UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: CONHECENDO A REALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Aline de Alcântara Correia

João Pessoa

2012

ALINE DE ALCÂNTARA CORREIA

TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: CONHECENDO A REALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Modelos em Saúde

Orientadores:
Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa

2012

C824t Correia, Aline de Alcântara.
Tomada de decisão no processo de trabalho de enfermeiros: conhecendo a realidade nas Unidades de Saúde da Família / Aline de Alcântara Correia.- João Pessoa, 2012.
106f. : il.
Orientadores: César Cavalcanti da Silva, Eufrásio de Andrade Lima Neto
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN
1. Enfermagem. 2. Modelos de saúde. 3. Processo de Trabalho. 4. Tomada de Decisão – trabalho de enfermeiros – Unidades de Saúde da Família.

UFPB/BC CDU: 616-083(043)

ALINE DE ALCÂNTARA CORREIA

TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: CONHECENDO A REALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data da defesa: João Pessoa, 26 de novembro de 2012

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Orientador (UFPB)

_____

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Orientador (UFPB)

_____

Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Membro Interno (UFPB)

_____

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno (UFPB)

_____

Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Membro Externo (USP)

Ao meu esposo Luciano de Araújo Lima,

Por todo apoio durante o tempo de pesquisa e escrita desta dissertação.

Aos meus pais Iolanda e Gilmar Correia,

Pelo amor, ajuda e compreensão durante toda a minha vida.

Aos meus irmãos Andréa e Anderson Correia,

Pelo incentivo na busca de novos horizontes.

Às minhas amigas Jane Pereira, Paula Helena e Juliana Rezende,

Que me ajudaram em momentos de dúvidas e na construção de novos saberes.

AGRADECIMENTOS

Sinto profunda gratidão a toda minha família, ao meu **esposo Luciano, meus pais Gilmar e Iolanda, irmãos Anderson e Andréa, avôs Luiz, Eronilda e Hilda, primos, tios e sobrinho Gabriel,** me apoiando e encorajando no desenvolvimento deste importante mestrado que sempre foi um grande sonho.

Ao orientador **Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva**, pelo seu ensinamento esmerado, pela oportunidade de fazer-me trilhar um novo caminho, antes desconhecido e contemplar o mundo sob uma nova perspectiva, com um novo olhar.

Ao orientador **Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto**, pela sua maneira de se fazer entender, pela paciência e zelo, facilitando a aprendizagem da estatística.

À banca examinadora composta por **Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes, Prof. Dr. Ulisses dos Anjos e Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry** pela aceitação na avaliação deste trabalho.

À minha companheira de mestrado **Francilene Jane Rodrigues Pereira,** pela sua ajuda, conselhos e parceria nestes anos de crescimento.

Também a minha **turma 2011**, pela união, compreensão e pelos momentos de descontração e confraternização.

Ao **Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde** pela busca da excelência em seus mestrandos.

À **CAPES** pela bolsa de estudos possibilitando dedicação integral ao mestrado.

À Gerente de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, **Evellin Bezerra**, pela autorização e encaminhamento a gerência de cada Distrito Sanitário.

As **Diretoras de Distritos Sanitários** que permitiram a realização desta pesquisa com bastante entusiasmo e confiança.

Aos **Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família** do município de João Pessoa, atores importantes desta caminhada, por dedicarem parte de seu tempo na concretude deste trabalho.

À **todos** que participaram diretamente ou indiretamente dessa importante conquista na minha vida.

Os trabalhadores produzem riqueza,
mas não usufruem dela,
aumentam a produção de bens,
mas não podem consumi-los.
Desenvolvem novos recursos,
mas são relegados à formação
de um exército de reserva de mão-de-obra,
ou vivem as mazelas do trabalho precário.
Porém,
somente os trabalhadores
serão capazes de "criar um mundo novo,
revelar a nova vida,
recordar que existe um limite,
uma fronteira para tudo,
menos para o sonho humano.
Moldar com as mãos o mundo,
revelar com os olhos a vida,
recordar nos sonhos
aquilo que virá."

(Sebastião Salgado)

RESUMO

CORREIA, A.A. TOMADA DE DECISÃO EM PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: conhecendo a realidade nas Unidades de Saúde da Família. João Pessoa, 2012.p.106. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde). Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, 2012.

Objetivou-se em compreender a Tomada de Decisão no âmbito do processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Saúde da Família; verificar o estado da arte da Tomada de Decisão no âmbito do processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Saúde da Família; além de identificar ferramentas que auxiliam a Tomada de Decisão dos Enfermeiros durante o processo de trabalho, no exercício das atividades administrativas, nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa, desenvolvida no município de João Pessoa-PB, no período de outubro de 2011 a maio de 2012. A pesquisa pautou-se pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e aprovado conforme protocolo n° 450/11. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de um questionário semiestruturado desenvolvido exclusivamente para este fim, composto por 12 questões objetivas, das quais, três possuíam espaço para detalhamento da opção marcada, de modo a atender aos objetivos do estudo. Como método para a tomada de decisão das informações obtidas utilizou-se o teste de hipótese para proporção em população finita. Os resultados obtidos revelaram que para a tomada de decisão os enfermeiros não se baseiam em Modelos pré-estabelecidos. Concluímos que as Tomadas de Decisão são realizadas com base na experiência pessoal do profissional e/ou na sua expertise técnica, de modo circunstancial e não científico. Tais achados corroboram com o pressuposto que grande parte dos Enfermeiros não utiliza modelos de tomada de decisão, e até mesmo desconhecem a existência de tais ferramentas para eficácia de seu trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Palavras-chaves: Enfermagem. Processo de Trabalho. Tomada de Decisão.

ABSTRACT

CORREIA, A.A. DECISION MAKING PROCESS WORK IN NURSING: knowing the reality in the Family Health Units. João Pessoa, 2012.p.106. Dissertation (Postgraduate Program in Decision Models and Health). Center for Science and Nature. Federal University of Paraíba, 2012.

The objective is to understand the Decision Making in the process of the nurses working in the Family Health Units, check the state of the art of Decision Making in the process of nurses working in the Family Health Units, and identify tools that assist Decision Making of nurses during the work process, in the exercise of administrative activities, the Family Health Units of Joao Pessoa. This was an exploratory, descriptive and inferential with quantitative and qualitative approaches, developed in the city of Joao Pessoa, from October of 2011 to May of 2012. The research was guided by Resolution 196/96 of the National Health Council. The project was submitted to the Ethics Committee in Research of the University Hospital Lauro Wanderley and it was approved by the Protocol 450/11. Data collect was performed by applying a semi-structured questionnaire developed exclusively for this purpose, consisting of 12 objective questions, of which three had space for details of the option selected, in order to meet the objectives of the study. As a method for decision making information obtained was used for hypothesis testing in finite population proportion. The results revealed that for decision making nurses are not based on pre-established models. We conclude that the Decision Making is made based on personal experience of professional and/or its technical expertise, so circumstantial and not scientific. These findings corroborate the assumption that most nurses do not use models of decision making and even unaware of the existence of such tools for effectiveness of its work in the Family Health Units.

Keywords: Nursing, Process Work, Decision Making.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interdependência entre a dimensão singular, particular e estrutural..... 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Decisões programadas ou não programadas..... 25

Tabela 2 - População e amostra dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V..... 51

Tabela 3 – Distribuição dos Enfermeiros nos Distritos I,II, III, IV e V, conforme Sexo. João Pessoa-PB, 2012..... 52

Tabela 4 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário, segundo faixa etária. João Pessoa – PB, 2012..... 54

Tabela 5 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto ao estado civil. João Pessoa – PB, 2012..... 54

Tabela 6 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto à etnia. João Pessoa – PB, 2012..... 55

Tabela 7 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto a conclusão da graduação na Instituição de Ensino Superior (IES). João Pessoa – PB, 2012..... 56

Tabela 8 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o tempo de conclusão da graduação. João Pessoa-PB, 2012..... 57

Tabela 9 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário por realização de pós-graduação. João Pessoa – PB, 2012..... 58

Tabela 10 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o tempo de trabalho. João Pessoa – PB, 2012..... 59

Tabela 11 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com treinamentos recebidos. João Pessoa – PB, 2012..... 60

Tabela 12 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o treinamento sobre Tomada de Decisão. João Pessoa – PB, 2012..... 61

Tabela 13 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário conforme utilização de ferramenta para Tomada de Decisão durante processo de trabalho. João Pessoa – PB, 2012..... 62

Tabela 14 – Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário conforme detalhamento das etapas do Modelo de Tomada de Decisão existente em literatura dentre os que afirmaram fazer uso de Modelo. João Pessoa – PB, 2012..... 63

Tabela 15 – Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário I. João Pessoa – PB, 2012..... 65

Tabela 16 – Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário II. João Pessoa – PB, 2012..... 66

Tabela 17 – Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário III. João Pessoa – PB, 2012..... 68

Tabela 18 – Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário IV. João Pessoa – PB, 2012..... 69

Tabela 19 – Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário V. João Pessoa – PB, 2012..... 71

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CCEN – Centro de Ciências Exatas e da Natureza

DS – Distrito Sanitário

IES – Instituição de Ensino Superior

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEA – População Economicamente Ativa

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TIPESC – Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 16

1 INTRODUÇÃO..... 17

2 OBJETIVOS..... 21

2.1 OBJETIVO GERAL..... 21

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 21

3 REFERENCIAL TEÓRICO..... 22

3.1 TOMADA DE DECISÃO..... 22

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM..... 31

3.3 MÉTODOS ESTATÍSTICOS..... 40

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO..... 47

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA..... 47

4.2 SUPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO..... 47

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA..... 49

4.4 INSTRUMENTOS..... 49

4.5 ASPECTOS ÉTICOS..... 50

4.6 PROCESSO DE AMOSTRAGEM..... 50

4.7 INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS..... 51

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 52

5.1 ASPECTOS SOCIAIS DE ENFERMEIROS POR DISTRITO SANITÁRIO..... 52

5.2 CARACTERÍSTICAS ACADÊMICAS DOS ENFERMEIROS POR DISTRITO SANITÁRIO..... 56

5.3 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS INVESTIGADOS..... 59

5.4 TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 72

5.4.1 Burocracia..... 73

5.4.2 Recursos Materiais..... 74

5.4.3 Recursos Humanos..... 77

5.4.4 Sistema de Informações..... 80

5.4.5 Planejamento..... 81

6 CONCLUSÃO..... 86

REFERÊNCIAS..... 89

Apêndice A – Lista das USF dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V com respectivo peso para coleta de dados..... 96

Apêndice B – Questionário..... 101

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 103

Anexo A - Certidão de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa HULW..... 104

Anexo B - Divisão do Município de João Pessoa em Distritos Sanitários I, II, III, IV e V..... 105

Anexo C - Encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde aos Distritos Sanitários de João Pessoa..... 106

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação constitui-se parte do projeto: *Tomada de Decisão nas Unidades Básicas de Saúde*, desenvolvido pelo professor Dr. César Cavalcanti da Silva ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Este estudo integra a linha de pesquisa *Modelos em Saúde* que se ocupa do estudo de casos e situações na área da Saúde Pública, nas quais há necessidade de tomada de decisão sobre informações e/ou dados, sejam qualitativos ou quantitativos. Pesquisa também a utilização de modelos para o gerenciamento, análise e tomada de decisões sobre informações oriundas de processos de Saúde Pública.

Na realização deste trabalho, pretendeu-se refletir sobre a Tomada de Decisão nos Processos de Trabalho dos profissionais de enfermagem, além de conhecer a realidade nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa, contribuindo para o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou-se também descobrir atributos pontuais que interferem na tomada de decisão considerando o "estado da arte" da gerência de enfermagem nos serviços de saúde pública. Outro aspecto considerado neste trabalho foi a verificação de instrumentos utilizados para a tomada de decisão e o descompasso entre a utilização de ferramentas administrativas disponíveis no mercado de trabalho e o seu repasse para o Enfermeiro durante o exercício profissional.

Metodologicamente, o trabalho amparou-se pela Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva, considerando a trajetória desenhada por este paradigma como o caminho a ser seguido, a iniciar pela: captação da realidade objetiva; interpretação da realidade; construção de um projeto de intervenção; intervenção na realidade e reinterpretação da realidade objetiva (EGRY, 1996).

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde é uma formulação política e organizacional concebida para reordenar os serviços e as ações de saúde estabelecidas pela Constituição Federal de 1988. Consiste num sistema único, pois segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal. Baseada em preceitos constitucionais, a construção do SUS apoia-se sobre os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e quanto à organização, encontra-se amparada pelos princípios da resolubilidade, participação dos cidadãos, regionalização, hierarquização, complementaridade do setor privado e descentralização (BRASIL, 1990a; 1990b).

O princípio organizativo da *descentralização* prevê que, quanto mais perto de um problema uma decisão for tomada, mais chance haverá para acerto. Via de regra, os problemas derivam da defasagem entre o que se espera e o que realmente sucede e, em geral, esta defasagem é causada por uma mudança em procedimentos ou condições de trabalho e, por consequência, os problemas são solucionados com a eliminação ou correção daquilo que ocasionou a mudança. A eliminação dos problemas administrativos ou o redirecionamento de desvios dos planos traçados por gestores e profissionais é precedido por uma tomada de decisão (GOMES; GOMES; ALMEIDA, 2006).

A tomada de decisão envolve raciocínio lógico, sendo, portanto, eficaz quando baseada em processos cientificamente adequados para esse fim. O Processo Decisório, entendido como desdobramento operacional da tomada de decisão, depende das características pessoais da força de trabalho envolvida nesse processo e da situação em que se apresenta (CHIAVENATO, 2011).

Na área da saúde e na prática gerencial da Enfermagem, a tomada de decisão constitui-se uma importante etapa no âmbito dos elementos que compõem os Processos de Trabalho. Gonçalves (1994) define Processo de Trabalho como um conjunto articulado de ações direcionadas para a produção intencional de algo novo. Marx (2008) identificou três elementos como constituintes desse Processo: a *Finalidade*; os *Meios* ou *Instrumentos* de trabalho e o *Objeto.*

A *Finalidade* compreende o fim que orienta as atividades ou ações do trabalhador. Dessa forma, o processo de trabalho se traduz em um projeto intencionalmente elaborado e guiado por uma realidade que irá determiná-lo no sentido da transformação de um dado objeto

de intervenção para satisfazer uma necessidade. Dito de outra forma, a *Finalidade* é a idealização da transformação do objeto, posta em prática através da interposição dos *Meios* ou *Instrumentos* entre o trabalhador e o *Objeto*.

Os *Meios* ou *Instrumentos* de trabalho compreendem uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o Objeto de trabalho de modo a dirigir uma atividade sobre esse Objeto, tendo em vista o alcance de um determinado fim. Dito de outra forma, os *Meios* ou *Instrumentos* de trabalho correspondem à energia incorporada a esse processo que possibilita a transformação do Objeto. Este último elemento abrange a matéria a ser modificada mediante a ação do trabalhador, essencialmente veiculando potencialidades que interessem à efetivação do resultado pretendido.

Para Chiavenato (2011), no âmbito do processo de trabalho a tomada de decisão não é um atributo privativo dos administradores, porquanto pertença a todas as pessoas, em todos os lugares, nas diversas situações previsíveis e imprevisíveis. Particularmente, no processo de trabalho da Enfermagem, as decisões assumem contornos diferenciados determinando o sucesso ou insucesso de ações desenvolvidas em suas jornadas de trabalho.

Justificou-se, portanto, a realização desta pesquisa em face da constatação de que, no dia-a-dia dos Enfermeiros, a gerência de pessoas e serviços sob sua responsabilidade é dificultada pela complexidade das variáveis que intervêm no seu processo de trabalho e ausência de ferramentas para o processo de tomada de decisões mais rápidas e seguras.

Segundo Chiavenato (2011), Lacombe e Hielborn (2003), o processo de tomada de decisão disponível na literatura especializada pressupõe o conhecimento e a execução de sete etapas: percepção da situação que envolve o problema; análise e definição do problema; definição dos objetivos; procura de alternativas de solução; escolha ou seleção de alternativas mais adequadas ao alcance dos objetivos; avaliação e comparação dessas alternativas; e finalmente, aplicação da alternativa escolhida.

O *Problema* norteador da pesquisa foi a ausência de preparação específica para o processo de tomada de decisão entre os enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família. As principais situações adversas ventiladas pelos enfermeiros durante a aplicação do teste piloto foram: a falta de treinamento para a tomada de decisão; a insuficiente quantidade de recursos humanos necessários para preencher as lacunas dos espaços cabíveis a cada profissão, além da falta de instrumentos de trabalho disponíveis aos profissionais em seus locais de trabalho. Contudo, elegeu-se o primeiro problema como objeto a ser trabalhado.

Embora os Distritos Sanitários promovam vários treinamentos para a qualificação de seus recursos humanos, o tema “Tomada de Decisão” poucas vezes é priorizado ao longo

desses treinamentos. E como o número de decisões tomadas por esses profissionais nas USF é bastante numeroso, a falta de uma preparação específica os leva a tomar decisões baseadas na *expertise* técnica individual, podendo comprometer o alcance dos objetivos institucionais da Unidade de Saúde da Família.

Nesta pesquisa, buscou-se articular as áreas das ciências da saúde e das ciências exatas com a utilização de métodos que auxiliassem os enfermeiros na tomada de decisão. A utilização destas ferramentas em Unidades de Saúde da Família pode ampliar o arsenal de instrumentos administrativos para os enfermeiros; facilitar o processo decisório desses profissionais; melhorar o aproveitamento de tempo e materiais, além de beneficiar o processo administrativo aumentando a probabilidade de acertos na escolha da solução para os problemas enfrentados no processo de trabalho.

Partiu-se do pressuposto de que as ferramentas administrativas para o cumprimento das atividades de gestão dos profissionais de enfermagem não acompanharam as exigências de produtividade do modelo assistencial vigente. Decorre dessa lacuna a não ocupação efetiva, pelo enfermeiro, dos espaços possíveis no âmbito da administração de pessoas e serviços sob sua responsabilidade, em conformidade com a demanda do mercado de trabalho que o assimila, na maioria das vezes, como administrador de recursos humanos.

O *Objeto de Estudo* desta investigação científica foi a Tomada de Decisão nos processos de trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família. Pretendeu-se verificar o *Estado da Arte* deste Meio ou Instrumento do processo de trabalho da enfermagem no âmbito das ações administrativas (pessoal e serviço) e aperfeiçoar as ações dos Enfermeiros pela utilização de um ferramental apropriado para as especificidades desse processo de trabalho.

A observação de um modelo que auxilie a tomada de decisão passa, necessariamente, pelo exame do Estado da Arte do processo de trabalho, isto é, a verificação da aparência de um fenômeno no cotidiano de trabalho dos Enfermeiros. Egry (1996) utiliza a palavra situacionalidade como termo equivalente a Estado da Arte, afirmando tratar-se da condição atual de um fenômeno examinado para captação de suas contradições, opondo-se a ele, dialeticamente, o passado e o devir da totalidade.

Segundo Chiavenato (2011), todo processo decisório carrega consigo pelo menos seis elementos comuns: o tomador de decisão, os objetivos, as preferências, as estratégias, a situação, e o resultado. O *tomador de decisão* é a pessoa que faz uma escolha entre várias alternativas possíveis; o *objetivo* é o que se pretende alcançar com a escolha feita; as *preferências* são os critérios que o tomador de decisão usa para fazer sua escolha; enquanto a

estratégia trata-se do plano traçado determinado por recursos disponíveis do tomador de decisão; as *situações são* os aspectos ambientais, muitos dos quais fora do controle do tomador de decisão; e finalmente o *resultado* é a consequência da estratégia seguida.

A Tomada de decisão é, portanto, um processo de análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis que direciona o curso de ação do profissional atuante no espaço administrativo. É pertinente, portanto, promover discussões mais aprofundadas sobre estes fenômenos na Enfermagem, visando à atualização do conhecimento sobre o tema e a assunção de espaços legalmente pertencentes à profissão, mas pouco assumidas devido à precariedade das ferramentas disponíveis. A promoção destas discussões está em sintonia com os requerimentos do modelo assistencial vigente e, certamente, trará benefícios para os serviços de saúde.

Com vista ao alcance de mudança progressiva no processo de trabalho do enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família, questionou-se:

a) Como os Enfermeiros tomam decisões em seu processo de trabalho, no âmbito administrativo, nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB?
b) Como ocorre a processualidade da tomada de decisão do Enfermeiro durante seu processo de trabalho nas unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a Tomada de Decisão no âmbito do processo de trabalho dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar o estado da arte da Tomada de Decisão no âmbito do processo de trabalho dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família;

Identificar qual(is) ferramenta(s) auxilia(m) a Tomada de Decisão dos Enfermeiros durante o processo de trabalho, no exercício das atividades administrativas, nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo trata do suporte teórico relacionado ao tema principal, além de assuntos correlatos, de modo a amparar a construção, o desenvolvimento e os resultados obtidos. Tendo como objeto de estudo a Tomada de Decisão nos processos de trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família, os três subcapítulos intitulam-se, sequencialmente: Tomada de Decisão, Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem e Métodos Estatísticos.

O primeiro subcapítulo explana temas relativos à teoria das decisões apresentando o surgimento desta proposição com objetivo administrativo nas organizações governamentais, e posteriormente inserido no processo de trabalho dos enfermeiros, enquanto gerentes de serviços em saúde. Desse modo, serão encontrados os seguintes assuntos: processo decisório, classificação do problema, natureza das decisões, processo decisório e a Enfermagem e modelos de decisão.

No subcapítulo intitulado "Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem" são apresentados assuntos relacionados à contextualização do trabalho no âmbito da saúde, influências de Teorias Administrativas nas ações profissionais da Enfermagem, além dos pontos a seguir: o processo de trabalho estruturado pelo sistema capitalista, elementos do processo de trabalho, divisão de trabalho em saúde, áreas de atuação da Enfermagem, influência de modelos administrativos na Enfermagem, SUS, USF, atribuições do enfermeiro nas USF, e o processo de trabalho administrativo do enfermeiro.

Ao terceiro subcapítulo são remetidos os métodos estatísticos empregados para adequação do presente trabalho desde a composição do projeto de pesquisa, o cálculo do número necessário da amostra para a representatividade dos dados, além da inferência estatística realizada após a coleta de dados, necessária para a validação dos resultados quantitativos. Podem-se evidenciar os seguintes tópicos: Estatística, Plano de Amostragem, Amostragem Probabilística e Teste de Hipótese.

3.1 TOMADA DE DECISÃO

Tomar decisão é uma característica peculiar do ser, pertencente à espécie *homo sapiens* – o homem sábio tem grande capacidade de resolver problemas complexos (ADAIR, 2007). No entanto, para além do fator biológico, os fatores sociais, econômicos e políticos são construídos e transformados por meio de escolhas, podendo ser entre duas ou múltiplas

direções, negando ou afirmando o *status quo*. No século XX, a prática decisória foi valorizada, estudada e esquematizada para organizações militares. No âmbito administrativo, a tomada de decisão direcionou-se a solucionar problemas, *a priori,* com objetivos lucrativos das práticas mercantis (BUCHANAN; O'CONNELL, 2006).

Na Teoria Clássica da Administração, desenvolvida por Jules Henry Fayol, no século XIX, os trabalhadores eram vistos como instrumentos passivos fornecendo sua *mão-de-obra* pela produção de artefatos no bojo da Revolução Industrial e do Capitalismo, cuja produtividade humana se condicionava a incentivos financeiros – era o *homo economicus.* De acordo com este paradigma, os atributos que mais influenciavam no resultado do trabalho para a produção humana, além do dinheiro, era condição física e ambiente favorável (TSOUKIÀS, 2007).

