o trabalho coletivo, onde todos os agentes participem e explicitem os conflitos inerentes nas relações de trabalho, onde o poder se faz presente e exercite uma prática democrática, é etapa necessária para uma redefinição da prática da enfermagem (Barros e Silva,1990). Desta forma, a atividade administrativa do enfermeiro deverá garantir o poder de decisão sobre seu próprio processo de trabalho, no planejamento, organização, acompanhamento e avaliação e a participação do pessoal auxiliar em todas estas etapas. Requer que o sistema de enfermagem, ainda baseado no modelo Taylorístico, reflita sobre o processo e

gerenciamento de seu trabalho, de uma forma mais abrangente num contexto sócio-político e econômico.

Segundo Vieira e Hanashiro (1990,p.45) a qualidade de vida no trabalho é definida como "melhoria nas condições de trabalho - com extensão à todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientes e organizacionais que venha, juntamente com políticas de Recursos Humanos condizentes, humanizar o emprego, de forma a obter-se um resultado satisfatório, tanto para o empregado como para organização". Assim, entende-se que os funcionários devem ter condições dignas para desenvolver o seu trabalho, e conseqüentemente, receber salários adequados, para o atendimento de suas necessidades pessoais, proporcionando condições adequadas de alimentação, educação, vestuário, habitação, transporte, saúde e lazer entre outros.

As colocações feitas anteriormente, podem ser ratificadas, quando Dias apud Monticelli (1993,p.8) lembra que "os fins na assistência se consubstanciam na apropriação da teoria-prática do assistir em enfermagem em suas várias dimensões, como as de cuidar, confortar, educar e tantas outras, para as quais a profissão existe e subsiste com a qualidade, se tiver por fito a qualidade de vida das pessoas".

Constata-se também como output, as novas informações e conhecimentos gerados no processamento do sistema de enfermagem, proporcionando novas observações que podem ser experimentadas e investigadas através das pesquisas que levam a realimentação do sistema.

Estas informações podem ser formais ou informais, orais ou escritas, advindas dos registros da assistência prestada aos pacientes, bem como das normas, rotinas e procedimentos e políticas desenvolvidas pelo sistema.

Estes outputs são submetidos a uma avaliação pela organização e a comunidade, que são os consumidores dos sistemas de assistência de saúde. Os resultados dessas condições sobre as áreas que necessitam de melhorias, mudanças ou recursos, são devolvidos à organização pelo feedback como inputs, constituindo um ciclo.

Diante do contexto concebido, apresenta-se como modelo do processo decisório no sistema de enfermagem a representação da figura 4.5.

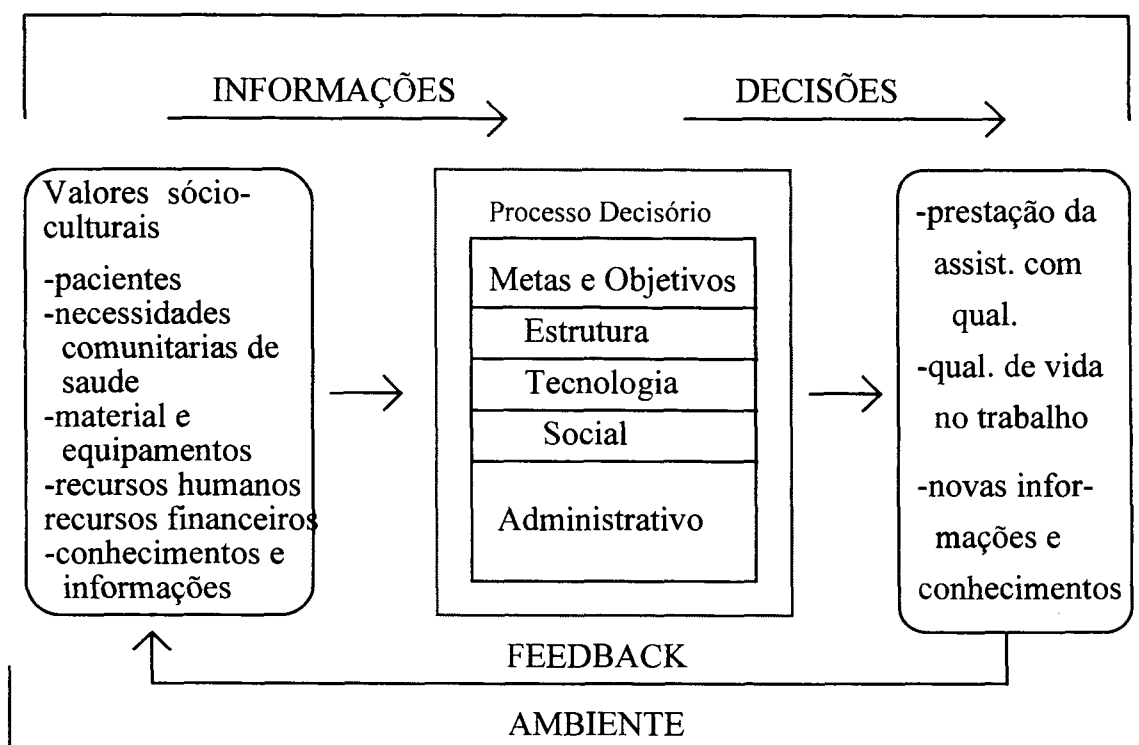


Fig. 4.5 - Processo Decisório no Sistema de Enfermagem.

4.3. Caracterização da população respondente e observada

Os enfermeiros administradores do sistema de enfermagem do HU/UFSC, são aqueles que ocupam cargos de chefia, perfazendo um total de vinte enfermeiros. Considera-se como membro da população estudada a coordenadora da CES pois a mesma encontra-se à nível de assessoria da diretoria de enfermagem, participando das instâncias de decisão à nível estratégico. Desta forma, o total de informantes é de vinte e um enfermeiros, sendo que dois encontram-se em licença médica e dois em licença prêmio, e um devolveu em branco, constituindo-se, portanto, de dezesseis pessoas respondentes e observadas envolvidas na construção da visão da decisão gerencial.

A média de tempo de trabalho destes enfermeiros no sistema de enfermagem é de dez anos, sendo que se encontra nesta população, enfermeiros com seis anos de casa, como também enfermeiros com treze anos e seis meses, isto é, desde a inauguração do hospital.

Constata-se que o intervalo de experiência profissional, é de seis anos, o que pode influenciar nos comportamentos relacionados a tomada de decisão.

Quanto ao tempo de chefia, a média fica em torno de seis anos e dois meses, encontrando-se um enfermeiro com dez meses de chefia, como também enfermeiros com treze anos. Esta informação, proporciona várias fontes de análise. A primeira, é que devido a escolha das chefias ser por meio de eleições, pode ter ocorrido no primeiro caso, uma rotatividade entre os enfermeiros do subsistema, possibilitando a todos, uma chance de experiência na ocupação de cargos. Já em relação, a permanência da chefia durante um período tão longo, deve-se ao fato que o subsistema operacional só tem no seu quadro um enfermeiro.

Outra análise decorrente desta informação, é que muitos enfermeiros têm se especializado numa área de atuação, assegurando-lhe a ocupação no cargo, bem como restringindo-lhe a capacidade para atuação em outro subsistema. Esta situação, também é consequência da atual política da diretoria de enfermagem, conforme declaração obtida em contato informal.

Os enfermeiros que ocupam cargos de chefias, têm sua carga horária diária de 08 horas, o que muitas vezes torna-se atrativo para a escolha. Entretanto, em muitos momentos, estes mesmos chefes participam de reuniões, no período noturno, tendo então o direito de descontar as horas em folgas.

A gratificação pelo cargo de chefia, tem sido atrativo para os enfermeiros que tem pouco tempo de casa, ou para aqueles que deixaram de incorporar a gratificação de horas extras no seu salário, por estarem ocupando cargos. Percebe-se de uma forma geral, que não tem sido este o motivo principal, que leva os enfermeiros a ocuparem chefias, pois nas últimas eleições o número de candidatos foi bastante reduzido, sendo que para alguns cargos houve só um candidato, como para outros as chefias se mantiveram, por falta de interessados.

Dentre a população estudada, investiga-se a formação de pós graduação com a finalidade de verificar-se a qualificação dos mesmos para a ocupação dos cargos. Constata-se que 12,5% dos enfermeiros não possuem nenhum curso, 25% dois cursos e 62,5% possuem um curso de pós-graduação. Somente 1 enfermeiro é mestre e os demais são especialistas.

Dos cursos de especialização, 35,30% correspondem à Administração Hospitalar, 17,64% à Saúde Pública, 17,64% à Enfermagem do Trabalho, 17,64% à Estimulação Precoce, 5,89% à Saúde do Adulto e 5,89% à Unidade de Tratamento Intensivo, sendo o mestrado realizado na área da Enfermagem.

Verifica-se que o maior percentual de especialização realizada é na área de Administração Hospitalar, podendo-se inferir que os enfermeiros administradores do sistema de enfermagem, possuem uma qualificação profissional para o desempenho de suas funções. Quanto as demais especializações, pode-se afirmar que os subsistemas operacionais estão perdendo um profissional qualificado para a assistência, em detrimento da administração da mesma. Não se está afirmando, que os profissionais especializados não tenham condições para a ocupação dos cargos, mas sim, que não está havendo um melhor aproveitamento dos mesmos.

Em relação ao enfermeiro mestre, o mesmo tem desenvolvido atividades na área de educação em serviço. Contudo, sua contribuição poderia ser maior, se o sistema de enfermagem estimulasse o desenvolvimento de pesquisas, o que lhe caberia também a função de orientação e desenvolvimento destas.

Ressalta-se, que a diretoria de enfermagem preocupada em oferecer subsídios gerenciais para os enfermeiros administradores, tem promovido através da Educação em Serviço, cursos internos sobre administração de enfermagem, com o objetivo de fornecer os elementos essenciais para a aplicação na prática gerencial.

5. A TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA DE ENFERMAGEM

Segundo Drucker (1984), o produto final do trabalho do gerente são decisões e ações. Como em geral as ações são precedidas por decisões, a tomada de decisão, talvez seja o mais frequente entre os componentes do trabalho do gerente.

Orlando (1961) afirma que as ações de um enfermeiro podem ser automáticas ou deliberativas, isto é, as ações deliberativas são precedidas de decisões e as automáticas são desenvolvidas por um processo automático de atividades. Erdmann et al. (1984), realizaram uma pesquisa com o referencial de Orlando, e constataram que, das 7.927 decisões tomadas pelos enfermeiros, 1.275 delas foram classificadas como automáticas e 6.651 como deliberadas, evidenciando uma tendência de que os enfermeiros desenvolvem ações precedidas por decisões.

Com base no referencial teórico explicitado, os processos decisórios são identificados de acordo com a lógica dominante como descreve-se a seguir.

O processo decisório organizativamente racional, constitui-se num fluxo de produção de informação que coletadas e analisadas, resultarão em identificação e opção de alternativas orientadas no sentido dos objetivos da organização. Como consequência, identifica-se a decisão organizativamente racional, cuja adequação entre fins e meios é problemática, pois as escolhas são influenciadas por fatores como a motivação, hábitos, valores e a limitação humana. Desta forma, segundo Simon (1979), o resultado da decisão não é o melhor, mas apenas o resultado satisfatório.

O processo político, caracteriza-se pelo ajustamento entre os fins e meios baseados nos interesses paroquiais de grupos e indivíduos que se posicionam de acordo com as vantagens relativas, obtidas pelas regras estabelecidas para guiar o processo. Assim, as decisões são mais resultados de negociações e lutas internas entre os diversos grupos de interesse, do que uma ação racional, denominadas decisões políticas.

O processo decisório intuitivo ocorre em grande parte no inconsciente, existindo uma relação ilógica entre fim e meio, baseados na reflexão constante do cotidiano, dos hábitos, conhecimentos e experiências acumuladas, resultando na decisão intuitiva.

O caráter sistêmico das organizações, em que as partes estão em interação para atingirem a finalidade do sistema, permite verificar que uma decisão tomada num dos subsistemas ou níveis hierárquicos, dê origem a decisões em outros subsistemas ou níveis hierárquicos. Por isso, as decisões devem ser analisadas em função das repercussões que podem ter no sistema global e no meio envolvente da organização. Desta forma, uma decisão pode ser simultaneamente a solução de um ou mais problemas e o ponto de partida para outros. Sendo a tomada de decisão um processo cíclico para a administração, a mesma deve ser submetida a avaliação e controle, através do dispositivo de retroalimentação.

A análise dos dados coletados, será interpretada de acordo com a óptica elaborada através da revisão literária, que norteará a representação da compreensão sobre o tema. Isto não implica, que esta interpretação seja única e verdadeira, mas uma das maneiras de focalizar-se o assunto.

5.1. Tomada de Decisão: como entendem os enfermeiros administradores

De acordo com a literatura pertinente, a decisão é um ato de escolha de uma ação, e que para essa escolha seja efetiva, há necessidade de um processo onde se caracteriza uma sequência de atividades.

Através dos discursos dos enfermeiros administradores apresentados nos questionários, percebe-se que os mesmos possuem algum conhecimento sobre o que é tomar decisões, como transcreve-se a seguir:

*"É resolver algum problema"(O3)**

"É dar solução para um problema, é resolver uma questão, é chegar a um denominador comum" (O6).

"Dar uma solução para determinado problema"(T2).

"Frente à um problema, dizer o que fazer"(E2).

Para os enfermeiros administradores, o ato de decidir está relacionado à resolução de problemas, indo ao encontro do que afirmam Kepner e Tregoe (1972), de que a existência de um problema é uma das condições necessárias à decisão. Johnson (1990) afirma que os enfermeiros administradores tomam decisões objetivadas para solucionar ou satisfazer as

* A letra refere-se ao nível hierárquico, e o número corresponde a ordem dada no questionário.

necessidades de recursos. Assim, percebe-se que os enfermeiros possuem uma compreensão acerca da decisão sob a perspectiva racional, pois segundo Motta (1993), o ideal acional presume que a decisão é provocada unicamente pela detecção de um problema. Contudo, chama-se atenção, para o fato de que os mesmos não fazem referência ao ato de escolha dentre as várias alternativas.

A definição "*Busca de uma solução para um problemas*"(T1), tem uma conotação de maior abrangência, pois transmite a idéia que o enfermeiro administrador está frequente e ativamente pesquisando o ambiente para buscar informações que subsidiem a decisão.

Através da expressão: "*É resolver, definir, determinar sobre certo assunto, após reflexão*" (O7), o enfermeiro administrador já demonstra a necessidade de um processo mental reflexivo, que pode ser consciente ou inconsciente, baseado nas experiências passadas, hábitos e valores, corroborando a afirmação de Frankel apud Levin (1972), de que a decisão é um ato na mente de alguém.

"São atitudes que decidem como agir em determinadas situações, para alcançar objetivos sejam eles pessoais, financeiros, organizacionais. Uma ação tomada sobre uma reflexão de um problema, muitas vezes decisão coletiva "mais de uma pessoa a pensar" (O8).

Analisando-se a primeira frase, pode-se afirmar que o enfermeiro entende a decisão como um comportamento que assume para resolver uma situação orientada pelos objetivos. Assim, de acordo com Simon (1979), interpreta-se este comportamento sob o enfoque racional, quando as decisões são orientadas pelos objetivos pessoais e, organizativamente racional, quando orientadas pelos objetivos organizacionais, ou sob o enfoque intuitivo que segundo Motta (1993) direcionam as ações para o alcance dos objetivos. Desta forma, entende-se que o enfermeiro tem a noção dos três tipos de processamento da decisão, que podem ocorrer de forma não exclusiva como afirmam Vergara (1991) e Motta (1993).

Na segunda frase, pode-se interpretar que entende a decisão como um fim, quando relata que é uma "*ação tomada sobre a reflexão de um problema*", e não como um meio que leva à uma ação, o que reflete uma inverção da concepção da decisão como um meio.

É interessante observar a idéia que tem da decisão grupal, pois salienta o pensamento em conjunto para a busca de solução. Considera-se este um aspecto positivo, pois segundo Lea (1980), a decisão grupal tem mais méritos, pois os valores dos recursos que cada um contribui e pelas boas

relações interpessoais, a tomada de decisão torna-se importante pela sua maior efetividade, resultando soluções mais criativas.

A decisão grupal também é enfocada na seguinte resposta. *"Consiste na interação de uma ou mais pessoas, frente à um problema, com o intuito de traçar-se um caminho a ser tomado" (T4).*

Reforça-se a positividade da visão de decisão grupal, pela interação existente entre os enfermeiros administradores, que vai ao encontro da afirmação de Simon (1979,p.74), de que "dois ou mais participantes compartilham de objetivos comuns, onde cada um deles dispõem de informações suficientes a respeito do que os outros irão fazer, permitindo-lhe desse modo, tomar decisões corretas, caracterizando então, o trabalho em equipe". Para Gibson et al. (1981,p.359) "as decisões de grupo são superiores as decisões individuais", pois segundo o mesmo autor, a tomada de decisão é uma responsabilidade comum compartilhada por todos os administradores, independente do nível administrativo.

A expressão *"um caminho a ser tomado"*, indica a possibilidade de haver várias alternativas de solução do problema, e que a decisão consiste na escolha de uma alternativa, conforme cita Stoner (1985), que para decidir escolhe-se um caminho como solução de um problema.

Segundo as declarações dos informantes e de acordo com Bernardes (1979), Stoner (1985) e Oliveira (1989), pode-se afirmar que as decisões são tomadas de forma descentralizada, pois há a participação de vários enfermeiros administradores dispersando assim, o poder de decisão.

Para o enfermeiro O5, tomar decisão é: *"Adotar um comportamento definido, num determinado momento, o que, quem, onde e porque uma atividade deve ser realizada"*.

A abordagem da decisão de Simon, baseada na teoria comportamentalista, é identificada no discurso deste enfermeiro, pois a decisão segundo o autor (1979,p.69), "constitui o processo pelo qual uma das alternativas de comportamento adequada a cada momento é selecionada e realizada". Reforça-se esta análise, com a citação de Kast e Rosenzweig (1980) de que todo comportamento resulta da tomada de decisão.

De acordo com Chiavenato (1987), o administrador deve constantemente decidir o que fazer, quem, onde, quando e como fazer, confirmando assim, a interpretação do enfermeiro administrador. Percebe-se, que o mesmo entende que decidir não é somente resolver um problema, mas de uma forma mais abrangente, qualquer atividade que deva sofrer o processo

decisório, conforme citam Kast e Rosenzweig (1980) que toda a atividade administradora pode ser considerada tomada de decisão.

Constata-se ainda neste discurso, que a decisão é entendida como um meio que leva a um fim, quando o enfermeiro expressa o que, onde e quem deve realizar a ação decidida, conforme afirma Simon (1979,p.64) que "no processo decisório escolhem-se alternativas consideradas como meios adequados para atingir os fins desejados".

Os enfermeiros administradores também entendem que tomar decisão é administrar, como encontra-se nas seguintes expressões:

"Tomar decisão é administrar, é resolver, determinar. É a atividade fundamental do administrador" (T5).

"Tomar decisão é resolver, discutir problemas, administrar para que tais problemas não surjam. Descobrir soluções" (E1).

Este entendimento demonstrado pelos enfermeiros, significa uma abrangente visão de decidir, encontrada na literatura referenciada por Simon (1979), Kast e Rosenzweig (1980) e Motta (1993). Assim, entendem que decidir é o ato de fazer as coisas acontecerem, de obter resultados. Ainda na primeira citação, o enfermeiro faz questão de ressaltar que tomar decisão é a atividade fundamental do administrador conforme as afirmações Chiavenato (1983), Stoner (1985), Kurgant (1991) e Motta (1993).

Na segunda frase, percebe-se a noção de decisão proativa, isto é, antever as situações que poderão causar problemas e decidir sobre as mesmas, evitando a efetivação de problemas. Esta interpretação é ratificada com a afirmação de Stoner (1985,p.112), de que "os administradores procuram prever problemas, decidindo como impedir que eles ocorram", demonstrando assim, a visão de futuro. Entretanto, apresenta também a idéia de decisão reativa quando fala que decidir é resolver problemas, descobrindo soluções, indo ao encontro do citado por Stoner (1985), que cabe ao administrador decidir o que fazer quando os problemas ocorrem.

O último informante a analisar relata:

"É ter autonomia e competência para executar uma ação decisiva e as vezes até emergencial" (O4).

Observa-se que o enfermeiro refere-se a tomar decisão como a "execução de uma ação decisiva", denotando que a decisão já foi tomada, competindo a mesma apenas a execução. Isto remete a constatação de Albuquerque (1991), quando afirma que os enfermeiros limitam suas decisões em função da sua formação, das características culturais e execução de ordens médicas. Quanto a execução da ação emergencial, pode ser explicada pela

situação em que o enfermeiro tem que decidir e agir sob pena de causar riscos à vida do paciente, ocorrendo principalmente, quando exerce a função assistencial.

O que mais se destaca dentre todas as demais referências, é que este é o único informante a relacionar autonomia e competência com a decisão. Quanto a autonomia, constata-se que é uma condição fundamental para o informante, pois assim demonstra que necessita de liberdade profissional para a realização de suas ações como afirmam Albuquerque (1991) e Dwyer et al. (1992). Em relação a competência, pode-se interpretar que para tomar decisão, o enfermeiro administrador deve ter conhecimento dos instrumentos necessários para desenvolver suas atividades, alcançando assim, a eficiência administrativa.

5.2. Tomada de Decisão no Nível Operacional

A lógica dominante no processo decisório e os tipos de decisão, constituem-se as variáveis que permitirão identificar a visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores no nível operacional.

