UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)/
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO (UFCAT) em implantação
CENTRO DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

BRUNA ROSÁRIO SILVA

O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: LEVANTAMENTO E REFLEXÃO SOBRE A LITERATURA BRASILEIRA (2016-2021)

CATALÃO
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

[x] Dissertação [ ] Tese

2. Nome completo do autor

BRUNA ROSÁRIO SILVA

3. Título do trabalho

"**O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: LEVANTAMENTO E REFLEXÃO SOBRE A LITERATURA BRASILEIRA (2016-2021)**"

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [ ] NÃO[1]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:
a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.
Casos de embargo:
- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

---

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **André Vasconcelos Da Silva**, **Professor do Magistério Superior**, em 13/04/2022, às 07:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **BRUNA ROSÁRIO SILVA**, **Discente**, em 18/04/2022, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543,

de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2830694** e o código CRC **5F9DD08F**.

Referência: Processo nº 23070.017679/2022-61 SEI nº 2830694

BRUNA ROSÁRIO SILVA

O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: LEVANTAMENTO E REFLEXÃO SOBRE A LITERATURA BRASILEIRA (2016-2021)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, do Centro de Gestão e Negócios, da Universidade Federal de Goiás (UFG) / Universidade Federal de Catalão (UFCAT) em implantação, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional. Área de concentração: Gestão Organizacional. Linha de pesquisa: Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. André Vasconcelos da Silva.

CATALÃO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFCAT.

Silva, Bruna Rosário
O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE : LEVANTAMENTO E REFLEXÃO SOBRE A LITERATURA BRASILEIRA (2016-2021) / Bruna Rosário Silva. - 2022.
101, CI f.

Orientador: Prof. Dr. André Vasconcelos da da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Catalão, Centro de Gestão e Negócios, Catalão, Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Catalão, 2022.
Bibliografia.
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. Reflexão sobre a produção. 2. Revisão de Literatura. 3. Saúde no Brasil. 4. Tomada de Decisão. I. da Silva, André Vasconcelos da , orient. II. Título.

CDU 316

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 03.2022 da sessão de Defesa de Dissertação de **Bruna Rosário Silva,** que confere o título de Mestra em Gestão Organizacional, na área de concentração em Gestão Organizacional.

Aos **sete** dias do mês de **abril** do ano de **dois mil e vinte e dois,** a partir das **catorze** horas, à distância, via webconferência, de acordo com a Portaria da Capes n° 36, de 19 de março de 2020, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada "**O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: LEVANTAMENTO E REFLEXÃO SOBRE A LITERATURA BRASILEIRA (2016-2021)**". Os trabalhos foram instalados pelo Orientador, **Professor Doutor André Vasconcelos da Silva** (CGEN/UFG-RC/UFCAT em implantação) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: **Professora Doutora Renata Limongi França Coelho Silva** (Instituto Integrado de Saúde e Comportamento), membro titular externo e **Professora Doutora Marizangela Gomes de Morais** (Faculdade de Informação e Comunicação/UFG), membro titular externo. A participação de todos os professores ocorreu via webconferência. Durante a arguição os membros da banca **não** fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo **Professor Doutor André Vasconcelos da Silva,** Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **sete** dias do mês de **abril** do ano de **dois mil e vinte e dois.**

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Documento assinado eletronicamente por **André Vasconcelos Da Silva**, **Professor do Magistério Superior**, em 07/04/2022, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **RENATA LIMONGI FRANÇA COELHO SILVA**, **Usuário Externo**, em 07/04/2022, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Marizangela Gomes De Morais**, **Professor do Magistério Superior**, em 18/04/2022, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2818033** e o código CRC **729B6F2E**.

Referência: Processo nº 23070.017679/2022-61 SEI nº 2818033

Aos meus pais que afirmam o tempo todo o imenso orgulho pelas minhas escolhas, enquanto eu é quem presto inenarrável gratidão pelo suporte me concederam para que eu pudesse trilhar a trajetória que sonhei. Ao meu companheiro Ubiratan Júnior que me aconselhou, que me acolheu nos momentos em que minha mente estava cansada e que relevou minhas ausências em prol do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por soprar no íntimo do meu coração que aquela era a hora certa de começar e pelo discernimento em todas as etapas vencidas.

Gratidão imensa pelas amizades cultivadas no mestrado, que me apoiaram todas as vezes em que em situações frágeis, que me levavam ao desânimo, eles me impulsionavam a seguir adiante. Em especial agradeço ao meu amigo Lucas Lino pela presteza em me conceder materiais, amizade e troca de conhecimento, no qual me possibilitou a conclusão do estudo.

Agradeço ao meu orientador André Vasconcelos, que antes de ser meu orientador foi meu incentivador que confiou grandemente na minha capacidade.