Em meados do século XX, a Teoria das Decisões emergiu entre as Conjecturas Comportamentais da Administração cujo pioneiro, Herbert Alexander Simon, considerava as organizações um sistema de decisões composto por trabalhadores que escolhiam conscientemente e de modo racional as atividades a serem desempenhadas. Esta teoria inovou o modo de gerenciar no processo de trabalho em diversos setores, uma vez que, ao invés de limitarem-se às rotinas propostas pelas teorias clássicas, passaram a considerar as preferências e decisões dos profissionais (CHIAVENATO, 2011).

Para Vieira (2006), a Tomada de Decisão é uma ferramenta subjetiva, e por esse motivo torna-se difícil encontrar materiais concretos que aumentem o poder de escolha dos gerentes, porém, este meio é indiscutivelmente utilizado por todos mediante motivação ou necessidade. O processo decisorial enquanto instrumento administrativo, na teoria comportamental, possibilita aos profissionais e gestores fazerem escolhas acertadas, em diversos momentos, como por exemplo: diante de um problema, em desvio ao plano traçado, quando as expectativas profissionais e institucionais não são alcançadas, quando há desvio às experiências passadas, ou quando problemas são trazidos por outras pessoas (GOMES; GOMES; ALMEIDA,2006).

O *problema* é conceituado como um ponto ou assunto em discussão, não resolvido, ou sobre o qual há posicionamentos opostos. SegundoVieira (2006), reconhecer o tipo de problema é um ponto fundamental para sua solução. Sendo assim, eles são classificados em: rotineiros, incomuns ou raros. Enquanto questões rotineiras são resolvidas facilmente, as excepcionais e raras necessitam de uma tomada de decisão mais apurada, seguindo padrões diferenciados. O autor afirma ser importante analisar corretamente as prioridades das decisões

quanto ao tempo (emergente, urgente, médio ou demorado), à qualidade do problema (fácil ou difícil), e ainda, quanto ao número de participantes (individual ou grupal).

Semelhante ao processo de trabalho, o processo decisório contém elementos essenciais articulados para a tomada de decisão, que são: o tomador de decisão, objetivos, preferências, estratégias, situação e resultado. O *tomador de decisão* é o sujeito que escolhe; o *objetivo* refere-se à idealização do resultado feito pelo agente; as *preferências* são os critérios que o tomador utiliza para seleção; a *estratégia* aborda o caminho percorrido pelo sujeito; as *situações* representam os fatores ambientas; e o *resultado* refere-se à etapa final de uma decisão, podendo ser satisfatório ou não (CHIAVENATO, 2011).

O Enfermeiro, em uma Unidade de Saúde da Família, gerencia o serviço. O perfil deste profissional influencia o andamento das atividades no setor a que pertence, podendo ser classificado, segundo Likert, como: autoritário explorador, autoritário benevolente, consultivo ou participativo. O gerente autoritário não permite a participação de outros profissionais durante as decisões, enquanto o gerente participativo atua de modo democrático construindo objetivos, metas e alternativas de solução do trabalho junto aos colegas e escolhendo em conjunto a melhor delas, este tipo de liderança garante uma equipe unida, participativa e confiante (VIEIRA, 2006).

Chiavenato (2011) afirma que em situações urgentes ou sob pressão o gerente deixa de *definir os objetivos*. Para Vieira (2006), determinar o objetivo nas decisões é um elemento-chave, pois precede ao resultado esperado. Outro aspecto relevante para se tomar uma decisão está no nivelamento do controle da decisão baseado no problema, pois este pode estar distribuído em dois níveis, estruturados (sob certeza, sob risco e sob incerteza) ou não estruturados (sob turbulência).

Quando o gerente do serviço tem as informações importantes para seu problema e sua ação é determinante significa que a decisão está sob *certeza.* Se estiver *sob risco* as variáveis são conhecidas e a ação é garantida através de cálculos probabilísticos para resolver o problema. No entanto, perante a *incerteza* os dados são conhecidos, mas não há como descobrir com exatidão as consequências dessa decisão e, finalmente, quando este controle está *turbulento* as informações do problema não são conhecidas totalmente e não existe confiança na alternativa disponível. Assim, será inevitável fazer uso de ferramentas estatísticas que, pelo menos, clareiem para o gerente uma escolha mais próxima da correta, promovendo satisfação para ele, seu grupo, e evitando conflitos no âmbito do trabalho (CHIAVENATO, 2011; VIEIRA, 2006).

O conflito entre os objetivos organizacionais e individuais é fator prejudicial ao andamento do trabalho, pois este deve ser eficaz para a organização e eficiente para o indivíduo. Eficaz, na medida em que o objetivo da instituição é atingido; e eficiente, na medida em que as expectativas pessoais são atingidas. Para Simon, o homem é um trabalhador que busca algo além do salário: a satisfação. Trata-se do homem "*satisficer*" – esta satisfação depende dos valores e princípios em que o trabalhador se baseia, devendo ser considerado pelo líder.

De acordo com Chiavenato (2011) há dois estilos contrários de gerência, denominados Teoria X e Y. Enquanto a primeira teoria remete princípios administrativos clássicos e ditatoriais, a Teoria Y aponta características de liderança mais democrática, ou seja, as pressuposições dos líderes da teoria Y consideram que as pessoas gostam de trabalhar, aceitam desafios, são resolutas, criativas e capacitadas.

Quando um gerente impõe aos seus dependentes, mesmo de modo suave e gentil, determinadas atribuições, sem a participação deles no planejamento dessas ações, agem de modo centralizador, seguindo princípios da Teoria X. Para Vanderley e Almeida (2006), dependendo de como as relações de poder estão centradas dentro das organizações, a faculdade decisória pelos seus integrantes sofre influências.

As organizações que não permitem a participação dos profissionais nas decisões, fazendo por eles escolhas relacionadas ao processo de trabalho, estão passíveis a baixa produtividade e conflitos no ambiente de trabalho. Por outro lado, a Teoria Y é aplicada por gerentes através de estilos inovadores e humanistas como autoavaliação do desempenho, descentralização das decisões, ampliação das responsabilidades e participação de todos nas decisões.

Atualmente existe um direcionamento democrático na administração e no perfil gerencial. Para este aspecto Chiavenato (2011) classificou como *liderança transformadora* aquele profissional visionário e proativo que conduz sua equipe a uma transformação da dinâmica do trabalho, agindo de modo reflexivo diante das transformações sociais.

O autor prossegue afirmando que a liderança é uma habilidade que necessita de competências essenciais, tais como gerência da atenção, gerência do significado, gerência da confiança e gerência de si próprio. A visão dos líderes deve despertar a atenção e comprometimento das pessoas ao seu redor, influenciando-as a desenvolver o mesmo interesse. A confiança dos gerentes é refletida pelas suas atitudes perante os demais. O líder deve ter a capacidade de autoconhecimento, identificando seus pontos fracos e fortes, aceitando orientações dos demais colegas e se aprimorando. O líder deve fazer-se entender

através de comunicação, ser capaz de facilitar o entendimento, reduzir a complexidade dos problemas através de linguagem fácil, além de lançar mão de instrumentos que facilitem o trabalho.

Ao tomar decisões, o gerente (Enfermeiro) necessita conhecer os atributos do surgimento dos problemas, avaliando e decidindo por meio de dados ou informações quais serão as melhores escolhas. Os dados são valores que por si só não têm significado, porém quando estruturados e comparados a outros dados geram informações importantes, que facilitam a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2004).

O sujeito deve estar ciente de que várias decisões podem resultar no mesmo objetivo desejado, ou ainda, que não há decisão perfeita, porém conhecer a natureza das decisões facilita o trabalho. A natureza das decisões encontrada no âmbito administrativo segue a dinâmica programada ou não programada. As decisões programadas baseiam-se em situações rotineiras, caso em que cabe ao gerente do serviço apanhar ferramentas desenvolvidas para essas situações, tendo como exemplo protocolos, manuais, planos e relatórios. Já as decisões não programadas são escolhas realizadas por pessoas e/ou especialista com ferramentas estruturadas e informações cabíveis para solucionar problemas em situações inesperadas, decisões baseadas em informação e realizadas de forma científica através de modelos decisórios (MORAES, 2009).

Tabela 1 – Decisões programadas ou não programadas

Programadas	Não programadas
• Dados adequados; • Dados repetitivos; • Condições estatísticas; • Certeza; • Previsibilidade; • Rotina	• Dados inadequados; • Dados únicos; • Condições dinâmicas; • Incerteza; • Imprevisibilidade; • Inovação

Fonte: Chiavenato, 2011, p. 415.

Segundo Tsoukiàs (2007), a solução de um problema deve ser considerada como uma construção, estando para além de resultados inferenciais a partir de pressupostos. Vieira (2006) afirma que o posicionamento do tomador de decisão enquanto líder deve considerar que existem decisões mais acertadas que outras. Sendo assim, resultados podem se apresentar diferentes dos esperados. Contudo, esse mesmo autor considera que não deve ser

procrastinada ou recusada uma decisão, pois este ato reflete na perda de espaço no ambiente de trabalho do profissional e ainda aumenta o risco desta mesma decisão ser tomada por um trabalhador sem a devida competência e autorização.

Na intenção de compreender o processo decisório do Enfermeiro é relevante considerar que aspectos históricos e ideológicos influenciam nas atitudes desse profissional quanto às suas obrigações administrativas, repercutindo numa identidade particular. Produções científicas apontam que a identidade da Enfermagem encontra-se em período de transitoriedade influenciada pelo padrão de qualidade exigido por cidadãos e empresas aos bens de consumo e serviço. Quanto ao perfil deste profissional, além de sua maioria pertencer ao sexo feminino e de etnia branca, é percebível o descrédito da sociedade quanto ao seu conhecimento técnico-científico e de sua capacidade em tomar decisão, com atitudes passivas e delicadas (BELLAGUARDA et al, 2011).

Backes, Backes e Erdmann (2009), acreditam que é possível haver mudanças no perfil destes profissionais por meio de uma postura político-profissional com participação social, desenvolvimento de uma visão crítica, combinado à liberdade e autonomia das ações em saúde. Ao fazer alusão ao trabalho administrativo da Enfermagem, Oliveira e Silva (2011) mostrou que, entre os profissionais de Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, as atividades administrativas são consideradas terceira prioridade, em comparação às práticas assistenciais e educativas. Embora as atividades profissionais devam seguir um planejamento segundo a missão da organização vinculada, este procedimento poucas vezes é considerado.

Correia et al (2009) apontam várias deficiências no campo administrativo nas unidades de saúde da família, sendo uma delas a falta de reciclagem dos profissionais para as necessidades e exigências do mercado de trabalho, repercutindo em deficiências administrativas do serviço, além de realização das decisões circunstanciais, pouco fundamentadas, baseadas em experiências pessoais e rotinas situacionais, sem prévia análise e planejamento. Esta descoberta torna-se fato preocupante para o reconhecimento da profissão e autonomia do Enfermeiro, pois a tomada de decisão é uma atribuição que requer maior esforço cognitivo, sendo precedido por conhecimento teórico, prático, além de capacidade crítica e reflexiva.

O Enfermeiro utiliza-se do processo de tomada de decisão para obter melhores oportunidades de enfrentamento nas incontáveis situações com as quais se depara diariamente. Sendo assim, neste processo que envolve fatos e valores, devem ser verificadas

as variáveis, analisado as alternativas cabíveis considerando o propósito da decisão, solucionando problemas ou aproveitando oportunidades.

Os valores, conforme Lacombe e Heilborn (2003) influenciam na tomada de decisão. Dessa forma, todo Enfermeiro traz na sua conduta suas idiossincrasias, particularidades, história, vícios, virtudes e preconceitos, influenciando, mesmo que subjetivamente, as escolhas pessoais e profissionais. Corroborando com esta afirmativa Robbins (2002) afirma que o Enfermeiro carrega consigo sua bagagem cultural em todas as situações tanto para a tomada de decisão quanto para a solução de problemas.

O Enfermeiro ao tomar decisões fáceis ou difíceis através da utilização de sua experiência e competência, está utilizando ferramentas subjetivas. Para Robbins (2002), a *experiência* profissional incide mediante a recorrência de eventos, permitindo a utilização de informações adquiridas durante vivência anterior. O aprendizado decorrente da repetição de situações observadas desencadeia agilidade ao tomador de decisão, tendendo a repetição dos acertos e eliminação de erros.

A *competência* enquanto ferramenta para tomada de decisão é conceituada como conjunto de habilidades, conhecimento e atitudes que reverberam um desempenho eficiente e resultado satisfatório para a organização. Dessa forma, a competência pode ser considerada o agrupamento de recursos que o profissional detém para exercer seu cargo com êxito, satisfazendo as suas necessidades enquanto trabalhador. A competência vincula-se ao modelo organizacional direcionado a maximizar oportunidades e solucionar problemas (FLEURY; FLEURY, 2001).

Lima e Pereira (2003) afirmam que, no processo de análise e escolha, as questões normativas estabelecidas por órgãos legislativos possuem grande peso durante a realização de tomada de decisão. Sendo assim, é necessário que todos os gerentes de serviços, seja na rede privada ou pública, considerem a Constituição Federal de seu país, o Código de Ética regulamentadora da profissão, a Lei nº 7498/86 que Regulamenta o Exercício profissional do Enfermeiro, entre outras leis locais e gerais existentes, sob o risco de o Enfermeiro, caso desconsidere estes regimentos preestabelecidos durante a tomada de decisão, seja considerado infrator, devendo o mesmo assumir as consequências dos atos de modo individual ou partilhado.

As decisões pelo Enfermeiro, particularmente nas Unidades de Saúde da Família, podem ocorrer de modo coletivo, junto a outros profissionais ou outras equipes, ou individualizado. Uma postura mais tradicionalista considera as decisões mais pessoais, e menos participativas. Por outro lado, a cooperação de vários profissionais durante as decisões

são tidas como mais contemporânea, acertada e duradoura (CHIAVENATO, 2011). Os gerentes de serviço ainda podem laçar mão de ferramentas para auxiliarem seu trabalho aumentando as chances de acerto e de organização das atividades a serem desenvolvidas a partir de modelos para tomada de decisão.

O modelo de tomada de decisão desdobrado em processo decisório pode ser composto por sete etapas, a saber: 1 - percepção da situação que envolve algum problema; 2 - análise e definição do problema; 3 - definição dos objetivos; 4 - procura de alternativas de solução ou de cursos de ação; 5 - seleção da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos; 6 - avaliação e comparação das alternativas; e 7 - implantação da alternativa escolhida. Alguns modelos de decisão não utilizam essas etapas em sua plenitude, por exemplo, Adair (2007) principia as fases decisórias a partir da definição dos objetivos.

Para Antunes e Dias (2007), os Modelos de Tomada de Decisão maximizam a capacidade decisória através de esquemas sequenciais, tendo em vista que, no ambiente de trabalho há múltiplas tarefas a serem desempenhadas pelo profissional. O processo de tomada de decisão apresentado pela literatura especializada apresenta vários modelos a serem seguidos, dentre os quais: Modelo Racional de Tomada de Decisão, Modelo de Newman e Modelo de Shewhart.

O Modelo Racional de Tomada de Decisão se baseia em premissas da racionalidade limitada que indicam como as decisões ocorrem numa sequência lógica de seis fases, a conhecer: definição do problema, identificação dos critérios, ponderação dos critérios conforme as preferências, conhecimento das alternativas relevantes, avaliação de cada alternativa, cálculo das alternativas e escolha do melhor resultado (SANTOS; WAGNER, 2007).

Ao *definir o problema* é preciso verificar como serão as estratégias, se há como solucionar todo o problema ou apenas parte dele. Para além de identificar o problema, as causas são investigadas e, se possível, resolvidas. Durante a segunda fase, que é a *procura de alternativas para resolver algum problema*, uma estratégia utilizada para gerar novas ideias é conhecida como *brainstorm*. De acordo com Adair (2007), essa técnica pode ser operacionada em grupo ou individual por meio da anotação dos pontos de vista de cada participante e escolha de alternativas cabíveis. Este método também pode ser utilizado para desconstruir ideias fixas sobre um determinado assunto específico, de modo que o líder estimula a criatividade de cada profissional.

Durante a *avaliação das alternativas para implementação,* deve ser considerada a viabilidade temporal, econômica, técnica, ética e política; a resolutividade e a consequência

das supostas alternativas. Ao implementar a melhor alternativa é preciso mover recursos humanos, financeiros, materiais, logísticos e monitorar as ações continuamente (CHIAVENATO, 2011).

Algumas pressuposições da racionalidade modelam o esquema dessa ferramenta nas decisões. Por exemplo: o problema deve ser claro, a meta deve ser única, as alternativas e consequências deverão ser conhecidas; as preferências nítidas, constantes e estáveis, o tempo e custos são desconsiderados. Este modelo foi criticado por Simon, por não ter aplicabilidade, uma vez que as limitações naturais do ser, do tempo e do custo impedem a decisão excelente, contudo, este processo direciona as escolhas relevando os objetivos e metas traçadas (BAZERMAN, 2004; TSOUKIÀS, 2007).

O Modelo de Newman, outra ferramenta para decisão, pressupõe a utilização de seis fases do processo decisório: avaliação do problema, identificação das possibilidades de ocorrência, avaliação e seleção da melhor alternativa, comunicação da decisão aos interessados, implementação e controle da decisão, avaliação da decisão feita e feedback , que consiste em comparar os resultados obtidos aos previstos. Durante o planejamento para solucionar o problema deve-se aproveitar experiências profissionais, sugestões dos membros da equipe, e auxílio de literatura específica (VIEIRA, 2006).

O Modelo de Shewhart, idealizado por Shewhart e divulgado por Deming, é considerado uma ferramenta administrativa eficaz nas organizações. Inserido neste processo há o ciclo de Deming ou PDCA que se refere a um método sistemático promovendo a melhoria contínua das ações, podendo ser aplicado em diferentes perfis de organização. A sigla PDCA tem função mnemônica, visto que as etapas em inglês são: Plan (Planejamento), Do (Execução), Check (Verificação) e Action (Ação). Através desse método, os processos envolvidos na execução da gestão se tornam mais claros (ORIBE, 2009). O autor prossegue afirmando que na fase do planejamento as metas são estabelecidas, o problema identificado, as informações relativas ao problema são analisadas e os métodos decididos. A segunda fase decorre da *execução* do método de trabalho e dos resultados coletados. Durante a fase da *verificação*, os valores são monitorizados e avaliados periodicamente comparando-os às metas pré-estabelecidas; as informações são consolidadas e anotadas em relatórios. As ferramentas utilizadas na terceira fase podem ser métodos estatísticos, por exemplo: Análise de Variância, Regressão, Técnicas Multivariadas e Teste de Hipótese. Após a aplicação do teste apropriado, deve-se comparar a variação das medidas com o valor padrão. A fase da *ação* depende da etapa anterior. Se os resultados desviarem do padrão deve-se tomar ações para correção; se o resultado estiver fora do padrão é preciso investigar as causas e agir na prevenção.

Os modelos de Tomada de Decisão encontrados na literatura específica podem ser desenvolvidos por especialistas e aplicados no âmbito administrativo sem causar danos a organização. É importante ressaltar que os diversos exemplos de tomada de decisão devem ser encarados como ferramentas, cabendo ao gerente utilizá-los para obter melhor vantagem no seu processo de trabalho.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

Ao se falar sobre o trabalho reconhece-se que esta atividade sempre acompanhou a história da humanidade, podendo ser observado desde manuscritos antigos. O termo *trabalho* etimologicamente de origem latina, também é considerado uma palavra polissêmica, ou seja, possui várias interpretações. Um dos conceitos difundidos, a partir do filósofo alemão Karl Marx, diz que a ação do ser humano, contextualizado pela sociedade capitalista industrial, dá-se num processo entre o homem e a natureza, de controle e exploração onde advêm produção e reprodução de objetos concretos ou abstratos, ou seja, uma transformação concomitante da matéria-prima e do homem.

O trabalho pode ser considerado uma atividade fundamental da vida humana, pois além de suprir as necessidades fisiológicas e de segurança, fundamentais para a sobrevivência, pode fomentar o desenvolvimento físico, cultural e social través de experiências, aprendizado prático e intelectual, individual ou coletivo, através de um processo sistemático desenvolvido a partir de atividades simples até as mais complexas (MARCON, 2006).

O Processo de Trabalho representa a dinâmica pela qual as atividades do homem se desenvolvem. Tal como a sociedade, o trabalho em saúde sofre influências dos valores do modo de produção, da estrutura política, ideológica e das condições sociais. Ao realizar uma ação o homem interfere em seu meio, e simultaneamente é transformado por esse ambiente alterado (MARX, 2008).

De acordo com Gonçalves (1994), o processo de trabalho em saúde referencia-se na prática dos trabalhadores inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços. Dessa forma é mister compreender que tal processo reproduz a dinâmica do trabalho humano tornando-se necessário elucidar aspectos centrais deste tema enquanto categoria de análise da qual deriva o conceito de processo.

No âmbito do Capitalismo, o processo de produção seguiu duas direções: uma para o desenvolvimento de objetos com valores de uso elaborados durante o trabalho concreto e

outra como valor de troca, configurada pelo trabalho abstrato, na qual o sujeito vende sua força de trabalho para a produção de algo, seja material ou subjetivo, a exemplo do Enfermeiro que vende suas potencialidades físicas e cognitivas ao administrar um serviço de saúde. Alguns objetos perdem sentido de utilidade e assumem valores financeiros superiores àqueles que o produziram pela venda da força de trabalho, controlada pelo mercado financeiro. Dessa forma, o trabalho gera transformação não só do objeto, mas do próprio trabalhador acompanhando o movimento histórico e dialético de exploração e alienação versus criação e emancipação (ANTUNES, 2004).

Elementos do processo de trabalho apontados por Marx (2008), denominados em *objetivo, instrumentos e objeto,* estão presentes nas ações desenvolvidas por profissionais da área de saúde. O sucesso na execução do trabalho ocorre antevisto pelo planejado direcionado pela finalidade ao qual se pretende alcançar. Marx considera o homem um ser ontológico, capaz de imaginar o resultado da transformação de uma matéria bruta em produto antes mesmo de se iniciar o trabalho prático (ANTUNES, 2004).

Na saúde, o processo de trabalho seguiu o modelo biomédico e cartesiano tratando-se da análise do corpo anatômica e fisiológica a partir da sua fragmentação. Nesta teoria compara-se o homem a uma máquina, e julga-o dicotômico entre a estrutura física e a mente. A caracterização do processo saúde-doença é vista como a manutenção de um objeto inanimado, em que durante a manifestação de uma enfermidade o funcionamento do corpo pode ser reestruturado através de reparos imediatos físicos (cirurgia) ou químicos (fármacos). Este paradigma permanece influenciando nas ações desenvolvidas por profissionais na área, embora outros padrões sejam desenvolvidos e aceitos por uma porção de profissionais nas últimas décadas.

No âmbito administrativo, de acordo com Gonçalves (1992) a divisão do trabalho em saúde, ocorreu de dois modos: horizontal e vertical. A verticalização referiu-se à hierarquização do poder dentro de uma escala na instituição, enquanto a horizontalidade significou o agrupamento de profissionais com especialidades semelhantes trabalhando em grupo e/ou para o mesmo público.

O autor prossegue afirmando, ao discorrer sobre a prática direcionada ao cuidado do ser humano, que o processo de trabalho em saúde possui como agentes diferentes profissionais atuando de modo interdependente, executando ações individuais segundo suas atribuições pré-determinadas conforme regulamentação do exercício profissional controlado pela esfera federal. Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, entre outras profissões exercem atividades parciais da saúde. No tocante aos elementos do

processo de trabalho pode-se considerar como *objeto de trabalho* aquilo sobre o que o profissional irá se debruçar para modificar a causa da doença no homem com o fim de recuperar sua saúde.