5.2.1. Análise das Observações de Campo

De acordo com a literatura, as decisões no nível operacional geralmente são tomadas de acordo com procedimentos rotineiros já existentes, caracterizando-se predominantemente como programadas, organizativamente racionais, reativas e descentralizadas, que se processam em condições de certeza. Assim, a maioria dos enfermeiros administradores refletem estes referenciais no seu comportamento gerencial, como analisa-se a seguir:

"A chefe da seção questionou junto aos enfermeiros da mesma, como será realizada a orientação pré cirúrgica para o grupo de pacientes. A enfermeira A sugere que a orientação seja feita por uma enfermeira a cada dia, pois assim a tarefa fica distribuída entre todos, e que deve ser realizada das 17:00 às 18:00 horas. A enfermeira B não concorda com este horário, pois neste momento a janta é servida, dificultando a reunião do grupo

*de pacientes, propondo das 14:00 às 15:00 horas. A enfermeira A discorda desta proposta por ser o horário de descanso dos pacientes, sugerindo então que cada enfermeiro faça a orientação de acordo com a disponibilidade de horário, sendo a sugestão aceita pelo grupo. Propôs também, que cada um prepare e faça uma apresentação para os colegas, a fim de que os mesmos avaliem o roteiro e proponham mudanças para a melhoria. O enfermeiro C sugere que a seção traga alguém de fora, se possível um professor para orientar sobre as técnicas grupais. A chefe do serviço falou que os enfermeiros já estão acostumados a orientar os pacientes, e o que está sendo mudado é a forma de orientação grupal. A enfermeira A coloca que tem dificuldades de trabalhar com o grupo. A chefe da seção propôs que seja feito um roteiro, e que o grupo faça uma apresentação na reunião do dia 02/09. Esta proposta foi aceita por todos os enfermeiros" (NOc)**

Identifica-se o processo decisório organizativamente racional, pois a decisão ocorreu pela detecção de um problema da seção. Foram levantadas algumas alternativas de escolha, bem como avaliadas as suas consequências. A decisão guiou-se pelos objetivos estabelecidos pelo sistema de enfermagem, relativo a orientação para à saúde do paciente, bem como pelas atribuições dos enfermeiros assistenciais.

No entanto, verifica-se que houve pouca exploração das alternativas como das suas consequências, caracterizando a abordagem satisfatória citada por Simon (1979), que ocorre devido a limitada capacidade humana em conhecer todas as informações disponíveis para avaliar as consequências.

Nesta mesma seção, observou-se outra situação em que o problema foi levado para o subsistema operacional pela chefia do serviço, embora seja rotineiro, o que irá provocar uma decisão programada.

"O problema colocado foi de expandir o horário de visitas da seção para o período matutino das 11.00 às 12.00 horas e o noturno das 20.00 às 21.00 horas. A chefe do serviço justificou que este horário já vem ocorrendo em outra seção e que tem tido bons resultados, pois facilita os familiares que trabalham e não podem fazer visita no horário fixado pelo hospital. A enfermeira A acha que é perigoso abrir o horário de visitas, pois

*NOc=corresponde ao subsistema no nível operacional, e c ordem de classificação do subsistema.

dificulta a organização e desenvolvimento da assistência, sendo que, principalmente, os procedimentos realizados à tarde são feitos antes ou após o horário de visitas. A enfermeira B disse que os familiares reclamam quando solicita que se ausentem do quarto para fazer uma técnica, atrasando a realização de outras tarefas. A chefe da seção falou que os acompanhantes não tem muita consciência do horário, ultrapassando sempre os limites dos mesmos. A enfermeira A disse que compreende a intenção de favorecer o horário para o visitante, mas não concorda, salientando também que não concorda que a outra seção tenha aberto o horário, adotando uma conduta isolada. Os enfermeiros decidiram não concordar com a proposta da chefe de serviço"

Identifica-se a lógica deste processo decisório como organizativamente racional, tendo em vista que a decisão ocorreu quando foi apresentado um problema, e seu fluxo constitui-se na elaboração de algumas alternativas, que analisadas, resultaram na escolha de uma delas. Sendo a decisão orientada pela norma administrativa, que especifica o horário das visitas hospitalares, identificando-se a racionalidade burocrática.

Percebe-se, que a escolha recai sobre aquela alternativa que satisfaz da melhor maneira o atendimento de outros fatores ligados a decisão, que não sejam os objetivos e os princípios filosóficos da Diretoria de Enfermagem, isto é, o direito do paciente de ter familiares o maior tempo possível perto de si, em detrimento da produção da assistência, confirmando a citação de Rodrigues (1984).

Esta é também uma decisão reativa, pois o problema foi levado pela chefia do serviço, não sendo este detectado pelos enfermeiros do subsistema operacional.

Estas mesmas características do processo decisório são observadas na seguinte situação:

"A enfermeira chefe da seção, solicita que as enfermeiras que controlem mais as colocações de horários nas prescrições médicas e verifiquem se todos os pacientes têm as prescrições do dia, pois no anterior, dois pacientes ficaram sem prescrições. A enfermeira A reclamou que vários prontuários tem ficado sem prescrições médicas, e como trabalha no noturno, tem que recorrer aos plantonistas atrasando o seu trabalho. Sugere que as colegas do diurno verifiquem as prescrições. A enfermeira chefe sugere que a enfermeira da tarde controle mais as prescrições,

visto que os médicos geralmente prescrevem até o meio dia, tendo assim condições de resolver logo o problema. A enfermeira B acha que os funcionários estão ministrando os medicamentos de acordo com as prescrições médicas do dia anterior. A enfermeira chefe, sugere que as enfermeiras orientem os funcionários para que avisem a enfermeira da tarde, quando encontrarem um prontuário sem prescrição médica, sendo a mesma aceita pelas enfermeiras". (NOa).

Comparando-se os achados com a literatura específica, identifica-se a racionalidade técnica, quando os enfermeiros administradores analisam as consequências do paciente não ser medicado, e pela racionalidade burocrática quando levam em consideração a norma assistencial, de que todo medicamento ministrado ao paciente deve ser feito através de prescrição médica diária. Desta forma, a decisão caracteriza-se como organizativamente racional, programada, pois recorre-se a procedimentos rotineiros já existentes que resolvem os problemas do dia-a-dia, como afirmam Simon (1979), Gibson et al. (1981) e Stoner (1985).

É uma decisão reativa, pois através da identificação de uma situação anormal provocada pelo meio ambiente externo da enfermagem, requer que os enfermeiros tomem uma decisão. Nesta situação, o subsistema operacional de enfermagem sofre a consequência de uma ação do subsistema operacional de medicina, ocorrendo uma permeabilidade entre as fronteiras dos subsistemas que operam no mesmo ambiente, caracterizando-se assim, o sistema aberto.

Segundo Stoner (1985), as decisões no nível operacional ocorrem em condições de certeza, isto é, existem informações precisas nas quais as mesmas podem basear-se. Assim, percebe-se que a decisão tomada pelos enfermeiros, baseia-se na certeza de que a medicação não será ministrada aos pacientes sem prescrição médica, pois os funcionários deverão identificar e notificar o enfermeiro da tarde para as devidas providências.

Identifica-se as mesmas características na situação a seguir.

"Problema relacionado a permanência de acompanhantes masculinos em seção feminina, e o uso de leito por qualquer acompanhante para dormir. A decisão do grupo foi de que não seria oferecido o leito, a não ser para pessoa idosa, e se o mesmo for usado, a enfermeira deverá solicitar ao acompanhante que o arrume. Decidiram que a paciente internada, deve ser orientada para que seu acompanhante seja de preferência do sexo feminino" (NOb).

Nota-se que a decisão foi tomada como reação à problemas ocorridos na seção, visto que estava dificultando a adoção de uma conduta única pelos enfermeiros. É uma decisão racional, onde permeia a racionalidade burocrática, pois a mesma é baseada nas normas administrativas estabelecidas pelo sistema de enfermagem, e programada pois estes problemas são frequentes na rotina da seção.

Salienta-se que na decisão tomada, permeia o aspecto humano emanado da filosofia da Diretoria de Enfermagem, sendo uma das variáveis que estabelece a estrutura de valores que norteia a decisão e a ação assistencial.

A situação subsequente, evidencia que os enfermeiros adotam um comportamento racional técnico na tomada de decisão, de acordo com as orientações da comissão que estabelece as normas de controle de infecção hospitalar.

"Foi identificado como problema a pouca quantidade de seringa descartável de insulina. Após examinarem várias alternativas de solução, os enfermeiros da seção decidiram usar a mesma seringa até 72 horas, sendo que a agulha deve ser trocada a cada aplicação e a seringa identificada com o nome e o leito de cada paciente. Esta decisão baseou-se na orientação dada pela enfermeira da CCIH" (SOD).

O mesmo procedimento de solicitar a orientação da enfermeira da CCIH é verificado na observação descrita a seguir.

"Foi identificado como problema, a colocação de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas junto com outros pacientes no mesmo ambiente que não tem ventilação adequada. Os enfermeiros decidiram que os pacientes infecto-contagiosos deveriam ser colocados no corredor, visto ser um local mais arejado, e chamar a enfermeira da CCIH, para ajudar na argumentação da decisão" (NOe).

Encontra-se nesta situação, as características das decisões observadas anteriormente. Contudo, destaca-se o fato dos enfermeiros solicitarem um profissional da organização, que detém o saber e o poder institucionalizado, pois é membro de um órgão de assessoria da Direção Geral, para lhes dar o respaldo técnico na decisão a ser tomada. Graciani (1984) afirma que um dos papéis da assessoria, refere-se ao suprimento de apoio de conhecimento especial e perícia entre outros, que os dirigentes necessitam. Para Teixeira (1977), a solução racional do problema é sempre um

risco, mostrando a necessidade do assessor no fornecimento de subsídios e de elementos técnicos aos dirigentes, ratificando então, o resultado encontrado.

Verifica-se que este fato ocorre como resultado da estrutura organizacional, pois o arranjo físico para acomodação dos pacientes, geralmente é determinado pelo sistema de medicina, mas que a enfermagem tem reivindicado compartilhar a responsabilidade na distribuição dos pacientes neste espaço. Existe portanto, uma condição de conveniência organizacional de conflito, que segundo Moscovici (1993), pode ser provocada desde o arranjo físico até as relações funcionais e as regras de funcionamento, parecendo que tudo é planejado para desvirtuar um relacionamento harmonioso e amistoso entre os grupos da organização.

Nos conteúdos sobre tomada de decisão, vários são os autores que salientam que a resolução de problema ocorre sobre as causas dos mesmos. Kepner e Tregoe (1972,p.34) citam que o administrador "tem que saber a causa, e enquanto não tiver verificado qual foi a causa, não poderá começar a decidir qual será a melhor providência a ser tomada, para corrigir o problema". Para os mesmos autores (p.27) um problema "é um desvio ou desequilíbrio entre o que deveria acontecer e o que está realmente acontecendo", e descobrir a causa (p.98) "é determinar o que foi que produziu o efeito não descrito no deveria, é procurar o que mudou a respeito do plano".

Este mesmo entendimento é expresso por Bailey e Claus (1975), quando afirmam que a resolução de problemas é crucial para a prática profissional e a tomada de decisão, e definem problema (p.20) "como uma discrepância do que existe na realidade entre o que deveria ser". Para estas autoras, o primeiro passo na definição de um problema requer que uma informação acurada seja coletada e usada no diagnóstico do mesmo.

Kilman apud Chiavenato (1979), corrobora as definições de problemas citados anteriormente, e salienta que dentro de um contexto organizacional, é necessário compreender que uma organização se defronta ao mesmo tempo, com uma grande variedade de problemas que variam consideravelmente em graus de complexidade, como consequência, há grandes dificuldades na determinação das causas dos problemas no contexto administrativo.

Erdmann (1987) em sua Tese de Livre Docência, verificou que a delimitação dos problemas e suas possíveis causas aparecem de maneiras encadeadas, dificultando muitas vezes a identificação das causas, devido a sua complexidade e multiplicidade.

Nas observações realizadas, pode-se constatar que em muitas situações, as decisões são tomadas sobre o problema e não sobre a possível causa do mesmo, como transcreve-se a seguir:

"O problema foi considerado como a falta de revisão do carrinho de emergência da seção, pois faltou material no mesmo, nos dias 13 e 14/08. Foi decidido pelos enfermeiros que o pessoal de sala de preparo de medicamentos seria o responsável pela revisão rigorosa diariamente" (NOa).

Este mesmo problema foi apresentado pelo NOe, e a decisão tomada pelo grupo foi de que o enfermeiro faça um controle diariamente.

Aplicando-se a análise de problemas propostos por Kepner e Tregoe (1972) e Bailey e Claus (1975), verifica-se que a causa mais provável deste problema é a não reposição de materiais e medicamentos logo após o uso, decorrente de várias possibilidades de situações como falha humana, de rotina, de treinamento ou pela falta de estoque destes. Desta forma, mesmo que os enfermeiros tenham decidido pela revisão rigorosa diária, não decidem sobre a causa real do mesmo, possibilitando a sua reincidência.

O mesmo procedimento foi adotado pelo NOb. Entretanto, nesta situação, encontra-se um maior grau de complexidade do problema no contexto organizacional.

"Relatado pela enfermeira A desta seção, que tem faltado muito medicamento. A enfermeira B disse que faz diariamente junto com escriturário da seção o pedido para a farmácia, justificando assim que o mesmo é realizado de acordo com as quantidades prescritas pelos médicos. A enfermeira C acha que tem alguém usando os medicamentos e disse que o escriturário não tem colocado as ampolas na gaveta. A enfermeira chefe do serviço sugere que cada enfermeiro no seu turno deva conferir a medicação. A enfermeira C falou que já tem guardado frascos vazios para fazer a troca com a farmácia e para controlar o uso dos medicamentos. Ficou decidido pelo grupo um maior controle sobre os medicamentos" (NOb).

Há necessidade de uma maior investigação pelos enfermeiros no sistema total de informações, que deverá proporcionar subsídios para que os mesmos consigam identificar as possíveis causas do problema, visto que apenas levantam algumas possibilidades.

Encontra-se nas situações descritas a seguir as mesmas ocorrências:

"Os enfermeiros não estão fazendo o controle das atividades escaladas, sendo este considerado o problema, e como solução os enfermeiros propuseram fazer um rodízio mensal do controle, de maneira que não fique cansativo ficar controlando sempre as mesmas atividades" (NOd).

Quando os enfermeiros estavam discutindo sobre o problema, nenhum deles chegou a questionar porque o controle não estava sendo realizado, qual a necessidade de fazer o mesmo, apenas decidiram que deve ser feito, e com rodízio.

"Foi considerado problema, a falta de cobertura de funcionários de uma seção para a outra. As enfermeiras decidiram que quando uma seção tiver poucos pacientes, deverá encaminhar um funcionário para a outra seção para prestar ajuda" (NOg).

De acordo com a observação no campo, verifica-se que a causa do problema é originado por uma funcionária, sendo que não foi discutido e tentado resolver especificamente sobre a mesma, mas houve uma generalização do fato.

Nas observações analisadas, constata-se a ocorrência de uma situação em que a decisão foi provocada pelo nível estratégico.

"A chefe de serviço falou para as enfermeiras da seção, que necessita da colaboração de uma delas para orientar uma colega recém-admitida, que está tendo dificuldades para desempenhar suas atribuições. Sugere a enfermeira A, por esta ser a mais antiga na seção no período diurno, por ser uma profissional competente e ser rigorosa nas suas orientações e avaliações. O grupo de enfermeiras decidiu acatar a sugestão da indicação da enfermeira A para desenvolver a tarefa pertinente" (NOa).

O problema foi levado para a seção proveniente de uma decisão ocorrida no nível estratégico, caracterizando a interdependência e a inter-relação entre os níveis hierárquicos do sistema de enfermagem. De acordo com Gibson et al. (1981) e Stoner (1985), a capacidade para a tomada de decisão neste contexto, envolve a incerteza na escolha de alternativa. Assim percebe-se que os enfermeiros, estavam diante de uma decisão que poderia colocar em perigo a continuidade do vínculo empregatício da colega, devido as avaliações de desempenho que sofreria e das normas administrativas advindas da política de recursos humanos.

A maior predominância da tomada de decisão dos enfermeiros administradores, observada no nível operacional, é relacionada aos

procedimentos técnicos assistenciais. Este fato, pode ser decorrente da interação permanente da chefia com as enfermeira de turnos, que identificam os problemas a serem solucionados no grupo. Cita-se como exemplos:

"Alimentos quentes para serem servidos aos pacientes por nutrição parenteral" (NOb), (NOc).

"Falta de medicamentos para serem ministrados aos pacientes" (NOb).

"Preparo do corpo de pacientes com HIV positivo" (NOa).

"Falta de conhecimento sobre pacientes da seção" (NOg).

"Pacientes com doenças infecto contagiosas no repouso" (NOe).

"Cuidados nas técnicas com pacientes com HIV positivo e doenças infecto-contagiosas" (NOe).

"Troca de equipos de soros" (NOh).

Existe uma preocupação constante das chefias das seções em solucionarem os problemas que afetam diretamente a assistência prestada, tendo sempre como orientação para as suas decisões a filosofia, os objetivos, as políticas e as normas estabelecidas pelo sistema de enfermagem.

Pode-se afirmar também, que esta consequência é própria da formação do enfermeiro, da lei do exercício profissional e da responsabilidade, constituindo-se assim, algumas das variáveis que compõem o sistema de valores do grupo de enfermeiros administradores.

Observa-se que na área assistencial, as decisões tomadas caracterizam-se como predominantemente programadas, organizativamente racionais e reativas, que se processam em condições de certeza.

Como segunda predominância nas decisões tomadas, encontra-se as relacionadas à problemas com recursos humanos, sendo este um dos insumos importantes para a operacionalização da assistência de enfermagem.

"Marcação de férias dos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem" (NOb, NOe, NOh).

"Falta de enfermeira na seção" (NOe).

"Funcionária que dormiu no plantão e não atendeu a solicitação do enfermeiro" (NOc).

"Cobertura de funcionários de uma seção para a outra" (NOg, NOf).

"Horário de descanso dos funcionários nos plantões noturnos" (NOg).

Identifica-se que as decisões tomadas pelos enfermeiros administradores, ocorrem na maioria das vezes, sobre problemas emergentes

da própria seção , resultando em decisões programadas e reativas, onde a racionalidade técnica e burocrática predominam no processo decisório.

Ocorrem também decisões programadas, como no caso de marcação de férias, que decorrem da solicitação proveniente da Divisão Auxiliar de Pessoal do macrossistema hospitalar, havendo a interação e interdependência dos sistemas de enfermagem e administrativo, do HU/UFSC, devido a troca de informações para a tomada de decisão.

Entretanto, apesar das decisões programadas se caracterizarem geralmente como racionais, esta decisão se configura como política, visto que as pessoas envolvidas entram em acordo para a escolha do melhor período para gozarem suas férias. É importante salientar, que as regras da decisão estabelecidas pelo grupo foram constantemente alteradas, quando determinadas pessoas eram afetadas de maneira significativa pelas mesmas, até chegarem ao acordo final sobre as regras que orientariam a decisão. Assim, a decisão é mais o resultado de negociações entre os diversos interessados, como afirma Rodrigues (1984).

Algumas das decisões tomadas para a resolução de problemas relacionados ao desempenho dos funcionários, ocorrem com a determinação de maior supervisão e controle sobre os mesmos, provenientes da estrutura de controle, que representa a garantia de que os membros dos escalões mais baixos da hierarquia, irão executar suas tarefas conforme as diretrizes estabelecidas. Este achado confirma a citação de Blau e Scott (1979), de que o controle bem como a supervisão, tornam-se mais evidenciados no nível operacional devido a distribuição de cargos e responsabilidades.

Constata-se também no nível operacional, que os enfermeiros administradores tomam muitas decisões para solucionarem problemas relacionados aos materiais.

"Falta de material como comadres, papagaios, cubas-rim entre outros" (NOc).

"Falta de luvas e esparadrapos" (NOd).

"Falta de controle de materiais cirúrgicos" (NOe).

"Materiais como bacias, cubas-rim e papagaios encontrados na lavanderia" (NOc).

Os problemas existentes nas seções são rotineiros, resultando conseqüentemente em decisões programadas, organizativamente racionais e reativas, em condições de certeza.

Indicam que há um intercâmbio de informações entre os subsistemas operacionais com o Centro de Material e Esterilização (CME), quando da

necessidade de mais materiais, bem como sobre o controle dos mesmos pelo CME nos subsistemas.

Verifica-se também, que há uma relação efetiva dos subsistemas com o Almoxarifado do HU/UFSC, que é o responsável pela reposição dos itens.

Entretanto, o que chama mais atenção nestas decisões relacionadas aos insumos materiais, é a preferência com que aparece a decisão sobre o controle dos mesmos.

"Maior controle dos materiais pelos enfermeiros e funcionários"
(NOc).

"Cada enfermeiro deverá supervisionar o controle do material feito pelas demais categorias e cobrar na passagem de plantão"
(NOe).

"Cada turno ficará responsável pelo controle do material usado"
(NOh).

Entende-se, que o rigor do controle aparece nas decisões dos enfermeiros administradores, como consequência do nível hierárquico em que se encontram, pois este é o responsável pela prestação da assistência de enfermagem no dia-a-dia organizacional. Assim, de acordo com Chiavenato (1987), o conteúdo do controle é específico e voltado para cada tarefa, sendo direcionado para o curto prazo e para a ação corretiva imediata, confirmando os resultados encontrados.