RESUMO

Este estudo possui como tema o processo decisório no campo da saúde: levantamento e reflexão sobre a literatura brasileira (2016-2021). Seu principal objetivo consiste em compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil e analisar através da literatura nacional produzida entre 2016 a agosto de 2021, como tem sido investigado o processo de tomada de decisão nesse meio, traçando reflexões e inferindo sobre o conteúdo, abordagens e perspectivas expressas nos estudos. De forma específica, buscou-se compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil, apresentando seus principais setores e características; Identificar o atual estado das produções brasileiras voltadas a compreensão do processo decisório no campo da saúde através da construção de uma revisão sistemática de literatura; Tecer reflexões sobre a literatura brasileira pautadas nos pressupostos teóricos do psicólogo americano Howard Rachlin e traçar novas possibilidades temáticas de pesquisa a fim de contribuir com a expansão do campo da decisão em saúde. Sua construção foi norteada pelas seguintes questões: Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil? Qual o atual estado das produções científicas relativas à tomada de decisão no campo da saúde? Quais reflexões e inferências podem ser tecidas em relação à gama de estudos sobre a decisão na saúde produzidos nos últimos anos? Além dos pressupostos teóricos de Howard Rachlin, fez-se uso de uma gama de estudos relativos a gestão em saúde. A pesquisa bibliográfica e a Revisão Sistemática de Literatura foram utilizadas como aparato metodológico. A organização do texto está dividida em três artigos. No primeiro, foi realizada uma contextualização histórica e estrutural do campo da saúde no Brasil. No segundo estudo foi desenvolvida uma Revisão Sistemática da Literatura brasileira relativa ao processo decisório no campo da saúde. Por fim, o terceiro estudo propôs-se a realizar uma reflexão sobre as 26 pesquisas identificadas através da Revisão de Literatura realizada no segundo artigo, pautada nos pressupostos de Howard Rachlin. Através dos pressupostos decisórios de Rachlin foi possível identificar a influência de agentes externos na estrutura decisória retratada nas obras, que possuem contextos e enfoques específicos. Os resultados obtidos apresentam um panorama amplo dos estudos voltados a análise da decisão em saúde. Dentre os principais destaques, a implementação das tecnologias enquanto recursos de apoio à tomada de decisão e a análise de diferentes espaços e contextos de ocorrência desse fenômeno indica uma preocupação em diversificar o campo de análise, antes voltado especialmente ao ambiente interno das organizações. Os resultados também apresentam uma necessidade de se investir em investigações de outros aspectos da decisão, como a estrutura subjetiva dos indivíduos, a hierarquização do processo decisório, o fenômeno dos erro de medicação, dentre outras possibilidades.

Palavras-chave: Reflexão sobre a produção. Revisão de Literatura. Saúde no Brasil. Tomada de Decisão.

ABSTRACT

This study has as its theme the decision-making process in the field of health: survey and reflection on Brazilian literature (2016-2021). Its main objective is to understand the process of historical constitution of the field of health in Brazil and to analyze through the national literature produced between 2016 and August 2021, how the decision-making process in this environment has been investigated, tracing reflections and inferring about the content, approaches and perspectives expressed in the studies. Specifically, we sought to understand the process of historical constitution of the field of health in Brazil, presenting its main sectors and characteristics; Identify the current state of Brazilian productions aimed at understanding the decision-making process in the health field through the construction of a systematic literature review; Weave reflections on Brazilian literature based on the theoretical assumptions of the American psychologist Howard Rachlin and outline new thematic possibilities for research in order to contribute to the expansion of the field of decision-making in health. Its construction was guided by the following questions: Historically, how was the process of articulating the health field in Brazil? What is the current state of scientific production related to decision-making in the field of health? What reflections and inferences can be made in relation to the range of studies on health decisions produced in recent years? In addition to Howard Rachlin's theoretical assumptions, a range of studies related to health management were used. The bibliographic research and the Systematic Literature Review were used as a methodological apparatus. The organization of the text is divided into three articles. In the first one, a historical and structural contextualization of the health field in Brazil was carried out. In the second study, a Systematic Review of Brazilian Literature on the decision-making process in the health field was developed. Finally, the third study proposed to carry out a reflection on the 26 studies identified through the Literature Review carried out in the second article, based on the assumptions of Howard Rachlin. Through Rachlin's decision-making assumptions, it was possible to identify the influence of external agents on the decision-making structure portrayed in the works, which have specific contexts and approaches. The results obtained present a broad panorama of studies focused on health decision analysis. Among the main highlights, the implementation of technologies as support resources for decision-making and the analysis of different spaces and contexts in which this phenomenon occurs indicates a concern to diversify the field of analysis, previously focused especially on the internal environment of organizations. The results also show a need to invest in investigations of other aspects of the decision, such as the subjective structure of individuals, the hierarchy of the decision-making process, the phenomenon of medication errors, among other possibilities.

Keywords: Reflection on production. Literature review. Health in Brazil. Decision Making.