Ao entender o bem-estar do homem enquanto objeto de trabalho, salienta-se a importância do cuidado ser desenvolvido por uma percepção para além daquela descrita pelo modelo biomédico, contudo havendo uma consideração de um indivíduo enquanto ser natural, social, único e histórico. Ao ser natural relaciona-se a interdependência entre o homem e a natureza; o ser social desenvolve-se e relaciona-se com outras pessoas; o ser único possui particularidades, embora compartilhe espaço com outros possui sua identidade; e o ser histórico compõe-se de acontecimentos, do tempo, e das transformações sociais (MARX, 2008).

A historicidade da inserção social do trabalho da Enfermagem sugere constante revisão pela categoria de seus elementos constitutivos partindo de reflexões que possibilitem a transformação progressiva de uma determinada realidade de saúde. A Enfermagem enquanto profissão constitucionalizou-se na Inglaterra, no século XIX, cuja precursora Florence Nightingale exerceu atividades assistenciais aos feridos de Guerra na Crimeia, após ser convidada pelo Ministro de Guerra da Inglaterra. A influência política e econômica da sociedade capitalista ao qual a Enfermeira estava vinculada refletiu no desenvolvimento da profissão (GEOVANINI, 1995).

O autor prossegue afirmando que as principais influências durante a trajetória histórica da profissão de Enfermeiro advieram do militarismo e da religião. Florence, ao desenvolver a profissão e difundi-la a partir de escolas de Enfermagem, baseou-se em disciplinas rígidas, com normas e rotinas pré-determinadas, desenvolvendo uma assistência sistematizada. No âmbito administrativo, foram formulados registros padronizados burocratizando as ações destes profissionais e divisão do trabalho em duas categorias: *ladies* e *nurse*. As enfermeiras *ladies* pertenciam a uma classe elitizada, desenvolviam atividades administrativas e educacionais, enquanto as enfermeiras *nurse* realizavam atividades manuais, comandadas pelas *ladies*, e pertenciam a grupos com poder econômico desfavorável.

Felli e Peduzzi (2005) afirmam que na atualidade a divisão do trabalho entre os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem permanece semelhante há décadas, estando presente subdivisão técnica por classe social entre outras características. A responsabilidade posta ao Enfermeiro direciona-se à administração do serviço hospitalar se afastando do doente, enquanto aos técnicos e auxiliares lhes cabem assistência direta. Deste

modo, o trabalho em enfermagem apresenta-se como uma organização hierarquizada e disciplinar.

Conceituando o processo de Enfermagem, trata-se de um trabalho coletivo realizado por trabalhadores de saúde, havendo articulação entre os processos de trabalho de outras profissões. Também, um conjunto de ações com técnicas e procedimentos baseados em conhecimentos científicos, direcionado a compreensão de necessidades, prestação de serviço e assistência. Esta profissão objetiva-se na intervenção planejada e racional no processo de saúde e adoecimento, para a manutenção da vida (EGRY, 1996).

Ao discorrer sobre a trajetória histórica das atividades em Enfermagem, Gomes (1991) acredita que a organização deste tipo de trabalho direcionou-se a três grandes ações, voltando-se, por um lado, ao cuidado do enfermo, por meio da sistematização da assistência; outra se orienta à administração ao ambiente de saúde e ainda, se direciona à capacitação dos profissionais de enfermagem por meio de ensino das técnicas e correção através de ações disciplinares. Corroborando a esta afirmativa, Spagnol (2005) considera que o trabalho em enfermagem no Brasil, na década de 1970, predominantemente hospitalar e privada esteve atrelado à profissão médica refletida pelo Modelo *nightingaleano*, cuja produção de trabalho configurava-se pela divisão de tarefas entre as atividades administrativas, de ensino e assistência.

A atividade assistencial desenvolvida pelo Enfermeiro proporciona maior ligação ao doente, com a finalidade de cuidá-lo de modo integral. Durante o processo educativo de Enfermagem, tem-se como objeto de trabalho a aprendizagem dos profissionais inseridos na educação profissional e ação em saúde, de modo continuado. No processo gerencial, o objeto de trabalho volta-se à organização do trabalho da Enfermagem, e a finalidade trata-se de adequadas condições de trabalho nas instituições de saúde gerenciadas por enfermeiros (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

A influência da área administrativa na Enfermagem, no século XIX, reproduz modelos gerenciais com regime centralizador, rígido e burocrático realizado durante a supervisão e gerência das rotinas hospitalares. Para Spagnol (2002), o estilo das Enfermeiras no Brasil, na década de 1970, baseava-se no Modelo da Administração Científica de Taylor e no modelo Clássico de Fayol, além do modelo Burocrático de Max Weber. O termo burocracia possuía sentido de organização, pois sua finalidade consistia em evitar desperdício de material, aumentar o controle financeiro e identificar desvios de capital ou corrupção nas empresas. As principais características da burocracia relacionam-se a ligação de normas e regulamentos, formalização de comunicações registradas, sistema com divisão de trabalho de

modo hierárquico, relações impessoal entre os funcionários, atividades padronizadas e rotineiras, prioridade na capacitação e competência técnica como requisito de seleção, aprimoramento dos recursos humanos e previsão do comportamento dos funcionários.

De acordo com Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001), o objeto de trabalho administrativo pelo Enfermeiro proporcionou condições favoráveis de ações em saúde aos seres quando desenvolvem atividades classificadas em burocrática e não burocrática. As atividades burocráticas, precedidas pelo conhecimento técnico especializado, visam na concretude das finalidades organizacionais, baseadas em normas de situações rotineiras. De outro modo, as atividades não burocráticas relacionam-se à atribuição privativa do Enfermeiro para o trabalho qualificado, considerando a competência para desempenho de atividades diárias seguindo modelos administrativos.

No Brasil, as atividades gerenciais inseridas na base do processo de trabalho da enfermagem seguiram o Modelo Clássico de Fayol, enfatizando tarefas e procedimentos de modo hierarquizado e centralizador. Dado que, na saúde as atividades mais intelectualizadas sobrepuseram-se às atividades práticas, a profissão médica ganhou destaque na sociedade, se comparada à enfermagem, que prestava assistência de caráter mais manual. Por outro lado, internamente, na Enfermagem, com a subdivisão no processo de trabalho entre as Enfermeiras diplomadas e práticas, coube às Enfermeiras "chefes" definirem e coordenarem ações de técnicos e auxiliares (GONÇALVES, 1992).

Segundo Machado (2005), a década de 1980 foi um período importante para os profissionais da saúde, pois à constitucionalização da saúde pública corroborou a mudança nas ações e serviços dos trabalhadores. A Enfermagem brasileira adquiriu maior autonomia, notadamente no campo jurídico com a regulamentação do exercício profissional sob a égide da Lei 7.498/86 (regulamentada pelo Decreto 54.406/87), que assegurou as atividades gerenciais da Enfermagem garantindo-lhe o direito de desenvolver *habilidades* focando no planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços executados (BRASIL, 1986).

As ferramentas necessárias ao administrador envolvem conhecimentos tecnológicos, habilidades profissionais, competência e personalidade. O sucesso do gerente depende de suas características, da relação interpessoal e o modo de enfrentamento nas diversas situações. A habilidade é a aptidão profissional de transformação de um conhecimento teórico em ação buscando eficácia nos resultados. Três tipos de habilidades são essenciais para o bom desempenho administrativo dos profissionais: habilidades conceituais, habilidades humanas e habilidades técnicas.

As habilidades conceituais compreendem a percepção sobre assuntos referentes à missão da organização ao qual o gerente está inserido, além do domínio de apreender e reproduzir ideias, conceitos, presunções e teorias. Várias atribuições na organização estão associadas à compreensão do modo como uma instituição se relaciona internamente e externamente. Em caso de mudanças decorrentes por vários atributos, cabe ao profissional prever os possíveis problemas e solucioná-los através do raciocínio, diagnóstico das situações, formulação de alternativas de solução de problemas e percepção de oportunidades para melhoria do serviço. As habilidades humanas referem-se ao relacionamento interpessoal, através da capacidade de comunicação, motivação, liderança e envolvimento com os demais trabalhadores. Já as habilidades técnicas compreendem conhecimento especializado para automação na execução de práticas do trabalho.

O papel decisório, sobre o qual o administrador tem responsabilidade está relacionado a eventos e situações em que é obrigado a fazer escolhas. Esse atributo requer tanto habilidades humanas como conceituais envolvendo quatro peculiaridades: empreendimento, resolução de conflitos, alocação de recursos e negociação. A atividade de empreendimento, também se constitui responsabilidade do administrador e remete ao gerente do serviço iniciar projetos, identificar novas ideias, assumir riscos, delegar responsabilidades, resolver conflitos agindo de modo corretivo em crises, decidir sobre a alocação de recursos, programar prioridades para gastos e negociar, defendendo interesses de quem está representando (CHIAVENATO, 2011).

Para Vanderley e Almeida (2006), os gerentes de serviços públicos podem ser considerados atores na produção e reprodução do trabalho. As ações administrativas baseadas nos princípios do SUS pressupõe dinamismo dos processos organizacionais, pois o sistema de saúde é um modelo constituído por Leis Federais para reordenar os serviços e ações de saúde em todo país, orientada por princípios filosóficos (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (regionalização, hierarquização, resolubilidade, complementaridade do setor privado, participação social e descentralização) (BRASIL, 1990a; 1990b).

O princípio organizativo da *descentralização* prevê a inversão e a fragmentação do poder de gestão, antes concentrado na esfera federal. Com este princípio, o poder de gestão passou a ser compartilhado pelo estado e pelo município. Nesse sentido, a possibilidade de solução dos problemas é aumentada pela proximidade dos profissionais de saúde com as dificuldades da população. (SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010)

De acordo com Paim (2009), as decisões administrativas devem realizar-se pelos gestores do SUS através de órgãos governamentais diretos e indiretos. Os diretos

correspondem ao Ministério da Saúde, às secretarias estaduais e municipais; enquanto os indiretos são administrados por autarquias, fundações e empresas públicas. Cabem aos gestores municipais planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerenciar as Unidades de Saúde da Família, segundo a Portaria 648/2006. (BRASIL, 2006a).

As Unidades de Saúde da Família (USF) são ambientes estruturados para desenvolvimento de ações e serviços em nível local, onde estão previstas a resolubilidade dos problemas mais imediatos da população, além do desenvolvimento de métodos e técnicas que atendam às necessidades da Atenção Básica. (BRASIL, 2006a).

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, foram estratégias políticas para serviços na atenção básica proporcionando maior aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, atendendo as necessidades prioritárias de cada local. (BRASIL, 2001).

Os serviços e as ações dos profissionais na atenção básica devem respeitar os princípios de igualdade através da co-participação profissional em territórios demarcados seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2007; 2006a). Guizardi e Cavalcanti (2010) afirmam que o desafio da gestão no nível da atenção básica é oportunizar a participação de todos de acordo com as possibilidades e a realidade de cada serviço.

De acordo com Alves (2005), as transformações na atenção básica sugerem a necessidade de novos instrumentos de trabalho, considerando novas tecnologias, e outras ferramentas apropriadas que viabilizem a resolução dos problemas encontrados. Por outro lado, segundo Barros e Sá (2010) alguns obstáculos a serem superados na atenção básica derivam da precária instrumentalização dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde. Para Vanderlei e Almeida (2006), a Estratégia de Saúde da Família foi criada com intuito de redirecionar os serviços de saúde, inserindo-se no campo do debate em torno das opções para orientação do modelo vigente.

A equipe de saúde inserida numa Unidade Básica é formada por: Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Médico, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de saúde, entre outros. Os integrantes da equipe de saúde possuem atribuições individuais e grupais, sendo responsáveis, de forma conjunta, pelo planejamento das ações, reflexão do processo de responsabilidade compartilhada, conhecimento dos fatores sociais, políticos, ambientais, culturais e individuais das famílias, além de incentivos à participação da comunidade nas ações da USF (BRASIL, 2006a).

As atribuições administrativas privativas dos Enfermeiros, considerados supervisores dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são as de *coordenação, gerenciamento, avaliação*

e supervisão e planejamento, somando as atividades de qualificação e educação permanente, facilitando o relacionamento entre a equipe de profissionais das Unidades de Saúde da Família. (BRASIL, 2006a).

O Enfermeiro na Unidade de Saúde da Família deve conhecer aspectos territoriais, fatores sociais, econômicos, ambientais e sanitários da comunidade. Dessa forma, é capaz de buscar soluções a partir da identificação dos problemas, segundo meios disponíveis no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001). O modelo integral proposto pelo SUS institui que a gerência dos serviços de saúde deve compartilhar o poder administrativo no interior das unidades de saúde constituindo como ferramenta importante na efetivação de políticas (BRASIL, 2006a).

Conforme Marcon (2006), no âmbito do processo de trabalho administrativo do Enfermeiro, as atividades Burocráticas, Recursos Materiais, Recursos Humanos, Sistema de Informação e Planejamento, são áreas a serem trabalhadas por profissionais responsáveis considerados adequados para organizar a dinâmica do trabalho, estando em cargo gerencial de um serviço. A autora prossegue afirmando que as atividades burocráticas na Enfermagem remetem as atividades de registro, manipulação de papéis, documentos, relatórios detalhados das atividades desempenhadas durante o dia, além de prontuários e evoluções escritos a todo o momento. As atividades burocráticas por um lado tornam moroso e desgastante o trabalho pela falta de ferramentas administrativas que favoreçam o trabalho burocrático do Enfermeiro. Por exemplo: a utilização de computadores com formulários eletrônicos economizaria tempo do profissional para a realização deste tipo de tarefa, aproximando o Enfermeiro do paciente, diminuindo os gastos com papéis, preservando o meio ambiente; além da realização de atividades burocráticas dentro do prazo estabelecido, e diminuição do desgaste profissional. Entretanto, por outro lado, a transcrição das informações permite o controle de todas as ações desempenhadas, além do conhecimento para a manutenção da organização.

Os Recursos Materiais nos estabelecimentos de saúde englobam instrumentos de trabalho da equipe de profissionais responsáveis pelo funcionamento e manutenção do ambiente. Quanto ao trabalho a ser desempenhado, relacionado aos Recursos Materiais, muitas atividades são exercidas pelo Enfermeiro enquanto gerente do serviço, a exemplo de aquisição de insumos, transporte, previsão, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle. Os materiais representam objeto concreto de trabalho utilizado por Enfermeiro e profissionais dentro de uma Unidade de Saúde da Família, a exemplo de materiais utilizados para assistência, materiais de escritório, material fixo, medicamentos e material especial que é raramente requerido, entre outros.

Enquanto a função do Enfermeiro com o recurso material direciona-se a maximização das ferramentas de trabalho para o exercício profissional de todos os que pertencem a Unidade de Saúde da Família, a sua atribuição com os Recursos Humanos é direcionada ao dimensionamento de pessoas, educação continuada e avaliação de desempenho dos trabalhadores sob sua responsabilidade.

No dimensionamento de pessoas, ao Enfermeiro cabe, entre outras ações, conhecer e atuar nas áreas de trabalho pelos ACS's conforme o território e número de famílias a serem assistidas, além de prever a quantidade de pessoas necessárias para suprir. A educação continuada refere-se à atividade particular aos profissionais da equipe de saúde, tendo como objetivo a atualização e melhoria da capacidade da população, grupos da comunidade e profissionais da própria equipe diante das evoluções técnico-científicas e conhecimento das necessidades locais. Esta educação permite a realização de metas e alcance de objetivos predeterminados pela organização aos quais os profissionais estão inseridos e engajados.

O Sistema de Informação é uma ferramenta importante para a distribuição e desenvolvimento de novos conhecimentos, a partir de dados existentes. Para Peres e Leite (2005), o Sistema de Informação direciona-se para as instituições como uma sistematização de procedimentos que fornecem informações através da comunicação. Cabe ao Enfermeiro fazer uso de ferramentas existentes nas Unidades de Saúde da Família, que é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB foi implantado em 1998 pelo Departamento de Atenção Básica em conjunto ao Departamento de Informação e Informática do SUS para o acompanhamento das ações realizadas em nível local pela equipe de saúde da família. Este instrumento de gerência proporciona visualização de problemas de saúde e avaliação das intervenções, utilização mais rápida das informações, produção de indicadores a partir dos problemas encontrados e consolidação progressiva da informação (BRASIL, 2008).

O planejamento para o Enfermeiro é a ferramenta fundamental para a realização de suas funções, principalmente porque este profissional, cujo processo de trabalho é bastante complexo, volta-se à realização de ações em diferentes áreas. De acordo com Marcon (2006), o enfermeiro necessita de conhecimento de como planejar o seu trabalho de modo a ser objetivo, obtendo resultados pré-determinados na desenvoltura de suas atividades no processo que envolve sua ação.

A reflexão do processo de trabalho em enfermagem precede ao redirecionamento das ações de trabalho por essa categoria. Chiavenato (2011) afirma que no processo de trabalho gerencial estão incluídas ações operativas e analíticas, buscando adequação dos serviços e

recursos disponíveis. Dessa forma, os *meios* de trabalho enquanto objetos ou ambientes que possibilitam a ação do trabalhador compreendem, a saber: as ferramentas, estruturas físicas, máquinas, instrumentos, edificações, conhecimentos sistematizados, e habilidades utilizadas no processo de trabalho.

O processo de Enfermagem, no âmbito administrativo, exige ações planejadas e organizadas conforme a qualificação dos profissionais, onde este deve amparar-se de capacitação técnica, inserir-se em ambiente estruturado que viabilize a atuação do trabalho em saúde, além de refletir sobre as atividades de outros profissionais a partir da supervisão cotidiana (AZZOLIN, 2007).

Embora os profissionais de saúde tenham normas e rotinas a seguir, o sucesso ou insucesso dos programas e metas estabelecidas depende da gestão, da comunidade e, principalmente, dos profissionais que atuam nela. Desse modo, é importante o compromisso de cada componente da equipe de saúde da família, e a produção de ferramentas que os auxiliem de modo eficaz no processo de trabalho (FARIA, 2009). Para Vanderlei e Almeida (2006), as atividades em gerência, voltadas para a tomada de decisão com princípio de descentralização são tidas como práticas inovadoras que contribuem para a construção de novos caminhos no processo decisório dos Enfermeiros.

3.3 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

A estatística abrange métodos com intuito de organização de pesquisas a partir de dados reais. A palavra “estatística” tem origem latina, e significa *estado*. Originalmente a estatística descritiva era utilizada para verificar o perfil de dados administrativos, tributários e epidemiológicos de um Estado e, desse modo, líderes institucionais tomavam decisões financeiras e militares fundamentadas em informações estruturadas (MEMÓRIA, 2004). Esta ciência permanece sendo amplamente utilizada na contemporaneidade para auxiliar gestores durante escolhas e também validar pesquisas científicas (TRIOLA, 2008).

As pesquisas científicas são delineadas por procedimentos estruturados que permitem a legitimidade dos achados em campo. O delineamento é caracterizado por método de observação orientando o pesquisador às etapas a serem perpassadas até a sua conclusão. Estes métodos devem enquadrar-se à natureza da pesquisa, a saber: qualitativa ou quantitativa (SILVA, 2001).

Os métodos quantitativos buscam conhecer de modo genérico determinado evento observável. Neste tipo de investigação, a Estatística é um importante instrumento para a

construção do plano de trabalho, pois na Estatística, os métodos se direcionam à *inferência* e *descrição* de dados (TRIOLA, 2008). A estatística descritiva trabalha com cálculos para a explicação das características relevantes de uma população, sendo utilizada a partir do *levantamento por amostragem* (SILVA, 2001).

A amostragem é uma área responsável pelas técnicas de planejamento de pesquisa possibilitando a realização de inferências sobre um universo a partir de uma porção, além de assegurar a representatividade das informações na amostra para toda população (MEDRONHO, 2009).

Segundo Silva (2001), o levantamento por amostragem possui características particulares no intuito de investigar realidades pontuais. Estas características discorrem quanto à população em estudo, aos elementos, aos valores populacionais e às informações disponíveis para os valores populacionais desconhecidos.

De acordo com Triola (2008), a *população* é composta por elementos a serem investigados com características comuns que podem ser números, objetos, animais e pessoas. Quanto à quantidade, a população pode ser infinita ou finita. A *amostra* é considerada um subgrupo da população, porém deve ser representativa, de modo a evitar vícios (WILD; SEBER, 2004).

De acordo com Silva (2001), o levantamento por amostragem possui especificidades operativas devendo considerar populações reais, finitas ou infinitas. Os atributos de cada unidade amostral são visualizados e agregados pelos parâmetros populacionais. Depois de delimitado o valor para coleta, os resultados da pesquisa são calculados e as informações descobertas são extrapoladas para a população do estudo.

O levantamento por amostragem objetiva estimar parâmetros a partir da utilização de métodos estatísticos. Este método perpassa etapas durante a amostragem, apresentadas, respectivamente: *construções conceituais; planejamento, amostra; e operações*. Na fase de *construção conceitual* o problema é identificado, construído o quadro teórico conceitual, as hipóteses, a população do estudo é definida e os objetivos são formulados. Ao compor os objetivos é preciso explicar, com precisão, os destaques pretendidos e utilizar as informações apreendidas quanto ao assunto abordado. Além disso, é preciso determinar as variáveis reconhecendo as características percebidas e analisadas; e identificar se os parâmetros populacionais podem ser utilizados para estimar dados dos parâmetros amostrais de interesse (WILD; SEBER, 2004).

Durante o *planejamento e amostra* é necessário refletir quanto ao método apropriado de modo a compatibilizar as informações iniciais com a operacionalização do projeto. Nesta

fase, posta como elo entre a formulação da quantidade populacional e a coleta propriamente dita, são desenvolvidas atividades, por exemplo: plano inicial de análise, plano de observação, delineamento, construção de questionários, entrevistas, orçamento, cronograma, aquisição de recursos, e o plano de amostragem.

Segundo Silva (2001), o *plano inicial* trata-se de uma atividade para estruturação racional do estudo, ou seja, a preparação do caminho para a pesquisa em campo e para análise de dados. Durante este planejamento são estabelecidas metas para atingir os objetivos definidos. As decisões sobre investimento em pesquisa e fidedignidade dos resultados estão estritamente ligadas a esta etapa.

O *plano de coleta* determina qual a natureza do estudo a ser desenvolvido, descrevendo ou analisando a realidade estudada, determinando as variáveis do estudo, definindo os atributos que serão controlados e dividindo os grupos. Já o *plano de análise* é o momento de estabelecer como serão organizados os dados, as inferências populacionais realizadas e táticas operativas para análise dos resultados.

O plano de amostragem é um procedimento desenvolvido para a seleção dos elementos da população que irão compor a amostra (WILD; SEBER, 2004). Durante *o plano de amostragem* a quantidade de amostra para investigação é demarcada, o desenho da amostra é definido, as variáveis são calculadas e os resultados são descritos. Uma vez que a população da pesquisa necessita ser representada por uma *amostra*, deve-se utilizar um meio que possibilite pinçá-la de modo a não comprometer a validade, escolhendo entre dois tipos de amostragem conhecidas como: probabilística e não-probabilística (TRIOLA, 2008).

Na amostragem *não-probabilística,* as chances de cada elemento pertencer a uma amostra é desconhecida, estando dependente das considerações do pesquisador. Em pesquisas populacionais, este tipo de seleção deve ser evitado. Por outro lado, a amostra probabilística é composta por elementos randomizados, permitindo que os elementos sorteados representem a sua população. Na amostragem *probabilística* podem ser utilizados diversos arranjos, por exemplo: sistemático, casual simples, estratificado e conglomerado.