Percebe-se, que há um fluxo de informação permanente que realimenta os subsistemas, visando a comparação com os padrões quantitativos de materiais, no sentido de corrigir os desvios observados, conforme afirmam Kast e Rosenzweig (1980) e Chiavenato (1987).

Outra dimensão da decisão que pode-se analisar, diz respeito a centralização e descentralização. Segundo Chiavenato (1987), Marriner (1983) e Kurcgant (1991), a autoridade é o direito organizacional de exigir que uma tarefa seja executada visando à realização dos objetivos. Assim, a centralização e descentralização referem-se, principalmente, ao grau de delegação de autoridade aos níveis mais baixos da organização. De acordo com Gibson et al. (1981), a descentralização refere-se ao direito delegado ao administrador, isto é, à sua capacidade de tomar decisões sem ter que recorrer à um nível administrativo mais alto.

Nas observações realizadas, constata-se que o poder de decisão é difuso, pois há delegação de autoridade para as chefias dos subsistemas operacionais. Nota-se também, que os enfermeiros assistenciais estão imbuídos de autoridade, visto que possuem o direito de comandar as demais

categorias para a produção da assistência. Assim, de acordo com o mencionado, e pelas decisões serem tomadas pelo grupo de enfermeiros e não sofrerem interferências dos níveis administrativos superiores, pode-se afirmar que as decisões no nível operacional na sua maioria são descentralizadas. Este resultado vai ao encontro das afirmações de Bernardes (1979) e Oliveira (1988), de que há uma maior ocorrência de decisões descentralizadas no nível operacional.

Encontra-se também, situações de decisões onde os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem participam do processo decisório, corroborando a citação de Chiavenato (1987,p.185) que a descentralização existe "quando a tomada de decisão é delegada aos administradores de nível mais baixo, e talvez até mesmo aos empregados do nível operacional". Entretanto, é importante salientar, que foram raras as ocorrências destas situações, o que pode-se interpretar como uma perpetuação da histórica divisão social do trabalho na enfermagem, em que o poder de decisão e o saber estão concentrados no enfermeiro.

Desta forma, percebe-se que a participação das demais categorias da enfermagem ocorre como consequência do poder político, conquistado principalmente, através das relações informais.

5.2.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores

Ao investigar-se quais os elementos que norteiam a tomada de decisão dos enfermeiros administradores, obteve-se as seguintes informações:

"Experiências anteriores, impulsos, instintos, emoção" (O1).

"Os resultados anteriores, experiência e conhecimentos" (O5).

Identifica-se nestas informações, as decisões intuitivas que segundo Rowan (1986), Souto-Maior (1990), Vergara (1991) e Motta (1993), demonstram o valor de senso comum no uso dos instintos e percepções individuais. Para Moscovici (1993), o conhecimento intuitivo é considerado importante para o administrador, pela sua pureza e segurança sem precisar recorrer a regras e explicações. Neste sentido, de acordo com Motta (1993), a intuição é tida como altamente impregnada pelas experiências acumuladas pelo indivíduo, confirmando as expressões dos enfermeiros. Assim, considera-se

que os enfermeiros administradores tomam decisões através de um processo intuitivo, baseado nas reflexões em grande parte inconscientes.

Os objetivos organizacionais, também foram encontrados como elementos norteadores da decisão.

"Os objetivos que a decisão alcançará" (O6).

"Os objetivos que levam a pensar e decidir situações"(O8).

Quando os enfermeiros administradores, afirmam como referencial os objetivos organizacionais para as suas decisões, identifica-se o modelo organizativamente racional prescrito por Simon (1979). Chiavenato (1987) afirma também, que as decisões deste modelo são tomadas em resposta a algum objetivo a ser alcançado, como encontra-se na expressão do enfermeiro O8.

Este resultado confirma, que existe uma racionalidade no comportamento administrativo dos enfermeiros, orientado pelos objetivos organizacionais.

Para o enfermeiro O2, o elemento que norteia a tomada de decisão *"é o compartilhar da mesma filosofia de trabalho"*, indo ao encontro do citado por Kurcgant (1991), de que a tomada de decisão deve ser coerente com uma filosofia de trabalho. Entendendo-se filosofia como crenças e valores que guiam as ações, percebe-se que o enfermeiro adota este pressuposto proveniente da filosofia do sistema de enfermagem.

"A responsabilidade e o respeito humano", são os elementos citados pelo enfermeiro O4, constatando-se assim, que o mesmo toma as decisões, baseadas nos valores sociais que orientam o processo de determinar a preferência entre as consequências, devendo-se reconhecer, que seu sistema de valor deriva da soma de suas experiências passadas, bem como dos princípios filosóficos da Diretoria de Enfermagem, ratificando-se a afirmação de Kast e Rosenzweig (1981).

Quanto à responsabilidade, acredita-se também que é consequência da própria estrutura hierárquica do sistema, visto que o nível operacional, é o responsável pela execução da assistência de enfermagem, resultando assim no valor ético e moral.

Além dos valores acima mencionados, encontra-se acrescidos novos elementos nas citações a seguir:

"A situação das pessoas" (O3).

"Conhecimento da situação, conhecimento das possibilidades e resolução da situação com os elementos da equipe" (O9).

O conhecimento da situação, proporciona aos enfermeiros informações que provém das variáveis tecnológicas, legais, políticas sociais e financeiras do ambiente interno e externo, que poderão restringir ou facilitar a escolha da melhor alternativa da decisão, podendo-se afirmar, que os mesmos possuem uma visão sistêmica da tomada de decisão na enfermagem.

Partindo-se do pressuposto que a informação é a matéria prima para a tomada de decisão, verifica-se junto aos enfermeiros administradores qual o procedimento adotado para a obtenção da informação no processo decisório.

"Buscar novas informações" (O3).

"Sempre tento buscar novas informações seja qual for a situação" (O4).

"Tento buscar novas informações, dependendo da situação" (O7).

"Sempre que tenho um problema para resolver, além das informações que tenho, sempre procuro saber mais e levo em consideração também a situação que se apresenta no momento" (O6).

Etzioni (1967) define a busca de informação como procura, coleta, avaliação e processamento de informações. Braga (1988) afirma que o esforço da busca é uma fonte de conhecimento para o administrador tomar decisão. Neste sentido, a autora identifica o "estilo de espera" onde o administrador está frequente e ativamente pesquisando o ambiente para buscar informações.

Assim, percebe-se que os enfermeiros administradores demonstram a preocupação em buscar nas informações, os elementos que os auxiliem na escolha da melhor alternativa. Enfatizam também, que esta busca ocorre de acordo com a situação vivenciada no momento da decisão, denotando a existência de variáveis internas e externas, transmitindo a idéia de sistema aberto, em que há troca de informações, matéria e energia.

Outras concepções sobre a busca de informações são evidenciadas pelas seguintes expressões.

"Tento buscar novas informações para poder crescer profissionalmente e tentar resolver o problema da melhor maneira possível. Mesmo questionando, encontrando soluções e quando novamente este problema surge, ainda questiona-se se esta é a melhor solução" (O8).

"Há um tempo atrás consideraria apenas as informações que tivesse. Hoje procuro saber mais sobre o assunto buscando mais informações. Se for uma situação emergente, procuro resolver

com o que tenho, caso contrário vou sempre procurar saber mais" (O9).

Encontra-se nestas expressões, a importância dada pelos enfermeiros à busca de informações, não só para processar a decisão, mas também, como fonte de conhecimento profissional. Fica destacada a preocupação pela escolha da melhor alternativa, quando afirmam que procuram saber mais para resolver o problema da melhor maneira possível.

Identifica-se também, o estilo de espera de informação citada por Braga (1988), na seguinte resposta.

"Novas informações através do grupo procurando assim resolver o problema, e o procedimento varia de acordo com a situação" (O1).

Este estilo, refere-se ao comportamento em que a pessoa passivamente aguarda que as informações cheguem até ela, sendo esta a percepção que o enfermeiro transmite, quando afirma que obtém as informações através do grupo, que possivelmente deverá estar reunido, para que receba as informações.

Encontra-se no discurso de um enfermeiro, a noção de que há condições de buscar-se todas as informações possíveis para a tomada de decisão.

"Sempre tento buscar respostas para todas as possibilidades e esgotar todos os questionamentos a respeito. Por isso, as minhas decisões já mentalmente definidas não são imediatas, pois aguardo justamente a certeza absoluta que embasará o momento da decisão" (O5).

Nota-se que o mesmo tenta maximizar suas informações como subsídios à sua decisão, para obter a certeza das consequências na escolha de sua alternativa. Desta forma, constata-se o que Stoner (1985) e Chiavenato (1987) falam, que a tomada de decisão busca informações que proporcionem conhecimentos das consequências ou resultados das alternativas, decidindo em condições de certeza.

Quando questionados sobre um problema ou situação já resolvida, que retorna para ser decidida, os enfermeiros administradores apresentaram as seguintes respostas.

"Ou porque não foi discutido o suficiente para que ficasse bem claro ou houve alguma falha por parte de alguém" (O3).

"Porque algum questionamento não foi bem respondendo ou alguma possibilidade ou alternativa foi esquecida" (O5).

"Porque nem sempre a decisão tomada é a mais acertada, não apresentando resultados" (O7).

"Porque a resolução adotada com certeza não foi a mais acertada, desta forma, ela volta em pauta para uma nova tentativa de solução" (O9).

Verifica-se através destas afirmações, que os enfermeiros administradores percebem que as alternativas escolhidas não foram suficientemente exploradas. Assim, pode-se interpretar estas respostas sob três aspectos. O primeiro que caracteriza a abordagem satisfatória, pois segundo Simon (1979), é impossível prever-se todas as consequências para as alternativas propostas. O segundo, é que a decisão pode ter sido tomada sobre o problema, possibilitando o reaparecimento do mesmo, pois não houve a eliminação das prováveis causas; e o último aspecto, é que os enfermeiros podem entender a decisão como um fim, isto é, não percebem a mesma como um meio para alcançar os objetivos propostos.

A abordagem satisfatória também é ratificada no discurso do enfermeiro O8.

"Acho que apesar de tentar encontrar a melhor solução, nunca consegue-se resolver totalmente, porém existem aquelas resoluções que mesmo discutidas e investigadas não são satisfatórias e já se sabe que vai retornar. Acho que deve-se esgotar as discussões no momento, mas quando retorna o problema, volta-se a discutir e quem sabe soluções mais satisfatórias surgirão".

Fica caracterizado, que os enfermeiros administradores comportam-se dentro de uma racionalidade limitada, pois de acordo com Simon (1979), eles tomam a decisão mais lógica que podem tomar, limitada por suas informações inadequadas e por sua capacidade de usar as informações. Desta forma, eles se contentam com uma decisão que atenda apropriadamente a seus fins, satisfazendo-se ou aceitando a primeira decisão satisfatória que encontram, em vez de maximizar ou buscar até encontrar a decisão ótima.

O enfermeiro O1, acrescenta que muitas decisões voltam a ser rediscutidas, por não ter havido a participação das demais categorias de enfermagem no processo decisório, bem como o resultado das mudanças de regras que direcionam as decisões.

"As vezes quando alguns problemas são resolvidos em determinada reunião e alguns funcionários não estavam presentes ou mudaram de idéia ou os padrões ou as orientações mudaram,

afinal isto é comum na enfermagem, nós rediscutimos determinadas soluções" (O1).

Este discurso demonstra, que quando as decisões são tomadas só pelos enfermeiros, as outras categorias da enfermagem reivindicam o direito de participar das decisões, através de questionamentos ou não aceitação das mesmas, podendo proporcionar frustrações e as vezes decisões disvinculadas da realidade como afirma Stoner (1985).

Salienta-se, que este foi o único enfermeiro a informar que o retorno de uma decisão sobre o mesmo problema, é muito comum na enfermagem. Isto remete a uma reflexão, visto que os demais apenas apresentaram justificativas de ocorrência, e este expressa o grau de ocorrência. Entretanto, ressalta-se que num ambiente organizacional, nada impede que as decisões e as estratégias adotadas num dia possam ser refletidas no outro, pois segundo Simon (1979), o indivíduo ou a organização podem ser forçados a mudar sua decisão ou estratégia, devido à elementos temporais e comportamentais, o que já terá contribuído para reduzir o número de estratégias disponíveis para a próxima escolha.

Quanto à decisão ser tomada individual ou coletivamente, percebe-se uma unanimidade dos respondentes com preferência à decisão grupal.

"Em grupo, porque a responsabilidade não recai sobre mim somente, e principalmente, quando pensamos juntos, há maior envolvimento do grupo" (O1).

"Prefiro decidir em grupo. Devo levar em consideração a opinião dos demais colegas, já que trabalhamos com finalidades comuns" (O2).

"Sempre decidimos em grupo, porque somos uma equipe de trabalho e as decisões afetarão todo o grupo" (O4).

"Em grupo me parece mais justo, já que as decisões devem ser tomadas, ou que deverão ser tomadas, serão pertinentes a assuntos ligados à um grupo de pessoas e estas devem estar aos menos informadas do que está acontecendo" (O9).

Os enfermeiros administradores demonstram a dimensão de interdependência de decisão entre seus membros, que é orientada pelos objetivos organizacionais e pelo compartilhamento de um conjunto de crenças, valores e normas, e de uma ideologia até certo ponto em comum.

Segundo Simon (1979) e Gibson et al. (1981), as decisões de grupo são superiores as decisões individuais, entretanto, alertam que as discussões

abertas e, conseqüentemente, as decisões, são influenciadas por alguns fatores comportamentais.

Existe contudo, um discurso aparente da divisão da responsabilidade entre os tomadores de decisão. Na esfera organizacional, segundo Chiavenato (1983) e Kurcgant (1991), a responsabilidade provém da relação superior-subordinado e do fato de alguém ter autoridade para exigir determinadas tarefas de outras pessoas. Desta forma, entende-se que a responsabilidade da decisão não pode ser delegada, pois todos os enfermeiros do sistema de enfermagem possuem a autoridade para exigir a produção da assistência dos seus subordinados, conferida pela lei do exercício profissional.

Salientam também, a visão do trabalho em equipe, que no entender dos mesmos, proporciona um melhor resultado da decisão, pressupondo que cada membro do grupo conhece seu lugar dentro do subsistema e está preparado para realizar suas tarefas, juntamente com os demais colegas ratificando assim, a afirmação de Simon (1979) e DiVicenti (1981).

Através da resposta do enfermeiro O2, identifica-se que cada um deles baseará seu comportamento na sua expectativa do comportamento dos outros, sem ter certeza porém, de que esses se ajustarão a qualquer plano pré concebido.

Já o enfermeiro O9, ressalta que a comunicação é essencial no comportamento cooperativo, pois há necessidade de todos serem informados e terem conhecimento das ações a serem empreendidas.

O enfermeiro administrador O7 também prefere a decisão grupal, entretanto, alerta para o compromisso que todos devem assumir com a decisão, ratificando a citação de Marriner (1983), de que o compromisso com a decisão é importante para o seu cumprimento, pois é incrementado mediante a participação no processo decisório.

"Em grupo quando o problema envolve o coletivo, pois as pessoas assumem de certa forma compromisso com a decisão" (O7).

Neste discurso, pode-se inferir que o mesmo admite a possibilidade da decisão individual, referindo-se que a decisão pode ser em grupo se o problema for coletivo. O mesmo destaca observa-se nas expressões dos enfermeiros O3, O5 e O8.

"Em grupo, se o que for decidido vai ser usado ou ser seguido pelo grupo, apesar de haver situações em que se deve decidir sozinho" (O3).

Percebe-se que o enfermeiro coloca uma condição para a decisão grupal e evidencia que também decide sozinho.

"Depende do assunto. Na grande maioria em grupo, pois existe a co-responsabilidade dos resultados. Na minha área de atuação, algumas decisões são individuais pela característica do trabalho e pela falta de pessoal no mesmo nível de capacitação" (O5).

Esta informação remete a análise de dois novos aspectos. O primeiro, é que há preferência pela decisão grupal devido ao compartilhamento da responsabilidade na decisão, diferenciando-se dos discursos anteriores. Assim, observa-se que o mesmo entende que todos possuem a mesma responsabilidade na tomada de decisão. O segundo aspecto, diz respeito a divisão técnica e social do trabalho na enfermagem.

Já o enfermeiro O8, relata que prefere decidir em grupo, mas que em algumas situações prefere individualmente.

"Prefiro decidir em grupo, em algumas situações decido sozinha, sempre com conhecimento ou apenas pelo que acredito, e posteriormente reflito com o grupo e se for o caso, modifico minha decisão justificando o porque" (O8).

Segundo Gibson et al. (1981), certas decisões parecem melhor adaptadas aos grupos, outras aos indivíduos. Assim, pode-se considerar que de acordo com as situações vivenciadas, os enfermeiros administradores optam por uma ou outra forma de decisão.

Para Leitão (1987), as decisões individuais visam satisfazer as necessidades, pois estão mais próximas ou associadas com os objetivos da unidade a que estão vinculadas, justificando o comportamento adotado pelos enfermeiros.

O enfermeiro expressa também, que toma a decisão baseada no seu conhecimento, que de acordo com Etzioni (1972,p.121) é "em grande parte uma propriedade individual, ao contrário de outros meios da organização, não podendo ser transferido, por decreto de uma pessoa para outra". No entanto, cabe salientar, que o mesmo após decidir individualmente recorre ao grupo para ratificar ou não a sua decisão, demonstrando desta maneira, a necessidade de compartilhar a responsabilidade da decisão.

Investiga-se junto aos enfermeiros administradores do nível operacional, o que acham do número de participantes no processo decisório, com o intuito de identificar-se a percepção dos mesmos sobre a participação no processo decisório.

Numa visão simplificada, participar para Guimarães (1987,p.9) "[...] significa um ato voluntário de interação social dirigido a tomar parte em alguma atividade pública de modo a intervir em seu curso e beneficiar-se

dela". Assim, na tomada de decisão, a participação se baseia no princípio de que todos os membros de um grupo ou organização devem ser estimulados a tomar parte nas decisões (Marriner, 1983).

No entender de dois enfermeiros administradores, o atual número de participantes na tomada de decisão do nível operacional está bom, isto é, concordam com a atual estrutura de decisão estabelecida pelo sistema de enfermagem, em que as decisões são tomadas em cada nível hierárquico com o grupo de chefias.

"Acho que está bom" (O1).

"Eu acho que está bom" (O6).

Contudo, comparando-se o número total de componentes de cada subsistema com o número dos que tomam decisões, pode-se afirmar que a participação ainda é muito reduzida. Esta constatação parece sugerir o afirmado por Lindblon (1981), que embora haja regras democráticas que ampliem a participação, ainda é necessário que exista uma elite incubida das decisões.

Há também informações que sugerem uma participação mais ampliada, como transcreve-se:

"As vezes acho que o número de participantes deveria ser maior, mas acho que o maior número talvez dificultasse, pois a tomada de decisão exige rapidez" (O4).

"Acho que dependendo da abrangência e importância das decisões, o número de pessoas deveria ir progressivamente aumentado. Atualmente de acordo com o organograma está dentro do aceitável" (O5).

O enfermeiro O4, relaciona o número de participantes com a rapidez na tomada de decisão, favorecendo dois focos de análise. Primeiramente, pode-se concordar com o mesmo, pois em algumas situações um elevado número de participantes no processo decisório, tende a facilitar a morosidade na escolha da alternativa, que necessita uma ação rápida. Entretanto, um maior número de participantes pode também, levar menos tempo para tomar uma decisão do que somente um indivíduo, pois os mesmos podem recorrer as mais amplas experiências e conhecimentos provenientes de cada membro do grupo, como afirmam Kast e Rosenzweig (1980), DiVicenti (1981) e Marriner (1983).

Já o enfermeiro O5, condiciona o número de participantes a abrangência e importância da decisão a ser tomada, interpretando-se então, que o mesmo demonstra uma flexibilidade de acordo com o momento da

decisão. Ressalta, porém, que considera o número de participantes adequado com a estrutura de decisão estabelecida.

Alguns enfermeiros entendem também, que as demais categorias podem participar ou colaborar na tomada de decisão.

"Quando as decisões afetam determinadas categorias, estas devem ser consultadas" (O2).

"Muitas vezes sem discussão de um grupo maior, os interessados (servidores), [destaque do informante], não são levados em consideração, pois poderiam ajudar nessas discussões, que por sua vez facilitaria as decisões e resoluções dos problemas" (O8).

Estes discursos, transmitem a preocupação dos enfermeiros em relação a participação dos demais elementos da equipe de enfermagem na tomada de decisão, visto que os mesmos são fontes de informações e conhecimentos importantes.

Chama-se a atenção para a primeira assertiva, pois o enfermeiro afirma que as demais categorias devem ser consultadas quando sofrem consequências da decisão. Desta forma, pode-se interpretar que o mesmo não consegue perceber que todas as decisões tomadas no contexto organizacional, direta ou indiretamente, afetarão seus trabalhadores, ou porque refere-se provavelmente, somente as decisões relacionadas aos problemas de desempenho dos mesmos.

De acordo com Guimarães (1987), não se pode considerar como participação a consulta a respeito de problemas a serem resolvidos por instâncias superiores, já que, na maioria dos casos, a consulta caracteriza-se não como um direito estabelecido, mas como um ato de concessão por parte dos superiores, mesmo que isto represente um importante mecanismo no processo de participação. Assim, a participação representa um ato de vontade individual e, como tal, não pode ser imposta e nem negado o direito de não participar, se esta é a vontade do indivíduo.