Os Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* em funcionamento na Universidade Federal de Catalão (UFCAT), em virtude de procedimentos técnicos relacionados à CAPES, continuam provisoriamente vinculados à Universidade Federal de Goiás (UFG), por isso, todos os elementos pré-textuais do trabalho apresentado estão identificados como Universidade Federal de Goiás/Universidade Federal de Catalão em implantação, em função da migração da BDTD ter ocorrido a partir de 16 de agosto de 2021, assim como pelo fato das pesquisas e produtos serem realizados na UFCAT.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 7
2. TEMA 9
3. PROBLEMÁTICA 9
4. OBJETIVO GERAL 9
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9
6. JUSTIFICATIVA 10
7. METODOLOGIA 11
7.1 MÉTODO E MATERIAL 11
7.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 12
7.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DAS OBRAS 12
7.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 13
8. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 13
8.1 TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE: NOÇÕES BÁSICAS 13
8.1.1 Tomada de decisão na organização 13
8.1.2 Teoria da utilidade esperada e Teoria do Prospecto 14
8.2 A ORGANIZAÇÃO COMO CONTEXTO PARA A DECISÃO 15
8.3 ASPECTOS GERAIS DA DECISÃO 17
8.4 BREVE HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA TOMADA DE DECISÃO 17
8.4.2 Kahneman e Tversky 21
8.4.3 Rachlin 23
8.5 DECISÃO NA SAÚDE 26
8.5.1 Aspectos Introdutórios 27
9. ARTIGO I - A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 28
9.1 INTRODUÇÃO 29
9.2 Trajetória Histórica da Saúde Pública no Brasil 30
9.2.1 Século XIX 30
9.2.2 Século XX 30
9.2.3 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) 34
Atenção Primária de Saúde: O Programa de Saúde da Família 37
9.3 DESOSPITALIZAÇÃO 40
9.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE 42
9.4.1 Serviços de Assistência Direta em Saúde 42
9.4.2 UNIDADES HOSPITALARES 43
9.4.2.1 Ambulatório 43
9.4.2.2 Unidade de Pronto Socorro 44

9.4.2.3 Centro Cirúrgico 44
9.4.2.4 Unidades de Internação 44
9.4.2.5 Unidades de Terapia Intensiva 45
9.4.2.6 Hospital-dia 46
9.4.2.7 Atenção Domiciliar 47
9.5 GESTÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE 48
9.5.1 Gestão do Cuidado 48
9.6 SEGURANÇA DO PACIENTE 50
9.6.1 Conceito 50
9.6.2 Metas internacionais de segurança ao paciente 52
9.6.3 Segurança do Paciente no Brasil 53
9.6.4 Perspectiva da segurança do paciente 54
9.7 CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES 55
9.8 CUSTOS 56
9.8.1 Custos Diretos 56
9.8.2 Custos Preventivos 57
9.8.3 Custos Indiretos 58
9.8.4 Uso de antimicrobianos 59
9.8.5 Gerenciamento de risco sanitário hospitalar 59
9.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61
10. ARTIGO II - O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: uma revisão da literatura brasileira 63
10.1 INTRODUÇÃO 64
10.2 METODOLOGIA 65
10.3 REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA 68
10.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 77
10.5 REFERÊNCIAS 78
11. ARTIGO III - DECISÃO EM SAÚDE: reflexões sobre a produção de 2016 a 2021 82
11.1 INTRODUÇÃO 83
11.2 METODOLOGIA 84
11.3 REFLETINDO SOBRE A PRODUÇÃO 86
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS 95
13. REFERÊNCIAS 97

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, com o processo de colonização, a demanda por serviços de saúde se tornou cada vez maior no Brasil. A existência de práticas de preservação das condições físicas e mentais dos seres humanos remonta das sociedades clássicas, em que os chamados curandeiros atuavam no combate de moléstias e doenças. Em território nacional, a chegada dos efeitos da Revolução Industrial nos séculos XVIII e XIX e as transformações provenientes da modernidade, acarretou um aumento significativo no número populacional, exigindo determinado planejamento sanitário.

Os serviços sanitários desenvolvidos em séculos anteriores possuía uma nítida demarcação com relação a sua disponibilização, ou seja, quase sempre se direcionava as classes elevadas, o que deixava parte considerável da população propensa ao contágio por doenças e vírus, panorama este que foi sendo gradativamente transformado, alcançando a atual conjuntura onde a saúde é vista como um direito de todo cidadão. Cabe ressaltar que, mesmo com a realização de um movimento de democratização da saúde, esse recurso ainda encontra-se a margem da realidade de vários sujeitos.

De fato, as instituições hospitalares e os serviços por elas prestados são mecanismos essenciais para a manutenção da estrutura social, devido a isso, esta pesquisa surge a partir de inquietações acerca do processo de tomada de decisão no campo da saúde, que pode ser entendido como o catalisador de todas as tranformações desse meio. Nesse sentido, é possível afirmar que as diferentes características e práticas adotadas pelo campo da saúde ao longo de sua constituição advém de decisões pautadas em interesses políticos, econômicos, sociais, culturais e também, pessoais.

A partir da construção desta pesquisa, será apresentado um panorama investigativo que disponibilizará informações relativas as diferentes conjunturas da estrutura decisória no campo da saúde. Este estudo também se justifica pela importância de se compreender como as organizações se articulam para a execução da tomada de decisões e como esse fenômeno tem sido compreendido por diferentes estudiosos.