Na amostragem *sistemática*, as unidades da população são ordenadas perdendo sua identidade original e passando a ser consideradas segundo a posição numérica ao qual foi sorteada. Este tipo de arranjo é bastante utilizado devido à facilidade de sua aplicação em amostras que expressam proporcionalidade (SILVA, 2001). Já na amostragem *casual simples* os elementos possuem a mesma probabilidade de compor a amostra sorteada, de modo a desconsiderar o sorteio com reposição e a ordem da distribuição. De outra forma, na amostragem *estratificada*, as amostras da população são recortadas em porções homogêneas

(estrato), de acordo com um atributo estabelecido, de modo que a partir de cada subdivisão os dados são coletados (TRIOLA, 2008). Este método possibilita a estimação de uma amostra quando houver expressiva quantidade da característica analisada. A amostragem por *conglomerados* ocorre mediante seleção de unidades amostrais considerando uma grande quantidade de elementos em diferentes blocos, uma vez sorteado um ou mais dentre o total de blocos, a pesquisa irá se restringir aos elementos contidos nestes agrupamentos (SILVA, 2001).

Precedendo a coleta de dados, o valor da amostra deve ser estimado conforme o tamanho da população de modo a definir os elementos que participarão da pesquisa, sendo aplicados cálculos através de métodos que assegurem a representatividade populacional. Deve ser estimado o valor mínimo de elementos para formar uma amostra representativa, determinada através de parâmetros, por exemplo, proporção populacional (TRIOLA, 2008).

Para se estimar uma proporção populacional, é utilizada a seguinte fórmula para cálculo do tamanho da amostra:

(i) quando a população é finita:

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(q)}{\varepsilon_p^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(q)},$$

Onde:

ε é a margem de erro;

N é o número da população;

n é o número de indivíduos na amostra;

$Z_{\alpha/2}$ é o valor crítico (grau de confiança);

p é a proporção populacional;

q é o complementar da Proporção populacional.

Ao coletar uma amostra é possível generalizar os resultados obtidos à população da pesquisa através da estatística inferencial utilizando, por exemplo, testes de hipóteses. Estes testes são aplicações importantes para realizar inferência sobre parâmetros de interesse a partir dos dados amostrais. As hipóteses da pesquisa são afirmativas do parâmetro investigado na qual poderão ser aceitas ou não. A hipótese nula (H_0) "é uma afirmação onde se considera

o valor de um parâmetro populacional (proporção) igual a um valor" de referência, enquanto a hipótese alternativa (H_1) é a afirmação de que o parâmetro tem um resultado divergente ao da afirmativa de igualdade, ou seja, da hipótese nula (WILD; SEBER, 2004; TRIOLA, 2008).

Durante a realização do teste de hipótese, mesmo seguindo a sistemática para a confiabilidade dos dados, erros podem acontecer, a exemplo dos erros alfa e beta (α e β). O erro alfa ou erro tipo I sucede ao desconsiderar a hipótese nula quando esta é verdadeira. O nível de significância do teste é representado por (α) e considerada a probabilidade de ocorrer o erro tipo I. Por outro lado, o erro beta ou erro tipo II advém ao deixar de rejeitar a hipótese nula quando ela é falsa (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Os testes de hipótese são práticas avaliativas sobre uma característica da população e subdividem-se em testes paramétricos e não paramétricos. Os testes paramétricos consideram suposições da população de interesse, enquanto os testes não paramétricos as desconsideram. Os testes paramétricos ou não paramétricos dependem de certas características dos elementos que serão analisados, por exemplo: o método para coleta da amostra, a natureza da população, o tamanho amostral, além do tipo de escala empregada para mensuração (PEREIRA, 2004).

Os testes de hipóteses paramétricos perpassam etapas de modo sistemático para toda e qualquer avaliação desta natureza, de modo sequencial, inicia pela formulação da hipótese, estabelece a estatística utilizada, inicia o nível de significância do teste, analisa a região crítica, verifica a regra da decisão e, por fim, apresenta a conclusão (DANIEL, 2005; MONTGOMERY, 2009).

A região crítica é o lugar onde o valor da estatística do teste leva a rejeição da hipótese nula, tendo área igual ao do nível de significância, e direção semelhante à da hipótese alternativa. A região crítica é encontrada na extremidade de uma cauda pertencente à curva de uma distribuição, dependendo do tipo de teste a ser realizado: por exemplo: unilateral ou bilateral. Caso o teste seja bilateral a região crítica estará nas duas regiões extremas de uma curva; no teste unilateral à esquerda a região crítica localiza-se na região da cauda esquerda, enquanto, no teste unilateral à direita a região crítica está inserida no extremo da curva à direita.

Quanto à regra de decisão, caso o valor da estatística do teste esteja inserido na região crítica, rejeita-se H_0. A rejeição da hipótese nula significa que a afirmativa pressuposta é falsa. De modo contrário, ao aceitá-la pode-se concluir que não há evidências amostrais suficientes para rejeitar esta hipótese H_0 (TRIOLA, 2008).

Os testes paramétricos podem ser aplicados em uma, duas amostras independentes, duas amostras dependentes ou ainda várias amostras conforme apresentação dos dados, de

modo que os testes podem ser feitos para verificar a variância, média e proporção entre uma ou mais populações (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

No teste para proporção populacional, compara-se o valor da proporção amostral ao valor do parâmetro populacional (p). Ao realizar este teste utiliza-se a distribuição normal, se a amostra for grande (TRIOLA, 2008). Ao iniciar os passos do teste de hipótese, no teste para proporção, a fase da formulação da afirmativa considera a hipótese nula (H_0) e hipótese alternativa (H_1), conforme as situações a seguir:

H_0: $p = p_0$
H_1: $p \neq p_0$ (teste bilateral)
H_1: $p > p_0$ (teste unilateral à direita)
H_1: $p < p_0$ (teste unilateral à esquerda)

Para o estabelecimento da estatística do teste a ser fixada, faz-se necessário cálculo de acordo com a seguinte fórmula:

$$Z_{cal} = \frac{(\hat{p} - p_0)}{\sqrt{\frac{p_0 q_0}{n}}},$$

Onde:
Z_{cal} é a estatística do teste;
$\hat{p}$ é igual a $\frac{x}{n}$ (Estimativa de proporção populacional);
n é o tamanho amostral;
p_0 é a proporção populacional;
q_0 é igual a $1 - p_0$ (complementar da proporção populacional).

A regra da decisão utilizada no teste para proporção considera que sempre se deve rejeitar H_0 quando o valor da estatística do teste (Z_{cal}) estiver inserido na região crítica. Neste caso a conclusão indica que existe evidência para que a afirmativa do estudo não seja verdadeira, em contrapartida, quando a hipótese nula é aceita, conclui-se que não há evidência amostral para rejeitar a afirmativa posta (TRIOLA, 2008). As regras de decisão apresentadas a seguir, segundo Martins (2001), relacionam-se ao tipo de afirmativas consideradas, a saber:

(i) quando: H_0: $p = p_0$ vs H_1: $p \neq p_0$ (teste bilateral)

Se $-Z_{\propto/2} \leq Z_{cal} \leq Z_{\propto/2}$, deixa de rejeitar H_0.

Se $Z_{cal} > Z_{\propto/2}$ ou $Z_{cal} < -Z_{\propto/2}$, rejeita-se H_0.

(ii) quando: H_0: $p \leq p_0$ vs H_1: $p > p_0$ (teste unilateral à direita)

Se $Z_{cal} < Z_{\propto}$, deixa de rejeitar H_0.

Se $Z_{cal} > Z_{\propto}$, rejeita-se H_0.

(iii) quando: H_0: $p \geq p_0$ vs H_1: $p < p_0$ (teste unilateral à esquerda)

Se $Z_{cal} > -Z_{\propto}$, deixa de rejeitar H_0.

Se $Z_{cal} < -Z_{\propto}$, rejeita-se H_0.

A aplicação dos testes de hipótese para a averiguação dos dados enquanto instrumento para análise é importante às pesquisas em saúde no tocante à tomada decisória, pois com o achado científico adquirido por meio destas técnicas a capacidade profissional é aumentada na identificação de problemas diários possibilitando maior autonomia, particularmente, dos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa. Marconi e Lakatos (2009), ao discorrerem sobre essa tipologia investigativa, afirmam que a combinação exploratório-descritiva abrange completamente um determinado fenômeno através de análises empíricas e teóricas dando-se precedência ao caráter representativo sistemático. A utilização da abordagem quantitativa e qualitativa possibilitou o cruzamento de informações acarretando uma melhor compreensão do objeto eleito para o estudo.

Segundo Gil (2002), uma pesquisa é *exploratória* quando proporciona maior familiaridade com o problema, explicitando-o. Esse tipo de pesquisa envolve elementos processuais como levantamento bibliográfico e entrevistas às pessoas envolvidas com o problema a ser investigado. Já nas pesquisas *descritivas*, o objetivo concentra-se na exposição das características de determinadas populações ou fenômenos. Este tipo de pesquisa caracteriza-se na utilização de técnicas padronizadas durante coleta de dados, tais como o questionário e observação sistemática.

A abordagem *qualitativa* é usada quando se considera foco da pesquisa o entendimento do contexto social e cultural, diferentemente da abordagem *quantitativa* que se objetiva no alcance de dados estatisticamente representativos da população eleita para o estudo. Entretanto, embora pareçam excludentes estas abordagens, os resultados podem apresentar-se complementares.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem vinculados às Unidades de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários existentes no município de João Pessoa. Como *critério de inclusão* considerou-se a participação de Enfermeiros com vínculo empregatício atuantes em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, que desejassem participar da pesquisa. Já como *critério de exclusão*, rejeitou-se Enfermeiros sem vínculo empregatício das Unidades de Saúde da Família.

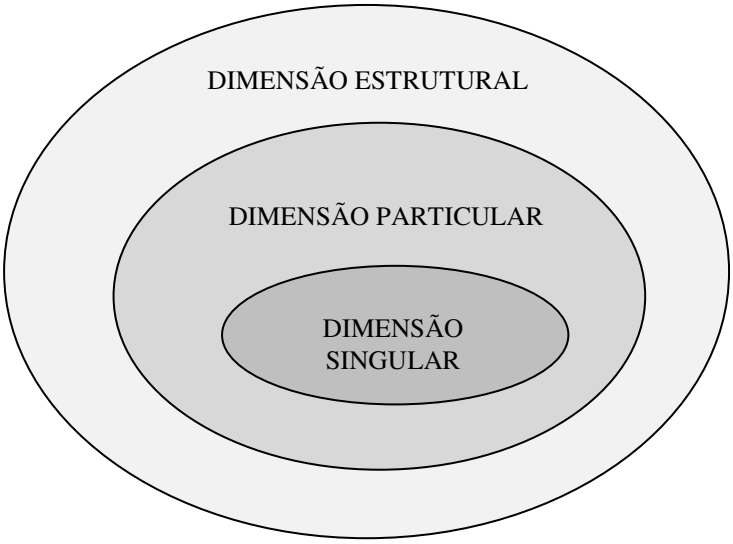
4.2 SUPORTE TEÓRICO E METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

Para a sustentação teórico metodológico da pesquisa optou-se pela Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Esta teoria é composta,

em sua vertente investigativa, por cinco etapas: captação da realidade objetiva; interpretação da realidade; construção de um projeto de intervenção; intervenção na realidade e reinterpretação da realidade objetiva (EGRY, 1996).

A estratégia geral da pesquisa foi investigar a tomada de decisão no processo de trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários de João Pessoa/PB, considerando as dimensões singular, particular e estrutural deste fenômeno. A dimensão singular foi o saber instrumental quanto à tomada de decisão dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, mediante as demandas do processo de trabalho. Já a dimensão particular do fenômeno relacionou-se ao processo de tomada de decisão pelos Distritos Sanitários e sua relação com os processos de Decisão da Secretaria Municipal de Saúde que se constitui a categoria de análise de Dimensão Estrutural.

Figura 1 – Interdependência entre a dimensão singular, particular e estrutural



4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se nas Unidades de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários (DS) do município de João Pessoa/PB (Anexo 2). A capital do estado da Paraíba tem área territorial de 210,80 km² e está de 37 a 74m acima do nível do mar. Segundo o censo populacional do IBGE (2010) a população de João Pessoa é composta por 723.515 habitantes, dos quais 337.783 são do sexo masculino e 385.732 do sexo feminino. Geograficamente, limita-se ao norte com o Município de Cabedelo; ao sul, município do Conde; leste, com o Oceano Atlântico (30 km de praias); e a oeste, Município de Bayeux, Rio Sanhauá, e Município de Santa Rita (IBGE, 2010).

João Pessoa é uma cidade constituída por 65 bairros, sendo Mangabeira, o mais populoso, com aproximadamente 100 mil habitantes. Mussuré é considerado o menor bairro desse Município. No setor saúde, na atenção básica, há cinco Distritos Sanitários alocados em diferentes regiões da cidade, nos seguintes bairros: Cruz das Armas, Cristo Redentor, Mangabeira, Torre e Miramar. Próximos aos bairros e conjuntos habitacionais há 180 Unidades de Saúde da Família distribuídas conforme Apêndice A (IBGE, 2010).

4.4 INSTRUMENTOS

A coleta de dados realizou-se mediante aplicação de um questionário semiestruturado desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa, composto por 12 questões

objetivas, das quais, três possuem espaço para detalhamento da opção marcada, de modo a atender aos objetivos da pesquisa (Apêndice B).

O estudo iniciou-se com a aplicação de um teste piloto. Nesta fase da pesquisa os entrevistados foram instados a relacionar três problemas que ocorriam com maior frequência em suas unidades. O problema mais frequente e relacionado ao objeto do estudo desta pesquisa foi o eleito para a tentativa de superação. Posteriormente, aplicou-se o questionário, sendo, portanto, ajustado para essa fase.

O instrumento utilizado para a coleta de dados desta pesquisa possibilitou:

- Relacionar os Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários, quanto ao nível social e acadêmico;
- Verificar o recebimento, pelos Enfermeiros, de capacitação profissional promovida pelo Distrito Sanitário, onde se encontram lotados;
- Conhecer a processualidade da Tomada de Decisão pelos Enfermeiros durante Processo de Trabalho identificando o instrumento utilizado.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa pautou-se pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e aprovada conforme protocolo nº 450/11 (Anexo 1) (BRASIL, 1996). Na sequência, encaminhou-se o projeto ao setor de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde visando à obtenção do encaminhamento aos Distritos Sanitários. A partir da autorização pela Gerência em Educação à Saúde, e carimbo do encaminhamento datado (21/10/2011), pelo Técnico Gerencial, (Anexo 3) foi iniciada a pesquisa nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários conforme processo de amostragem (Apêndice B).

4.6 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Mediante seleção de elementos componentes da amostra, considerando a amostragem ser probabilística, foi utilizado o arranjo *casual simples*. A abordagem quantitativa envolveu o cálculo amostral objetivando-se ao alcance de dados estatisticamente representativos da população eleita para o estudo. A quantidade das Unidades de Saúde da Família, dos cinco Distritos Sanitários, foi elencada conforme cálculo da amostra utilizando a

fórmula de proporção em população finita, considerando margem de erro de 10 p.p. (pontos percentuais) de modo a obter o número amostral mais próximo do verdadeiro valor populacional, nível de significância 0,05; $Z_{\alpha/2}$ = 1,96 e proporção p=0,5.

O quantitativo populacional e amostral para cada Distrito Sanitário apresenta-se conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - População e amostra dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V

Distrito Sanitário	I	II	III	IV	V
População	45	39	53	26	18
Amostra	31	27	35	21	16

Com o fim de atender ao requisito da pesquisa quantitativa, concernente a aleatoriedade amostral, todas as Unidades de Saúde da Família foram cadastradas no *software* Excel calculando-se a probabilidade das USF serem sorteadas através deste programa. A partir do valor estipulado para cada UFS, houve o alistamento de modo decrescente de cada UFS segundo seu peso, configurando-se em amostra aleatória (ver Apêndice B).

Com intuito de aproximação ao cenário da pesquisa foi aplicado um teste piloto em 25 USF em busca de possíveis vulnerabilidades da ferramenta para coleta de dados. Após esta etapa, a pesquisa foi direcionada aos respectivos Distritos Sanitários, e com a devida autorização iniciou-se a coleta nas Unidades de Saúde da Família, respeitando a ordem de alistamento das UBS (ver Apêndice B). **Após o término da coleta de dados, foram aplicadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais visando estender os resultados à população.**

4.7 INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Optou-se como instrumento para análise dos dados o *software R*. A utilização deste programa na pesquisa direcionou-se às inferências estatísticas, com a realização do teste de hipótese para proporção em população finita. O *software R* refere-se a um espaço virtual desenvolvido para a computação, estatística e construção de gráficos estando disponível no site: http://www.r-project.org/. Trata-se de um *software* livre para manipulação de dados e realização de cálculos, podendo ser utilizado por qualquer indivíduo gratuitamente assegurado pela Licença Pública Geral GNU da *Free Software Foundation* (AMARAL; CESARIO, 2009).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados foram coletados a partir do questionário aplicado aos Enfermeiros dos Distritos Sanitários de João Pessoa. Os dados obtidos referem-se à verificação do estado da arte dos sujeitos da pesquisa considerando os aspectos sociais, acadêmicos e profissionais; além da identificação da(s) ferramenta(s) utilizada(s) pelos enfermeiros para a tomada de decisão durante desenvolvimento de atividades nas Unidades de Saúde da Família.

5.1 ASPECTOS SOCIAIS DE ENFERMEIROS POR DISTRITO SANITÁRIO

Os dados da tabela 3 favorecem a percepção de uma diferença percentual quanto ao número de profissionais das Unidades de Saúde da Família do gênero feminino e masculino. A quantidade de Enfermeiros do sexo feminino foi predominante em três Distritos Sanitários, com significativa diferença. No Distrito Sanitário V, a presença de enfermeiros deste sexo foi exclusiva.

Tabela 3 - Distribuição dos Enfermeiros, por Distrito Sanitário, conforme Sexo. João Pessoa-PB, 2012

Gênero	***Distrito Sanitário***				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Feminino	**96,77%**	**96,30%**	**94,28%**	**90,47%**	**100,00%**
Masculino	3,23%	3,70%	5,72%	9,53%	0,00%

Segundo Martins et al (2006), a Enfermagem é considerada uma profissão fortemente marcada pelo gênero feminino devido características históricas e culturais, sendo desempenhada em grande parte por este sexo desde a sua organização profissional, permanecendo assim até os dias atuais. A concentração de mulheres segue a regra de que este grupo tem uma grande preferência pela Enfermagem, devido à aproximação entre características culturais direcionadas transversalmente ao cuidado materno e familiar incutidas desde a tenra idade à mulher, com as características de trabalho e finalidade da profissão discutida, corroborando a maior oportunidade de emprego a este gênero.

Pereira (2008) afirma que o ingresso de homens no terreno social feminino promove conflitos e resistência de ambos os lados, pois este rompimento de barreiras historicamente delimitado exige maior esforço do grupo não hegemônico prévio sendo cobrada maior capacidade para desempenhar a profissão. No entanto, quando a questão volta-se ao exercício de uma profissão, considerada pela sociedade ocidental como feminina, e passa a ser desenvolvida por homens, soma-se a relação de poder entre estes dois gêneros hierarquizados entre masculino e feminino, onde as atividades desempenhadas por mulheres são consideradas inferiores às dos homens e recompensadas salarialmente com diferentes pesos.

O autor prossegue afirmando que a questão de gênero estabelecido por processo dicotômico através de atitudes diferenciadas entre homens e mulheres na Enfermagem direciona as atribuições desempenhadas de trabalho produzindo áreas de atuação mais ajustadas aos homens e outras às mulheres. Dentre as atividades em que os homens mais se aproximam para exercerem a profissão estão o de liderança e cargos gerenciais. A partir da análise das relações de poder entre homens e mulheres, e das posições de sujeitos criadas na Enfermagem e identificadas pelo autor, foi possível romper discursos singulares que posicionam homens nessa profissão por falta de opção, através de pressupostos de gênero que constituem as representações culturais durante exercício deste trabalho.

A partir dos autores supracitados e das informações coletadas pela pesquisa feita com Enfermeiros das Unidades de Saúde de João Pessoa quanto à questão do gênero do Enfermeiro, percebe-se que o exercício dessa profissão, no âmbito administrativo, tem se mostrado desigual entre os sexos, com grande diferença percentual. Contribuindo, a observação de que atributos históricos e sociais da Enfermagem refletem até a atualidade.

Quanto ao aspecto, faixa etária, verificou-se aproximação de concentração percentual entre a faixa etária 31 a 49 anos, conforme observado na Tabela 4, a seguir. Ao calcular o valor da média da idade entre a amostra de todos os DS o valor resultou em, aproximadamente, 44 anos; percebeu-se que a média entre a idade dos participantes da pesquisa insere-se na faixa etária de maior predominância. Além disso, pôde-se observar a elevada concentração dos Enfermeiros com idade superior a 31 anos em todos os Distritos Sanitários de João Pessoa.

Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário, segundo faixa etária. João Pessoa – PB, 2012

Faixa Etária	Distrito Sanitário				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
24|--- 30	16,13%	7,41%	14,60%	9,53%	0,00%
31|--- 49	**48,39%**	**62,96%**	**51,48%**	**52,37%**	**56,25%**
> 50	35,48%	29,62%	34,32%	38,10%	43,75%

De acordo com Rocha e Zeitoune (2007), há predomínio de Enfermeiros atuantes em Unidades de Saúde da Família com idade superior a 30 anos, representado por mais de 54% entre os Enfermeiros que atuam neste nível de atenção e, desse modo, observa-se coerência dos resultados quanto à predominância de Enfermeiros com formação superior que atuam na atenção básica.

Corroborando com esta afirmativa, dados divulgados revelam maior concentração da população economicamente ativa (PEA) na faixa etária entre 30 e 49 anos com 7,8 milhões de brasileiros, representando um percentual de 53,7% da população de trabalhadores (BRASIL, 2010a).

Os dados sobre o estado civil dos Enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários, de acordo com dados apresentados na Tabela 5, convergem no fato de que a maior parte dos profissionais entrevistados está incluída no estado civil casado, perfazendo um total superior a 57%. Observa-se que dentre os Distritos Sanitários investigados, o DS V apresenta o maior número de profissionais de enfermagem com este estado civil, enquanto o menor percentual encontra-se no DS I.

Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto ao estado civil. João Pessoa – PB, 2012

Estado Civil	***Distrito Sanitário***				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Casado	**54,84%**	**77,78%**	**57,14%**	**66,66%**	**81,25%**
Solteiro	35,48%	14,82%	28,58%	9,52%	12,50%
Divorciado	6,45%	7,40%	11,42%	23,82%	0,00%
Viúvo	3,23%	0,00%	0,00%	0,00%	6,25%
União Estável	0,00%	0,00%	2,86%	0,00%	0,00%

Quanto à etnia, conforme dados expostos na Tabela 6, houve o predomínio da etnia *branca* em mais de 54% dos Enfermeiros entre os DS III, IV e V. Já dos DS I e II, a etnia em

maior percentual foi a *parda* com presença superior a 48%. No DS IV 61,90% dos profissionais são brancos, com 38,10% pardos e 0% negros. O único Distrito Sanitário cuja presença de Enfermeiros negros foi observada em maior concentração ocorreu no DS I.

Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto à etnia. João Pessoa – PB, 2012

Etnia	**Distrito Sanitário**				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Branca	38,71%	37,04%	**54,28%**	**61,90%**	**56,25**
Parda	**48,39%**	**55,55%**	42,85%	38,10%	43,75%
Negra	9,67%	7,41%	2,86%	0,00%	0,00%
Mulata	3,23%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

A etnia negra sofre limitação profissional ao ser comparada às demais etnias no Brasil ao longo da história. Uma das causas que influenciam o desequilíbrio entre as diferentes origens do povo brasileiro para a conquista do trabalho com melhor remuneração, é a dificuldade de acesso à educação tanto do ensino fundamental e médio, quanto do nível superior. Tal fenômeno social decorre da reprodução da discriminação racial aos afrodescendentes desde sua inserção no Brasil colonial e escravocrata até aos dias atuais, porém de maneira menos explícita observa-se subalternidade de emprego, ou ainda, cargos e salários inferiores aos de etnia branca (UERJ, 2006).

Um dos programas utilizados pelo governo brasileiro, no início do século XXI, para amenizar a desigualdade racial e social é o sistema de cotas para etnias menos favorecidas e exploradas. Desse modo, são garantidas vagas limitadas em universidades para os negros, índios e alunos concluintes do ensino médio da rede pública, possibilitando a elevação do nível educacional e, consequentemente, melhor condições de vida a estes grupos (LESME, 2012).

A presença de enfermeiros das diversas etnias de concentração equivalente é um ponto a ser superado a partir de formação com qualidade. Entretanto, para que os Enfermeiros negros sejam absorvidos pelo setor de saúde é necessário, para além da sua qualificação profissional, uma ideologia baseada na igualdade étnica viabilizando contratação e inserção de enfermeiros negros no mercado de trabalho.

5.2 CARACTERÍSTICAS ACADÊMICAS DOS ENFERMEIROS POR DISTRITO POR DISTRITO SANITÁRIO

A tabela 7 revela dados sobre a conclusão da graduação dos entrevistados apresentando percentuais convergentes nos Distritos Sanitários I, II, III e V; exceto no DS IV. No DS V, pouco mais da metade dos Enfermeiros são oriundos de instituições públicas, se comparado às instituições privadas. A ocorrência desse dado é significativa pelo fato de que, no município de João Pessoa, há sete faculdades privadas e apenas uma pública.

Tabela 7 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário quanto à conclusão da graduação. João Pessoa – PB, 2012

IES	Distrito Sanitário				
	I	II	III	IV	V
Pública	**51,61%**	**62,96%**	**57,15%**	42,86%	**68,75%**
Privada	48,39%	37,04%	42,85%	**57,14%**	31,25%

A coleta destes dados reflete ao melhor desempenho de egressos das universidades públicas frente a concursos públicos ou trabalhos prestados por tempo determinado para o cargo de Enfermeiro em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa. De acordo com resultados do Exame Nacional de Despenho dos Estudantes (ENADE) em 2012, as universidades públicas estão em melhores colocações, ficando a Universidade Federal da Paraíba em 49º lugar entre as melhores Instituições de Ensino Superior do Brasil. Conforme exame, os estudantes de Enfermagem da UFPB receberam conceito ENADE (3,86) o maior entre as oito IES de João Pessoa (BRASIL, 2011).

Conforme a Constituição Federal de 1988, a "educação é um direito de todos", porém a qualidade dessa educação também deve estar em prioridade, pois um cidadão que tem melhor qualidade educacional tem mais vantagem na tomada de decisões. Assim, o governo federal tem utilizado ferramentas para a inclusão educacional de brasileiros em Instituições de Ensino Superior, a exemplo do PROUNI, que é o Programa Universidade para Todos, com objetivo de democratizar a educação através de bolsas de estudos parciais ou totais em Instituições de Ensino Privado, de modo a haver um maior acesso às vagas no ensino superior.

Franco (2008) critica a concessão desordenada de vagas para o ensino privado sem o acompanhamento da qualidade da formação para o mercado de trabalho e a necessidade dos alunos nesta etapa de vida. Afirma que deve haver cautela por parte do governo federal na

abertura de faculdades particulares evitando concorrências acirradas, muitos cursos, além de investimentos em novas instituições de ensino superior sem que as universidades públicas já existentes estejam amparadas e mantidas financeiramente com recursos humanos de qualidade.

O Enfermeiro deve adquirir conhecimento voltado às suas necessidades acadêmicas, profissionais e pessoais no âmbito saber-fazer (EGRY, 1996). Assim, o tomador de decisão necessita ter uma educação de qualidade para desempenhar da melhor maneira seu papel no trabalho e na sociedade.

A análise do tempo de conclusão do curso de enfermagem, apresentada na Tabela 8, revelou uma convergência entre os Distritos Sanitários I, II, III, IV e V, estando a maioria dos entrevistados com mais de uma década de formatura. Este dado corrobora estudos de Pochmann (2004) segundo o qual, o Brasil está vivenciando uma transição entre sociedade industrial e sociedade do conhecimento, comprovada pelo tempo de preparação de sua força de trabalho para inserção no mercado, que pressupõe uma relação virtuosa entre estes dois pólos.

Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o tempo de conclusão da graduação. João Pessoa-PB, 2012

Tempo de Conclusão	**Distrito Sanitário**				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
< 5 Anos	19,36%	11,11%	22,86%	14,28%	0,00%
5|--- 10 Anos	12,90%	11,11%	5,71%	9,52%	0,00%
>10 Anos	**67,74%**	**77,78%**	**71,43%**	**76,20%**	**100%**

De acordo com Baduy e Carboni Junior (1997), o início da implantação de novas práticas em saúde nas Unidades de Saúde da Família não garantiu a efetivação de uma prática sanitária, pois houve situações inesperadas decorrentes da construção de um novo processo social em determinado momento histórico, onde a teoria era insuficiente para as mudanças necessárias e readequação das práticas a partir das experiências adquiridas em local de trabalho.

O Programa de Saúde da Família, criado há pouco mais de 18 anos (em 1994), sugere a reflexão quanto ao pioneirismo de alguns desses profissionais no desempenho de atividades nas Unidades de Saúde da Família. Cabia ao Enfermeiro, diante das transformações sociais, o aporte teórico e prático, voltados ao novo perfil de afazeres profissionais, pois até

aquele momento, poucas capacitações davam suprimento das necessidades generalistas do complexo processo de trabalho baseado nos preceitos do SUS, além do difícil acompanhamento de Instituições formadoras frente às constantes transformações sociais (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Assim, pode-se inferir que os Enfermeiros entrevistados, atuantes nas Unidades de Saúde da Família em João Pessoa, cujo tempo de formação excedeu 10 anos, não obtiveram oportunidades de vivenciar, na formação acadêmica, o trabalho na atenção básica dentro de uma comunidade, a partir de Estágios curriculares veiculados pelas Instituições de Ensino Superior.

Quanto à realização de pós-graduação, apresentados na Tabela 9, evidenciaram convergência nos resultados entre os profissionais dos Distritos Sanitários no tocante a obtenção do título de especialização em mais de 88% dos entrevistados. A pesquisa revelou ainda ausência de enfermeiros sem pós-graduação no DS V, possuindo mais especialistas e mestres, se comparado aos outros Distritos Sanitários.

Tabela 9 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário por realização de pós-graduação. João Pessoa – PB, 2012

Pós-graduação	**Distrito Sanitário**				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Não possui	6,45%	3,70%	11,43%	4,76%	0,00%
Especialização	**90,32%**	**92,60%**	**88,57%**	**90,48%**	**93,75%**
Mestrado	3,23%	3,70%	0,00%	4,76%	6,25%

Em termos históricos, o percentual de Enfermeiros com especializações aumentou significativamente a partir do ano 2000, havendo estimativas de que em 2006, cerca de 90% da classe já detinha uma ou mais especializações (UERJ, 2006). Dados atuais sobre o tema estão sendo levantados pelo Conselho Federal de Enfermagem juntamente com o Ministério da Saúde.

Para Rocha e Zeitune (2007), o crescimento de pós-graduações acompanha as mudanças recorrentes no processo de trabalho, exigidas pelo mercado que absorvem estes profissionais. Mesmo considerando que a pós-graduação tem por finalidade ampliar o conhecimento e elevar o desempenho dos profissionais, a obtenção do diploma não pode ser considerado como panaceia para os problemas da profissão, pois alguns se limitam ao repasse de conhecimento teórico sem igual desenvolvimento prático em ambiente de trabalho. No

entanto, pressupõe-se que o profissional com pós-graduação está mais qualificado a tomar decisões a partir do conhecimento aprofundado sobre a área de atuação se comparado ao Enfermeiro recém-formado sem acesso a este nível acadêmico.

5.3 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS INVESTIGADOS

A distribuição dos Enfermeiros, relacionado ao tempo de trabalho nos Distritos Sanitários mostrou-se aproximada entre os DS I, II e III, conforme Tabela 10. No DS III foi observada maior desigualdade entre os percentuais, estando mais da metade da população de Enfermeiros com menos de cinco anos de trabalho, embora, como visto anteriormente, a maioria destes profissionais percorressem mais de 10 anos de formação acadêmica.

Tabela 10 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o tempo de trabalho na USF. João Pessoa – PB, 2012

Tempo de trabalho	**Distrito Sanitário**				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
< 5 Anos	**58,06%**	**44,45%**	**57,14%**	42,86%	12,50%
5-10 Anos	16,13%	33,33%	31,44%	**47,62%**	**43,75%**
> 10 Anos	25,81%	22,22%	11,42%	9,52%	**43,75%**

Em relação ao tempo de permanência dos profissionais na atenção básica, os dados foram relacionados, entre outros atributos, ao funcionamento de novas Unidades de Saúde da Família construídas nos bairros do Distrito Sanitário III, requerendo novos profissionais para estes ambientes. As construções das novas estruturas vinculou-se ao crescimento habitacional e populacional, a exemplo do bairro Mangabeira, considerado pelo censo de 2010 o maior bairro de João Pessoa possuindo uma população de 75.988 (BRASIL, 2010b).

Os Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de João Pessoa que possuem mais de cinco anos de exercício profissional, enquanto gerentes do serviço têm melhores chances de tomar decisões a partir da identificação dos problemas no ambiente de trabalho; desenho de metas; aplicação da melhor alternativa conforme conhecimento técnico, científico e avaliação dos resultados. Assim, considera-se que os profissionais com esta característica estão familiarizados com a comunidade podendo tomar decisões com maiores chances de acerto.

Na Tabela 11, percebe-se que os treinamentos fornecidos aos Enfermeiros, pelos Distritos Sanitários, atingiram um número significativo de profissionais (81,48% no DSII; 68,57% no DS III; 71,43% no DS IV e 93,75% no DS V), enquanto, apenas 32,26% dos Enfermeiros afirmaram haver recebido treinamento no DS I.

Tabela 11 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com treinamentos recebidos. João Pessoa – PB, 2012

Treinamento	Distrito Sanitário				
	I	II	III	IV	V
Sim	32,26%	**81,48%**	**68,57%**	**71,43%**	**93,75%**
Não	**67,74%**	22,22%	31,43%	28,57%	6,25%

De acordo com o Guia Prático do Programa de Saúde da Família, as atividades de atenção básica requerem uma nova prática em saúde, assim o treinamento introdutório deve anteceder o trabalho de todos os profissionais contratados ou concursados destes ambientes (BRASIL,2001). Estes treinamentos proporcionam aos enfermeiros o conhecimento das características demográficas, econômicas, sociais, sanitárias e ambientais da comunidade na qual irão debruçar-se, além de instrumentalizar o profissional a organizar o trabalho para solução dos problemas identificados na área de sua abrangência.

De acordo com a Portaria n° 648 de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, há incentivos para a frequência de treinamentos nas unidades de saúde, pois, considera este nível de atenção à população uma excelente estratégia para a possibilidade da valorização do profissional através de estímulos e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BASIL, 2006b).

Os treinamentos possibilitam qualidade no atendimento de profissionais além de familiaridade com os Programas de Saúde. Entretanto, embora o treinamento introdutório deva ser fornecido durante admissão do Enfermeiro nas Unidades de Saúde, observou-se que considerável percentual de entrevistados do Distrito I afirmou não ter recebido treinamento sobre qualquer tema ao iniciar o trabalho neste setor. Além disso, entre aqueles Enfermeiros que afirmaram ter recebido treinamentos, os assuntos abordados voltam-se as atividades assistenciais, desprestigiando a sua função enquanto gerentes de serviço.

Os dados obtidos quanto à realização de treinamentos cujo tema seria Tomada de Decisão mostraram-se convergentes nos cinco Distritos Sanitários pesquisados. Com o resultado observado na Tabela 12 pode-se evidenciar a tímida abordagem desse assunto

durante as atividades desenvolvidas para capacitar os Enfermeiros. No Distrito Sanitário I, apenas 9,67% dos profissionais afirmaram ter participado de cursos onde o tema foi ventilado.

Tabela 12 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário de acordo com o treinamento sobre Tomada de Decisão. João Pessoa – PB, 2012

Treinamento para a Tomada de decisão	Distrito Sanitário				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Sim	9,67%	3,70%	0,00%	4,76%	0,00%
Não	**90,33%**	**96,30%**	**100%**	**95,24%**	**100%**

O trabalho desempenhado pela Enfermagem possui conteúdos teóricos considerados tão importantes quanto às atividades práticas cotidianas. Por isso muitas instituições investem na realização de oficinas, treinamentos, capacitação pessoal e profissional do quadro de trabalhadores. Entretanto, o tema "Tomada de Decisão", permanece menos priorizado que outros (MARCON, 2006).

Correia et al (2009) apontam lacunas quanto a capacitação dos Enfermeiros das Unidades de Saúde de João Pessoa, entre elas consideram a ausência de treinamento para a gerência do serviço, decisões realizadas de modo circunstancial, baseados em experiência pessoal e sem objetividade. Conforme os autores há a necessidade de melhor qualificação da classe de trabalhadores conforme é exigido pelo mercado de trabalho, sob pena de os Enfermeiros perderem espaço para outros profissionais que atuam no mesmo espaço físico.

De acordo com os achados desta pesquisa, observou-se que há pouco treinamento para guiar os enfermeiros na sua tomada de decisão, pois os cursos direcionados a esta importante prática não aludem à questão, havendo desequilíbrio no fornecimento de informações sobre diferentes áreas de atuação deste profissional, seja na assistência, educação ou gerência, e ainda, assuntos relacionados à administração da Unidade de Saúde da Família não são um tema recorrente nas capacitações. Os dados da Tabela 12 são contundentes em relação ao posicionamento dos Enfermeiros sobre a não colocação do tema "Tomada de Decisão" por ocasião dos treinamentos realizados. Nos DS III e V, 100% dos profissionais confirmaram este achado.

A tabela 13 revela a escolha de ferramentas auxiliares para a tomada de decisão durante o processo de trabalho dos Enfermeiros. No DS I, II, IV e V a maioria dos entrevistados afirmou utilizar a competência e a experiência pessoal para a tomada de decisão. Chama a atenção o baixo percentual de profissionais que apontam utilizar algum modelo decisório existente na literatura específica, enquanto ferramenta de tomada de decisão nas

Unidades de Saúde da Família (3,23% no DSI; 3,71% no DS II; 5,71% no DS III; 0,00% no DS IV e 6,25% no DS V).

Tabela 13 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário conforme utilização de ferramenta para Tomada de Decisão durante processo de trabalho. João Pessoa – PB, 2012

Ferramenta para tomada de decisão	Distrito Sanitário				
	I	II	III	IV	V
Modelo	3,23%	3,71%	5,71%	0,00%	6,25%
Modelo e Competência	0,00%	3,71%	2,86%	0,00%	0,00%
Modelo, Competência e Experiência.	12,90%	18,51%	11,42%	14,28%	25%
Modelo e Experiência	3,23%	11,11%	2,86%	4,76%	6,25%
Competência	12,90%	14,81%	**31,43%**	19,04%	6,25%
Competência e Experiência	**45,16%**	**40,75%**	22,85%	**38,10%**	**50%**
Experiência pessoal	22,58%	7,40%	22,85%	23,81%	6,25%

O gerente (Enfermeiro) ao tomar decisões fazendo uso de competência e experiência, utiliza-se de ferramentas subjetivas. De acordo com Robbins (2002), a *experiência* profissional decorre de eventos repetidos, possibilitando o aprendizado e racionalização de informações adquiridas durante vivência anterior tendendo a reproduzir acertos e evitar falhas.

Para Fleury e Fleury (2001), a competência é uma característica essencial ao gerente inserida no modelo organizacional, direcionada a maximizar oportunidades e solucionar problemas. Assim, a *competência* é considerada como um conjunto de habilidades, conhecimento e atitudes que refletem em resultado satisfatório para o trabalho, podendo ainda ser compreendida no agrupamento de ferramentas cognitivas que o profissional detém para exercer seu cargo com êxito. Por outro lado, os modelos de decisão são ferramentas criadas de modo científico aumentando matematicamente as chances de acerto, conferindo ao profissional maior segurança em suas decisões. Para Antunes e Dias (2007), os Modelos de Tomada de Decisão promovem a máxima capacidade decisória através de esquemas sequenciais tendo em vista que, no ambiente de trabalho há múltiplas tarefas a serem desempenhadas pelo profissional.

Observa-se que a maior proporção dos Enfermeiros, nas Unidades de Saúde da Família, não opta pela utilização de um modelo para a tomada de decisão. A ausência da utilização de modelos gerenciais, existentes na literatura específica, enquanto ferramentas administrativas para a Tomada de Decisão, por Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família, poderia ser justificada pela pouca ou nenhuma capacitação destes profissionais pelas

Instituições de Ensino responsáveis, porém observou-se fato contraditório a maioria dos profissionais participantes da pesquisa possuir uma ou mais especializações, uma vez que este tipo de pós-graduação confere conhecimento profundo a ser aplicado de acordo com as circunstâncias durante o exercício das atribuições profissionais do Enfermeiro.

Os dados da tabela 14 revelam que os Enfermeiros usuários de modelos para a tomada de decisão, conforme exposto na tabela 13, responderam inadequadamente quanto ao detalhamento do uso desta ferramenta (modelo) considerando, por exemplo, a *humanização* como uma etapa do processo decisório. O DS V foi o que apresentou maior percentual de Enfermeiros que citaram as etapas de um modelo de decisão diferente do esperado.

Tabela 14 - Distribuição dos Enfermeiros por Distrito Sanitário conforme detalhamento das etapas do Modelo de Tomada de Decisão existente em literatura dentre os que afirmaram fazer uso de Modelo. João Pessoa – PB, 2012

Detalhamento do modelo	**Distrito Sanitário**				
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**
Resposta adequada	33,33%	**40%**	50%	0,00%	25%
Resposta inadequada	33,33%	30%	**50%**	**50%**	**75%**
Sem resposta	33,33%	30%	0,00%	**50%**	0,00%

Ao considerar o uso correto de algum modelo para a tomada de decisão por enfermeiros, foram aceitas respostas baseadas em ferramentas desenvolvidas pelo Ministério de Saúde, a exemplo de protocolos; utilização de modelos existentes na literatura especializada, tais como: Modelo de Shewhart, Modelo de Newman, Modelo Racional de Tomada de Decisão; e outros modelos desenvolvidos internamente nas Unidades de Saúde da Família, de modo empírico, que proporcionassem a organização das atividades a serem desempenhadas no ambiente de trabalho.

De acordo com Vanderlei e Almeida (2006), as atividades administrativas para o serviço no âmbito da saúde, direcionadas para o processo decisório, baseadas no princípio de descentralização das ações em saúde são consideradas revolucionárias para a contribuição do trabalho gerencial dos Enfermeiros. Em conformidade aos preceitos dos autores Antunes e Dias (2007), os Modelos de Tomada de Decisão aumentam a capacidade decisória a partir de etapas sistemáticas facilitando as ações do tomador de decisão frente às múltiplas tarefas a serem desempenhadas pelo profissional.

Segundo Oliveira e Silva (2011), os Enfermeiros de Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa consideram as atividades administrativas como terceira

prioridade, se comparadas às práticas assistenciais e educativas. As decisões nestes ambientes são tomadas a partir das experiências pessoais do Enfermeiro, ou mediante treinamentos voltados aos programas de saúde da família.

A partir dos dados colhidos foi percebida grande proporção de enfermeiros que afirmaram lançar mão de modelos para a tomada de decisão, deixaram de apontar etapas do modelo decisório ou as elencaram incorretamente quando comparadas aos modelos existentes da literatura especializada. Tal achado reforça a ideia de que os Enfermeiros priorizam outros tipos de instrumentos decisórios, e/ou desconhecem modelos decisórios.

Após identificar quais ferramentas auxiliam a Tomada de Decisão dos Enfermeiros durante o processo de trabalho, no exercício das atividades administrativas, nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, vistas na tabela 13, e satisfazendo às exigências do método quantitativo, a realização do teste de hipótese para proporção com auxílio do *software R* pôde assegurar e comprovar, com evidências estatísticas, a proporção de Enfermeiros que afirmaram fazer uso de ferramentas (modelo, competência e experiência) para a tomada de decisão nos Distritos Sanitários I a V durante o desenvolvimento de suas atribuições no ambiente de trabalho.

O teste de hipótese para proporção em população finita foi aplicado em cada Distrito Sanitário servindo como modelo de decisão para aceitar ou não a afirmativa proposta relacionada à proporção de Enfermeiros que afirmaram fazer uso das ferramentas consideradas para tomar decisões gerencias de enfermagem, seguindo os passos deste teste de modo sequencial a seguir: formulação da hipótese, estabelecendo a estatística (proporção) utilizada, indicação do nível de significância do teste, análise da região crítica de acordo com teste unilateral à direita ou à esquerda, verificação da regra da decisão de acordo com o resultado do p-valor e, por fim, apresentação da conclusão.

Na tabela 15, o p-valor das ferramentas utilizadas por Enfermeiros do Distrito Sanitário I para a tomada de decisão foi revelado. Ao verificar qual seria a proporção de Enfermeiros que fazem uso de modelo para a Tomada de decisão, foi observado que pouco mais de 19% empregaram esta ferramenta durante desempenho administrativo. A partir do teste de hipótese para proporção, o resultado obtido com o p-valor (0,0006) inferior à alfa (0,05), tomou-se a decisão de rejeitar H_0. Dessa forma, concluiu-se com evidências estatísticas que a proporção de enfermeiros da amostra que faz uso de um modelo como ferramenta para a tomada de decisão era inferior à metade da população de enfermeiros do Distrito Sanitário I.

Tabela 15 - Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário I

Ferramentas de Tomada de Decisão	**Hipóteses averiguadas**	**DS I p-valor**
Modelo	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é ≥ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é < 0,5.	**0,0006**
Competência	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua Competência para Tomar Decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua competência como ferramenta de Tomada de Decisão é > 0,5.	**0,0155**
Experiência pessoal	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é > 0,5.	**0,0001**

Nível de significância (α) = 0,05

Ao observar a utilização de Competência, confirmado por mais de 70% dos Enfermeiros entrevistados, pode-se considerar esta afirmativa verdadeira após a realização do teste de hipótese para proporção, cujo p-valor (0,0155) foi inferior ao alfa – neste caso rejeitou-se a hipótese nula. Assim, pôde-se concluir com evidência estatística que mais de 50% de enfermeiros do DS I fez uso desta ferramenta para a tomada de decisão. Considerando os instrumentos de trabalho apontados pelos entrevistados evidenciou-se que a *Experiência* está entre as ferramentas utilizadas em maior frequência pelos enfermeiros, representando 80,64% dos entrevistados. A partir do teste de hipótese para proporção, com p-valor (0,0001) inferior ao alfa, tomou a decisão de rejeitar $H_{0,}$ assim pôde-se concluir com evidências estatísticas que a proporção de enfermeiros que utilizam sua experiência para tomar decisões foi superior a 50% da população de enfermeiros no Distrito Sanitário I.