O enfermeiro O8, transmite o entendimento de que quando um grande número de pessoas está envolvido no processo de tomada de decisão, ele se mostra democrático e melhora a aceitação da decisão, ratificando a afirmação de DiVicenti (1981).

Outra dimensão que procura-se verificar, é a autonomia da decisão. Durhan (1990) concebe a autonomia como a capacidade de reger-se por leis próprias. Contudo, quando se tem uma organização como o hospital, a autonomia não confere uma liberdade absoluta, pois restringe o exercício das atribuições e funções sociais específicas voltadas a assistência, ao ensino, o e

a pesquisa. A autonomia é sempre relativa, e deve ser definida como o reconhecimento da capacidade de uma organização reger-se por suas próprias normas, no cumprimento de suas finalidades sociais.

Encontra-se este mesmo entendimento, nos discursos de alguns enfermeiros administradores

"A autonomia é muito relativa, pois pela estrutura da instituição torna-se difícil" (O7).

"Trabalhando numa instituição hierarquizada como a nossa, minha autonomia de decidir torna-se limitada pela ordem natural imposta ou que emana desta hierarquia" (O9).

Constata-se que os mesmos condicionam a relatividade da autonomia à estrutura organizacional, que define as suas atribuições de acordo com o nível hierárquico. Pode-se afirmar também, que devido ao caráter burocrático, as decisões serão sempre dirigidas pelas normas, procedimentos, políticas, padrões e objetivos organizacionais, cerceando a liberdade de decisão e ação.

Já outros enfermeiros afirmam, que tem autonomia de decisão. Todavia, aceitando-se a afirmação de Chanlat (1992,p.29) de que "em todo sistema social o ser humano dispõe de autonomia relativa", pode-se considerar que esta autonomia será relativa, pois segundo o mesmo autor, esta ocorre em função do grau de liberdade que o ser humano dispõe, sabendo o que pode atingir e que preço estará disposto a pagar para consegui-lo.

"Em questões exclusivas de seção sim, mas quando implica em situações que extrapolam a seção fica mais difícil" (O3).

"Sim, primeiro pela especialidade da área de conhecimento que ela exige, minhas decisões são muito pouco questionadas. Segundo pela experiência de várias outras áreas de atuação. Esclareço que na grande maioria são decisões de caráter técnico" (O5).

"Sim, na maioria das situações, pois requerem muitas decisões rápidas que não podem esperar" (O6).

Fica caracterizado nestas informações, que o enfermeiro administrador tem autonomia dentro do seu nível hierárquico, isto é, à nível de subsistema operacional, e restrita quando participam das decisões em outros níveis, ou mesmo em outros subsistemas operacionais que não sejam da enfermagem.

Observa-se também, que alguns concordam em ter autonomia, porém consultam os colegas ou os chefes para compartilharem as decisões. Pode-se inferir, que este comportamento é proveniente do espírito de equipe de

trabalho e da estrutura de valores que mantém a coesão do grupo com relação as metas a serem alcançadas.

"Sinto muitas vezes presa as determinações superiores que impedem o grupo de fazer algo no próprio setor, parece ser autonomia por conveniência" (O8).

Esta declaração, confirma a interpretação de que as decisões são regidas pelas normas, padrões e políticas estabelecidas nos níveis hierárquico superiores, limitando desta forma, a capacidade criativa e a busca de novas oportunidades como afirmam Drucker (1984), Motta (1993) e Moscovici (1993).

Questiona-se junto aos enfermeiros administradores, se as experiências vivenciadas lhe auxiliam a tomar decisões, e se esta conduta era frequente, obtendo-se uma unanimidade afirmativa nas respostas.

"Sim" (O1) e (O7).

"Sim, as experiências passadas de uma maneira ou de outra sempre nos orientam na tomada de decisão" (O2).

"Sim, sempre que ocorre" (O5).

Alguns enfermeiros além de aceitarem as experiências como fator referencial para as suas decisões, também apresentam a sua justificativa.

"Sim, a experiência auxilia a tomada de decisão, oferecendo segurança" (O3).

"Sim, com bastante frequência as experiências passadas e vivenciadas são as melhores aulas da vida" (O6).

"Sim, sempre que temos novas decisões a tomar, iniciamos a conduta pelas já tomadas" (O8).

"As experiências passadas e vivenciadas com certeza vão nos ajudar a tomar as decisões mais acertadas possíveis. Serve de subsídio" (O9).

Percebe-se, que os enfermeiros administradores ao tomarem novas decisões, reportam-se a situações semelhantes já vivenciadas, que parecem servir de parâmetro para as decisões presentes. Este achado ratifica a afirmação de Simon (1979), de que a memória e o hábito oferecem as informações necessárias, toda vez que um problema semelhante se repete, eliminando da área do pensamento consciente aqueles aspectos da situação que são por natureza repetitivos. Isto ocorre, pelo fato de que a maioria das decisões tomadas no nível operacional são programadas, revelando assim, a coerência entre as respostas dos informantes, com as observações do comportamento dos mesmos adotados no processo decisório.

Há um destaque, de que esta situação oferece segurança para a tomada de decisão no presente, isto porque, os enfermeiros possivelmente tem mais facilidades em prever as consequências das alternativas, com base nas experiências passadas, o que pode proporcionar um ambiente de certeza.

Um dos enfermeiros administradores ressalta, que além da experiência, a concordância do grupo é um dos fatores que contribue para a tomada de decisão.

"Acho que as experiências vivenciadas podem influenciar nas decisões, mas não obrigatoriamente, o mais importante é a concordância do grupo " (O4).

Esta afirmação, lembra que cada elemento do grupo traz consigo valores provenientes das experiências vividas, que exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos, sendo então a concordância, o ponto de equilíbrio destes valores na decisão a ser tomada.

Verifica-se também, se os enfermeiros administradores elaboram e analisam as alternativas de decisão, com o objetivo de ratificar ou não o comportamento racional identificado nas observações de campo.

"Sim" (O1) e (O5).

"Geralmente" (O2).

"Na maioria das vezes " (O3), (O7).

"Procuro analisar e pesar no grupo todas alternativas possíveis" (O 4), (O6).

"Tentamos em grupo " (O8).

Nota-se que os enfermeiros na decisão grupal, adotam um comportamento organizativamente racional, pois apresentam alternativas, analisando as suas consequências na tentativa de tomar a decisão mais acertada.

Somente um afirmou que tem se esforçado, mais ainda não consegue elaborar e analisar as consequências das alternativas como processo de decisão.

"Estou trabalhando para conseguir isto, mas acho que ainda não" (O9).

Observa-se, que os enfermeiros tomam suas decisões individualmente, baseados nos hábitos e rotinas.

Ao investigar-se a predominância entre experiências vivenciadas ou a elaboração de alternativas como processo mental na tomada de decisão, os enfermeiros administradores dividem-se em dois grupos distintos, os que só consideram as experiências e os que adotam as duas formas de decidir.

"As experiências anteriores vivenciadas" (O1) , (O2) , (O3), (O4) e (O7).

Este resultado demonstra, que os enfermeiros mesmo quando decidem em grupo, onde são propostas alternativas, a sua escolha recai naquela em que tem uma informação anterior que o auxiliará na decisão, supondo-se que decidirá por consenso no grupo.

"O grau de importância é idêntico, e não são comparáveis. Se você não tiver experiência anterior, mas adotar para a decisão, a elaboração de alternativas, a possibilidade de resultados insatisfatórios será bem menor" (O5).

"Partimos do já vivenciado para uma discussão de alternativas" (O8).

"Acho que experiência vividas, mas acho que uma miscelânea das duas seria o mais acertado" (O9).

Constata-se nestas expressões, que as decisões são tomadas intuitivamente e racionalmente, portanto elas são complementares como afirmam Mintzberg (1976), Vergara (1991) e Motta (1993). Assim, pode-se afirmar que a razão e a intuição são partes de um todo, são encontradas na luz e na sombra, no racional e não racional, no lado esquerdo ou no direito do cérebro, e que em algum ponto tendem a fundir-se como cita Vergara (1991).

5.3. Tomada de Decisão no Nível Tático

No nível hierárquico intermediário, as decisões relacionam-se aos aspectos táticos, e fazem ponte entre as decisões a serem tomadas nos níveis superior e inferior. Pelo nível em que se encontram, geralmente são decisões programadas, reativas, tratadas pela lógica racional ou política, descentralizadas e em condições de incerteza.

5.3.1. Análise das Observações de Campo

Analisando-se as observações coletadas, constata-se que a maioria das decisões tomadas no nível tático, foram sobre problemas ou situações conflitantes provenientes do nível operacional, por serem comuns às várias

seções que coordenam, e em menor quantidade do nível superior, bem como sobre os planos e métodos de trabalho propostos pelo próprio nível intermediário.

Transcreve-se a seguir, algumas observações provenientes do nível operacional, para proceder-se a análise da decisão.

"Reclamação das chefias das seções pela falta de esfigmomanômetros. Foi tomada a decisão de que haja mais controle do uso e guarda dos mesmos nas seções e a solicitação de compra urgente de mais aparelhos" (NTa).

Após o levantamento e análise das várias alternativas propostas, percebe-se que coube aos subsistemas operacionais, um maior controle sobre os aparelhos, ratificando desta forma, o encontrado na literatura pertinente. Quanto a decisão de compra de mais aparelhos, nota-se que é responsabilidade do nível intermediário a alocação de recursos materiais para o nível inferior.

Constata-se também na transcrição a seguir, que o nível intermediário assume a sua competência de decisão.

"Local para a guarda de medicamentos de urgência nas seções ambulatoriais. Ficou decidido que serão feitos estoques de medicamentos em dois subsistemas operacionais que fazem uso dos mesmos com maior frequência, sendo que os demais poderão solicitar quando necessitarem" (NTb).

Nestas situações, identifica-se as decisões programadas, onde os enfermeiros administradores tomam as decisões de acordo com os objetivos do sistema de enfermagem, caracterizando a decisão organizativamente racional. Pode-se inferir, que os mesmos usam a racionalidade técnica e burocrática, pois subordinam-se as normas e políticas assistenciais pré-determinadas e a meios de ação que são apenas ligados ao procedimento mais favorável, para alcançar o proposto.

Estas decisões podem ser identificadas como reativas, visto que são tomadas como reação aos problemas que surgiram nos subsistemas.

Assim, de acordo com as caracterizações acima mencionadas, as mesmas ocorrem em condições de certeza, pois os enfermeiros possuem informações seguras e precisas nas quais as decisões podem basear-se.

Já na observação seguinte, evidencia-se a racionalidade econômica, quando os enfermeiros administradores ao analisarem as consequências das alternativas propostas, deparam-se com o desperdício de folhas de gazes que não são utilizadas, e que agregam valor no custo assistencial para análise do custo/benefício de cada subsistema, realizado pela Divisão de Finanças do HU.

"Sobra de folhas de gazes que não são utilizadas nas seções. Ficou decidido que o CME deverá fazer 2 tipos de pacotes, um com 10 folhas e outro com 20 folhas de gaze, e receber as sobras das seções para reprocessamento" (NTa).

Observa-se que há uma grande incidência de decisões tomadas pelo nível intermediário da enfermagem, mas que a ação da decisão tomada será realizada por outro órgão no mesmo nível, porém de outros sistemas do hospital. Assim, as decisões da enfermagem passam a ser uma sugestão ou solicitação a estes sistemas, observando-se a interdependência de decisões e ações dos mesmos.

"Funcionário não tem tido tempo para almoçar no horário estabelecido, devido ao atendimento de pacientes que ficam na seção. Decidido que será solicitado ao órgão competente um novo horário para a solicitação de refeição" (NTb).

"Pacientes internados nos subsistemas NDb, NOc, NOe, que não são das especialidades dos subsistemas. Os enfermeiros administradores decidem fazer um relatório sobre o problema e suas conseqüências e mandar para DE, para que encaminhe a DG para uma solução efetiva" (NTa).

Nesta situação de decisão, apesar do problema ser diferente do verificado no nível operacional, observa-se que a enfermagem continua a discutir sobre o problema de arranjo físico para a prestação da assistência. Esta tem sido uma luta constante na enfermagem do HU, desde a sua inauguração, pois como o sistema de medicina é que geralmente determina a distribuição da área física de acordo com as especialidades, cabe a enfermagem sugerir e reivindicar à Direção Geral, uma nova forma de distribuição dos pacientes na área física, pois é ela que assiste o paciente nas 24 horas do dia e nos 365 dias do ano.

Assim, percebe-se a existência de um conflito proveniente da definição do problema de maneira diferente, de informações fragmentadas, da maior ou menor importância de diversos aspectos ou de pontos de vista divergentes como afirma Marriner (1983), entre os sistemas de enfermagem e medicina. Constata-se então, a hegemonia médica como resultante do processo de apropriação do saber pelos médicos e, conseqüentemente, do poder de decisão sobre a enfermagem, corroborando Pires (1989).

Na decisão, embora sendo identificada como programada, domina a lógica dos grupos de interesses, pois os enfermeiros administradores decidem

movidos pelos interesses e necessidades do sistema de enfermagem, onde prevalece o consenso na tomada de decisão.

Identifica-se também, uma elevada frequência de decisões tomadas sobre informações dadas pelo nível intermediário, em que o nível operacional questiona a decisão, sugerindo modificações.

"Curso de treinamento para escriturários a ser desenvolvido pela DAP/HU. As chefes de seções sugerem a participação dos escriturários substitutos, sendo a decisão favorável a sugestão, cabendo a chefe da divisão as devidas providências" (NTa).

"Curso de Avaliação de Desempenho que será realizado pelo DAP/HU. Enfermeiros reivindicam a participação e fica decidido que irão 3 representando a divisão" (NTb).

Verifica-se que apesar de serem decisões relacionadas as situações rotineiras, os enfermeiros administradores tomam uma decisão política de acordo, pois mudam as regras do jogo estabelecidas pelo DAP/HU, onde todos se posicionam favoráveis aos mesmos interesses, legitimando a ação coletiva.

Numa das situações, constata-se que a chefe da divisão informou as demais chefias, a decisão da Diretoria Geral sobre os vales refeição, gerando uma insatisfação, pois as chefias do nível operacional não concordam com a decisão, alegando a sua inviabilidade e sugerem ao diretor de enfermagem uma reunião com a direção do hospital. Houve uma decisão política de consenso entre os enfermeiros administradores, em reivindicar uma reunião de todo o sistema de enfermagem com a direção geral do HU, para reverter a decisão estabelecida no nível estratégico do hospital.

Duas foram as situações observadas no NTa, em que os enfermeiros administradores do nível intermediário decidiram sobre propostas encaminhadas do nível superior da enfermagem.

A primeira, diz respeito a proposta elaborada pela Comissão de Revisão da Avaliação de Desempenho, que apresentou o novo fluxo de avaliações a serem encaminhadas as chefias para ser decidido. A chefe da divisão alertou, que só devem ser encaminhadas a CES, as avaliações de desempenho problemáticas, e que as avaliações deverão ser anuais. O grupo acatou a proposta da comissão, caracterizando-se uma decisão política de consenso, pois todos os atores organizacionais manifestaram os mesmos interesses.

Caracteriza-se também, a decisão centralizada, a partir do momento que os enfermeiros administradores aprovam o parecer emitido pela comissão,

pois isto provoca uma centralização do poder, por parte dos membros da mesma.

A segunda, é a apresentação do ante projeto do regimento da Comissão de Ética da Enfermagem a ser constituída. Esta decisão foi muito polêmica, pois formaram-se dois grupos de interesses. Um que defendia a participação igualitária de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, e outro que não favorecia a participação dos técnicos e auxiliares. Como não houve consenso para a tomada de decisão, os enfermeiros administradores decidiram por acordo, que deverá ser realizada uma consulta ao Conselho Regional de Enfermagem-SC, com o objetivo de verificar a legalidade da participação destes elementos, e somente após a resposta, a proposta do regimento seja encaminhada à uma Assembléia Geral da Enfermagem para aprovação. Desta forma, percebe-se que o grupo estabeleceu uma nova regra que orientou a tomada de decisão.

É interessante destacar que nestas duas transcrições, as decisões relacionavam-se a aprovação ou não das propostas de comissões, mas que os procedimentos finais são antagônicos. As conseqüências das ações das duas decisões tomadas, afetarão todos os membros do sistema de enfermagem, no entanto, na primeira decisão, os enfermeiros administradores sentem-se aptos a decidirem sobre a avaliação de desempenho, sem a participação ou aval dos demais membros.

Neste sentido, identifica-se a democracia representativa que segundo Bobbio (1986,p.44), significa "[...] que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito a coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que fazem parte, mas pelas pessoas eleitas para a finalidade".

Já na segunda situação, é adotado o procedimento inverso. Decidem que o regimento e a constituição da comissão sejam discutidos pela Assembléia Geral da Enfermagem, onde participam todos os integrantes da equipe de enfermagem. Assim, identifica-se a democracia direta, que segundo o autor citado acima (p.51) "[...] é preciso que entre os indivíduos deliberantes e deliberação que lhe diz respeito, não exista nenhum intermediário".

Conclui-se então, que os enfermeiros administradores agem de acordo com os interesses dos enfermeiros, mantendo assim o "status quo", isto é, ao enfermeiro cabe o pensar, e as demais categorias o fazer.

Analisando-se as situações descritas até agora, constata-se a abordagem hierárquica das decisões apresentadas por Zaccarelli (1983),

ratificando a abordagem sistêmica, pois as decisões tomadas nos vários níveis hierárquicos possuem um fluxo ascendente e descendente, caracterizando os inputs e outputs dos subsistemas em interação, para atingirem as finalidades do sistema de enfermagem. Portanto, quando uma decisão é um input num dos subsistemas, ela pode ser aceita ou não, dependendo do significado e importância dos elementos que norteiam a decisão, devendo ser analisada em função das repercussões que pode ter no sistema de enfermagem e no meio ambiente.

Identifica-se na situação descrita a seguir, a tomada de não decisão como relatam Kast e Rosenzweig (1980) e Bacharach e Baratz (1981). De acordo com os autores, esta se configura pela prática de limitar a tomada de decisão real das decisões a questões seguras, através de procedimentos dominantes na organização.

"O chefe do subsistema de serviços gerais, colocou para os enfermeiros administradores, os vários problemas que tem tido com os serviços de limpeza, lavanderia e transporte. Houve muitos questionamentos pelos enfermeiros sobre a operacionalização destes serviços, pois os mesmos tem uma relação direta com a enfermagem, como serviços de apoio à assistência. Após exaustiva troca de informações foram sugeridas algumas alternativas de solução, porém não houve uma decisão sobre as mesmas" (NTa).

Percebe-se uma multiplicidade e complexidade da situação do problema, caracterizando um problema desestruturado, em que a melhor solução, segundo os autores citados cima, pode ser não tomar decisão alguma, pelo menos nesse momento. Pode-se afirmar, também, que existe uma situação conflitante de valores que vem à tona, impedindo assim, a tomada de qualquer decisão que realmente constitua o melhor caminho.

Em nova reunião, um mês e meio após, o chefe do subsistema de serviços gerais apresentou aos enfermeiros administradores, uma proposta para solucionar os problemas relacionados a lavanderia e transportes.

"Quanto à roupa, sugere implantar um sistema de controle semelhante as de cota de materiais de consumo da enfermagem, onde cada subsistema faria um levantamento de sua necessidade, que seria suprida pela rouparia e lavanderia. A reposição diária na seção, e a reposição de peças gastas, ficará sob a responsabilidade do serviço competente. Quanto ao transporte, sugere que os enfermeiros encaminhem diariamente o

agendamento de exames e tratamentos externos, para que seja feito um cronograma de saída dos veículos" (NTa).

Após a exposição, houve uma reação imediata dos enfermeiros administradores, em afirmar que seria difícil implantar a cotização de roupas para as seções. A chefe da divisão ponderou a proposta, arguindo que o sistema implantado para os materiais tem atendido as necessidades, e que o mesmo deverá acontecer com as roupas. A chefe do NOi, colocou que esta proposta é inviável para a sua seção, devido ao tipo de peças que são totalmente diferentes das unidades de internação. Sugeriu que este sistema não seja implantado na sua seção de imediato, e propõe fazer um estudo de alternativas.

Nota-se com esta descrição, que os autores tem razão em afirmar, que em algumas situações a melhor decisão é não tomar decisão alguma, pois os problemas e as alternativas apresentadas na primeira reunião, puderam ser analisadas pelas pessoas que irão colocar em ação a decisão tomada. Entretanto, percebe-se um certo descrédito por parte dos enfermeiros quanto a alternativa apresentada, tendo em vista que os problemas de roupa e transporte no HU, são crônicos há 13 anos.

Outra questão que os enfermeiros levantaram, é relacionada ao custo para a implantação deste sistema, pois envolve desde a compra de tecidos, a confecção das roupas em quantidade suficiente para a troca diária em cada subsistema operacional da enfermagem. Constata-se que os enfermeiros utilizam-se da racionalidade econômica, estando implícita a lógica de que há uma calculidade econômica na decisão, visando a eficiência e produtividade. O chefe do subsistema de serviços gerais falou que o hospital já tem o tecido, e que faltaria somente a confecção das peças de roupa.

Sob esta informação, os enfermeiros administradores decidem aceitar a proposta apresentada excluindo o NOi, e com a tarefa de apresentar uma relação da quantidade e das peças necessárias para cada seção. Verifica-se então, que os enfermeiros tomam uma decisão política de acordo, pois houve a alteração da regra de decisão, que era implementar o sistema de distribuição e controle de roupas em todos os subsistemas operacionais de enfermagem.