Considerando a importância atribuída aos sistemas de saúde em toda sua complexidade, esta pesquisa surge como possibilidade de compreensão das estruturas decisórias responsáveis pela emissão de direcionamentos aos mais diversos setores desse campo. Os estudos apresentados ao longo dessa dissertação buscam detalhar questões relativas à análise do fluxo da decisão: aspectos normativos da decisão, principais agentes e instrumentos de apoio a decisão. Sendo assim, tem-se como principal objetivo compreender o

processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil e analisar através da literatura nacional produzida entre 2016 a agosto de 202, como tem sido investigado o processo de tomada de decisão nesse meio.

De forma específica, buscou-se compreender o atual estado das investigações científicas brasileiras voltadas a compreensão do processo de tomada de decisão no campo da saúde. Outro enfoque se situa na identificação dos principais debates e recortes temáticos atualmente investigados no Brasil, compreendendo o período entre 2016 a agosto de 2021.

A pesquisa foi norteada pelas seguintes questões: Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil? Qual o atual estado das produções cientificas relativas à tomada de decisão no campo da saúde? Quais reflexões e inferências podem ser tecidas em relação à gama de estudos sobre a decisão na saúde produzidos nos últimos anos?

Para que essas questões pudessem ser respondidas de modo a alcançar os objetivos traçados, foram utilizadas obras voltadas a compreensão da estruturação dos sistemas de saúde brasileiros desde os momentos iniciais de colonização. Também foi realizada uma revisão sistemática de literatura, de modo a compreender o atual estado das pesquisas realizadas nos últimos anos, com temática relacionada a tomada de decisão na saúde. Posteriormente, foi construído um estudo voltado à reflexão sobre as 26 obras identificadas durante a revisão da literatura. A pesquisa foi elaborada em perspectiva bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa. Sobre os pressupostos e referencial teórico, foram acionados autores clássicos cujas pesquisas circundam a tomada de decisões e as teorias e abordagens decisórias, como Edward Rachlin, H. Simon, Kahneman, dentre outros.

Com relação a submissão da pesquisa para validação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFG, segundo a Resolução CNS Nº 510/16, pesquisas que envolvam consulta em arquivos institucionais, dados de domínio público e/ou pesquisa bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não carecem de tal processo.

Com esta pesquisa, espera-se, contribuir com a estrutura decisória das instituições hospitalares e também com o campo de estudos da tomada de decisão nas organizações. Espera-se também contribuir com o desenvolvimento de investigações futuras, pois, embora o processo decisório na saúde já venha sendo estudado nos últimos anos, a compreensão de aspectos específicos desse campo ainda necessitam de atenção, em especial a subjetividade dos sujeitos no processo decisório, bem como os efeitos de fatores externos em cada indivíduo.

2. TEMA

O processo decisório no campo da saúde: levantamento e reflexão sobre a literatura brasileira (2016-2021).

3. PROBLEMÁTICA

Este estudo foi norteado pelas seguintes questões:

- ✓ Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil?
- ✓ Qual o atual estado das produções científicas relativas à tomada de decisão no campo da saúde?
- ✓ Quais reflexões e inferências podem ser tecidas em relação à gama de estudos sobre a decisão na saúde produzidos nos últimos anos?

4. OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil e analisar através da literatura nacional produzida entre 2016 a agosto de 2021, como tem sido investigado o processo de tomada de decisão nesse meio, traçando reflexões e inferindo sobre o conteúdo, abordagens e perspectivas expressas nos estudos.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil, apresentando seus principais setores e características.
- ✓ Identificar o atual estado das produções brasileiras voltadas a compreensão do processo decisório no campo da saúde através da construção de uma revisão sistemática de literatura.
- ✓ Tecer reflexões sobre a literatura brasileira pautadas nos pressupostos teóricos do psicólogo americano Howard Rachlin.
- ✓ Traçar novas possibilidades temáticas de pesquisa a fim de contribuir com a expansão do campo da decisão em saúde.

6. JUSTIFICATIVA

No que diz respeito à proposta acadêmica do programa de Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Catalão – UFCAT (em transição), a pesquisa se desenvolve em torno do que se propõe, considerando as diretrizes: “Promover a capacitação de profissionais de diversas áreas do saber, porém destina-se àqueles que buscam um aprimoramento na sua formação por meio da integração entre ciência e prática em gestão e áreas afins” (PPGGO, 2017).

Dito isso, estudar as especificidades e interpretações do processo decisório torna-se relevante para a identificação de lacunas investigativas e de novas possibilidades temáticas. Ainda sobre a relação do tema com a gestão, destaca-se ainda que o principal objetivo do Mestrado em Gestão Organizacional é:

> Preparar Mestres capacitados para atuar em equipe, de forma crítica e criativa na solução de problemas das empresas públicas e privadas sejam estas voltadas ou não para a educação, na inovação científica e tecnológica, na transferência de tecnologias, no trabalho de investigação científica na produção/controle de qualidade, dentre outros, tentando sempre aprimorar modelos teóricos e de gestão para os diversos segmentos organizacionais (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL, 2017).