Os resultados obtidos a partir do teste de hipótese concordaram aos estudos de Oliveira e Silva (2011) que apontaram ser a experiência pessoal utilizada durante as ações em saúde da população. Além desta ferramenta, o uso de competência foi outro item bastante elucidado durante entrevista com os Enfermeiros do Distrito Sanitário I. Vale destacar a confirmação pressuposta quanto ao raro uso de modelos para tomada de decisão.

De acordo com Barreto e Souza (2011), o grande abismo existente entre o saber e o fazer no âmbito das políticas de saúde e da gestão destes sistemas é considerado um dos grandes desafios da contemporaneidade a ser solucionado pelo governo e por toda a

sociedade. Assim, a utilização de informações adquiridas por modelos de decisão é um caminho a ser percorrido permitindo ações de saúde a partir de evidências científicas.

A utilização de modelos em decisão como uma ferramenta de uso constante por enfermeiros representa grande avanço nas ações de saúde, considerados uma prática com resultados assertivos, além de maximizar os recursos disponíveis nas Unidades de Saúde, evitando desperdício de materiais de elevado valor, e do tempo por trabalhadores que não seguem uma orientação para suas decisões.

A tabela 16 apresenta dados das ferramentas utilizadas por Enfermeiros do Distrito Sanitário II. A partir da coleta de dados, observou-se que aproximadamente 37% dos Enfermeiros afirmaram fazer uso de um modelo para a Tomada de decisão. A partir do teste de proporção, p-valor foi superior a alfa. Assim, tomou-se a decisão de não rejeitar H_0. Dessa forma, não se pôde afirmar que a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um modelo como ferramenta para a tomada de decisão foi inferior à metade da população de enfermeiros do Distrito Sanitário II. Vale destacar que a conclusão obtida neste Distrito Sanitário não corroborou a afirmação de que o uso de modelos para a tomada de decisão era pouco utilizado por Enfermeiros. Tal resultado pode estar relacionado devido ao tamanho da amostra ser de 27 enfermeiros participantes no DS II.

Tabela 16 - Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário II

Ferramentas de Tomada de Decisão	Hipóteses averiguadas	DS II p-valor
Modelo	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é ≥ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é < 0,5.	**0,1241**
Competência	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua Competência para Tomar Decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua competência como ferramenta de Tomada de Decisão é > 0,5.	**0,0033**
Experiência pessoal	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é > 0,5.	**0,0035**

Nível de significância (α) = 0,05

Considerando a utilização de *Competência*, utilizado por mais de 77% dos Enfermeiros entrevistados, pôde-se considerar esta afirmativa verdadeira após a realização do teste de hipótese para proporção, cujo p-valor foi inferior ao alfa, rejeitando H_0. Assim, pôde-se afirmar que grande proporção de enfermeiros fez uso desta ferramenta. A ferramenta utilizada com grande frequência por profissionais do Distrito Sanitário II foi a *Experiência*, representada por 77,77% dos Enfermeiros. Ao realizar o teste de hipótese para proporção, obteve-se o p-valor (0,0035). A partir do resultado, tomou-se como decisão a rejeição da hipótese nula. Assim, pôde-se concluir com evidência estatística que a maioria dos Enfermeiros utiliza sua experiência pessoal para a tomada de decisão no Distrito Sanitário II.

Observa-se, a partir da tabela 17, dados quanto à utilização de ferramentas de trabalho por Enfermeiros do Distrito Sanitário III. A partir dos valores encontrados, 22,85% dos Enfermeiros afirmaram fazer uso de um modelo para a tomada de decisão. Com a aplicação do teste de proporção, o p-valor encontrado resultou em número inferior ao alfa. Assim, tomou-se a decisão de rejeitar H_0. Dessa forma, pôde-se considerar a hipótese de que a proporção de enfermeiros da amostra que fazem uso de um modelo como ferramenta para a tomada decisória II foi inferior a 50% dos Enfermeiros do DS III. Quanto à utilização de *Competência*, apontada por mais de 68% dos Enfermeiros entrevistados, pôde-se desconsiderar verdadeira esta afirmação após aplicação do teste de hipótese para proporção, cujo p-valor superou o alfa, considerando o H_0. Assim, pôde-se afirmar com evidências estatísticas que pequena proporção de Enfermeiros fez uso desta ferramenta para tomar decisões.

Tabela 17 - Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário III

Ferramentas de Tomada de Decisão	Hipóteses averiguadas	DS III p-valor
Modelo	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é ≥ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é < 0,5.	**0,0011**
Competência	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua Competência para Tomar Decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua competência como ferramenta de Tomada de Decisão é > 0,5.	**0,0212**
Experiência pessoal	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é > 0,5.	**0,1552**

Nível de significância (α) = 0,05

A *Experiência* é outra ferramenta utilizada com grande frequência por esses profissionais sendo afirmado por 60% dos Enfermeiros. No entanto, a partir do teste de hipótese para proporção, não se pôde concluir, com evidências estatísticas, que a maioria dos Enfermeiros utilizou sua experiência para a tomada decisória. Assim, os resultados obtidos quanto a esta ferramenta divergem dos achados esperados e encontrados em outros Distritos Sanitários.

A tabela 18 apresenta o p-valor de cada ferramenta utilizada por Enfermeiros do Distrito Sanitário IV para a tomada de decisão. Ao constatar qual proporção de Enfermeiros que fazem uso de modelo para a Tomada de decisão, pouco mais de 19% afirmaram fazer uso desta ferramenta. A partir do teste de hipótese para proporção, o resultado obtido foi o p-valor inferior ao alfa. Assim tomou-se a decisão de rejeitar H_0. Dessa forma, concluiu-se, com evidências estatísticas, que a proporção de enfermeiros fazem uso de um modelo para a tomada de decisão no Distrito Sanitário IV era inferior a 50% da população da pesquisa.

Tabela 18 - Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário IV

Ferramentas de Tomada de Decisão	Hipóteses averiguadas	DS IV p-valor
Modelo	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é ≥ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é < 0,5.	**0,0044**
Competência	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua Competência para Tomar Decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua competência como ferramenta de Tomada de Decisão é > 0,5.	**0,0404**
Experiência pessoal	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é > 0,5.	**0,0044**

Nível de significância (α) = 0,05

Ao considerar a utilização de *Competência* como outra ferramenta para a tomada decisória, mais de 71% dos Enfermeiros entrevistados afirmam fazer uso deste instrumento de trabalho. Após a realização do teste de hipótese para proporção, cujo p-valor não superou ao alfa, a hipótese nula não foi aceita. Assim, concluiu-se com evidência estatística que a proporção dos Enfermeiros que utilizam a competência para tomar uma decisão no DS IV foi superior a 50% da população. Outra ferramenta analisada e de grande consideração apontada por 81% dos entrevistados é a *Experiência pessoal*. Após teste de hipótese para proporção, tomou-se a decisão de não aceitar a hipótese nula. Assim, concluiu-se com evidência estatística que a maioria dos Enfermeiros utilizava a experiência pessoal como ferramenta para a tomada de decisão no Distrito Sanitário IV.

A tabela 19, a seguir, apresenta dados do Distrito Sanitário V. Observou-se que a proporção de Enfermeiros que afirmaram fazer uso de modelo para a Tomada de Decisão foi de 37%. Entretanto, o teste de proporção indica que o p-valor supera o alfa. Desse modo, a regra da decisão foi de não rejeitar H_0. A partir desta decisão, pôde-se concluir que não havia evidências estatísticas de que a proporção dos Enfermeiros que utilizam modelos para a Tomada de decisão no Distrito Sanitário V seja inferior a 50% da população de enfermeiros, ou seja, os resultados obtidos neste Distrito Sanitário não corroboraram com a afirmativa de que pequena proporção de Enfermeiros fez uso deste tipo de ferramenta nas Unidades de

Saúde da Família. Tal resultado ocorreu devido o tamanho da amostra ser considerado baixo, com 16 enfermeiros no DS V.

Ao perceber a utilização de Competência, afirmado por mais de 81% dos participantes da pesquisa, pôde-se considerar esta afirmativa verdadeira após a realização do teste de hipótese para proporção, em que o resultado do p-valor foi menor do que o alfa. Dessa forma, se concluiu com evidências estatísticas que a maioria dos Enfermeiros faz uso de sua competência para tomar decisão no DS V.

Entre as ferramentas apontadas com maior frequência entre os Enfermeiros do Distrito Sanitário V, a *Experiência pessoal* teve maior proporção, com percentual superior a 87% dos entrevistados. A partir da realização do teste de hipótese, observou-se que o p-valor não superou o alfa. Desse modo, considerou-se a opção de rejeitar H_0. Assim, concluiu-se com evidências estatísticas que a utilização da experiência pessoal por enfermeiros durante suas decisões foi realizada pela maioria dos profissionais no Distrito Sanitário V.

Após a aplicação do teste de hipótese para proporções, foi observado em cada um dos DS, que a proporção de enfermeiros que utilizam sua *competência* para a tomada de decisão representou a maioria, ou seja, mais de 50% da população de Enfermeiros de cada Distritos Sanitários. Quanto a utilização de um *modelo* de tomada decisória como instrumento de trabalho, os resultados apresentaram utilização desta ferramenta pela minoria dos enfermeiros nos DS I, III e IV. Já quanto à utilização da *experiência pessoal* nos DS I, II, IV e V mais de 50% dos Enfermeiros fazem uso desta ferramenta para tomar decisões.

Tabela 19 - Apresentação do Teste de Hipótese (p-valor) utilizado segundo as ferramentas de Tomada de Decisão relatadas pelos Enfermeiros no Distrito Sanitário V

Ferramentas de Tomada de Decisão	Hipóteses averiguadas	DS V p-valor
Modelo	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é ≥ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de um Modelo é < 0,5.	**0,2266**
Competência	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua Competência para Tomar Decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso da sua competência como ferramenta de Tomada de Decisão é > 0,5.	**0,0122**
Experiência pessoal	$\boldsymbol{H_0}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é ≤ 0,5; $\boldsymbol{H_1}$: a proporção de Enfermeiros que fazem uso de sua experiência para tomar decisões é > 0,5.	**0,0029**

Nível de significância (α) = 0,05

Assim, é importante destacar que a complementação da formação profissional através de pós-graduação, oficinas, cursos, treinamentos, seminários e outras modalidades de ensino são significativos ao enriquecimento cognitivo deste profissional, pois a competência, enquanto uma ferramenta subjetiva pode ser solicitada em qualquer momento, nas diversas situações que o Enfermeiro enfrenta durante suas práticas, dentro de uma Unidade de Saúde da Família.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2007), políticas e serviços de saúde com uso de informação científica é uma tendência mundial na busca de melhor resultado com recursos limitados, principalmente em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, pois a estrutura e amplidão de sistemas de ações e serviços de saúde possuem urgência na sua consolidação.

Sabe-se que a estratégia de saúde da família acompanha as transformações em saúde promovendo mudanças das ações dos profissionais de saúde, com princípio de descentralização das ações para solução de problemas das comunidades. A utilização de modelos com base em informações científicas para a tomada de decisão, diante da complexidade do trabalho de enfermagem sugere implementação de novas ações que complementem o arsenal desse profissional. Para Oliveira (2004), os dados, ao serem estruturados, fornecem informações importantes para o desenvolvimento de conhecimento.

Assim, a partir do apoio de ferramentas para tomada de decisão os problemas enfrentados pelo Enfermeiro poderão ser solucionados de modo efetivo.

5.4 A TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao refletir sobre a Tomada de Decisão no Processo de Trabalho de Enfermeiros, buscou-se identificar a realidade nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa, de modo a colaborar para a solidificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, durante a apreciação da dinâmica de trabalho deste profissional, observaram-se atributos que influenciaram na tomada de decisão dos Enfermeiros, no processo de trabalho administrativo, enquanto coordenadores do serviço de saúde.

Na realização da coleta de dados em campo, pôde-se verificar a aparência do fenômeno através da identificação de interferências na tomada de decisão relatada pelos profissionais, durante aplicação do questionário, com perguntas que permitiram detalhamento da opção marcada. Os atributos relacionados ao Processo de Trabalho Administrativo foram distribuídos em cinco pontos, a saber: Burocracia, Recursos Materiais, Recursos Humanos, Sistema de Informação e Planejamento.

5.4.1 Burocracia

O modelo Burocrático Administrativo desenvolvido na década de 1940 por Max Weber baseia-se na articulação entre os meios de trabalho aos objetivos pressupostos, com a finalidade de garantir a eficácia dos resultados esperados pelas organizações empresariais e governamentais. Refletido pelo termo burocracia, com sentido de organização, o modelo de Weber tem como objetivo o controle financeiro e de materiais em empresas de diferentes áreas (CHIAVENATO, 2011).

As atividades consideradas burocráticas, na Enfermagem, refletem atividades semelhantes às demais organizações governamentais, cabendo-lhe, entre outras ações, por exemplo: fazer registros, manipular documentos, escrever e arquivar relatórios quanto às atividades desempenhadas durante o período de trabalho (MARCON, 2006). Assim, atividades burocráticas, precedidas pelo conhecimento técnico especializado, visam a concretude das finalidades organizacionais, baseadas em normas de decisões rotineiras.

De acordo com as ideias dos autores supracitados, observam-se ações burocráticas agregadas ao processo de trabalho do Enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família, referente a registros, preenchimento de formulários e relatórios. Nesse sentido, podem-se visualizar problemas rotineiros durante a realização destas atividades, a saber:

> *"Aqui na Unidade são muitos papéis para fazermos os registros. Todo mês é a mesma coisa, acho que muitos são desnecessários, a gente perde muito tempo anotando e copiando". (ENF46).*
>
> *"No dia em que o pré-natal é realizado a consulta dura aproximadamente 45 minutos, sendo a maior parte para preenchimento de fichas". (ENF 89)*
>
> *"[...] há muitos papéis a preencher de modo repetitivo". (ENF58)*
>
> *"[...] excesso de boletins e relatórios a serem preenchidos, todos os meses, com as mesmas informações". (ENF48)*
>
> *"[...] muitas atribuições postas para a Enfermagem, além do trabalho burocrático, torna a profissão muito cansativa e impossível de ser feito tudo [...]". (ENF26).*
>
> *"[...] muita burocracia para trabalhar". (ENF110).*
>
> *"Os principais problemas são a burocracia excessiva [...]". (ENF39).*

O termo *problema* pode ser considerado um assunto não resolvido, ou sobre o qual há diferentes posicionamentos . Segundo Vieira (2006), reconhecer o tipo de problema é um ponto fundamental para sua solução. Aqueles considerados rotineiros são mais fáceis de serem corrigidos se comparados a outros tipos de problemas, a exemplo dos excepcionais e raros que requerem uma tomada de decisão mais refinada, com atitudes diferentes.

As atividades burocráticas podem ser facilitadas a partir de ferramentas administrativas que catalisem as atividades pelo Enfermeiro, evitando a morosidade do trabalho. Por exemplo, a utilização de programas com formulários eletrônicos, em rede, pode reduzir o tempo do profissional para a realização deste tipo de tarefa, diminuindo os gastos com papéis, preservando o meio ambiente; além da realização de atividades burocráticas dentro do prazo estabelecido (MARCON, 2006).

5.4.2 Recursos Materiais

Os Recursos Materiais nos estabelecimentos de saúde englobam vários tipos de instrumentos de trabalho. Estas ferramentas são distribuídas aos componentes da equipe de profissionais responsáveis pelo funcionamento e manutenção de ambientes de trabalho. Marx (2008) afirma que os *Instrumentos* de trabalho são representados por coisas ou complexo de coisas interpostos entre o trabalhador e o objeto de trabalho a fim de direcionar uma ação para alcance de um predeterminado fim.

Nas Unidades de Saúde da Família, o trabalho a ser desempenhado por Enfermeiro, relacionado aos Recursos Materiais, compreendem a aquisição de objetos, transporte, previsão, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle. A função do Enfermeiro como responsável por estes recursos objetiva-se em maximizar o trabalho de todos os que pertencem a Unidade de Saúde da Família.

O repasse dos materiais segue da Secretaria de Saúde aos Distritos Sanitários. Em seguida, cada Distrito Sanitário entrega os materiais aos respectivos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família sob sua responsabilidade. Os objetos compreendem materiais utilizados para assistência, materiais de escritório, material fixo, medicamentos, material especial, ou seja, requeridos raramente, entre outros (MARCON, 2006).

Chiavenato (2011) aponta como elementos essenciais do processo decisório: o tomador de decisão, objetivos, preferências, estratégias, resultado e a situação. Compreendendo a *situação* que envolve um problema por atributos ambientais, considera-se que a infraestrutura das Unidades de Saúde da Família interfere no processo decisório, como fator importante para as ações dos Enfermeiros na tomada de decisão.

As Unidades de Saúde da Família (USF) são ambientes destinados ao desenvolvimento de ações e serviços próximo às comunidades, tendo como objetivo a resolubilidade dos problemas de uma população, e também a construção de métodos e técnicas que previnam doenças e promovam a saúde, de acordo com a finalidade da Atenção Básica. (BRASIL, 2006a).

Entre os relatos que apresentaram a infraestrutura das Unidades de Saúde da Família como elemento de grande peso para a Tomada de Decisão dos Enfermeiros, alguns participantes da pesquisa tiveram suas atividades limitadas ou totalmente suspensas, como se observa nos relatos seguintes:

> *"[...] o consultório foi improvisado aqui (funcionando na recepção da unidade) por falta de manutenção, pois não há como ficar na minha sala, [...] mas não estou atendendo ninguém até consertarem [...]". (ENF10).*
>
> *"[...] a reunião ocorre na recepção da unidade porque este é o único lugar que comporta todos [...] sendo interrompida sempre com a chegada de alguém." (ENF 17).*
>
> *"[...] mesa para exames ginecológicos fica dentro do meu consultório porque não há outra sala [...]". (ENF15).*
>
> *"[...] a Unidade pertence à outra área, [...] o outro espaço que antes funcionava está passando por reformas". (ENF 62)*
>
> *"A minha sala é muito pequena". (ENF 64).*
>
> *"[...] há necessidade de manutenção do prédio, além de outras ferramentas adequadas ao atendimento da Enfermagem, a sala [...] está em estado precário com um encanamento exposto, sala escura, sem ventilação de ar adequado, não há sala específica para exames ginecológicos." (ENF 06).*

Quanto à manutenção das Unidades de Saúde da Família, observa-se que os Enfermeiros são limitados a tomarem decisões sobre as reformas do prédio, uma vez que dependem de outros gestores para eventuais reparos na estrutura, ou construção de salas apropriadas para as ações desenvolvidas por este profissional, de modo a trabalharem sob riscos de acidentes de trabalho.

As decisões administrativas devem realizar-se pelos gestores do SUS através de órgãos governamentais diretos e indiretos (PAIM, 2009). Aos gestores municipais cabem, segundo a Portaria 648/2006, as funções de planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, além da gerência das Unidades de Saúde da Família. (BRASIL, 2006a).

Para Azzolin (2007), os Enfermeiros devem inserir-se em ambiente estruturado que viabilize a atuação do trabalho em saúde, uma vez que o processo de Enfermagem, no âmbito administrativo, requer um conjunto de ações planejadas e organizadas de acordo com a qualificação dos profissionais, além de supervisionar as atividades de outros profissionais a partir de sua atribuição privativa.

Entre os objetos de trabalho utilizados pelos Enfermeiros, nas Unidades de Saúde da Família, os fármacos representam grande investimento pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, a falta de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, a exemplo de

Hipertensão e Diabetes Mellitus, ou para suplemento alimentar durante o primeiro trimestre gestacional foi bastante aludido pelos Enfermeiros nos diferentes Distritos Sanitários.

Neste sentido, a falta deste tipo de ferramenta de trabalho gera potenciais problemas incalculáveis para a sociedade, além de que as transformações que ocorrem no processo de trabalho em saúde corroboram a mudança das ações realizadas pelo Enfermeiro refletindo em suas decisões, como pode ser visto nos relatos a seguir:

> *"[...] falta de medicamentos, a exemplo do sulfato ferroso, utilizado por gestantes no primeiro trimestre de gravidez, essencial para evitar má formação fetal durante esse período". (ENF 42).*

> *"[...] o protocolo fornecido pelo MS foi vetado pela ANVISA, os medicamentos: antibióticos e antifúngicos não podem ser mais prescritos pelo enfermeiro [...]". (ENF 06).*

De acordo com Lima e Pereira (2003), durante a Tomada de Decisão as questões normativas estabelecidas por órgãos legislativos possuem grande peso. Sendo assim, é necessário que todos os Enfermeiros que trabalhem nas Unidades de Saúde da Família considerem as leis locais e gerais existentes, sob pena deste profissional, caso não respeite as normas estabelecidas, ser considerado infrator e passar por ações disciplinares pelo Conselho de Enfermagem.

Para Alves (2005), as constantes transformações que ocorrem na atenção básica precisam ser acompanhadas por novas tecnologias de trabalho e ferramentas adequadas para auxiliar na resolução dos problemas encontrados. Segundo Barros e Sá (2010), na atenção básica alguns obstáculos a ser resolvidos são determinados pelo insuficiente aparato de materiais por profissionais atuantes neste nível de atenção.

Os Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família tomam decisões diárias inseridos em estruturas com necessidades emergentes de manutenção, reformas, e adequação de materiais de modo a fomentar ambientes propícios para o processo de trabalho, como pode ser observado conforme as citações a seguir:

> *"[...] sala está em estado precário com materiais velhos, paredes rebocadas e sujas, necessitando de uma reforma, faltando materiais como: luvas, medicamentos e manutenção do foco de luz." (ENF11).*

> *"[...] problema de instalação do ar-condicionado". (ENF12).*

> *"[...] o material insuficiente para a quantidade de população que necessita". (ENF 41).*
>
> *"[...] protocolos fora da realidade da Unidade de Saúde." (ENF 48).*
>
> *"[...] outro problema está na má distribuição de materiais, por exemplo, para esse semestre recebi apenas 4 lápis, sendo 3 canetas e 1 grafite para uma equipe formada por 6 pessoas [...]" (ENF37).*
>
> *"[...] falta de ventilação na Unidade, [...] materiais insuficientes e inadequados". (ENF 43).*

As organizações que limitam a tomada de decisão dos profissionais para participação nas decisões atribuídas ao processo de trabalho deles, promovem baixa produtividade além de conflitos no ambiente de trabalho (CHIAVENATO, 2011). Corroborando a esta afirmação Campos (2000) considera que a faculdade decisória pelos integrantes de uma equipe sofre influências conforme as relações estão estabelecidas dentro das organizações.

5.4.3 Recursos Humanos

A atribuição da Enfermagem relacionada aos Recursos Humanos direciona-se ao dimensionamento de pessoas, educação continuada e avaliação de desempenho dos trabalhadores sob sua responsabilidade. Quanto ao dimensionamento de pessoas, cabe ao Enfermeiro prever a quantidade de pessoas necessárias para suprir e cobrir as áreas de abrangência do local de trabalho pelos ACS's de acordo com o território e número de famílias a serem assistidas.

A equipe de saúde, considerados os Recursos Humanos, inserida numa Unidade de Saúde da Família compõe-se por diferentes profissionais, a saber: Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Médico, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de saúde, entre outros. A equipe de saúde desempenha ações individuais e grupais no planejamento do trabalho a ser desempenhado; conhecimento dos fatores sociais, políticos, ambientais, culturais e individuais das famílias; facilitar a participação da comunidade nas ações da USF (BRASIL, 2006a).