Em relação ao problema de transporte, decidem aceitar a proposta apresentada, caracterizando a decisão política de consenso.

Observa-se no nível intermediário, o mesmo comportamento adotado pelos enfermeiros administradores do nível operacional, a exemplo da decisão sobre a marcação de férias. Essa decisão, embora sendo programada, pois é

rotineira, é processada politicamente segundo as novas regras estabelecidas pelos enfermeiros, de acordo com os seus interesses pessoais.

Identifica-se também, nas observações de campo, duas situações de decisão que envolvem a participação dos docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC.

A primeira situação, é proveniente da proposta de uma docente, em desenvolver sua pesquisa de doutorado. A professora apresentou o tema, os objetivos que pretende alcançar e a metodologia que desenvolverá. Para isto, necessita da participação de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, que juntamente com ela, analisem a prática da metodologia da assistência de enfermagem do HU/UFSC. Sugere que cada seção indique um representante, para que, através de oficinas de trabalho, construam um novo marco referencial, que seria levado as seções para uma discussão ampliada, e após retornar ao grupo para uma conclusão.

Mesmo sendo esta uma situação rotineira para os enfermeiros administradores, tendo em vista ser o HU um hospital escola, vários foram os questionamentos realizados, principalmente, quanto a metodologia a ser desenvolvida que é nova para os enfermeiros, bem como o tema a ser trabalhado. Os enfermeiros demonstraram, também, preocupação na operacionalização da oficina, tendo em vista que a mesma será realizada durante o horário de serviço, pois muitas vezes tem dificuldades em liberar os representantes. Após as explicações e os esclarecimentos cabíveis, os enfermeiros decidem por consenso aceitar a proposta da docente.

Percebe-se, que embora não haja um estímulo à pesquisas, o sistema de enfermagem participa direta ou indiretamente nas pesquisas desenvolvidas por docentes ou alunos de pós graduação, que revertem em benefícios para o sistema de enfermagem.

A segunda situação de decisão observada, é sobre uma proposta elaborada pelas chefias do nível intermediário. As mesmas solicitaram a uma professora do Departamento de Enfermagem, que expusesse ao grupo os principais conceitos das Teorias de Enfermagem. A docente aceitou o convite, e sugeriu que fossem convidados vários professores que tenham domínio de cada teoria respectivamente. Um dos enfermeiros salientou que acha uma boa proposta, pois assim seriam estudadas todas as teorias, e que cada professor poderia relatar a sua experiência. A decisão foi por consenso, pois não houve outra alternativa apresentada, bem como novas regras que estabelecessem um acordo.

Esta decisão pode ser caracterizada como pró-ativa, que de acordo com Dinsmore e Jacobsen (1985), refletem a pro-ação, pois nascem de percepções e reflexões dos próprios enfermeiros administradores, proporcionando um efeito multiplicador de conhecimento sobre as teorias de enfermagem.

Constata-se então, que há um predomínio das decisões programadas no nível intermediário, indo ao encontro do afirmado por Gibson et al. (1981), no entanto, a lógica do processo decisório caracteriza-se ora como organizativamente racional, onde identifica-se a racionalidade burocrática e econômica, ora como política de acordo ou de consenso, dependendo dos interesses dos atores da enfermagem.

A lógica racional do processo decisório, pode ser justificada pela citação de Rodrigues (1984) de que esta se aplica as decisões que são de caráter técnico, já a lógica do poder, pode ser explicada pelo caráter grupal da decisão, onde os enfermeiros administradores irão posicionar-se de acordo com os seus interesses.

Pelas decisões serem tomadas sempre em função da detectação de problemas provenientes do meio ambiente, quer seja do nível operacional ou intermediário, caracteriza-se uma maior frequência das decisões reativas. Isto pode ser explicado, pelo fato de que, no período de coleta de dados, não se observou a implementação e análise de ações inovadoras ou até mesmo preventivas, o que delimita as decisões e ações ao caráter reativo.

Outra dimensão que analisa-se, é relacionada a centralização-descentralização das decisões. De acordo com a estrutura organizacional do sistema de enfermagem, o nível intermediário é composto pelas chefias de serviço e de divisão. Contudo, verifica-se a participação das chefias das seções nas decisões deste nível, podendo-se afirmar que há descentralização, pois o poder de decisão está difuso entre os componentes do grupo.

Entretanto, cabe ressaltar, que algumas decisões que deveriam ser tomadas no nível estratégico, são tomadas no nível intermediário A, que embora conte com a participação de duas chefias do nível intermediário B, não tem a participação das demais chefias do ambulatório. Assim, percebe-se uma concentração de poder decisão no nível intermediário A, que pode ser decorrente da maior abrangência de alocação de recursos humanos e materiais, bem como da característica da prestação da assistência ininterrupta nas 24 horas do dia e nos 365 dias do ano.

Desta forma, pode-se afirmar que há uma descaracterização da estrutura da decisão no nível intermediário, sugerindo-se uma reavaliação da mesma.

5.3.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores

Os enfermeiros administradores do nível tático, ao serem questionados sobre os elementos que norteiam a tomada de decisão, deram as seguintes informações.

"Problemas, alternativas, experiências anteriores" (T1).

"Experiências anteriores, embasamento científico, fatores emocionais, aspectos racionais do problema, apuração dos fatos em si" (T2).

"Embasamento técnico científico, experiências vividas, prática, razão--> coerência, intuição, emoção" (T3).

"Conceitos, experiências anteriores, princípios éticos-morais, filosofia de vida" (T4).

"Ouvir, dialogar, conhecer, perceber, observar, pensar, analisar, ter bom senso" (T5).

Através destas expressões, identifica-se que os enfermeiros administradores, tomam decisões intuitivas, pois referem-se à experiência adquirida, a intuição, a emoção, mas também caracterizam a tomada de decisão racional, quando referem-se à problemas, alternativas, aspectos racionais e razão. Constata-se, então, que no processo decisório podem aparecer pequenos passos analíticos intercalados com passos intuitivos como afirmam Souto-Maior (1990), Vergara (1991) e Motta (1993).

Porém, o que é mais alertado pelos enfermeiros como elemento norteador da tomada de decisão são os valores, que podem ser considerados como normas que um administrador usa quando confronta com a situação de escolha, refletindo-se no comportamento de quem decide, antes da decisão, na escolha e na efetivação da escolha, como afirma Gibson et al. (1981). Portanto, verifica-se que o comportamento dos enfermeiros na tomada de decisão, é influenciado pelos valores sociais, éticos, morais, filosóficos, racionais e coerência lógica, entre outros, identificados por Kast e Rosenzweig (1980) e Gibson et al. (1981).

Os enfermeiros T2 e T3, destacam também, o embasamento técnico científico, interpretando-se que os mesmos utilizam-se da racionalidade técnica na avaliação das consequências das alternativas.

Já o enfermeiro T5, expressa elementos totalmente novos, demonstrando um comportamento democrático, caracterizando-se como um sistema aberto, cuja troca de informações serve de base para a sua decisão.

Salienta-se, que os enfermeiros administradores do nível intermediário, não citam os objetivos como elemento norteador da tomada de decisão, entretanto, nas observações de campo, constatou-se que os mesmos tomam as decisões de acordo com os objetivos do sistema de enfermagem. Isto pode significar, que os valores individuais deste enfermeiros, sejam mais fortes que os objetivos organizacionais como referencial na análise das alternativas de escolha, ou até mesmo porque estes já absorveram os valores do sistema de enfermagem, corroborando com Kast e Rosenzweig (1980).

Em relação a quantidade de informações como matéria prima para a tomada de decisão, os enfermeiros administradores apresentam as seguintes respostas:

"Geralmente tento buscar novas informações. Dependendo da situação, a maneira de agir é alterada" (T1).

"Tento buscar informações a fim de evitar uma decisão unilateral, direcionada" (T2).

"Levo em consideração as informações que possuo e também novas informações. Há situações que exigem novas maneiras de atuação" (T3).

"Tento buscar novas informações" (T5).

Identifica-se o estilo de busca de novas informações citado por Braga (1988), visto que os enfermeiros condicionam o seu comportamento de decisão e ação as informações que tentam obter para maior suporte no processo decisório. O enfermeiro T2, afirma também, que a informação lhe proporciona mais condições de evitar uma decisão tomada sob um só enfoque, de forma parcial.

Esta interpretação é confirmada com a resposta do enfermeiro T4, sendo que o mesmo relaciona algumas fontes de informações.

"Faz-se necessário checar as informações a respeito do problema, ou seja, conhecer todas as versões do ocorrido (a verdade sempre tem 3 lados, a que eu relato, a que o outro relata e a verdadeira). É importante buscar também informações em

bibliografias, códigos de ética, etc. de acordo com a situação" (T4).

Percebe-se que o enfermeiro considera a informação como matéria prima, e ao mesmo tempo, como fonte de influência nas decisões a serem tomadas, pois refere que deve conhecer todas as versões de um problema.

Estas constatações, confirmam a análise de que as decisões no nível intermediário processam-se em condições de certeza, pois os enfermeiros administradores comportam-se como unidades sensoriais, como afirmam Arndt e Huckabay (1983) e Huber (1984), visando o reconhecimento das condições internas e externas do subsistema para a tomada de decisão.

Investiga-se junto aos enfermeiros administradores, qual a razão de vários problemas ou situações adversas retornarem à decisão, e obteve-se como maioria das respostas a situação do momento.

"O problema pode ser o mesmo, mas as situações podem ser outras, sendo que o mesmo problema será vivenciado de outras formas" (T1).

"Porque a solução encontrada pode não ter sido a ideal. Ou se foi, foi mal conduzida (organização, divulgação, entendimento) ou ainda surgiram fatores novos que trazem o problema à tona" (T2).

"Porque podem ter sido resolvidos por uma pessoa ou por um grupo de pessoas que no momento estavam vivendo outra realidade, outros interesses" (T5).

Os enfermeiros administradores, refletem o entendimento de que existem variáveis ambientais que podem ser internas ou externas, que influenciam direta ou indiretamente as decisões e ações no nível intermediário, e que portanto, existe uma permeabilidade entre as fronteiras neste nível. Desta forma, os problemas tendem a reaparecer, pois as condições do ambiente foram alteradas.

O enfermeiro T2, conduz a interpretação de que após o estabelecimento de um conjunto de alternativas, os enfermeiros não fizeram uma avaliação real das mesmas, em termos de objetivos e recursos do sistema e até que ponto poderia resolver o problema. Assim, a decisão pode ter sido sobre a alternativa que no momento atendia satisfatoriamente a resolução do problema. Salienta também, que podem ocorrer dificuldades nas ações das decisões, devido a falta de uma estratégia clara e objetiva, devendo ser divulgada e entendida, para que seja executada.

Encontra-se na expressão do enfermeiro T3, outras variáveis que proporcionam o retorno do mesmo problema.

"Pela rotatividade de pessoal, não assimilação e envolvimento das pessoas, não aceitação dos membros do grupo acerca de determinadas decisões, sentindo-se portanto injustiçados" (T3).

Nota-se que o enfermeiro relaciona o retorno do problema ao elemento humano, que é responsável pelas decisões e ações a serem implementadas num sistema. Pode-se até justificar a injustiça referida pelo enfermeiro, através de afirmação de Stoner (1985) de que a aceitação da decisão, passa pelo envolvimento das pessoas no processo decisório, havendo assim, um aumento da sua auto-estima e orgulho do valor que demonstra com a organização.

Percebe-se também, que esta afirmação pode significar uma relação de trabalho inadequada, gerando conseqüências que afetam a qualidade da assistência prestada.

O enfermeiro T4, entende que os problemas retornam porque muitas das decisões tomadas foram provavelmente sobre a primeira alternativa elaborada, ou porque o problema não foi definido e diagnosticado corretamente.

"Porque muitos dos problemas existentes não resolvidos foram solucionados facilmente, ou seja, não foram resolvidos na fonte, de maneira eficaz" (T4).

Outro ponto levantado no questionário, diz respeito a decisão individual ou grupal, sendo que os enfermeiros administradores do nível tático, demonstram sua preferência pela decisão grupal.

"Em grupo, para poder ter soluções sob vários pontos de vista" (T1).

"Não um grupo muito grande, mas gosto de discutir com as pessoas os diversos pontos de vista. Porque num grupo sempre são lembrados aspectos que não havia sido pensado antes, e os vários lados da questão são discutidos" (T2).

"Acredito que o grupo quando envolvido nas decisões maiores, tem maiores chances de realização de solução" (T4).

Estas expressões sugerem, que a preferência pela decisão grupal, reflete a multiplicidade da capacidade de compreensão dos problemas bem com suas soluções, além do envolvimento, motivação e comprometimento dos participantes do grupo. Assim, a complexidade crescente da maioria dos

problemas do sistema de enfermagem, exige conhecimentos especializados em vários campos, e isto, geralmente, uma pessoa só não consegue.

Somente o enfermeiro T4 fez referência a difusão da responsabilidade no grupo, ao fluxo de soluções e a possibilidade da decisão individual.

"Prefiro a decisão em grupo, pois isto faz com que todos os envolvidos tenham a sua parcela de responsabilidade. Assim, a solução flui com mais facilidade. Há situações em que a decisão deve ser individual" (T4).

Este enfermeiro entende, que a decisão em grupo faz com que a responsabilidade seja difusa entre os tomadores de decisão, fazendo com que ninguém em particular, sinta-se o único responsável pela decisão. Desta forma, esta informação vai ao encontro do citado por Gibson et al. (1981) de que a tomada de decisão é uma responsabilidade compartilhada por todos os administradores, independente da área funcional ou do nível hierárquico administrativo. Entende também, que o grupo agiliza a decisão a ser tomada, devido a contribuição de cada participante, ratificando as afirmações de Lea (1980) e Stoner (1985).

Além do conhecimento, Leitão (1987) afirma que as crenças e atitudes individuais estão constantemente sendo moldadas pelas relações sociais que os indivíduos mantêm e pelos grupos aos quais pertencem, sendo assim um fator de coesão dos indivíduos na tomada de decisão, podendo-se desta forma, justificar a prevalência da decisão grupal.

Quanto a referência de que em determinadas situações a decisão deve ser individual, pode-se inferir, que ocorra em situações emergenciais, pois as decisões devem ser tomadas mais rapidamente.

Encontra-se no discurso do enfermeiro T5, elementos como a força da decisão grupal sendo entendida como uma norma, na qual todos devem submeter-se.

"Em grupos, pela força que tem uma decisão grupal. Porque a nenhum dos membros cabe dizer: não realizo porque não sabia, porque não ouvi. A decisão grupal é lei, e a ela devem submeter os vencidos e vencedores" (T5).

O enfermeiro demonstra que a decisão quando tomada em grupo, deve ser assumida por todos, e não há desculpas para não colocá-la em ação. O mesmo transmite a idéia da decisão grupal como autoritária ou de caráter burocrática, quando afirma que esta é tida como lei à que todos estão submetidos.

Este discurso, leva a supor-se que o sistema de comunicação formal apresenta falhas ou que ocorram ruídos na comunicação para implementação da ação decidida, necessitando uma investigação.

Verifica-se também, qual a opinião dos enfermeiros administradores a respeito do número de participantes no processo decisório.

"Adequado" (T2).

"O número acho que está bom, o que falta é a participação do grupo" (T4).

"Se seguir a linha hierárquica ocorre as decisões do nível mais simples para o mais complexo. Acho uma coisa boa" (T5).

Estas expressões, demonstram que os enfermeiros administradores concordam com a atual estrutura de decisão, decorrente da estrutura organizacional do sistema de enfermagem, tendo em vista que o nível intermediário possibilita a participação do nível operacional no seu fórum de decisão. O enfermeiro T5, destaca que as decisões ocorrem num nível crescente de complexidade, sugerindo assim, que as decisões mais complexas ocorram no nível superior.

Contudo, o enfermeiro T4, destaca a pouca participação dos membros do grupo, entendendo-se que não é só presença física, mas a contribuição que cada um pode oferecer. Desta forma, segundo Marriner (1981), a efetiva participação permite ao grupo ampliar seus horizontes, incrementando a inovação e o desenvolvimento.

Encontra-se na fala do enfermeiro T3, que o mais importante são as pessoas que participam da decisão.

"Acho que o número de pessoas não é importante e sim as pessoas em si, sua capacidade, conhecimento, embasamento etc..." (T3).

Concorda-se com o enfermeiro, que a capacidade e o conhecimento são requisitos importantes para a tomada de decisão, entretanto, discorda-se que o número das pessoas numa decisão não seja importante, pois o pequeno número de participantes concentra o poder de decisão, caracterizando a centralização e a decisão autocrática.

É importante salientar, que nenhum dos enfermeiros administradores do nível tático, refere-se a participação dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem na tomada de decisão, identificando-se um comportamento bem diferenciado dos enfermeiros administradores do nível operacional.

Outra dimensão investigada, diz respeito a autonomia, obtendo-se como respostas dos enfermeiros administradores no nível tático, uma predominância afirmativa de que tem autonomia de decisão.

"Sim, devido ao embasamento prático aliado a função administrativa. Mas com respaldo do grupo no qual trabalho" (T2).

"Sim, porque conheço a realidade da unidade onde trabalho. Na chefia do serviço tenho autonomia, porém prefiro que pelo menos as decisões maiores sejam feitas em grupo" (T3).

"Sim, porque então não poderia exercer uma função administrativa. Claro que alguns assuntos tem que ser decisão da DE ou DG" (T4).

Partindo-se do pressuposto que a autonomia é a capacidade de reger-se por leis próprias, e que é sempre relativa, pode-se afirmar que os enfermeiros administradores, entendem que possuem autonomia de decisão como consequência dos conhecimentos teóricos e práticos que possuem.

Para os enfermeiros T2 e T4, a autonomia é compreendida como uma condição fundamental para quem exerce a função administrativa, pois desta forma, tem a possibilidade real de agir produtivamente, dentro das necessidades emergidas da própria inter-relação das atividades.

Vale a pena ressaltar, que os enfermeiros T2 e T3 demonstram a necessidade de ter o respaldo do grupo para a tomada de decisão, reforçando assim a co-responsabilidade na mesma.

Já o enfermeiro T4, informa que algumas decisões devem ser tomadas no nível estratégico, que possivelmente são de maior abrangência e profundidade, afetando todo o sistema de enfermagem ou até mesmo o macrossistema hospitalar. Pode-se inferir, então, que devido a sua participação e reflexão no cotidiano das decisões no nível tático, chegou a mesma conclusão que apresenta-se no item 5.3.1., pois o nível tático A acaba absorvendo decisões do nível estratégico.

Encontra-se na expressão do enfermeiro T1, o entendimento da autonomia relativa relacionada ao poder de decisão, que segundo Guimarães (1981), significa a autogerência de suas especificidades organizacionais, identificada e expressa na estrutura de funcionamento do poder de decisão.

"Creio que meu poder de decisão tem certos limites, precisando ser levada ao conhecimento de minha chefia" (T1).

Quando o enfermeiro usa o verbo "precisar", transmite a idéia de uma obrigatoriedade de obter da chefia imediata, uma ratificação ou não da decisão tomada. Encontra-se duas alternativas para explicar este comportamento. A primeira, é que a própria estrutura hierárquica de poder e autoridade restringe a liberdade de tomar decisão, isto é, não confere ao

enfermeiro autonomia e a segunda, é que o hábito de tomar decisão em grupo, cria uma certa dependência em compartilhar a decisão.

Sabe-se através da literatura pertinente, que a reflexão sobre as experiências adquiridas e o conhecimento do contexto, caracterizam a decisão intuitiva. Com base neste referencial, verifica-se junto aos enfermeiros administradores, se ao tomarem uma decisão, levam em consideração os elementos citados acima.

"Sim, auxiliam" (T1) e (T3).

"Frequentemente" (T4).

"Sim, as experiências anteriores auxiliam na tomada de decisão" (T5).

Estas frases evidenciam que os enfermeiros administradores, tomam decisões intuitivamente, corroborando a afirmação de Motta (1993), de que a experiência em serviço é valiosa para o administrador. Neste sentido, é significativo o depoimento transcrito abaixo.

"Sim, porque as experiências mostram resultados positivos e negativos das decisões tomadas, e fica mais fácil evitar um possível erro" (T2).

Assim, de acordo com este enfermeiro, o juízo intuitivo baseado na experiência do contexto, pode levar à melhores decisões.

Com o objetivo de obter-se informações sobre o procedimento adotado quanto as alternativas elaboradas, questionou-se aos enfermeiros administradores se realizam análises das alternativas, tendo-se como resultado uma unanimidade afirmativa nas respostas.

"Sim, analiso as alternativas " (T1), (T2), (T4).

"Sim, todas alternativas possíveis" (T3).

"Tento, mas nem sempre é possível" (T5).

Constata-se que os enfermeiros, na medida do possível, analisam as alternativas propostas, evidenciando o comportamento racional.

Quando questionados, sobre qual das duas alternativas analisadas anteriormente, os enfermeiros administradores assumem como um comportamento mais frequente nas suas decisões, obteve-se três grupos de respostas.

O primeiro afirma predominar a análise das alternativas, correspondendo ao maior número de respondentes, levando-se a interpretar que há uma prevalência do comportamento racional.

"Analisar as alternativas" (T1).

"Analisar todas as alternativas para poder decidir" (T2 e (T5)).

O segundo grupo constituído pelo enfermeiro T3, quando identifica-se o comportamento intuitivo e racional no processo decisório, ratificando as afirmações de Souto-Maior (1990) e Motta (1993).

"Acho que as duas ocorrem na mesma proporção" (T3).