Dessa forma, através da investigação científica, a presente pesquisa visa subsidiar o segmento organizacional do setor de saúde de informações sobre o atual estado das produções brasileiras voltadas à compreensão do processo decisório ocorrido nesse meio. Afinal, a apresentação de um compilado de estudos poderá otimizar o acesso às informações pelos gestores desse setor.

Esta pesquisa está vinculada a linha de pesquisa “L.P.2 - Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade” a qual busca:

> Identificar as relações entre indivíduo, organizações públicas e privadas e a sociedade, considerando principalmente questões referentes ao desenvolvimento. Destacam-se os seguintes temas: campos organizacionais; relação de poder; novas formas e estruturas organizacionais públicas e privadas; aspectos individuais do trabalhador; transformações no trabalho e gestão de recursos humanos, físicos e financeiros. Busca-se, ainda, de maneira específica reconhecer e analisar as diferentes consequências da reestruturação produtiva em relação ao mundo do trabalho, à estratégia, cultura e aprendizagem organizacional e a saúde do trabalhador, bem como seus impactos nas organizações e na noção de gestão socioambiental (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL, 2017).

Sendo assim, fica evidenciado que analisar o processo de constituição do campo da saúde no Brasil e o conteúdo das pesquisas relacionadas a decisão está amplamente relacionado com a linha de pesquisa apontada, sendo eles um agente imprescindível para o estudo.

7. METODOLOGIA

Nessa sessão será apresentada a concepção desta dissertação, que é dividido em três estudos:

1º Estudo – Contextualização histórica e estrutural do campo da saúde no Brasil – Tem como objetivo apresentar o processo de constituição do campo da saúde brasileiro e possibilitar a compreensão de suas especificidades.

2º Estudo – Revisão Sistemática da Literatura brasileira relativa ao processo decisório no campo da saúde – Tem como objetivo identificar e apresentar o contingente de produções científicas brasileiras publicadas entre os anos de 2016 e agosto de 2021 com temática voltada à decisão em saúde.

3º Estudo – Reflexão sobre as 26 pesquisas identificadas através da Revisão de Literatura pautada nos pressupostos de Howard Rachlin – Propõe a construção de uma análise da literatura levantada no segundo estudo. Através dos pressupostos decisórios de Rachlin foi possível identificar a influência de agentes externos na estrutura decisória retratada nas obras, que possuem contextos e enfoques específicos.

Buscou-se desempenhar uma organização clara e objetiva dos estudos, com vista a facilitação da compreensão pelos leitores. O percurso de investigação apresenta um gradativo aprofundamento no campo de discussão, apresentando incialmente sua composição (estudo 1), e adensando a discussão através de bibliografia pertinente e atualizada (estudos 2 e 3). As referências bibliográficas de cada artigo estão descritas ao fim do conteúdo. Já as obras utilizadas para composição das sessões gerais como introdução, justificativa, metodologia e referencial teórico foram apresentadas na sessão posterior às considerações finais gerais. Essa organização visou permitir com que o leitor análise cada estudo de forma independente, mas mantendo uma relação com a pesquisa como um todo.

7.1 MÉTODO E MATERIAL

O estudo constitui-se enquanto bibliográfico e exploratório, com abordagem qualitativa. A definição desse aparato metodológico se justifica pela possibilidade que o mesmo dispõe de elaboração de um panorama amplo sobre um campo de estudos em emergência no Brasil, o da tomada de decisão. Como postula Gil (1999), a pesquisa

exploratória possibilita a aproximação com o objeto ou fenômeno, viabilizando a elaboração de novas hipóteses e projeções futuras de análise.

O material utilizado é composto por obras nacionais e internacionais publicadas nos seguintes formatos: livros, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, artigos, trabalhos publicados em anais de eventos, dentre outros. Também são empregadas normas técnicas e legislações relativas ao campo da saúde. O primeiro estudo foi composto por obras de formatos e origens múltiplas. Já o segundo e terceiro estudos foram elaborados com base em produções nacionais em formato de artigos, teses e dissertações.

7.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As obras utilizadas na construção do estudo de contextualização histórica e estrutural do campo da saúde no Brasil foram selecionadas de forma intencional através da busca em periódicos e revistas nacionais, repositórios institucionais, anais de eventos, etc. Também foram integradas obras impressas, em especial livros. Fez-se uso também de textos normativos obtidos através de busca no site no Ministério da Saúde.

O levantamento das 26 obras para composição do 2º e 3º estudos foi realizado nas bases de dados Scielo e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Para seleção dos estudos foram empregados os seguintes critérios de inclusão: estudos em formato de artigos científicos, dissertações e teses desenvolvidos em território nacional. Obras publicadas no Brasil, mesmo que em outras línguas, também foram incluídas no processo de revisão sistemática. Os critérios de exclusão foram os seguintes: trabalhos de formatos diferentes daqueles acima descritos, obras publicadas em outros países e obras publicadas sem parecer de comitê científico qualificado.