O trabalho nas Unidades de Saúde da Família é realizado por profissionais de diferentes especialidades que desempenham, em alguns momentos, atividades compartilhadas, porém, em outros, executam ações privativas por apenas determinada profissão. Desse modo,

a ausência de profissionais ou não qualificação deles gera conflito ou outros prejuízos que podem ser observados, de acordo com os relatos a seguir:

> *"[...] falta profissionais preparados para exercer a função de enfermeiro nas USF; falta médico na Unidade acarretando sobrecarga de trabalho e ampliação da responsabilidade, porém sem remuneração equivalente [...]". (ENF10).*
>
> *"[...] problema interpessoal, onde havia intrigas entre profissionais; alguns profissionais não são assíduos e pontuais". (ENF44).*
>
> *"[...] falta de pessoas qualificadas para trabalho, a equipe está incompleta sobrecarregando outros profissionais". (ENF45).*
>
> *"[...] ausência de profissionais qualificados para atuarem em suas respectivas funções, ausência de médico e técnico em farmácia." (ENF48).*
>
> *"A Unidade está sem Técnica de Enfermagem o que prejudicou o meu trabalho, pois tenho que fazer a imunização da população, e isto acumula o serviço". (ENF13).*

A ausência de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde geram conflitos entre os outros componentes da equipe multiprofissional. O conflito entre os objetivos organizacionais e individuais é fator prejudicial ao andamento do trabalho, pois este deve ser eficaz para a organização e eficiente para o indivíduo. Eficaz, na medida em que o objetivo da instituição é atingido; e eficiente, na medida em que as expectativas do profissional são atingidas. (CHIAVENATO, 2011).

O sucesso ou insucesso dos programas e metas estabelecidas depende da gestão, da comunidade e, principalmente, dos profissionais que atuam nela. Sendo assim, é importante além do comprometimento dos profissionais do programa de saúde da família, o conhecimento e produção de meios que os auxiliem de modo eficaz no processo de trabalho (FARIA, 2009).

A faculdade decisória do Enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família pode ocorrer de modo coletivo ou individualizado. Todavia, uma postura mais moderna considera a cooperação de vários profissionais durante as decisões, de outro modo, as tradicionalistas realizam decisões mais pessoais, e menos participativas (CHIAVENATO, 2011).

A educação continuada é uma atividade importante relacionada aos profissionais da equipe de saúde, cujo objetivo é atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupos diante das evoluções técnico-científicas e conhecimento das necessidades locais. Esta

educação permite a realização de metas e alcance de objetivos predeterminados pela organização aos quais os profissionais estão inseridos e engajados (MARCON, 2006).

O aprendizado decorrente da repetição de situações observadas, ou seja, da experiência, proporciona presteza ao tomador de decisão, com repetição dos acertos e eliminação de erros. A *competência,* instrumento decisória, é considerada um agrupamento de habilidades, conhecimento e práticas que reverberam em desempenho eficiente, com resultado satisfatório para a organização. Assim, considera-se a competência o agrupamento de recursos que o profissional detém para exercer seu cargo com êxito, satisfazendo às suas necessidades enquanto trabalhador, logo, esta ferramenta une-se ao modelo organizacional direcionado a identificar oportunidades e resolver problemas (FLEURY; FLEURY, 2001).

Quanto ao recebimento de treinamento, há diferentes perspectivas relativas ao fornecimento de capacitações, de acordo com os relatos a seguir:

> *"[...] uma sobrecarga de treinamentos fornecidos pela Secretaria de saúde em pouco tempo". (ENF 05)*
>
> *"[...] os cursos de capacitações são superficiais...". (ENF 06)*
>
> *"[...] falta de profissionais preparados para exercer a função de enfermeiro nas USF." (ENF10).*
>
> *"Um problema importante é a falta de treinamento quanto a administração da Unidade [...] a apoiadora serve como ponte entre a Unidade e o Distrito resolvendo os problemas mais simples, porém os problemas mais sérios não são resolvidos." (ENF 11)*
>
> *"[...] não recebi treinamento para o exercício de minhas atividades, precisei recorrer a outros colegas para aprender o trabalho conforme práticas realizadas, sem ter acompanhamento de instrutor." (ENF70).*

De acordo com o Guia Prático do Programa de Saúde da Família, recomenda-se o treinamento introdutório antecedendo o trabalho de todos os trabalhadores contratados ou concursados destes ambientes, pois as atividades de atenção básica necessitem de uma nova prática em saúde (BRASIL, 2001). Os treinamentos capacitam os Enfermeiros na atuação da comunidade ao qual irão debruçar-se, conferindo-lhes conhecimento das características demográficas, econômicas, sociais, sanitárias e ambientais. A realização de treinamento direcionada à tomada de decisão dos problemas enfrentados no ambiente de trabalho dos

Enfermeiros pode ser considerado um meio para organização e resolução de problemas deparados diariamente.

Vanderley e Almeida (2006) asseveram que os gerentes das instituições públicas são atores importantes para a transformação da produção e reprodução do serviço e que a gerência baseada nos princípios do SUS requer uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais, pois este sistema de saúde trata-se de um modelo estabelecido pela Constituição Federal de 1988 para reordenar os serviços e ações de saúde em todo país orientada por princípios organizativos, a saber: regionalização, hierarquização, resolubilidade, complementaridade do setor privado, participação social e descentralização (BRASIL, 1990a; 1990b).

Sendo assim, pôde ser evidenciado desconhecimento dos profissionais quanto aos aspectos sociais de uma comunidade a partir de orientações, falta de treinamento quanto às atribuições a serem realizadas durante o desempenho profissional e quanto aos métodos de tomada de decisão para ações gerenciais perdendo espaço para outro profissional, a exemplo dos apoiadores matriciais, quando a responsabilidade de resolução dos problemas administrativos em uma Unidade de Saúde da Família.

5.4.4 Sistema de Informações

O Sistema de Informação é um instrumento facilitador para comunicação e distribuição de novos conhecimentos, a partir de dados reais fornecidos por diversas fontes, com rápida veiculação pela tecnologia de informação. Para Peres e Leite (2005), este tipo de instrumento tecnológico é amplamente utilizado pelas instituições de forma sistemática, propagando dados e informações. O Enfermeiro tem acesso a ferramentas existentes nas Unidades de Saúde da Família, por exemplo, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Há um direcionamento democrático na administração e no perfil gerencial, que Chiavenato (2011) aponta como *liderança transformadora*, aquele gerente com visão e proativo, conduzindo a equipe diante de transformação do trabalho, atuando de modo criativo e reflexivo. Na Enfermagem, para que se consiga esta realidade, as limitações existentes necessitam ser ultrapassadas, como o relato a seguir:

> *"[...] a utilização por algumas enfermeiras do próprio computador facilita o trabalho do boletim de produção ambulatorial (BPA) [...] e*

> *seria bom cursos de informática fornecido pela Secretaria Municipal, pois o trabalho poderia ser mais facilitado através da informatização." (ENF 37).*

Ao tomar decisões é preciso que o Enfermeiro conheça os fenômenos de problemas de modo a avaliar e decidir por meio de dados ou informações quais as melhores escolhas. Os dados são números que analisados isoladamente são pobres em significado, porém quando estruturados e confrontados a outros números de mesmo fato e contexto geram informações que direciona a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2004).

A capacidade decisória de fazer uso de uma ferramenta pessoal para obter redução do tempo direcionado às atividades burocráticas representa superação do conhecimento para maneiras de facilitar o trabalho frente à ausência de ferramentas para o exercício profissional. Assim, as decisões voltadas à resolução de problemas percebidos e enfrentados pelos próprios profissionais remetem ao avanço do processo de trabalho. No entanto, treinamentos voltados para a capacitação de todos os enfermeiros e fornecimento de computadores para auxílio de tomada decisória influenciarão na gerência das Unidades de Saúde da Família.

5.4.5 Planejamento

O planejamento é uma ferramenta fundamental para o Enfermeiro e a realização de suas funções. Principalmente a este profissional cujo processo de trabalho é bastante complexo volta-se à realização de ações em diferentes áreas. Marcon (2006) afirma que o Enfermeiro necessita planejar o seu trabalho de modo objetivo e para isso é necessário conhecimento, obtendo um direcionamento para desenvolvimento de atividades no processo de trabalho.

Dentre as atribuições gerenciais específicas dos Enfermeiros enquanto supervisores dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão às atividades de *planejamento, coordenação, gerenciamento, avaliação e supervisão*, incluindo as atividades de qualificação e educação permanente, de modo a facilitar a relação do Enfermeiro com os demais profissionais das Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

A realização de planejamento do Enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família pode ser facilitada com o uso de ferramentas existentes na literatura especializada, ou de modo empírico, a partir das situações que envolvem a prática de trabalho. A perspectiva do enfermeiro quanto à utilização de um modelo para a tomada decisória pode ser observada, de acordo com as citações a seguir:

> *"[...] utilizo como modelo para tomar decisões a educação continuada." (ENF51).*
>
> *"[...] para a tomada de decisão uso o protocolo como uma das etapas a serem perpassadas." (ENF81).*
>
> *"Utilizo como modelo o protocolo do MS." (ENF 101).*
>
> *"[...] fiz um manual com procedimentos a serem desenvolvidos por nós para nortearem em determinados casos, nos ajudando a tomar decisões em situações rotineiras [...] muitas vezes não sei o que fazer, e acabo tomando uma decisão [...] para não deixar o usuário sem resposta." (ENF 115).*

Corroborando a decisão realizada por Enfermeiros diante de situações não esperadas, ou em grande pressão, Chiavenato (2011) afirma que o gerente suprime a *definição dos objetivos*. Segundo Vieira (2006), o resultado esperado é precedido pela descrição do objetivo nas decisões, pois se trata de um elemento-chave na tomada de decisão. Outro ponto de elevada importância cabível ao Enfermeiro é o nivelamento do controle da decisão, tendo como base o problema, através de sua classificação em dois níveis, estruturado (certeza, risco, incerteza) e não estruturado (turbulência).

A certeza advém do conhecimento quanto às informações importantes para a solução do problema e a ação do gerente determina o resultado. O *risco* existe pelo desconhecimento das variáveis estando a ação garantida através de inferências para resolução do problema, contudo, a *incerteza* ocorre sob conhecimento dos dados, e insegurança quanto às implicações dessa decisão, e no *turbulento* as informações do problema são desconhecidas, além da baixa confiança na alternativa disponível, assim é necessário lançar mão de ferramentas estatísticas de modo a clarear para o gerente a escolha que reverbere melhor resultado (CHIAVENATO, 2011; VIEIRA, 2006).

A literatura especializada propõe como etapas de planejamento para a tomada de decisão, a percepção da situação que envolve algum problema, análise e definição do problema, definição dos objetivos, procura de alternativas de solução ou de cursos de ação, seleção da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos, avaliação e comparação das alternativas, e implantação da alternativa escolhida.

Quanto à utilização das fases de modelo para a tomada de decisão, considerado uma das ferramentas elencadas por Enfermeiros, observa-se que as etapas citadas diferem dos conteúdos literários encontrados em diversas fontes, de acordo dos relatos seguintes:

> *"[...] etapas do modelo de decisão: identificar o cliente, fazer consulta, prescrever um medicamento, acompanhar o paciente e transcrição." (ENF90).*
>
> *"[...] como modelo uso o protocolo do Ministério da Saúde com as seguintes etapas: anamnese, acompanhamento e encaminhamento". (ENF98)*
>
> *"[...] etapas para tomada de decisão: identificar as necessidades da existência de protocolo de Enfermagem na Unidade, pesquisar na literatura dos protocolos existentes, adequação dos protocolos à necessidade da Unidade." (ENF122).*
>
> *"[...] as etapas são: Pesquisar nos modelos existentes, após identificação da necessidade do processo de trabalho, logo após foram feitas sucessivas discussões entre duas Enfermeiras da equipe, com o fim de adequar-se a realidade local". (ENF 123).*

A Tomada de Decisão é uma ferramenta subjetiva, desse modo, seu uso torna-se complexo quando não há outros instrumentos que facilitem o poder de escolha dos gerentes. Porém, todos os seres, em todos os momentos, em todas as situações, na motivação ou necessidade fazem uso desse objeto de trabalho subjetivo, buscando o acerto e evitando erros. Para Vieira (2006), o sujeito ao fazer uma decisão deve ter ciência da multiplicidade das estratégias para atingir um mesmo resultado, e ainda que não haja decisão perfeita, não se deve postergar uma decisão necessária, sob o risco de perder o espaço de trabalho para outro profissional.

O princípio organizativo da descentralização prevê que os problemas sociais devam ser resolvidos com maior proximidade das comunidades, de acordo com as necessidades locais. O Enfermeiro na Unidade de Saúde da Família, entre as atribuições, deve conhecer aspectos territoriais, fatores sociais, econômicos, ambientais e sanitários da comunidade sendo capaz de solucionar problemas a partir de conhecimento, através de ferramentas de trabalho apropriadas (BRASIL, 2001).

O modelo integral proposto pelo SUS institui que a gerência dos serviços de saúde compartilhe o poder administrativo no interior das unidades de saúde constituindo como ferramenta importante na efetivação de políticas (BRASIL, 2006a). A consideração de Enfermeiro quanto o conhecimento de processos decisórios para contribuir na gerência das Unidades podem ser observadas a seguir:

> "[...] acho importante conhecer sobre tomada de decisão para conseguir administrar melhor a unidade". (ENF 111).

Segundo Vanderlei e Almeida (2006) a tomada de decisão é uma prática contemporânea e inovadora, que contribui para a construção de novos caminhos no processo decisório dos Enfermeiros. O raciocínio lógico deve influenciar na tomada de decisão a partir de modelos aceitos cientificamente e apropriados para a realização de escolhas apoiadas por dados (CHIAVENATO, 2011).

De modo a exemplificar a utilização de um modelo existente na literatura específica para nortear o processo decisório dos Enfermeiros em suas atribuições diárias, optou-se em utilizar processo decisório apontada por Chiavenato (2011), seguindo os sete passos que se refere a: percepção da situação que envolve algum problema, análise e definição do problema, definição dos objetivos, procura de alternativas de solução ou de cursos de ação, seleção da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos, avaliação e comparação das alternativas, e implantação da alternativa escolhida.

Durante a primeira fase, ou seja, na *percepção da situação que envolve o problema* foi observado o ambiente de trabalho e as atribuições desenvolvidas pelos Enfermeiros de Unidades de Saúde dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa, além da utilização de ferramentas investigativas, a exemplo da aplicação do teste piloto, para encontrar o problema que dificultava o processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa, assim pode-se atingir a primeira etapa, com a identificação do desconhecimento dos Enfermeiros relacionado a modelos de tomada de decisão em Unidades de Saúde da Família.

Dando continuidade ao processo decisório, considerou-se durante a *análise e definição do problema,* ou seja, a segunda fase para a decisão, a falta de utilização de modelo necessário para ações de saúde e administrativas deste profissional, pois se observou que tais escolhas não seguiam padrões, isto é, não havia sistematização na tomada de decisão, entre os Enfermeiros, nas Unidades de Saúde da Família.

Com a definição do problema, pôde-se seguir para a etapa *definição dos objetivos*, entre eles, a de que os Enfermeiros deveriam estar aptos a utilizar modelos para a Tomada de Decisão de modo a direcionar as suas ações, obter resultados satisfatórios com aproveitamento do tempo, e maior probabilidade de acerto diante de situações adversas.

Ao *procurar alternativas de solução*, como etapa subsequente à escolha dos objetivos, buscou-se conhecer mais sobre os temas que circulavam o problema, a exemplo de buscar em livros, artigos, sites confiáveis, e demais referências bibliográficas; além de esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o tema com especialistas, gestores, profissionais da área; também podendo ser realizado o “brainstorm” entre todas as pessoas que estão envolvidas por problemas.

Entre as alternativas escolhidas para o *alcance do objetivo proposto* que se tratou dos Enfermeiros utilizarem modelos para a Tomada de Decisão de modo a direcionar as suas ações, propõe-se a realização de treinamentos regulares com Enfermeiros sobre a tomada de decisão ou promoção de reuniões mensais com Enfermeiros que atuam em USF próximas buscando refletir sobre a Tomada de Decisão sob a orientação de especialista, na área de atuação.

A *avaliação e comparação entre as alternativas* relevantes requer uma viabilidade temporal, política, material, de modo a observar a que resulta em maiores vantagens e menores custos com utilização de teste piloto em amostra. A melhor alternativa poderá ser reproduzida em maior escala. No exemplo particular, não foi possível a realização de avaliação entre as alternativas consideradas para esta fase, pois a inviabilidade temporal impossibilitou esta ação.

Ao término do processo decisório, deve-se *aplicar a alternativa escolhida*. Caso a realização de treinamentos entre os Enfermeiros reverberasse em resultados satisfatórios com a utilização de modelos para a tomada de decisão, esta prática deveria ser reproduzida a todos os profissionais que desempenhassem serviços de gerência nas Unidades de Saúde da Família a fim de que eles pudessem estar mais preparados e amparados com ferramentas apropriadas para seu processo de trabalho.

De acordo com Gomes, Gomes e Almeida (2006), a tomada de decisão, enquanto ferramenta administrativa estruturada, direciona a resolução de problemas e aproveita oportunidades em momentos adversos. Em todos os momentos é necessário maior atenção pelo tomador de decisão para fazer escolhas acertadas, principalmente em momentos críticos, onde uma única decisão pode resultar em situações definitivas para uma organização ou profissão. Na saúde, o enfermeiro enquanto tomador de decisão influencia ações de outras profissões e de modo indireto de toda uma comunidade delimitada. Na Unidade de Saúde da Família, embora as decisão do Enfermeiro sofram limitações, o conhecimento e a preferência por utilização de modelos de tomada de decisão garante maior autonomia e segurança durante o desempenho profissional.

6 CONCLUSÃO

A sociedade, as relações entre os homens e os elementos do processo de trabalho sofrem transformações históricas e dialéticas. Movidos por mudanças progressivas, observa-se a tomada de decisão do Enfermeiro nas unidades de saúde da família como uma ferramenta necessária para o acompanhamento destas modificações, de modo a assegurar a autonomia deste profissional nos serviços de saúde, e possibilitar o preenchimento dos espaços legalmente reservados para o Enfermeiro.

Através da aproximação dos profissionais, no município de João Pessoa, foi possível conhecer características quanto ao estado da arte dos Enfermeiros de Unidades de Saúde da Família, nos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V. Quanto ao aspecto social, foi evidenciado o predomínio significativo de profissionais do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 49 anos, casados e pertencentes à etnia branca. Além disso, observou-se uma escassa presença de profissionais que se posicionaram como pertencentes à etnia negra. Assim, pode-se considerar que as oportunidades de trabalho são más distribuídas de acordo com as diferentes etnias existentes em João Pessoa.

Academicamente, observou-se que mesmo havendo um número de Instituições de Ensino Superior particulares, sete vezes maior que a IES pública, dispondo de cursos de graduação em Enfermagem, percebe-se que discentes egressos da rede pública estão em maior proporção entre os Enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família, exceto no DS IV. Quanto ao período de conclusão do curso, os Enfermeiros possuem mais de uma década. Relacionado à capacitação profissional, a maior parte da população da pesquisa possui cursos de pós-graduação. Assim, pressupõe que estes profissionais possuem maior capacidade para tomar decisões diante de eventos rotineiros ou raros através de ferramentas administrativas apreendidas durante a especialização ou mestrado.

Do ponto de vista profissional, o tempo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família foi divergente com valor inferior a 5 anos. Quanto à realização de treinamentos promovidos pela Secretaria da Saúde, a maioria dos Enfermeiros afirmou ter recebido algum tipo de curso, embora o tema: “Tomada de Decisão”, tenha sido desconsiderado foco de atenção por parte dos organizadores. A falta de treinamento sobre tomada de decisão aos Enfermeiros reflete na desvalorização da área gerencial de atuação por este profissional.

Considerando modelos de tomada decisória, capacitação e experiência pessoal, a dificuldade dos Enfermeiros em apontar algum Modelo de Tomada de Decisão em seu

processo de trabalho, comprovada na pesquisa pelas respostas ausentes, incompletas ou inadequadas, corrobora com a afirmação de que estes profissionais não se baseiam em um Modelo pré-estabelecido para esse fim. Desse modo, pode-se concluir que a Tomada de Decisão é realizada com base na experiência pessoal e na sua *expertise* técnica, de modo circunstancial e não científico. Tais achados corroboram com o pressuposto de que grande parte dos Enfermeiros não utilizam modelos de tomada de decisão e até mesmo desconhecem a existência.

É contraditório que os Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, cenário desta pesquisa, recebam treinamentos fornecidos pelos órgãos técnicos, mas, desprovidos de conteúdos fundamentais. Por outro lado, não se constitui menos contraditório o fato de que, havendo passado por cursos de especialização, estes profissionais não exercitem um tema, em tese, aludido durante estes cursos.

Os dados obtidos estatisticamente confirmaram o emprego de uma ou mais ferramentas utilizadas pelos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família, distribuídos no município de João Pessoa. As ferramentas consideradas para a análise dos dados pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, no município de João Pessoa foram distribuídas, a saber: modelo de tomada de decisão conforme literatura especializada (26,14% dos enfermeiros), competência profissional (73,07% dos enfermeiros) e experiência pessoal (76,14% dos enfermeiros).

Após inferência estatística, pôde-se observar, com evidências estatísticas, que o *modelo de tomada decisória* existente na literatura científica, considerado ferramenta para a tomada de decisão, era utilizado por menor proporção de Enfermeiros, em três dos cinco Distritos Sanitários analisados. No entanto, vale considerar que nos distritos DS II e V, os dados referentes à utilização de um modelo por Enfermeiros não corroboraram aos pressupostos deste trabalho**.**

Por outro lado, a utilização de competência e experiência foi apreciada como as ferramentas utilizadas por maior proporção de enfermeiros em, pelo menos, quatro Distritos Sanitários de João Pessoa. Quanto à utilização da competência do profissional, as informações obtidas após inferência apresentou que a utilização de habilidades adquiridas na formação desse profissional faz parte do processo de trabalho por mais de 50% dos Enfermeiros em estudo de todos os Distritos Sanitários. Semelhante a este dado, outra ferramenta para a tomada de decisão, a experiência pessoal, é utilizada por mais da metade da amostra pesquisada nos DS I, II, IV e V.

Quanto à proporção superior a 50% de enfermeiros no uso de competência e experiência, e a concentração inferior de 50% entre enfermeiros que fazem uso de modelo para tomar decisões no âmbito administrativo, acredita-se que a realização de treinamentos para a tomada de decisão por parte de órgãos educacionais existentes na Secretaria de Saúde possibilitará o aumento da utilização de novas ferramentas para o processo de trabalho do Enfermeiro nas Unidades de Saúde da Família, tornando também elevada a proporção de profissionais que apliquem modelos decisórios para a tomada de decisão.

No âmbito Administrativo, considerou-se que entre as atribuições burocráticas dos Enfermeiros, os excessos de registros a serem preenchidos interferem no tempo destinado ao exercício profissional de outras atividades, tornando maçante aos olhos dos profissionais este tipo de ação rotineira. Observou-se também a não utilização de ferramentas tecnológicas que facilitem as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro fazendo uso de instrumentos tradicionais, a exemplo, o papel e a caneta.

Quanto aos Recursos Materiais destinados a viabilização dos serviços e ações de saúde, observou-se problemas estruturais, necessidade de manutenção, e ausência de fármacos essenciais para a saúde da população de dependem deles para o seu bem-estar. Além disso, pôde ser observado que muitos dos problemas encontrados nas Unidades de Saúde da Família não eram resolvidos *in loco*, mas repassados aos Distritos Sanitários que, conforme relato, não era dada a devida importância.