Já, o terceiro grupo, correspondendo ao enfermeiro T4, caracteriza somente o comportamento intuitivo.

"As experiências vivenciadas" (T4).

Comparando-se esta sua resposta, com a da pergunta anterior, percebe-se que existe uma coerência, pois o mesmo afirma que tenta analisar as alternativas, demonstrando assim, que o comportamento intuitivo tem exercido maior influência na tomada de decisão.

5.4. Tomada de Decisão no Nível Estratégico.

De acordo com o referencial teórico, do nível estratégico espera-se que ocorram decisões não programadas relacionadas aos objetivos estratégicos do sistema de enfermagem, e que estabeleça políticas de longo alcance. Os problemas são mais amplos e ambíguos, complexos e menos estruturados e, por conseguinte, mais difíceis de serem tratados por análise racional. Por ter uma maior permeabilidade ao meio ambiente externo, os administradores devem estar atentos as oportunidades sobre as quais poderão decidir.

5.4.1. Análise das Observações de Campo.

De acordo com as observações realizadas no nível estratégico, constata-se uma total predominância das decisões programadas, reativas e políticas, como analisa-se a seguir.

No nível estratégico A, verifica-se duas situações de decisão sobre a constituição de comissões internas temporárias.

"Foi colocado para o grupo de enfermeiros administradores, a necessidade de constituição de uma Comissão de Ética da Enfermagem. Após uma rápida discussão, os enfermeiros

decidiram aprovar a proposta e indicaram os membros da comissão" (NEa)

"Em outra reunião, foi proposta a criação da Comissão de Direitos e Deveres dos Pacientes, sendo a decisão favorável a mesma, e indicados os nomes para compô-la" (NEa).

Por ser uma prática rotineira no sistema de enfermagem a constituição de comissões, esta decisão caracteriza-se como programada, entretanto, como envolve os mesmos interesses dos enfermeiros administradores, os grupos posicionam-se politicamente por consenso. Assim, observa-se que o objetivo a ser atingido pela constituição da comissão, é produto da política de interesses dos enfermeiros administradores, reafirmando Motta (1993).

Contudo, cabe aqui fazer uma ressalva. As comissões foram criadas para aprofundar as questões específicas e agilizar a tomada de decisão. Se por um lado, são inegáveis os benefícios decorrentes destas comissões, por outro, isto provoca uma centralização de poder por parte dos membros das comissões, em suas áreas específicas, na medida em que as decisões colocadas em plenário para votação, com base no parecer emitido por qualquer comissão, são quase sempre automaticamente aprovadas, pois é difícil qualquer questionamento por parte dos outros membros, devido a falta de acesso a informação.

Desta forma, na prática, não existe uma participação de todos os membros do nível estratégico na tomada de decisão. Existe mesmo, em muitos casos, uma mascaração da participação a partir de mecanismos de controle e dominação, dependendo dos interesses dos grupos que aí atuam e da existência ou não de alianças.

A mesma decisão de constituir uma comissão, foi encontrada numa das situações em que os enfermeiros administradores, decidem sobre uma oportunidade proveniente do meio ambiente externo, que não foi fruto de uma análise dos mesmos, e que proporcionou uma situação de decisão polêmica.

"A coordenadora do projeto Repensul, propôs ao grupo de enfermeiros administradores, a realização do Curso de Especialização Projetos Assistenciais, com uma abordagem de Educação à Distância. Fez um breve relato de como poderia ser desenvolvido o curso, mas a operacionalização do mesmo deve ser decidida pelos enfermeiros interessados do HU/UFSC. Em seguida, os enfermeiros tiveram uma longa discussão, e como não havia consenso entre o grupo, foi decidido por acordo colocar em

votação duas propostas. A primeira, é que o assunto deveria ser levado ao conhecimento de todos os enfermeiros numa reunião de colegiado para a decisão. A segunda, é favorável ao curso, e sugere uma comissão que elabore um pré-projeto para ser apresentado no colegiado dos enfermeiros. O resultado da votação foi favorável a segunda proposta, passando então a constituição da comissão, cujos membros representam a duas divisões, a diretoria de enfermagem, a CES, e um enfermeiro mestre" (NEa).

Esta decisão é do tipo não programada, pois trata-se de decidir sobre uma oportunidade, portanto sobre uma situação complexa e desestruturada, incomum para os enfermeiros administradores, principalmente, pela proposta do curso ser operacionalizado com abordagem de Educação à Distância.

É uma decisão reativa, pois a oportunidade e, conseqüentemente, a decisão, foram provocados por agentes do ambiente externo, e não pelos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem.

Os enfermeiros decidem politicamente, segundo os interesses de cada grupo. Como não há consenso na decisão, os mesmos propõem duas alternativas de escolha, provenientes do acordo estabelecido. Percebe-se, então, o posicionamento de dois grupos de interesses, que refletem a questão da participação dos enfermeiros nas questões estratégicas.

Verifica-se, assim, que os enfermeiros do nível estratégico, mantêm o mesmo comportamento adotado no nível tático quanto a participação da comunidade de enfermagem nas decisões. O primeiro grupo, por defender a participação de todos os enfermeiros do sistema de enfermagem na decisão, adota o conceito de democracia direta de Bobbio (1986). Porém, o segundo grupo, por defender a posição de aceitar desenvolver o curso de especialização, bem como, a constituição de uma comissão para a elaboração do pré-projeto, adota o conceito de democracia representativa do autor citado. Considerando-se, que a escolha dos enfermeiros administradores baseia-se em procedimentos democráticos, a explicação para a segunda constatação, remete a principal crítica feita à democracia representativa, ou seja, a não existência de maior vínculo entre representantes e representados (Bobbio, 1986).

Outro aspecto que destaca-se nas observações de campo, é a maior frequência de decisões relacionadas aos recursos humanos, sendo que algumas vezes, referem-se aos problemas decorrentes no nível tático, e outras, sobre o estabelecimento de critérios e normas da política de pessoal, que é de competência deste nível.

Nas situações de decisões transcritas a seguir, constata-se que as decisões tomadas caracterizam-se como programadas e reativas, pois são rotineiras e decorrentes de problemas estruturados existentes no nível estratégico, sendo que a lógica dominante no processo decisório é a dos interesses dos grupos.

"Contratação de novos técnicos de enfermagem concursados, que foram chamados para assumir e, não aceitaram devido o contrato ser da FAPEU. Após uma breve discussão, a melhor alternativa encontrada foi a realização de um teste de seleção interno. Entretanto, após a informação de um dos enfermeiros chefes, de que a DG já havia decidido que se os técnicos não aceitassem a contratação, deveriam ser chamados os auxiliares de enfermagem, os enfermeiros administradores decidem acatar a decisão superior" (NEb).

Quando os enfermeiros administradores decidem realizar um teste de seleção, constata-se que a escolha se torna automática, devido à processos repetitivos semelhantes, e logo após a informação sobre a decisão da DG, decidem politicamente por consenso, ratificar esta decisão. Percebe-se então, que o sistema de enfermagem não tem autonomia para decidir sobre a alocação de recursos humanos. Neste sentido, cabe um questionamento da aceitação pelos enfermeiros administradores da decisão da DG, tendo em vista que as atribuições das duas categorias são diferentes. Questiona-se também, o que esta decisão significa para a enfermagem, será que é questão de respeito a hierarquia? Que consequências a curto e médio prazo, esta decisão trará à Diretoria de Enfermagem?

Tentando buscar uma explicação para a decisão da DG, encontra-se a influência da variável financeira, pois devido a contratação ser via FAPEU, os recursos para o pagamento são provenientes da receita do macrossistema hospitalar, e o salário pago à um auxiliar de enfermagem é menor que o técnico.

A mesma orientação dada pela DG na situação descrita acima, é encontrada como base norteadora da seguinte decisão.

"Contratação de uma enfermeira por tempo determinado de 4 meses, para cobertura num dos subsistemas operacional. A decisão foi de chamar os três primeiros classificados no concurso, para que fosse exposta a situação contratual e verificar a disponibilidade dos concursados em aceitar o contrato" (NEb).

Nota-se que os enfermeiros administradores, embora cientes das consequências da decisão, decidem chamar os classificados no concurso, ratificando a norma estabelecida pelo nível estratégico do macrossistema.

Entretanto, observa-se um comportamento diferenciado, quando a decisão a ser tomada refere-se às questões internas do sistema de enfermagem, como transcreve-se.

"Alteração do período de férias de funcionários. Após a análise das consequências da liberação ou não do servidor, os enfermeiros administradores decidem não aceitar a troca do período de férias" (NEb).

Verifica-se que a decisão é norteada pelos objetivos do sistema de enfermagem, pois a liberação do funcionário para gozar suas férias no período não estabelecido, acarretará uma sobrecarga aos demais colegas e, conseqüentemente, afetará a assistência prestada. A decisão, então, caracteriza-se como organizativamente racional, onde predomina a racionalidade técnica e burocrática.

Identifica-se na próxima situação de decisão, a racionalidade burocrática, tendo em vista que a mesma é guiada pela Política de Pessoal da Enfermagem.

"Liberação de funcionário para participar do curso sobre emergências. Decidido liberar os funcionários que preencherem os requisitos estabelecidos pela norma de liberação para eventos" (NEb).

Encontra-se também, no nível estratégico, uma situação de tomada de não decisão, após uma polêmica discussão sobre a elaboração de novos critérios para a transferência interna de funcionários.

"Colocado para o grupo de enfermeiros administradores, a necessidade de reformulação dos critérios de transferência. Vários enfermeiros propuseram alternativas para a nova norma, com base nas experiências passadas, mas não foi tomada nenhuma decisão" (NEb).

Constata-se no primeiro momento, que os enfermeiros recorrem às lembranças de eventos similares ocorridos no passado, havendo um processo reflexivo que orienta os mesmos na elaboração de alternativas. Contudo, como fazem uma análise das consequências de cada alternativa proposta, os enfermeiros dividem-se em grupos de interesses, que se posicionam de acordo com as vantagens que cada um pode obter na sua área. Assim, percebe-se que há momentos em que os enfermeiros usam o processo intuitivo, seguido de um

processo racional e político de decisão, culminando com a tomada de não decisão.

Uma das observações de campo que destaca-se, é a decisão sobre a avaliação de desempenho de um enfermeiro, visto que há uma alteração da orientação estabelecida pela política de pessoal e assistencial.

"O sistema de enfermagem numa reunião de colegiado dos enfermeiros, decidiu aceitar por transferência de outro órgão, um enfermeiro para ocupar uma vaga. Como o mesmo tinha alguns problemas pessoais, o colegiado decidiu que deveria receber orientação durante dois dias e após iria trabalhar no noturno, num dos subsistemas operacionais. Como o enfermeiro supervisor reclama de seu desempenho, os enfermeiros administradores decidem que o enfermeiro fique sob a orientação e supervisão direta do mesmo enfermeiro do noturno durante um mês, e solicitam que faça uma avaliação para posterior decisão quanto a sua permanência no sistema" (NEb).

Segundo as normas estabelecidas pela DE, todo enfermeiro recém contratado deve ficar durante 3 meses no diurno, para que possa conhecer as rotinas e procedimentos assistenciais e administrativos, e só após uma avaliação de desempenho ir para o noturno. No entanto, o que se nota nesta situação, é que o sistema de enfermagem toma uma decisão contrária as normas, visando apenas ter mais um enfermeiro que preencha uma lacuna no seu quadro de pessoal.

Como não houve uma avaliação das consequências da alternativa escolhida, e por falta de maiores informações, os enfermeiros administradores ao tomarem esta decisão, provocaram um problema, que é identificado como input de novas decisões no nível tático e operacional.

Assim, nesta reunião, tentam encontrar uma solução para o problema que geraram, e decidem novamente segundo uma nova orientação. Percebe-se então, que a decisão tomada é influenciada pelos valores sociais, pois através da decisão por consenso, permitem que o colega tenha um período maior de orientação, mas no período noturno.

Vinte dias após esta decisão, em nova reunião, portanto antes do prazo determinado, a chefe do serviço sob o qual estava subordinado, leu o relatório de avaliação de seu desempenho. Segundo o enfermeiro supervisor, o mesmo "não estava apto para desempenhar suas funções, desaconselhava sua permanência no noturno devido ao risco do uso inadequado do processo decisório em relação as intercorrências".

Frente à esta avaliação, alguns enfermeiros administradores argumentam que é inevitável a sua transferência para o diurno, visto que até o momento foram abertos vários precedentes com as decisões tomadas. Decidem que o enfermeiro terá duas semanas para esquematizar sua vida particular, pois deverá vir para o diurno, em outro subsistema operacional, sob a orientação e supervisão de outro enfermeiro, durante um período de três (3) meses, devendo ser avaliado, e que se não tiver condições deverá ser devolvido para a organização de origem.

Como o enfermeiro estava apresentando grandes dificuldades de assimilar orientações recebidas, sendo considerado inapto para desenvolver suas atribuições, o enfermeiro supervisor solicitou a chefia do serviço que suspendesse o treinamento. O enfermeiro administrador A, sugeriu então, que após a avaliação, o mesmo deveria ser colocado a disposição da DG, sendo esta a decisão de consenso tomada pelos enfermeiros.

Confrontando-se a situação de decisão com o referencial teórico, no primeiro momento da decisão, isto é, se aceitam ou não o enfermeiro, a decisão caracteriza-se como não programada. Pode-se afirmar também, que houve poucas informações que orientaram os enfermeiros administradores na tomada de decisão, o que contribuiu para a manutenção das condições de incerteza e risco da decisão. Acredita-se que os enfermeiros tomaram uma decisão movidos pelo impulso de satisfazer uma carência de enfermeiros, sem ter no entanto, feito uma reflexão melhor, visto que esta era a primeira situação em que o sistema de enfermagem estava recebendo um enfermeiro por transferência.

Entretanto, a partir da aceitação da transferência, a decisão torna-se programada devido as normas estabelecidas pelas políticas assistencial e de pessoal. De acordo com Stoner (1985), as decisões programadas são mais fáceis e rápidas de serem tomadas pelos administradores, pois basta consultar uma política. No entanto, o nível estratégico, por ter aberto uma concessão, torna a decisão mais difícil e morosa, pois rejeita as regras pré-estabelecidas.

Outra questão a ser abordada, é quanto ao tempo gasto pelos enfermeiros administradores dos níveis estratégicos, tático e operacional relacionado a este problema.

Segundo Kast e Rosenzweig (1980), as decisões programadas por serem tomadas de acordo com as normas, políticas e hábitos, tornam-se processos repetitivos que reduzem o volume de repensamento necessário, fazendo então, que os administradores poupem tempo e energia que podem ser dedicados aos problemas não programados. Percebe-se assim, que o nível

estratégico assume um comportamento inverso ao afirmado pelos autores, pois a decisão programada teve desdobramentos ao ponto de absorver grande tempo disponível dos enfermeiros, reafirmando Mintzberg apud Motta (1993), de que os gerentes gastam a maior parte do seu tempo em reuniões.

Destaca-se a seguir, alguns aspectos que chamam a atenção quando analisa-se as observações de campo.

Primeiramente, no tocante as informações transmitidas pelo NEa, sem que tenham sido tomadas decisões. Acredita-se, que isto ocorra devido a grande permeabilidade de fronteiras com o ambiente externo e interno, onde as informações são captadas e processadas em todos os níveis hierárquicos. Neste sentido, uma das explicações possíveis que se encontra para esta ocorrência, é a citação de Mintzberg apud Huber (1984) de que, devido a posição funcional do nível estratégico na organização, a capacidade de obter e disseminar informações tanto interna como externamente é privilegiada.

Assim, partindo-se do pressuposto que a comunicação é o elemento que fornece coesão às organizações, pode-se até entender o comportamento comunicativo neste nível, entretanto, questiona-se porque esta elevada concentração de informações. Será que o sistema de informações não é inadequado, lento, ou porque ocorrem muitas distorções das informações?

Outro ponto que ressalta-se, é a predominância das decisões programadas sobre as não programadas, observando-se então, a existência de um deslocamento em direção contrária à expectativa, devido aos seguintes fatores contributivos.

Considera-se como primeiro fator, a falta de sistematização e continuidade no planejamento, que gera a ausência de informações válidas e utilizáveis no processo decisório, concorrendo para que as decisões sejam baseadas quase exclusivamente na experiência, crença, hábitos e informações restritas que os administradores possuem, ratificando Motta (1993). Desta forma, percebe-se que o nível estratégico não identifica as oportunidades e ameaças, nem avalia os pontos fortes e fracos sobre o qual deveria decidir e agir.

O segundo fator, está condicionado as decisões relacionadas basicamente aos aspectos operacionais, que provoca uma centralização das decisões programadas neste nível, bem como um conseqüente esvaziamento do poder de decisão nos dois níveis inferiores, principalmente, no que diz respeito a alteração do período de férias e liberação para participação de cursos entre outros. Verifica-se então, que os enfermeiros administradores transferem ao nível estratégico, decisões que deveriam tomar no nível

operacional. Questiona-se porque os enfermeiros assumem este comportamento, será porque não tem autonomia de decisão, ou porque a própria estrutura organizacional do sistema de enfermagem impõe a centralização da decisão? Ou será ainda devido à um vício adquirido de transferir as decisões?

Outro fator que se considera contributivo para a predominância das decisões programadas, parte do entendimento de que a tomada de decisão é um processo cíclico para a administração, devendo ser submetido a avaliação e controle. Assim, constata-se que o sistema de enfermagem, freqüentemente, não utiliza o mecanismo de retroalimentação (Feedback) para reajustar-se ou readaptar-se constantemente, utilizando os resultados e/ou observações das novas situações vivenciadas.

Por último, pode-se relacionar a falta de decisões sobre objetivos estratégicos e de políticas de longo alcance do sistema de enfermagem, bem como sobre as metas estabelecidas pela direção de enfermagem.

Estas constatações conduzem à algumas reflexões. Será que não existem decisões significativas ou não programadas no sistema de enfermagem que tenham sido decididas em outros momentos do não observado? Será que estas decisões foram excluídas deliberadamente ou não, das reuniões para não fazerem parte do estudo? Ou será que o sistema de enfermagem realmente não decide e age proativamente? Porque os enfermeiros administradores não planejam estrategicamente? Apesar de verificar-se que há uma interação e interdependência entre as ações e decisões, questiona-se porque os enfermeiros não fazem uma avaliação das decisões tomadas. Além destes questionamentos, pode-se incluir também, se a estratégia adotada pelo estudo de analisar as decisões grupais não contribuiu para esta constatação, tornando-se então um dos fatores limitantes da presente pesquisa.

O terceiro aspecto a ser abordado, diz respeito a lógica dominante no processo decisório. De acordo com o referencial teórico apresentado, as decisões programadas caracterizam-se por sua natureza como racionais e as não programadas como políticas. Contudo, identifica-se que há uma inversão quanto aos procedimentos das decisões programadas, onde predomina a lógica de interesses, que pode ser devido as decisões serem tomadas por grupos, decorrente das discussões abertas entre os vários enfermeiros administradores, que constituem os grupos de interesses.

Como constata-se que no nível estratégico a maioria das decisões são de caráter administrativo, encontra-se na citação de Rodrigues (1984), de que a lógica da racionalidade possui pouca aplicabilidade para as decisões que

não são de caráter técnico, a justificativa para a inversão da racionalidade nas decisões programadas.

Quanto a centralização e/ou descentralização das decisões, faz-se necessário analisar sob alguns aspectos a estruturação hierárquica do sistema de enfermagem e suas implicações para a tomada de decisão.

A estrutura de poder formal, conforme apresentado no item 4.2.4., demonstra que o nível operacional é constituído pelas seções, o nível tático pelos serviços e divisões e o estratégico pela diretoria de enfermagem e a comissão de educação em serviço.

Entretanto, verifica-se na realidade o funcionamento de uma estrutura informal, pois há a participação dos enfermeiros administradores do nível operacional no tático e destes dois no nível estratégico. Desta forma, como há uma distribuição do poder decisório entre os enfermeiros, pode-se afirmar que as decisões são descentralizadas.

Se a análise da concentração e/ou dispersão do poder for realizada, comparando-se o número de participantes no processo decisório, com o número total de componentes do sistema de enfermagem, pode-se afirmar que a decisão é centralizada, devido a reduzida participação, o que reforça a concentração do poder decisório e fortalece a predominância da racionalidade do poder sobre a técnica.

Considera-se também como fatores centralizadores das decisões no nível estratégico, a transferência das decisões do nível operacional e tático para o nível estratégico e a prática rotineira de constituir comissões.

5.4.2. Análise das Informações dos Enfermeiros Administradores.

Ao aplicar-se o questionário para os enfermeiros administradores do nível estratégico, obteve-se informações importantes que caracterizam o entendimento e o comportamento dos mesmos no processo decisório da enfermagem.

A primeira resposta analisada, diz respeito aos elementos que norteiam os enfermeiros a tomar decisão, obtendo-se as seguintes respostas.

"O conhecimento adquirido, experiências anteriores semelhantes e bom senso" (E1).

O enfermeiro demonstra o uso da decisão intuitiva, que caracteriza-se pela apreensão de conhecimentos e experiências similares ocorridas no

passado, e um número maior de variáveis, entre elas, o fator de sensibilidade que permeia o processo decisório, reduzindo assim, a visão racional-analítica da decisão.

Na expressão do enfermeiro E2, identifica-se a visão racional, que é caracterizada, principalmente, pela presença de problemas, e alternativas de solução.

"Levantamento do problema e das questões envolvidas com este, e as alternativas de solução" (E2).