7.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DAS OBRAS

Após a seleção dos estudos, foi realizada uma primeira leitura minuciosa. As informações contidas nas pesquisas foram organizadas de acordo com eixos temáticos. Buscou-se considerar as diferentes nuances e eixos argumentativos, identificando os aspectos analisados do processo decisório. Através da identificação dos estudos pôde-se identificar os seguintes grupos temáticos relativos ao processo decisório: gastos com a saúde, atendimento cotidiano ao paciente, conjuntura relacional, jurisdição, tecnologias de apoio a tomada de decisão e qualidade das informações.

Para análise e reflexão dos estudos selecionados foram considerados os seguintes aspectos: espaço de produção do estudo; objeto de análise; objetivos; aparato teórico-metodológico empregado no processo de investigação; questionamentos; resultados obtidos. A partir desses eixos buscou-se estabelecer relações proximais entre as abordagens das obras, bem como de tendências e projeções investigativas.

7.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Quanto à submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Catalão - UFCAT, segundo a Resolução CNS nº510/16, pesquisas que envolvam consulta em arquivos institucionais, dados de domínio público e/ou pesquisa bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não há necessidade de submissão para apreciação.

8. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo será fundamentado em estudos e abordagens teóricas que perpassem aspectos relacionados a saúde pública no Brasil, mais especificamente no que tange sua estruturação, planejamento e organização nos séculos XIX, XX e na atualidade.

8.1 TOMADA DE DECISÃO NA SAÚDE: NOÇÕES BÁSICAS

8.1.1 Tomada de decisão na organização

De acordo com Sobral e Perci (2013), a decisão pode ser entendida como o ato de escolher uma opção dentre alternativas e possibilidades apresentadas, com a finalidade de esclarecer um problema ou aproveitar uma oportunidade. Kazmier (1975), corrobora com a abordagem e defende que é o ato de decidir, deliberar, desembaraçar algo. E, complementam Robbins e Decenzo (2006), essas escolhas feitas contribuem diretamente ou indiretamente no desempenho das organizações.

Chiavenatto (2004) defende que o tomador de decisão faz parte de uma situação em que aspira por algum objetivo, além de possuir preferência pessoal, a partir do que ele percorre um curso de ação (estratégia), a fim de alcançar seu tal objetivo. Ou seja, esse ato de decidir envolve uma ação, e quando ela decide percorrer essa determinada ação ela exclui as

demais ações que ela tinha nas alternativas, dessa forma ela elegeu uma alternativa, fez uma escolha.

A ação escolhida pode reflexa condicionada, como por exemplo digitar as teclas de um telefone, ou produto de raciocínio, que é quando há uma sistematização do processo do curso da ação, ou seja, segue um planejamento ou projeção para o futuro. Quando há o processo de escolha de uma alternativa frente à outras, escolhendo um curso de ação apropriado para alcançar um determinado resultado, então a tomada de decisão foi racional.

As decisões podem ser tomadas em tipos de ambientes diferentes, sendo eles ambiente de completa certeza, ambiente de completa incerteza e em um ambiente intermediário a esses dois (SOBRAL; PERCI, 2013).

O modelo racional de tomada de decisão defende decisões ótimas são tomadas no processo de escolha, ou seja, os tomadores fazem escolhas consistentes, com maximização de valor, sendo plenamente lógicos e objetivos na ação, havendo definição de meta clara e específica (ROBBINS; DECENZO, 2004, p. 119). No entanto, estes mesmos autores trazem a abordagem de que esse modelo racional raramente acontece, uma vez que o nível de certeza exigido pelo modelo também é distante de ambientes reais.

Portanto, quando o resultado de cada alternativa do processo é conhecido pelo tomar de decisão, a decisão foi tomada sob condição de certeza. Em condições em que o indivíduo precisa atribuir probabilidade de ocorrência às alternativas disponíveis, tem-se o processo de lidar com riscos. Já na ocasião em que ele não consegue determinar essa probabilidade por não conhecer plenamente o problema, então a tomada de decisão será sob uma condição de incerteza (ROBBINS; DECENZO, 2004).

Os autores complementam ainda que tanto a qualidade quanto a quantidade limitada de informações disponíveis aos tomadores de decisões são limitadas por recursos de tempo e custo. Além disso, a capacidade desses indivíduos de reterem muitas informações em sua memória útil criam a limitação de tomarem decisões ótimas conforme prevê o modelo racional.

8.1.2 Teoria da utilidade esperada e Teoria do Prospecto

A teoria do prospecto foi elaborada por Kahneman e Tversky (1979) como alternativa à teoria da utilidade esperada definida por VonNeuman e Morgenstern.

A teoria da utilidade esperada considera a racionalidade na tomada de decisão individual sob risco, elemento este ora desconsiderado na racionalidade absoluta. De acordo

com Baldo (2007), a racionalidade pode ser entendida como a aptidão que as pessoas têm em compreender todas as informações disponibilizadas a ela de modo objetivo, mesmo sob condições incertas, nas quais são desconsiderados fatores emocionais.