A ausência de profissionais como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS's para funcionamento da Unidade de Saúde interferiu não apenas da atuação gerencial do Enfermeiro, mas em toda a dinâmica do trabalho desempenhado pela equipe restante. No entanto, o Enfermeiro enquanto coordenador da equipe acabava assumindo, por vezes, atribuições de outros profissionais.

O planejamento das ações em saúde nas Unidades de Saúde da Família, não ocorre mediante aplicabilidade de modelos de decisão existentes na literatura específica que norteiem as tomada de decisão do Enfermeiro durante ações em saúde, embora algumas das etapas tenham sidas aludidas durante a pesquisa. Sendo assim, conclui-se que há descompasso entre o que se espera do Enfermeiro enquanto gerente de Unidade de Saúde do que se vê na realidade, a ausência de tomada de decisão a partir de modelos de tomada de decisão agrava este problema.

Ao analisar a utilização de ferramentas para a tomada de decisão entre os Enfermeiros no município de João Pessoa, observou-se desconhecimento de modelos decisórios para suporte destes profissionais considerados coordenadores e gestores das

Unidades de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários, podendo ser deduzido pelo percentual de respostas inadequadas ou ausentes observadas no estudo realizado.

A utilização de modelos em decisão como uma ferramenta de uso constante por Enfermeiros representará grande avanço nas ações de saúde consideradas, reverberando em prática com resultados assertivos, além de maximizar os recursos disponíveis nas Unidades de Saúde, evitando desperdício de materiais de elevado valor, além de tempo dos trabalhadores.

Através da realização desta pesquisa foi possível, de modo iniciatório, fazer despertar nos Enfermeiros a reflexão quanto ao tipo de tomada de decisão feita, muitas vezes com véu de esquecimento, além disso, surgiu o interesse destes profissionais de conhecerem melhor modelos decisórios existentes na literatura específica.

Concluímos com a legítima intenção que a tomada de decisão no processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família deva ser um tema presente das discussões, reuniões, treinamento entre outras modalidades de encontro destes profissionais, a fim de inserir no processo de trabalho modelos de decisão enquanto ferramentas administrativas, de modo a ancorar e direcionar as atividades a serem realizadas pelos enfermeiros considerados legalmente gerentes dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ADAIR, J. **Dacision Making & Problem Solving Strategies**. London: Kogan Page, 2007.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic Saúde Educ**.,v.9, n.16, p.39-52. 2005.

AMARAL, M. R. S; CESARIO, C. V. **Apostila do Minicurso: Software R**. In: IX Semana de Estatística da UERJ, 2009. Rio de Janeiro. 25 a 27 de Maio de 2009. Disponível em: http://www.ime.uerj.br/~mrubens/slae/minicursosoftwareR.pdf. Acesso em: 16 ago. 2012.

ANTUNES, R. **A dialética do trabalho.** São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, C. H.; DIAS, L. C. **Decisão perspectivas interdisciplinadas.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2007.

AZZOLIN, G.M.C. **O processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem:** a articulação na visão de docentes**.** 2007. (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2007.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S., ERDMANN, A.L. Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,**v. 62, n. 3, p. 430-434. 2009.

BADUY, R.S; CARDONI JUNIOR, L. Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias. **Espaço para Saúde**, 1997. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.htm. Acesso em: 30 ago. 2012.

BARRETO, J.O.M; SOUZA, N.M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas Por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2011. Disponível: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8390. Acesso em: 11 out. 2012.

BARROS, D. M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5. 2010.

BAZERMAN, M.H. **Processo Decisório: para curso de Administração, Economia e MBA's.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2004.

BELLAGUARDA, M.L.R.; SILVEIRA, L.R.; MESQUITA, M.P.L.; RAMOS, F. R. S. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco,** v. 2, n. 3, p. 180-183. 2011.

BRASIL. **Lei 7.498** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4161. Acesso em: 11 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios.** Brasília (DF); 1990a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990b.

BRASIL. **Resolução nº 196** de 10 de Out. 1996. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: www.ufrgs.br. Acesso em: 06 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria n. 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários em Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade de SUS/**Conselhos Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONNAS, 2007.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01. Acesso em: 29 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **PNAD: Em 2009, Previdência registra aumento de contribuintes 'por conta própria'**. Ministério da Previdência Social. Brasília, 2010a. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=40035. Acesso em: 25 ago. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. João Pessoa: IBGE, 2010b. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/. Acesso em: 23 jun. 2012.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17246. Acesso em: 25 ago. 2012.

BUCHANAN, L.; O'CONNELL, A**.** A brief history of decision making. **Harvard Business Review**, jan., 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 8ª ed. São Paulo, SP: Campos, 2011.

CORREIA, A.A.; SILVA, C.C.; SILVA, A.T.M; BRAGA, J. E. F. Necessidades dos serviços e exigências da academia: uma articulação possível. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde,** v. 13, n. 1, p. 7-12. 2009.

DANIEL, W.W. **Biostatistics**: a Foundation for Analysis in the Healthy Sciences. Georgia: Wiley, 2005.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem.** São Paulo: Ícone, 1996.

FARIA, H.P. et al. **Processo de Trabalho em Saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed Nescon/UFMG, 2009.

FELLI, V.E.A; PEDUZZI, M. **O trabalho Gerencial em Enfermagem** In: KURCGANT, P. (org) *et al*. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **RAC**, edição especial, p. 183-196. 2001. Disponível em: http://www.anpad.org.br/rac/vol_05/dwn/rac-v5-edesp-mtf.pdf. Acesso em: 23 jun. 2012.

FRANCO, A.P. Ensino Superior no Brasil: cenário, avanços e contradições. **Jornal de políticas educacionais,** v.4, p. 53-63, jul./dez. 2008.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem:** versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, E.L.R. **Administração em Enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991, 188p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

GOMES, L. F; GOMES, C. F. S; ALMEIDA, A. T. **Tomada de Decisão Gerencial: um enfoque multicritério.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades.** São Paulo: CEFOR, 1992.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC; 1994.

GUIZARDI, F.L; CAVALCANTI, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano e a participação política no SUS. **Interface**, v.14, n. 34, jul., 2010.

IBGE. Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em: 28 de ago. 2011.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Guia de Serviços do SUS – A saúde avança com a sua voz.** João Pessoa: SMS, 2009.

LACOMBE, R. J. M; HEILBORN, G. L. J. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LEOPARDI, M. T; GELBCKE, F. L; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem,** vol. 10, n. 1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LESME, A. Cotas Raciais. **Brasil Escola.** 2012. Disponível em: http://www.brasilescola.com/educacao/sistema-cotas-racial.htm. Acesso em: 28 ago. 2012.

LIMA, A. A. F; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. **Nursing**, v.66, n.6, p.43-50, nov. 2003.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T. el al (Org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

MARCON, P.M. **O processo de Tomada de Decisão do Enfermeiro no Processo Administrativo**. [dissertação de mestrado]. Paraná: Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo, 2009.

MARTINS, G. A. **Estatística Geral e Aplicada.** São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Competência Profissional. **Texto Contexto Enfermagem,** v.15, n. 3, p. 472-478.2006.

MARX, K. **O Capital: critica da economia política.** 3ed. Bauru: SP Edipro, 2008.

MEDRONHO, R. A et al. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MEMÓRIA, J. M. P. **Breve História da Estatística**. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica, 2004. Obtido em: http://www.im.ufrj.br/~lpbraga/prob1/historia_e statistica.pdf. Acesso em: 15 fev. 2012.

MONTGOMERY, D.C. **Introdução ao controle estatístico da qualidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

MORAES, R.M. de. **Modelos Inteligentes de Tomada de decisão**. IX Encontro Regional de Matemática Aplicada e Computacional, 2009.

OLIVEIRA, A.K.S; SILVA, C.C. **Estratégias e táticas alternativas na modelagem dos serviços de saúde: buscando novos saberes para o processo de produção da saúde.** [dissertação de mestrado]. João Pessoa: Universidade da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, 2011.

OLIVEIRA, D.P.R. **Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas, operacionais.** 9 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ORIBE, C. Os 70 Anos do Ciclo PDCA**.** Revista **Banas Qualidade**. N. 209, ano XVII. Out., 2009.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, P.F.; MEYER, D.E.E. **Homens na Enfermagem: atravessamentos de gênero da escolha, formação e exercício profissional.**[dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2008.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. Fapesp, 2004.

PERES, H. H. C; LEITE, M. M. J. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 6, p. 66-7, 2005.

POCHMANN, M. Educação e trabalho: como desenvolver uma relação virtuosa? **Educação Social,** v.87, n. 25, p. 383-399. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21462.pdf. Acesso em: 21 jun. 2012.

ROBINS, S.P. **Administração:** mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2002.
ROBINS, S.P, DECENZO, D.A. **Fundamentos de Administração: conceitos e aplicações**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ROCHA, J. B. B; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15 n.1, p. 46-52, jan/mar. 2007. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf. Acesso em: 24 ago. 2012.

SANTOS, L.P.; WAGNER, R. Processo decisório e tomada de decisão: um dualismo. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2007. Rio de Janeiro: Associação Educacional Dom Bosco, 2007. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/ep.htm; http://www.aedb.br/seget/artigos07/265_PROCESSO%20DECISORIO%20E%20TOMADA%20DE%20DECISAO%20UM%20DUALISMO.pdf. Acesso em: 14 nov. 2011.

SANTOS, A.R; CONCEIÇÃO, A.L. A política de descentralização da saúde e suas interfaces escalares. **Scientia Plena**, v.6, n.5, 2010. Disponível em: http://www.scientiaplena.org.br/ojs/index.php/sp/article/viewFile/70/12. Acesso em: 9 fev. 2012.

SILVA, N.N. **Amostragem Probabilística: um Curso Introdutório.** 2. ed. São Paulo: Editora Universitária de São Paulo, 2001.

SPAGNOL, C.A. Da gerência clássica a gerência contemporânea: compreendendo novos caminhos para subsidiar a prática administrativa da Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 23, n. 1, p. 114-131, 2002.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a enfermagem a partir de conceitos utilizados no Campo da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.10, n. 1, p. 119-127, 2005.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística.** 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

TSOUKIÀS, A. **Da teoria da Decisão à metodologia de ajuda a decisão**. In: ANTUNES, C. H.; DIAS, L. C. Decisão perspectivas interdisciplinadas**.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Capítulo 4, p.95-107, 2007.

UERJ. **Empregabilidade e Trabalho de Enfermeiros no Brasil**, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/re pertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf. Acesso em: 2012 Jun. 21.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva.** V.12, n.2, p.443-453, 2006.

VIEIRA, R.N. **Tomada de Decisão em Gestão de Projetos.** In: Congresso Brasileiro de Gerenciamento de projetos. Florianópolis. 29 a 31 de março de 2006. Disponível em:http://pmis.org.br/uploaded/File/Tomada%20de%20decisao%20em%20gestao%20de%20projetos.pdf. Acesso em: 02 dez. 2011.

VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAUJO,M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua atuação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva,** v.13, n. 4, 1355-1360, 2008.

WILD, C.J; SEBER, G.A. **Encontros com o acaso.** Rio de Janeiro: LTC, 2004.

Apêndice A – Lista de Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V com respectivo peso para coleta de dados

JOÃO PESSOA/PB

2011/2012

DISTRITO SANITÁRIO I (DS I)

Tamanho amostral (n= 30,9)

USF Cruz das Armas VII	**0,976732**
USF Cruz das Armas X	0,976408
USF Cruz das Armas V	0,973726
USF Alto do Mateus VI	0,965209
USF Jardim Planalto II	0,963512
USF Bairro das Indústrias IV	0,815275
USF Bairro das Indústrias III - Cidade Verde I	0,804242
USF Jardim Veneza V	0,755227
USF Esplanada I	0,733117
USF Cruz das Armas II	0,73293
USF Bairro dos Novais V	0,709676
USF Ernani Sátiro	0,695006
USF Jardim Veneza III	0,680598
USF Bairro dos Novais I	0,5971
USF Funcionários II	0,566136
USF Alto do Mateus I	0,561237
USF Costa e Silva III	0,557368
USF Cruz das Armas IV	0,537981
USF Costa e Silva I	0,522175
USF Jardim Sepol	0,520428
USF Bairro das Indústrias III - Cidade Verde II	0,517527
USF Alto do Mateus V	0,50373
USF Cruz das Armas VIII	0,500601
USF Jardim Veneza II	0,471222
USF Cruz das Armas I	0,46007
USF Alto do Mateus IV	0,458927
USF Bairro das Indústrias II	0,450614
USF Bairro dos Novais III	0,444777
USF Cruz das Armas III	0,424641
USF Cruz das Armas VI	0,416315
Continuação DS I	
USF Alto do Mateus III	0,394409
USF Matinha	0,388859
USF Costa e Silva II	0,383064
USF Bairro dos Novais IV	0,38198
USF Jardim Veneza I	0,323309
USF Jardim Planalto I	0,322517
USF Funcionários I - 2a etapa	0,285805
USF Bairro das Indústrias I	0,26561
USF Bairro dos Novais II	0,138079

USF Alto do Mateus II	0,12561
USF João Paulo II	0,11108
USF Jardim Veneza IV	0,07632
USF Funcionários I - 1a etapa	0,057336
USF Paulo Afonso	0,048355
USF Cruz das Armas IX	0,038775

DISTRITO SANITÁRIO II

Tamanho amostral (n= 26,9)

USF Riacho Doce	**0,983087**
USF Funcionários II- 2a etapa	0,978475
USF Geisel II	0,97177
USF Jardim Itabaiana II	0,963487
USF Cuiá	0,9197
USF Pedra Branca II	0,918167
USF Funcionários III/IV	0,916691
USF Cristo Conjunto	0,905118
USF Rangel VII	0,892171
USF Grotão I	0,85769
USF Rangel V	0,743104
USF Rangel I	0,738573
USF Rangel VI	0,738333
USF Grotão II	0,654683
USF Rangel II	0,642674
USF Maria de Nazaré	0,614995
USF Mudança de Vida IV	0,527086
USF Bom Samaritano	0,523519
Continuação do DS II	
USF Citex	0,487553
USF Bela Vista II	0,466015
USF Rangel IV	0,454706
USF Geisel III	0,407061
USF Geisel IV	0,402671
USF Grotão III	0,384307
USF Novo Horizonte	0,383426
USF Presidente Médici	0,371937
USF Mudança de Vida I	0,331699

USF Funcionários II- 1a etapa	0,264785
USF Jardim Itabaiana I	0,255493
USF Bela Vista I	0,242027
USF João Paulo II	0,183942
USF Mudança de Vida III	0,139356
USF Rangel III	0,118739
USF Mudança de Vida II	0,091879
USF Geisel I	0,068918
USF Pedra Branca I	0,056708
USF Nova República	0,004367

DISTRITO SANITÁRIO III

Tamanho amostral (n= 34,4)

USF Nova União 3	**0,986143**
USF Ipiranga 2	0,957683
USF Nova Esperança	0,94537
USF Ipiranga 3	0,928427
USF Água Fria	0,924578
USF Doce Mãe de Deus	0,882529
USF Eucaliptos	0,852197
USF Nova União 4	0,845024
USF José Américo III	0,840926
USF Valentina III	0,840695
USF Laranjeiras	0,82489
USF Verdes Mares 1	0,795027
USF Valentina I	0,779232
USF Cidade Verde 1	0,752331
USF Cidade Verde 2	0,73728
USF Integrada Rosa de Fátima 4	0,702285
USF Integrada Rosa de Fátima 1	0,701365
USF Timbó I	0,698729
USF Mangabeira VII A	0,6972
USF Mangabeira VI- 2 etapa	0,670581
USF Mangabeira VII B	0,621306
USF Coqueiral	0,615303
USF Nova União 2	0,606866
USF Frei Damião	0,603785
USF Integrada Rosa de Fátima 3	0,585959
USF Nova Esperança 3	0,585297
USF Timbó II	0,578034
USF Verdes Mares 2	0,556272
USF Bancários	0,554966
USF Verdes Mares 3	0,502738
USF Paratibe II	0,469508
USF Santa Bárbara	0,463529

USF Feirinha	0,445612
USF Mangabeira VII C	0,444366
USF Cidade Verde 3	0,421397
USF Nova União 1	0,37545
USF Integrada Rosa de Fátima 2	0,369543
USF Ipiranga 1	0,366515
USF José Américo I	0,329272
USF Procind II	0,3021
USF Verdes Mares 4	0,293698
USF Nova Esperança 2	0,219366
USF Colibris 2	0,20743
USF Colibris 1	0,190238
USF Nova Esperança 4	0,190055
USF Cidade Verde 4	0,155281
USF José Américo II	0,137603
USF Cristo Rei	0,131705
USF Valentina II	0,1148
USF Aldeia SOS	0,106671
USF Pedro Lins	0,077818
USF Valentina IV	0,071121
USF Balcão	0,007989

DISTRITO SANITÁRIO IV

Tamanho amostral (n= 20,6)

USF Distrito Mecânico I	**0,927353**
USF Varadouro I	0,911485
USF Padre Zé III	0,886636
USF Ilha do Bispo II	0,817284
USF Ilha do Bispo I	0,720476
USF Róger I	0,638753
USF Alto do Céu II	0,55389
USF Alto do Céu I	0,499714
USF Varadouro II	0,491773
USF Mandacaru VIII	0,471242
USF Alto do Céu III	0,44581
USF Mandacaru VII	0,431802
USF 13 de Maio	0,366444
USF Mandacaru IX	0,366182
USF Padre Zé I	0,352915
USF Distrito Mecânico II	0,33146
USF Alto do Céu V	0,317679
USF Cordão Encarnado II	0,276323

USF Alto do Céu VI	0,267127
USF Tambiá	0,240289
USF Bairro dos Ipês	0,18881
USF Róger II	0,143578
USF Alto do Céu IV	0,137127
USF Cordão Encarnado I	0,084773
USF Padre Zé II	0,029128
USF Róger III	0,011887

DISTRITO SANITÁRIO V

Tamanho amostral (n= 15,3)

USF Torre II	**0,998612**
USF Bessa	0,982448
USF São José I	0,836913
USF Jardim Miramar I	0,803325
USF São Rafael	0,770684
USF Penha	0,688795
USF São José IV	0,45329
USF São José II	0,446739
USF Altiplano I	0,441986
USF Jardim Miramar II	0,435839
USF Altiplano II	0,228548
USF Castelo Branco III	0,216913
USF Castelo Branco I	0,214015
USF Pe Hildon Bandeira	0,165541
USF São José III	0,124088
USF Cidade Recreio	0,058449
USF Torre I	0,003303
USF Santa Clara	0,001091

USF – Prioritário (vermelho)
USF – Complementar (preto)
OBS: Para todos os números amostrais dos cinco Distritos Sanitários, foram usados:
α = 0,05; ε= 0,1; p=0,5; $Z_{\propto/2} = 1,96$; n = número amostral; N = número populacional.

Fórmula para proporção em população finita: $n = \frac{NZ^2_{\propto/2}p(q)}{\varepsilon^2_p(N-1)+Z^2_{\propto/2}p(q)}$

Apêndice B - Questionário

NOME: _____ Data ____/ ____ /____
Prezado Colega
Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais

FALANDO SOBRE VOCÊ E SUA FORMAÇÃO

Dados Pessoais

1. Sexo:
( ) Masculino
( ) Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:
( ) Solteiro
( ) Casado
( ) Viúvo
( ) Divorciado/Separado
( ) União Estável

4. Etnia
( ) Branco
( ) Pardo
( ) Negro
( ) Mulato
( ) Indígena
( ) Amarelo

Dados de Escolaridade

5. Onde você cursou Enfermagem:
( ) Instituição Pública
( ) Instituição Privada

6. Há quanto tempo você concluiu a graduação:
( ) menos de 1 ano
( ) 1 |---- 3 anos
( ) 3 |---- 5 anos
( ) 5 |----| 10 anos
( ) mais de 10 anos

7. Você possui alguma pós-graduação? Marque sua maior titulação
( ) especialização
( ) mestrado
( ) doutorado
( ) Não tenho pós-graduação

FALANDO SOBRE VOCÊ E SEU AMBIENTE DE TRABALHO

8. Há quanto tempo você trabalha nesta USF:
( ) menos de 1 ano
( ) 1 |---- 3 anos
( ) 3 |---- 5 anos
( ) 5 |----| 10 anos
( ) mais de 10 anos

9. Para o exercício de suas atividades nesta USF, você recebeu algum tipo de treinamento promovido pelo Distrito Sanitário?
( ) Não
( ) Sim
Em caso de resposta afirmativa, cite o tipo de treinamento:
_____
_____
_____

9.1 – Neste Treinamento o tema "Tomada de Decisão" foi trabalhado com o grupo?
( ) Não
( ) Sim

10- Elenque, do ponto de vista administrativo, três principais problemas profissionais vivenciados por você nesta Unidade de Saúde da Família. (**Questão utilizada apenas na coleta de dados do teste piloto**)
_____
_____
_____
_____

11- Em que você se baseia para realizar uma tomada de decisão técnica de enfermagem?
( ) Em um modelo de tomada de decisão existente na literatura especializada
( ) Na competência técnica relativa ao objeto que terei que tomar a decisão
( ) Na minha experiência por tempo de trabalho na profissão
Caso sua resposta tenha sido a primeira você seria capaz de listar as etapas desse modelo:
_____
_____
_____
_____
_____

12. O modelo de tomada de decisão que você acaba de descrever atende suas expectativas profissionais?
( ) Sim
( ) Não
( ) Em parte

_____
Assinatura do entrevistado

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE e acordo com a

Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996

Do Conselho nacional de Saúde

Eu, Aline de Alcântara Correia, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica intitulada: "**Tomada de Decisão no Processo de Trabalho de Enfermeiros: Conhecendo a Realidade nas Unidades de Saúde da Família**", e sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações: a pesquisa justifica-se em face da constatação de que, no dia-a-dia dos Enfermeiros a gerência de pessoas sob sua responsabilidade é dificultada pela complexidade das variáveis que intervêm no seu processo de trabalho. O objetivo do estudo é compreender a Tomada de Decisão no âmbito do processo de trabalho administrativo do enfermeiro em Unidades de Saúde da Família. A investigação será ancorada pela Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC); os dados serão coletados através de um questionário e os materiais analisados a partir de métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados coletados. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo **telefone (81) 9830-3339** ou e-mail: linoca17@hotmail.com.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Ciente dessas informações concorda em participar do estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2012.

ASSINATURA DO PESQUISADOR
ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

DOCUMENTO Nº _____

Anexo A – Certidão de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa HULW

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução n° 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 27/09/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: conhecendo a realidade nas Unidades de Saúde da Família.** Protocolo CEP/HULW nº. 450/11, Folha de Rosto nº 461087, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE Nº 0206.0.126.000-11, da pesquisadora ALINE DE ALCÂNTARA CORREIA.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 04 de outubro de 2011.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 4º andar. Campus I – Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail:comitedeetica@hulw.ufpb.br

Anexo B – Divisão do Município de João Pessoa em Distritos Sanitários I, II, III, IV e V

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2010, p. 69

Anexo C – Encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde aos Distritos Sanitários de João Pessoa

JOÃO PESSOA
GOVERNO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

João Pessoa, 21 de outubro de 2011.

ENCAMINHAMENTO

Aos Distritos Sanitários I, II, II, IV e V,

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **ALINE DE ALCÂNTARA CORREIA**, para a realização de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: conhecendo a realidade nas Unidades de Saúde da Família"**, a ser realizada em USF's do município, que devem ser previamente identificadas e pactuadas junto às direções de cada Distrito Sanitário, conforme o processo nº 16.039/2011.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Bruno Costa de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.084-1

Evellin Bezerra
Gerente de Educação na Saúde