Este comportamento racional tão antagônico ao primeiro, pode ser justificado pela realização sistemática de planejamento para a área de atuação, o que lhe proporciona informações que são tratadas por análises racionais, bem como pela política de pessoal estabelecida pelo sistema de enfermagem, funcionando assim, como regra para a análise das consequências de cada alternativa sugerida.

Verifica-se junto aos enfermeiros administradores, qual o comportamento comunicativo adotado no nível superior, e encontra-se o de busca de informação.

Sendo a incerteza um estado característico de situações de tomada de decisão no nível estratégico, a coleta de informações visa a redução desta incerteza, e sua relevância reside na capacidade de reconhecer e antever os eventos significativos que proporcionem melhores condições para a tomada de decisão. Para Huber (1984), em situações de tomada de decisão no nível estratégico, que demanda um volume considerável de informações, os integrantes deste nível devem atuar como unidades sensoriais pois mantêm o maior contato com a ambiente externo.

Desta forma, constata-se que o enfermeiro administrador E1 atua como uma unidade sensorial de aquisição e transmissão de informações, através de contatos verbais e das reuniões, podendo-se dizer que reflete o comportamento de busca ativa de informação, mesmo que não expresse na sua resposta.

"Tento novas informações, as vezes decide-se conforme a situação" (E1).

Já o enfermeiro E2, é mais incisivo na sua colocação, dando a entender que freqüente e ativamente pesquisa o ambiente para buscar informações.

"Busco novas informações, quando as já apresentadas não parecem ser suficientes" (E2).

Quando questionados sobre quais as possíveis causas, que fazem com que os mesmos problemas voltem a ser discutidos para uma nova solução, os enfermeiros administradores deram as seguintes respostas.

"Porque não foram resolvidos adequadamente, foram tomadas decisões paliativas, e não atacado o problema propriamente" (E1).

Considerando-se as afirmações de Kepner e Tregoe (1972), Bailey e Claus (1975) e Stoner (1985), de que o diagnóstico e a definição de problemas são cruciais para a tomada de decisão, embora as causas sejam raramente visíveis, pode-se afirmar que o enfermeiro tem um entendimento semelhante ao dos autores, pois se as possíveis causas dos problemas não forem atacadas, podem propiciar a continuidade dos mesmos.

No entanto, o enfermeiro E2 tem um entendimento diferenciado, podendo-se dizer que o mesmo aceita a premissa de que as vezes, a tentação de aceitar a primeira alternativa viável, muitas vezes o impede que chegue as melhores soluções para seus problemas. Alerta também, para o fato de que as vezes surgem novas informações, o que provoca uma nova visão do problema.

"Porque podem aparecer novas alternativas de solução, ou seja, outros caminhos podem ser encontrados. As vezes porque outras informações importantes aparecem somente quando as soluções já haviam sido tomadas, levando a um redimensionar do problema" (E2).

Pode-se dizer, que embora encontre-se na literatura modelos sistemáticos para tratamento de problemas, há possibilidades de reaparecimento dos mesmos com enfoques diferentes, pois o ambiente organizacional é complexo e mutável, sofrendo influências de variáveis externas e internas.

Como nas primeiras observações de campo, constatou-se a predominância das decisões grupais, pergunta-se aos enfermeiros administradores do nível estratégico, qual a sua preferência entre decisão individual e grupal, e a razão de sua escolha, obtendo-se como respostas as transcrições abaixo.

"Prefiro decidir com o grupo, porque envolve mais as pessoas, e torna-se menor o risco de tomar decisões erradas" (E1).

"Em grupo, pois outras contribuições, podem surgir, já que no grupo existem várias maneiras de ver o mesmo problema" (E2).

A opção pela decisão grupal e sua justificativa, refletem que os enfermeiros administradores possam ter um comportamento democrático, pois

utilizam um processo grupal participativo, com o objetivo de incorporar habilidades e contribuições individuais, favorecida pela liberdade de expressão, sugestão e crítica no alcance na tomada de decisão mais acertada.

Assim, com o objetivo de complementar e entender melhor o comportamento acima adotado, questiona-se aos enfermeiros, o que acham do número de pessoas que participam no processo decisório e encontra-se entendimentos diferentes nas respostas.

"Quanto menor o nível hierárquico, menos decisões são tomadas, repassam as decisões para as chefias imediatas. Não assumem o papel de chefe" (E1).

Apesar de não responder de acordo com o perguntado, este enfermeiro administrador oferece uma informação a ser analisada. Tomando-se como pressuposto a afirmação de Stoner (1985), de que quanto mais próximo da origem do problema se tomar a decisão, melhor, isto é, que as decisões do nível operacional devem ser transferidas o menos possível para os níveis superiores.

Cabe relembra, que na análise das situações de decisão no nível intermediário, encontra-se uma predominância de decisões tomadas sobre problemas relacionados à recursos humanos e materiais, provenientes do nível operacional, checando com as informações supra mencionadas. Quanto a transferência de decisões do nível intermediário para o estratégico, constata-se uma maior frequência relacionada aos recursos humanos, justificada pela inclusão da CES neste nível, que apesar de ser um órgão de assessoria a DE, constitui-se na prática, como normativo e deliberativo. Desta forma, como o estudo concentrou-se na observação do processo decisório grupal, e não se observou outras situações onde se pudesse averiguar in loco a transferência de decisões do nível operacional para o estratégico, tem-se dificuldades de uma análise conclusiva, considerando-se então, uma limitação do estudo.

A segunda frase afirmando que os chefes não assumem o seu papel, leva a inferir-se, que não está havendo uma sincronia entre o nível intermediário e o estratégico, que pode ser consequência de uma falta de integração entre os dois níveis; ou que as competências estabelecidas no manual de atribuições não estejam totalmente claras e objetivas; ou que os chefes de seções não se sintam com autoridade para a tomada de decisão; ou até mesmo um vício adquirido pelas chefias em transferir as decisões para o nível maior, devido a própria estrutura de decisão do sistema de enfermagem, caracterizando-se assim, a centralização da decisão.

Já no discurso do enfermeiro transcrito a seguir, além de considerar o número de participantes na tomada de decisão adequado, encontra-se uma revelação de que muitas vezes os elementos do grupo não são considerados, e as decisões tornam-se individuais.

"Adequado, porém muitas vezes "o grupo"[grifo do informante] não é considerado e as decisões são individuais" (E2).

De acordo com esta declaração, pode-se afirmar, que embora nas informações e observações precedentes perceba-se o comportamento democrático como característica do sistema de enfermagem, em algumas situações deve prevalecer o comportamento autocrático, pois as alternativas apresentadas não são consideradas para a tomada de decisão. Neste sentido, identifica-se o administrador autocrático benévolo, citado por Marriner (1983), que permite a participação de outros elementos na tomada de decisão, mas não se preocupa em aceitar as sugestões para a decisão.

Outra dimensão da decisão encontrada nesta assertiva, diz respeito a centralização da decisão, pois, o poder de decisão está centrado em uma só pessoa.

Constata-se, que este é o único enfermeiro administrador que desvela o comportamento autocrático e centralizado nas decisões do sistema de enfermagem, que até o momento encontrava-se oculto nas informações coletadas.

Entendendo-se a autonomia como uma dimensão importante na tomada de decisão, verifica-se junto aos enfermeiros administradores, qual a sua percepção de ter ou não autonomia no sistema de enfermagem.

"Em alguns assuntos sim, porque trata-se de decisão pessoal embasada em critérios pré-estabelecidos" (E1).

Nota-se que o enfermeiro tem uma percepção de autonomia absoluta, somente relacionada as decisões pessoais, visto que condiciona a liberdade de decisão à critérios, o que já caracteriza a autonomia relativa. Pode-se inferir, portanto, que não tem autonomia nas decisões organizacionais, pois esta é restrita ou delimitada pelo macrossistema hospitalar, que impede uma alocação de recursos materiais e humanos que necessita dispor, como comprova-se nas observações de campo relacionadas à problemas como o vale alimentação, pela decisão de chamar auxiliares de enfermagem para substituir técnicos, contratação de enfermeiros entre outros. Isto ocorre como consequência da centralização das decisões no nível estratégico do HU/UFSC, incluindo a dimensão financeira e a político-institucional, que segundo Lobo (1988), constituiu-se num dos processos críticos da autonomia.

O enfermeiro E2, afirma que não tem autonomia devido as características específicas do órgão que coordena.

"No meu caso específico não, pois como trabalho em comissão, as decisões devem ser discutidas com o grupo" (E2).

Entende-se, no entanto, que devido a existência de normas e critérios que orientam a tomada de decisão na comissão, o enfermeiro tem autonomia de decisão, mas devido ao seu comportamento democrático, possibilita que os demais membros participem na decisão. Assim, de acordo com as análises das observações de campo, contata-se que a CES, tem autonomia para decidir sobre as atividades e problemas sob sua competência, entendendo-se esta autonomia sempre como relativa, visto que está atrelada a política de pessoal instituída pelo sistema de enfermagem.

Questiona-se aos enfermeiros administradores, se as experiências adquiridas lhes auxiliam na tomada de decisão, com o objetivo de verificar-se as características da decisão intuitiva, obtendo-se as seguintes respostas.

"Sim, experiências anteriores com bons resultados podem servir de ajuda na tomada de decisão. Nem sempre as experiências são suficientes, pois cada caso tem que ser avaliado criteriosamente. Sempre prevalece os critérios pré estabelecidos e bom senso" (E1).

"Sim, pois muitas experiências inclusive nos servem como alerta" (E2).

Na opinião do primeiro enfermeiro, parece que só as experiências positivas é que o auxiliam na decisão, levando-se a interpretar que o mesmo não faz uma reflexão sobre as experiências negativas, das quais poderia eliminar os fatores adjacentes de negatividade em situações semelhantes. Entende que as decisões devem ser tomadas de acordo com critérios pré estabelecidos, caracterizando-se então, a racionalidade.

Já o segundo enfermeiro, transmite a idéia de uma reflexão, podendo-se inferir que as mesmas despertam a atenção para fatores positivos e negativos que devem ser extraídos e comparados com a experiência do momento.

Com o intuito de verificar-se o comportamento racional, pergunta-se aos enfermeiros, se elaboram e analisam alternativas de solução de uma situação de decisão, cujas respostas foram.

"Sim, com embasamento em critérios, conhecimentos e consultorias a outras pessoas" (E1).

"Geralmente sim, porém tenho que admitir que algumas vezes sou impulsiva e que algumas decisões poderiam ser melhor elaboradas" (E2).

Percebe-se na resposta do enfermeiro E1, o comportamento racional, direcionado pelos critérios, conhecimentos e pela orientação que busca de especialistas para a elaboração e análise das alternativas. O enfermeiro E2, admite o comportamento racional, mas destaca a impulsividade na tomada de decisão como fator restritivo de decisões acertadas. Encontra-se aqui, uma percepção diferente dos conceitos encontrados no referencial teórico, de que as grandes decisões são tomadas pelo impulso, uma das características da decisão intuitiva.

Finalizando, verifica-se qual a prevalência dos dois comportamentos identificados anteriormente, encontrando-se duas respostas opostas, mas, ratificando as análises realizadas.

O enfermeiro E1, afirma que "as alternativas" são as que predominam, confirmando então, o comportamento racional da decisão.

Já o enfermeiro E2, responde que: "De certa forma, as experiências vivenciadas nos auxiliam mais", apresentando então uma coerência nas respostas, podendo-se, desta forma, ratificar o seu comportamento intuitivo.

Assim, pode-se concluir, que os dois enfermeiros que constituem o nível estratégico do sistema de enfermagem, apresentam muitas vezes, comportamentos de decisão antagônicos, mas complementares.

6. VISÃO DA DECISÃO GERENCIAL DOS ENFERMEIROS ADMINISTRADORES

6.1. Considerações iniciais

No momento atual, as organizações, refletem não só a essência, mas a complexidade da administração, a interdependência de grandes sistemas organizacionais com imenso número de tarefas, onde exigem a coordenação sistemática de um grande número de pessoas em um ambiente de mudanças rápidas.

Neste contexto, insere-se a universidade e o hospital, que segundo Baldrige et al. (1982) possuem além das características burocráticas, ambigüidade de metas, prestação de serviços à clientes, tecnologia problemática e emprego de um variado número de profissionais especializados, o que gera uma fragmentação em áreas específicas.

Entretanto, de acordo com o autor citado, a universidade e analogamente o hospital, não se adaptam plenamente ao modelo de governo burocrático, buscando então parâmetros no modelo político, que contemple as questões políticas e lutas entre grupos de interesses.

Desta forma, a universidade e o hospital deixam transparecer a racionalidade dualista, ou seja, a coexistência do modelo político com o modelo burocrático, de acordo com os diferentes rituais da tomada de decisão, para os diferentes sistemas da organização em diferentes contextos internos. Contudo, Rodrigues (1984) destaca o domínio da lógica dos interesses, onde o consenso serve para legitimar a ação coletiva, ressaltando que, embora o critério político tenha prioridade, isto raramente é explicitado, pois paradoxalmente, a racionalidade decisória é valorizada pelo apego as regras e procedimentos como legitimação das decisões políticas. Assim, aliado aos modelos de governos adotados, a falta de clareza quanto à missão, à filosofia e de políticas definidas pela universidade e pelo hospital, pode-se apontar também, como possíveis fatores que contribuem para o resultado encontrado, a não operacionalização gerencial no sentido de aderência à missão sócio-econômica e a lealdade aos propósitos da organização, que segundo Motta (1979), torna-se de tal forma ambígua e imprecisa, que ao invés de informar os destinos da organização, passa a servir de justificativas de decisão devido a falta de conhecimentos.

No entanto, cabe ressaltar, que não só os aspectos físicos e formais do ambiente da organização influenciam na determinação da lógica dominante nos processos decisórios, pois como a organização é formada por pessoas, a interação entre elas, os valores e as atitudes individuais, bem como a experiência administrativa são variáveis que influenciam e ajudam a determinar a lógica dominante no processo decisório e a predominância dos tipos de decisão.

Desta forma, a análise sob o enfoque sistêmico, permite visualizar alguns fatores macro e micro organizacionais que contribuem para o resultado encontrado.

Sob a perspectiva da análise da estrutura organizacional pode-se observar:

- que o sistema de enfermagem é baseado no modelo taylorista de organização científica do trabalho, caracterizado pela separação entre a concepção e a execução do trabalho;

- que adota como modelo a organização burocrática, pois percebe-se a presença marcante das dimensões de formalização, divisão do trabalho, princípio da hierarquia, impessoalidade, competência técnica e profissionalização do funcionário.

Como consequência da adoção do modelo mecanicista e burocrático, encontra-se como seqüelas, a fragmentação do conhecimento com abordagens divisórias de situações problemas, ênfases na especialização e a forte tendência a racionalidade como um caminho para o conhecimento científico e a tomada de decisão.

Com base na análise das relações sociais, pode-se perceber:

- que os enfermeiros administradores, devido a sua formação tendo como fim último, o produto da enfermagem, isto é, o cuidado, encontram-se em conflito pela ambigüidade de papéis que desempenham - assistir - administrar;

- que em algumas situações de decisões, as ideologias, valores e sentimentos individuais, contrapõem-se as ideologias, valores e sentimentos organizacionais, gerando áreas de conflito e conseqüentemente os grupos de interesses;

- que os enfermeiros administradores permeiam uma visão um tanto limitada, face a compreensão do sistema formal e informal das relações de poder.

Como decorrência destes conflitos e limitações nas relações sociais, verifica-se o posicionamento de diversos grupos de interesses que muitas

vezes são conduzidos por elementos formais-burocráticos, todavia, percebe-se que as relações políticas na estrutura informal são incipientes, carecendo um melhor despertar para o poder através de lutas e conquistas políticas.

Através da análise do modelo de tomada de decisão no sistema de enfermagem, representado pela figura 4.5, no sub item 4.2.3, pode-se observar:

- que o input necessidades comunitárias de saúde, não transparece nas decisões tomadas;
- que predominam como input nos processos decisórios, os valores sócio-culturais, os recursos humanos e materiais bem como os conhecimentos científicos e informações;
- a ausência dos recursos financeiros como inputs de decisões no sistema de enfermagem;
- que há uma prevalência nas decisões tomadas em relação à prestação da assistência com qualidade e qualidade de vida no trabalho;
- que o output novas informações e conhecimentos, não tem gerado decisões proativas, mas modificando as circunstâncias para novas decisões reativas;
- que o sistema de enfermagem não reavalia os outputs como novos inputs para a tomada de decisão.

Como consequência, pode-se apontar a predominância de decisões programadas e reativas sobre os recursos humanos e materiais.

Relaciona-se também como fatores limitantes à tomada de decisão dos enfermeiros administradores a falta ou pouco conhecimento relacionados a novas filosofias gerenciais, a não clareza sobre o objeto de trabalho, as limitações de seu espaço de trabalho e a restrição da autonomia às questões externas da enfermagem.

Outro aspecto importante a ser destacado, diz respeito a clientela atendida, que por não ser pagante e não reivindicar um atendimento com qualidade mantêm-se passiva diante da qualidade do produto. Como consequência, o sistema de enfermagem é que determina os atributos de qualidade da assistência a serem alcançados.

6.2. Considerações finais

Face às influências e limitações provenientes do meio ambiente externo e interno, pode-se constatar:

- que os enfermeiros administradores do sistema de enfermagem estudado, possuem uma compreensão acerca da decisão, com maior prevalência da perspectiva racional sobre a política e a intuitiva, e da decisão grupal sobre a individual;

- que apesar dos enfermeiros afirmarem e observar-se em algumas situações de decisões, as características do processo intuitivo, os mesmos fazem uso da reflexão das experiências vivenciadas na elaboração de alternativas, caracterizando então, o processo racional. Assim, com base nas afirmações de Mota (1993) e Moscovici (1993), os enfermeiros administradores inibem a sua capacidade inovadora e criativa;

- que em geral, os problemas apresentam-se estruturados e rotineiros, acarretando para o sistema estudado uma falta de previsibilidade para as ações futuras. As decisões então, são tomadas sobre problemas específicos, caracterizando um processo decisório fragmentado;

- a predominância das decisões programadas e reativas em todos os níveis hierárquicos, que segundo Stoner (1985), são limitantes da liberdade de decisão e ação organizacional, visto que é a organização através de políticas, regras e procedimentos que decide o que fazer;

- que as decisões caracterizam-se como organizativamente racionais, pois são tomadas de acordo com os objetivos do sistema de enfermagem, embora perceba-se uma área de conflito decorrente dos interesses e valores individuais;

- a prevalência da racionalidade técnica no nível operacional, como consequência das decisões serem de natureza técnica assistencial;

- que no nível tático, coexistem a racionalidade burocrática, econômica e política, justificada pelas decisões serem de natureza administrativa e guiadas pelas regras, normas e políticas do sistema, bem como pelos interesses dos grupos de especialistas;

- a predominância da lógica dos grupos de interesse no nível estratégico, explicada pelo maior número de enfermeiros administradores e pela existência de conflitos de poder;

- uma forte tendência as decisões centralizadas no nível tático e estratégico, por convergirem para estes níveis as decisões que deveriam ser tomadas nos níveis inferiores, bem como pela prática rotineira da constituição de comissões que concentra o poder de decisão;

- uma maior autonomia das decisões referentes as questões assistenciais de enfermagem, estabelecimento de políticas, normas e procedimentos específicos e, uma menor autonomia nas decisões administrativas de recursos humanos e materiais, e nenhuma autonomia nas decisões referentes à questão financeira;

- uma maior concentração de informações no nível estratégico, devido a permeabilidade de fronteiras com o ambiente externo e interno, sendo que as mesmas muitas vezes, não são aproveitadas como matéria prima para as decisões;

- e que o sistema de enfermagem não avalia as suas decisões através do mecanismo de feedback, apesar de verificar-se a interdependência e interação de decisões e ações, caracterizando o sistema aberto.

Assim, como consequência destas constatações, pode-se concluir que a visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem do macrossistema hospitalar HU/UFSC, é predominantemente fragmentada, organizativamente racional, coexistindo a lógica da racionalidade técnica, econômica e burocrática com a lógica dos grupos de interesses, e limitada para a inovação e criatividade.

6.3. Recomendações

Frente as conclusões obtidas, recomenda-se ao sistema de enfermagem estudado:

- Que adote o pensamento divergente, que segundo Moscovi (1993), começa com uma idéia, questão ou problema e abre-se em leque pela elaboração de muitas alternativas, sem submeter-se as regras da lógica. É a modalidade criativa do pensamento, que traduz-se na tomada de decisão intuitiva como forma de articular o futuro, produzindo uma visão global, a partir das interligações entre fatores e pela reflexão constante no hábito, na experiência adquirida e na concepção de oportunidades.

- Que revise a estrutura organizacional e, conseqüentemente, a estrutura da decisão, permitindo assim, uma maior flexibilidade,

descentralização e participação dos atores organizacionais nas atividades de decisão e ação.

- Que incentive a prática do planejamento estratégico, pois através das análises das oportunidades e ameaças, dos pontos fortes e fracos do ambiente externo e interno respectivamente, possa adotar um processo contínuo e sistemático de identificar e dominar fatores críticos, estabelecendo sinais direcionais de decisão e ação que levem ao alcance dos objetivos.

. Que constitua um sistema de informação aberto, ágil o suficiente para receber informações novas ou para tratá-las de outras formas. Para isto, a informação deve ser sistematicamente colhida, permutada e analisada pelos atores organizacionais com algum domínio sobre os sistema de informação.

- Que adote a gestão participativa como nova filosofia gerencial, que é calcada na democratização da organização, implicando assim, na transparência dos processos decisórios e forte participação das bases na formação de políticas e opiniões por meio do exercício da cidadania consciente.