Sendo assim, em situação de risco, o indivíduo age de forma racional em suas decisões, objetivando maximizar seus ganhos, de forma que os benefícios obtidos são mensurados através de uma escala de satisfação quanto à utilidade (SEM, 1994).

Essa teoria visa analisar os resultados, também tratados como consequências nessa abordagem, através da incitação no indivíduo para que ele faça suas escolhas, criando uma escala que consta para cada escolha, um valor, uma utilidade, instituindo aspectos de incerteza no processo de decisão. E é a sequência da solução do problema pelo decisor é que será avaliada, observando então a maximização do valor esperado que será criada através de cada escolha, bem como a distribuição da probabilidade de ocorrência do resultado considerado (GOMES; GOMES, 2014).

A Teoria da utilidade esperada foi contestada por Kahneman e Tversky (1979) uma vez que ao ser testada com estudantes, em situação de tomada de decisão sob risco, os resultados encontrados foram diferentes daqueles previstos pela teoria da utilidade. Ou seja, ao contrário do que previa a teoria da utilidade, indivíduos possuem características psicológicas e outros limitantes que influenciam em suas decisões.

Diante disso foi posta a teoria do prospecto que defende que indivíduos ao tomarem decisão sob situação de risco, ao invés de atribuírem valores aos resultados finais considerados, ponderam pesos aos possíveis resultados a serem alcançados, ou seja, aos ganhos e perdas relativos à decisão a ser tomada. Portanto, nesta teoria, o decisor passa pela fase de edição, onde ele faz uma análise preliminar das opções (prospectos) que lhe foram dadas e então parte para a fase de avaliação, onde escolhe o prospecto de maior valor, atribuído por ele.

Dessa forma, o tomador de decisão é caracterizado como avesso ao risco, onde atribui maior peso aos resultados com mais certeza de se concretizar se comparado às opções que são apenas prováveis de acontecer. Acrescenta-se ainda que segundo a teoria, que em situação de decisão onde há várias opções de escolha, ele tende a se concentrar na alternativa que contenha elemento que a diferencie das demais alternativas, e consequentemente não prefere por aquelas que contenham elementos em comuns com as demais.

8.2 A ORGANIZAÇÃO COMO CONTEXTO PARA A DECISÃO

“O termo organização nos remete ao conceito de um grupo de pessoas organizado para alcançar um objetivo ou, ainda, como sendo tudo que nos cerca e nos oferece bens e serviços” (PRÉVE, 2010, p. 13). Dito isso, podemos ressaltar que as organizações enquanto instituições complexas compostas por indivíduos, suas subjetividades e comportamentos, exige uma estrutura decisória que coopere com sua saúde.

Para o entendimento de sua complexidade e das exigências decisórias que as norteiam “precisamos entender que as organizações possuem o papel de servir a sociedade e estão por isso em constante construção, reorganizando seus recursos para atender a diferentes demandas (PRÉVE, 2010, p. 13)”. Faz-se necessário ressaltar que as organizações podem possuir caráter privado ou público, exigindo planejamentos específicos em alinhamento com o setor no qual se situam (saúde, educação, segurança, política, etc).

Como podemos observar abaixo, em perspectiva clássica, as organizações são dispostas de modo que os diferentes setores e departamentos se relacionam continuamente, ou seja, considerando este formato, a tomada de decisões tradicionalmente efetuada pelo setor mais alto da hierarquia afetará diretamente os demais, o que exige cuidado, planejamento e reflexão acerca do que será decidido.

Figura 1 - Organograma clássico, ou piramidal

Fonte: Préve (2010, p. 14).

Como supracitado, considerando a composição das organizações como repletas de subjetividade provenientes dos diferentes indivíduos, a tomada de decisões ocupa lugar central no que tange a manutenção de sua saúde. Contudo, estas também podem ser consideradas como o local propício para emergência de concepções e noções decisórias, visto que tais práticas são essenciais à sua existência.

8.3 ASPECTOS GERAIS DA DECISÃO

Como mencionado no tópico anterior, o processo decisório ocupa papel central da condução das organizações. Existem um conjunto de modelos de processos decisórios além da perspectiva clássica já exemplificada.

> As decisões nas organizações, na maioria das vezes, são tomadas por um indivíduo isolado, seja este governador, ministro, presidente de uma grande organização ou reitor de uma universidade, diretor técnico, financeiro, comercial, entre outros, cujos resultados são consequências da interação entre os envolvidos no processo. Ou a decisão final pode caber, ainda, a vários colegiados e não apenas a um simples indivíduo (PRÉVE, 2010, p. 83).

O autor ainda aponta que esses colegiados podem exercer a representação corpos constituídos – "assembleia eleita ou nomeada, conselhos de ministros, comitês de direção, júri, entre outros – e, por outro, uma coletividade com contornos mal definidos – como é o caso dos grupos de interesses, das associações de defesa, da opinião pública e dos grupos comunitários" (PRÉVE, 2010, p.83).