- Que trabalhe com múltiplos cenários, num processo contínuo e participativo da realidade. Deste modo, o enfermeiro administrador deve estar aberto ao diálogo, capaz de incentivar e apreender as múltiplas leituras da realidade e a formulação de alternativas de ação, capaz de promover a coletivização das idéias. Deve incentivar e dar espaço a criatividade individual e profissional, para que ela se transforme em inovações e práticas diferenciadas.

Recomenda-se também à professores e enfermeiros administradores, que:

- Criem grupos de estudos e pesquisas com o objetivo de conhecer a aprofundar os conhecimentos teóricos-empíricos da administração na enfermagem.

- Desenvolvam pesquisas com maior profundidade relacionados aos comportamentos comunicativos no processo decisório, a concentração e/ou dispersão do poder decisório, a autonomia da decisão na enfermagem, bem como estudos sobre as decisões estratégicas, táticas e operacionais relacionadas com os níveis organizacionais.

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário aplicado aos enfermeiros administradores.

1. O que você entende por tomar decisão?
2. Quais são os elementos que norteiam você a tomar decisão?
3. Quando você tem um problema para resolver, leva em consideração somente as informações que já possui ou tenta buscar novas informações? Você procede sempre de maneira como informou ou varia de acordo com a situação?
4. Porque você acha que alguns problemas considerados resolvidos voltam a ser rediscutidos para uma solução?
5. Você prefere decidir sozinho ou em grupo? Por que?
6. O que você acha do número de pessoas que tomam decisões em cada nível hierárquico?
7. Você como enfermeiro que exerce a função administrativa, acha que tem autonomia para decidir? Por que?
8. Você acha que as experiências passadas e vivenciadas lhe auxiliam a tomar decisões? Isto ocorre com frequência quando você toma decisão?.
9. Você quando decide, elabora e pondera todas as alternativas para poder decidir?
10. Em relação as perguntas anteriores, qual das duas predominam mais a sua decisão?

Tempo de HU:

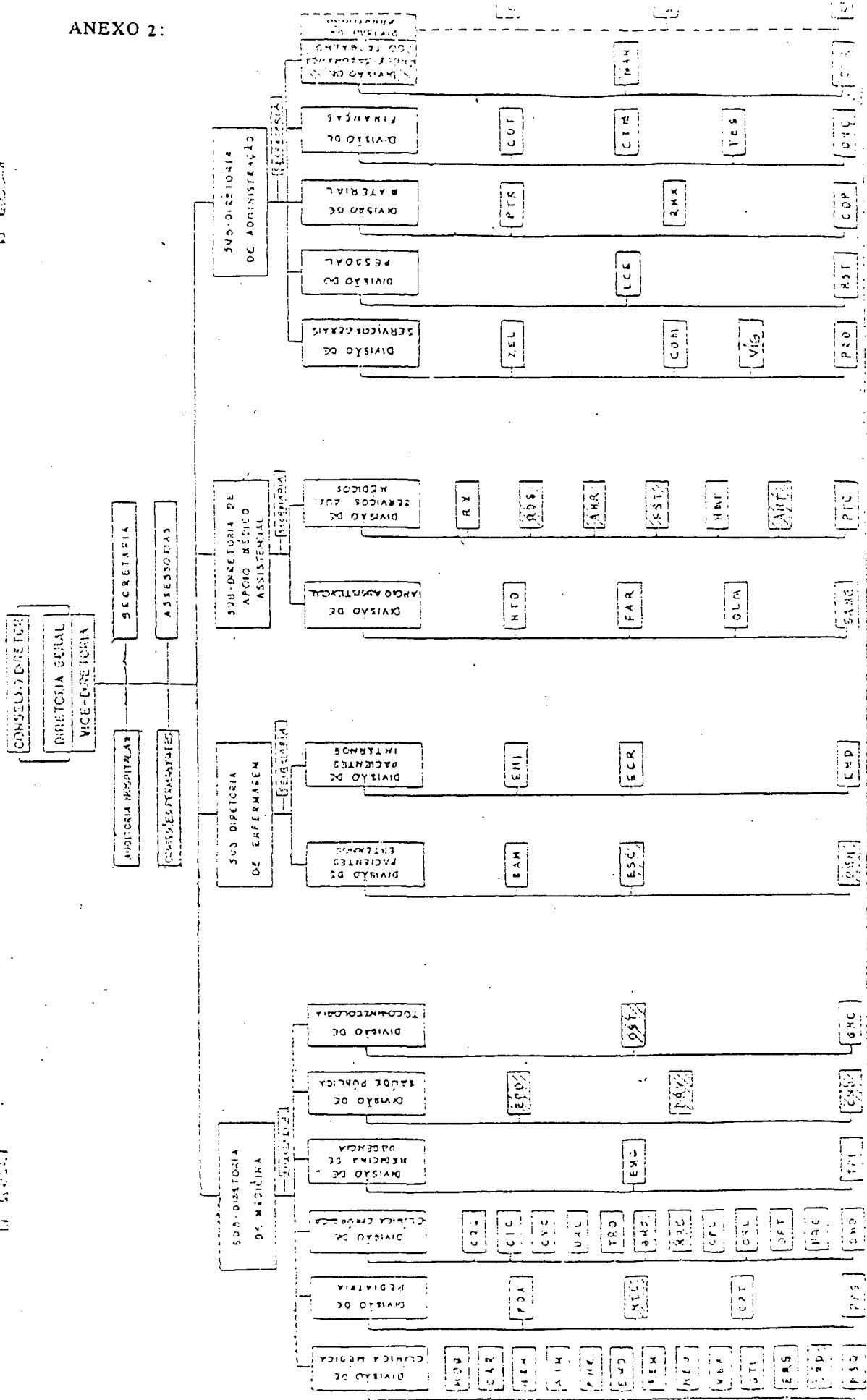
Tempo de Chefia:

Pós Graduação:

ANEXO 2:



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ORGANOGRAMA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. **Decisões Tomadas pelos Enfermeiros em Unidades de Internação Hospitalar no Cuidado em Condições Crônicas.** Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Saúde o Adulto) Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- ALCALA, Maria V. et al. **Cálculo de pessoal.** Prefeitura do Município de São Paulo. São Paulo: abril, 1982.
- ALCOFORADO, L.M.A. Serviço de Enfermagem. **Enfermagem Atual**, n. 12, p. 4-7, jul/ago, 1980.
- ALLISON, Grahah. **Essence of Decision: Explaining the Cuban Missili Crisis.** Boston: Little Brown, 1971.
- ALMEIDA, Maria Hélia. **Tomada de Decisão do Enfermeiro.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
- ALVES, Sonia. M. et al. **Enfermagem: Contribuição para um Cálculo de Recursos Humanos na Área.** Ministério da Previdência e Assistência Social, Rio de Janeiro, 1988.
- ANSOFF, H. Igor. **Estratégia Empresarial.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.
- ARNDT, Clara, HUCKABAY, Loucine M.D. **Administração em Enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- ARRUDA, Eloita Neves, ERDMANN, Alacoque L. **Assistência de Enfermagem: Nosso Produto é a Qualidade.** São Paulo, 1993. Tema apresentado na Semana de Enfermagem.(Mimeografado).
- BACHARACH, Peter, BARATZ, Norton. **Política e Sociedade.** São Paulo: Nacional, v.1., 1981.
- BAILEY, June, CLAUS, Karen E. **Decision Making in Nursing - tools for change.** Sain Louis: Mosby Company, 1975.
- BALDRIDGE, J. Victor. **Estruturacion de políticas y liderazo efectivo en la educacion superior.** México: Noema, 1982.
- BARROS, Stella M.P.F., ARAÚJO, Maria Jeny S. Prática Administrativa de Enfermagem na Rede de Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.36, n.3e4 p. 255-259, jul/dez, 1983.
- BARROS, Stella M.P.F. , SILVA, Nair F.B. Sistema local de saúde - enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.43, n.1,2,3 e 4, p. 126-130, jan/dez., 1990.

- BERNARDES, Cyro. Sistemas hierarquizados e suas aplicações à administração. **Revista de Administração**, v.14, n.4, p.91-108, out/dez, 1979.
- BLAU, Peter, SCOTT, W. Richard. **Organizações formais: uma abordagem comparativa**. São Paulo: Atlas, 1979.
- BOBBIO, N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BRAGA, Nice . O processo decisório em organizações brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v.21, n.3, p.35-53, jul./set., 1987.
- _____. O processo decisório em organizações brasileiras: comportamentos comunicativos. **Revista de Administração Pública**, v.22, n.4, p. 34-51, out./dez., 1988.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital Monopolista: A degradação do Trabalho no Século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BRUYNE, Paul de, HERMANN, Jaques, SCHOTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1982.
- CAPRA, Fritjof, STEINDL-RAST, David, MATUS, Thomas. **Pertencendo ao Universo-Explorações nas fronteiras da ciência e da espiritualidade**. São Paulo: Cultrix, 1991.
- CARVALHO, Alzirene N. de, OLIVEIRA, Francisca V. da S. A Produção do Serviço de Enfermagem na Atual Conjuntura de Saúde - Contribuição ao Debate. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 43, v.1,2, 3/4, p. 7-13, jan.dez., 1990.
- CHANLAT, Jean François et al. **O Indivíduo na Organização - Dimensões Esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, v1 e 2, 1979.
- _____. **Introdução à Teoria da Administração**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- _____. **Administração: Teoria, Processo e Prática**. 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1987.
- COHEN, Michael D., MARCH, James E. **Leadership and Ambiguity: The American College President**. Nova York: McGraw-Hill, 1974.
- CROSSETTI, M. da Graça O. e ARAÚJO, Valéria G. **Seleção e Recrutamento de Pessoal num Hospital de Ensino - Relato de uma Experiência**: IN: V Encontro Nacional dos Enfermeiros de Hospitais de Ensino, 1987, Florianópolis. Anais.... Florianópolis: ENEHP, p. 197-212, 1987.

- CULLIGAN, Mathew J. et al. **Administração de Volta às Origens**. São Paulo: Beste Seller, 1988.
- DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- DINSMORE, Paul C., JACOBSEN, Paulo. **Processo Decisório: da criatividade à sistematização**. Rio de Janeiro: COP, 1985.
- DiVICENTI, Maria. **Administracion de los Servicios de Enfermaria**. 2 ed. México: Limusa, 1981.
- DOCUMENTOS BÁSICOS DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM. Florianópolis, 1980.(Mimeografado).
- DRUCKER, Peter F. **Introdução à Administração**. São Paulo: Pioneira, 1984.
- DUARTE, Nilcéia M. N. et al. Integração Docente-Assistencial entre uma Instituição de Ensino e Um Hospital de Ensino de Porto Alegre: Experiência de um Grupo de Trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 11, n.2, p.52-58, jun., 1990.
- DURHAM, Eunice. A autonomia universitária. **Revista Educação Brasileira**, v. 11, n.23, p. 51-65, 2 semestre, 1990.
- DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n.2, p. 8-19, abr./jun, 1992.
- DWYER, Deborah, SHWARTZ, Robert H., FOX, Marilyn L. Decision-Making Autonomy in Nursing. **Journal of Nursing Administration**, v.22, n.2. p. 17-23, feb., 1992.
- ERDMANN, Alacoque L., CAMARGO, Ana P.S., CERQUEIRA, Lourdes T. Processo Decisório na Enfermagem em Hospital Universitário - Um Estudo Preliminar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 18, n. 1, p. 65-76, 1984.
- ERDMANN, Alacoque L. **Diagnóstico de Problemas num Sistema de Enfermagem de Hospital de Ensino - Proposta de um Modelo**. Rio de Janeiro: UERJ, 1987. Tese (Livre Docência em Administração de Enfermagem) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1987.
- _____. A Organização e o Ser Saudável. **Revista Texto e Contexto**, v.1, n.2, p.114-119, jul./dez., 1992.
- ETZIONI, Amitai. Mixed-Scanning: A Third Approach to Decision Making. **Public Administration Review**, v.27, n.5, p. 385-392, dec, 1967.
- _____. **Organizações Modernas**. 7ed. São Paulo: Pioneira, 1984.

- FELDMAN, Martha, MARCH James. Information in organizations as signal and symbol. **Administration Science Quarterly**, v. 26, n.2, p.171-186, jun., 1981.
- GELBCKE, Francine Lima. **Processo Saúde-Doença e Processo de Trabalho: A Visão dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital-Escola**. Rio de Janeiro, UERJ, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Rio de Janeiro, 1991.
- GEORGE, Júlia B. e col. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIBSON, James, IVANCEVICH, John M., DONNELLY, James H. Jr. **Organizações: comportamento, estrutura, processos**. São Paulo: Atlas, 1981.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- GRACIANI, Maria Stela S. **O ensino superior no Brasil: a estrutura de poder na universidade em questão**. Rio de Janeiro: Vozes, 1984.
- GUIMARÃES, Jorge. Autonomia universitária e estrutura de poder. **Revista Estudos e Debates**, n.5, p. 145-149, 1981.
- GUIMARÃES, R.P. Participacion comunitária, estado y desarrollo: el difícil arte de conciliar lo conflictivo. **Revista Interamericana de Planificación**. VXXXI, n. 83-84, p. 5-33, dec., 1987.
- GUIMARÃES, Alba Z. (org) **Desvelando máscaras sociais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.
- HORR, Lidvina. Modelo de Organizações do Serviço de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 36-41, jul., 1992.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- HUBER, George P. The nature and design of post-industrial organizations. **Management Science**, v. 30, n.8, p. 928-951, aug., 1984.
- JOHNSON, Liz J. The influence of assumptions on effective decision-making. **Journal Nurses Administration**, v.20, n.4, p. 35-39, april, 1990.
- KATZ, Daniel, KAHN, Robert L. **Psicologia Social das organizações**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- KAST, Fremont E., ROSENZWEIG, James E. **Organização e Administração - Um enfoque sistêmico**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1980.
- KEPNER, C.H., TREGOE, B.B. **O Administrador Racional**. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1972.

- KURCGANT, Paulina. Coord. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LAGANÁ, M.T.C. Integração docente-assistencial. **Enfoque**, v. 14, n. 1, p. 12-15, set., 1986.
- LEA; Sister Mary. **El Proceso de Tomar Decisiones**. São Paulo: USP, 1980. (Mimeografado).
- LEI DO EXERCICIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM, Brasília: ABEn, 1987.
- LEITÃO, Sérgio P. Indicadores de desempenho na universidade: uma avaliação. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n.2, p.55-72, abr./dez., 1987.
- LEOPARDI, Maria Tereza, ALMEIDA, M. Cecília P. ROCHA, Semiramis M.M. O Significado da Assistência de Enfermagem no Resultado da Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.4, n. 45, p. 249-258, out./dez., 1992.
- LEVIN, P.H. On decision and decision making. **Public Administration**, v. 50, p. 19-44, 1972.
- _____. **Comments on decision in organization**. IN: VAN DE VEN, Andrew H., JOYCE, Willian F. Perspectives on organization design and behavior. New York: John Wiley & Sons, 1991.
- LINDBLON, Charles E. **O processo de decisão política**. Brasília: UB, 1981.
- LOBO, Thereza. Descentralização - uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, 24, jan./mar., 198v. 22, n.1, p. 14-8.
- LUDKE, Menga, & ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- LUPORINI, Carlos E.M., PINTO, Nelson M. **Sistemas Administrativos: uma abordagem moderna de O&M**. São Paulo: Atlas, 1985.
- MANUAL DE ATRIBUIÇÕES DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU, 1992. (Mimeografado).
- MARCON, Sônia S. **Vivenciando a Gravidez**. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Saúde do Adulto). Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- MARQUES, Juraci C., MIRSHAWKA, Victor. **Luta pela Qualidade - A Vez do Brasil**. São Paulo: Markron, 1993.
- MARRINER, Ann. **Manual para Administracion de Enfermaria**. 2 ed. México: Interamericana, 1983.
- MELO, Cristina. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

- MENDES, Dulce de C. **Assistência de Enfermagem & Administração de Serviços de Enfermagem: A Ambiguidade Funcional do Enfermeiro.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 3/4, n. 38, p. 257-265, jul/dez, 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL. Portaria n. 30 de 11/02/72. Terminologia Hospitalar. Brasília: Diário Oficial de 18/02/77.
- MINTZBERG, Henry. **Planing on the Left Side and Managing on the Right.** *Harvard Business Review*, v. 54, n.4, p.49-58, jul/aug, 1976.
- MONTICELLI, Marisa. **Saúde com Qualidade.** Concórdia. 1993. Tema Central da XX Jornada Catarinense de Enfermagem. (Mimeografado).
- MORGAN, Gareth. **Images of organization.** Beverly Hills: Sage Publications, 1986.
- MOSCOVICI, Fela. **Renascença Organizacional.** 3 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Planejamento Estratégico em organizações sem fins lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais.** *Revista de Administração Pública*, v. 13, n. 3, p. 7-21, jul/set., 1979.
- _____. **Razão e Intuição na Tomada de Decisão: recuperando o ilógico na teoria da decisão gerencial.** *Revista Administração Pública*, v. 22, n.3, p. 77-94, 1988.
- _____. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente.** 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- ORLANDO, Ida J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente.** São Paulo: EPU, 1961.
- OLIVEIRA, Celina C. de. **Modelos de Integração Docente Assistencial.** IN: V Encontro Nacional de Enfermeiros de Hospitais de Ensino, 1987, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1987, p. 101-122.
- OLIVEIRA, Djalma de P. R. de. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas,** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1988.
- PADILHA, Maria Tereza. **Análise Crítica das Causas de Integração e/ou Desintegração Docente-Assistencial na Enfermagem.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.11, n. 3, p. 52-58, jul., 1990.
- PAIM, Rosalda C.N. **Problemas de Enfermagem e a Teoria Centrada nas necessidades do Paciente.** Rio de Janeiro: União dos Cursos Cariocas, 1978.
- PEDRERO, Maria de la Luz B. **Administracion de Los Servicios de Enfermaria.** 2 ed. México: McGraw-Hill, 1988.

- PEREIRA, Luciane L., KURCGANT, Paulina. A participação dos Enfermeiros nos Programas de Aperfeiçoamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.4, n. 45, p. 313-316, out./dez/, 1992.
- PETERS, Thomas e WATERMAN, Robert. **Vencendo a Crise**. Rio de Janeiro: Harper & Row, 1983.
- PFEFFER, Jeffrey, SALANCIK, Gerald R. **The external control of organizations: a resource dependence perspective**. New York: Harper & Row, 1978.
- PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PRESTES MOTTA, Fernando e BRESSER PEREIRA, Luiz C. **Introdução à Organização Burocrática**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- RIBEIRO, Maria Regina, REINERS, Annelita A.O. **Inter-Relações entre o Ensino e a Assistência de Enfermagem em Hospitais Universitários**. IN: V Encontro Nacional dos Enfermeiros de Hospitais de Ensino, 1987, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1987, p. 78-99.
- REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC, 1992.
- RODRIGUES, Suzana Braga. Processo Decisório em Universidades: teoria III. **Revista de Administração Pública**. v.19, n.4, p.60-75, 1984.
- ROWAN, Roy. **Gerente por Intuição**. Rio de Janeiro: Record, 1988.
- SEMLER, Ricardo. **Virando a própria mesa**. São Paulo: Best Seller, 1988.
- SILVA, Eliete M., SANT'ANNA, Sonia C., ROCHA, Semiramis M de M. Avaliação do Trabalho do Pessoal Auxiliar de Enfermagem realizado em Centro de Saúde Escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 43, n.1,2,3 e 4, p. 107-116, jan./dez., 1990.
- SILVA, M. Elizabeth K., GONZAGA, Flávia R.S., VERDI, Marta M. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 45, v.1, p.54-59, jan./mar, 1992.
- SILVA, Alceu Alves et al. **Proposta de Estabelecimento de Critérios para Provimento de Pessoal nos Hospitais da Rede do Ministério da Educação**. 1993, (Mimeografado).
- SIMON, Herbert A. **A capacidade de Decisão e de Liderança**. Rio de Janeiro: Usaid, 1963.
- . **Comportamento Administrativo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.
- SIQUEIRA, Noema M. Mudança de Objetivos: O caso do Hospital das Clínicas da UFMG. **Revista de Administração**, v.18, n.3, p. 80-87, jul/set., 1983.

- SOUTO-MAIOR, Joel. **Avanços na Teoria da Racionalidade e suas implicações para a administração.** IN: XIV Encontro Anual da ANPAD, 1990. Santa Catarina. Anais... Belo Horizonte: ANPAD, 1990, v.5, p.1617-1632.
- STONER, James A. **Administração.** 2 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985.
- TEIXEIRA, Gilberto J.W. O papel da assessoria no processo Decisório. **Revista da Administração, v.12, n.2, p 81-92, set./dez., 1977.**
- TREVISAN, M. Auxiliadora. **Enfermagem Hospitalar: Administração e Burocracia.** Brasilia: UNB, 1988.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
- VERGARA, Sylvia Constant. Razão e Intuição na Tomada de Decisão: Uma abordagem exploratória. **Revista de Administração Pública, v. 25, n.3, p.120-138, jul./set., 1991.**
- VIEIRA, Débora F.V.B., HANASHIRO, Darcy M.M. Visão Introdutória de Qualidade de Vida no Trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem, v.2, n.11, p. 41-46, jul. 1990.**
- ZACCARELLI, Sérgio Baptista. A hierarquização de decisão e sua operacionalização. **Revista de Administração, v. 18, n.1, p.17-22, jan./mar., 1983.**