De acordo com Préve (2010, p.83), Esses indivíduos, corpos constituídos e coletividades são intitulados intervenientes, pois, "por meio de suas ações, condicionam a decisão em função do sistema de valores dos quais são portadores. Ao lado deles estão todos aqueles (parceiros, colaboradores e consumidores) que, de maneira normalmente passiva, sofrem as consequências da decisão tomada".

8.4 BREVE HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA TOMADA DE DECISÃO

Como aponta Préve (2010) nos últimos anos, mais especificamente após 1940, o estudo do processo decisório tem evoluído consideravelmente em decorrência do "crescente conhecimento dos problemas aplicados no desenvolvimento de novas técnicas administrativas, informacionais e na absorção de novos procedimentos quantitativos oriundos da Matemática e da Pesquisa Operacional" (PRÉVE, 2010, p.78).

Ainda de acordo com o autor, A Teoria das Decisões é resultante do trabalho de Herbert Simon, que buscou compreender a tendência comportamental dos diferentes sujeitos. De acordo com Simon, "cada pessoa participa racional e conscientemente tomando decisões individuais a respeito de alternativas racionais de comportamento. Assim, a organização está permeada de decisões e de ações" (PRÉVE, 2010, p.78).

Considerando a complexidade dos processos decisórios e os crescentes investimentos para compreensão deste campo de estudos, vários esquemas interpretativos foram desenvolvidos.

Quadro 1 - Etapas do Processo de Tomada de Decisão e seus autores

	SIMON (1963)	LACOMBE e HEILBORN (2003)	BATEMAM e SNEL (1998)	ROBBINS (2002)	MEGGINSON, MOSLEY e PIETRI (1998)	MONTA-NA (1999)	STONER e FREEMAM (1999)
Primeira etapa	Coleta de informa-ções	Identificação de sinais e sintomas	Identificação e diagnóstico do problema	Definição do problema	Compreensão e definição da situação	Análise situacional	Definição do problema
Segunda etapa	Atividades de estrutura-ção	Análise do problema ou da oportunidade existente	Elaboração de soluções alternativas	Identificação dos critérios de decisão	Elaboração das alternativas de ação	Estabeleci-mento dos padrões de desempe-nho	Criação das alternativas
Terceira etapa	Atividade de escolha	Identificação de soluções alternativas	Avaliação das alternativas	Peso dos critérios	Avaliação das vantagens e desvantagens de cada alternativa	Geração das alternati-vas	Avaliação e seleção da melhor alternativa
Quarta etapa		Análise das soluções alternativas	Escolha	Criação das alternativas	Escolha e implementação da alternativa	Avaliação das alternati-vas	Implemen-tação e monitora-mento da decisão
Quinta etapa		Avaliação das alternativas	Implementa-ção da decisão	Classificação das alternativas segundo os critérios	Avaliação dos resultados da decisão	Teste-piloto	
Sexta etapa		Comunicação da decisão escolhida	Avaliação da decisão	Cálculo da decisão ótima			
Sétima etapa		Implementa-ção da decisão					

Fonte: Marcon (2006, p. 37).

Complementando,

- **Modelo Clássico, ou Burocrático:** firma-se na suposição econômica. Os procedimentos lógico-formais do processo decisório são enfatizados, corroborando que quem toma as decisões examina primeiro os fins e somente depois estuda os meios para alcançá-los, subordinando a eficácia do processo decisório à escolha da decisão mais adequada aos fins.
- **Modelo Administrativo, ou de Carnige:** baseia-se no trabalho de Herbert Simon, considerado um modelo descritivo, o que significa que o autor descreve como os gestores realmente tomam decisões em situações complexas, em vez de

> ditar como eles deveriam tomar decisões de acordo com uma determinada teoria ideal. Esse modelo reconhece as limitações humanas e ambientais (Racionalidade Limitada) que afetam o grau em que os gestores podem adotar um processo racional de tomada de decisão (Decisão Satisfatória).
>
> - **Modelo Comportamentalista:** nesse modelo, o comportamento dos indivíduos na organização é muito acentuado e abrangente; em consequência, os gestores procuram prevê-lo, nas decisões, para evitar situações desagradáveis no seu contexto. Afinal, a Teoria Comportamental concebe a organização como um sistema constante de decisões.
> - **Modelo Normativo:** nesse modelo, a maneira de como deve ser feito o processo decisório é a preocupação central. É o modelo dos grupos técnico-profissionais (colegiados) (PRÉVE, 2010, p.85-86)

Dentre os modelos supracitados, enfocaremos aquele desenvolvido por Simon, intitulado Teoria da Racionalidade limitada, cujo desenvolvimento se deu a partir da "premissa de dinâmica do sistema econômico, em que não apenas as ações dos agentes econômicos mudam ao longo do tempo, mas também o próprio ambiente em que atuam" (MELO; FUCIDJ, 2016, p. 623). Também serão apresentados estudiosos que colaboram com esta perspectiva, assim como suas reinterpretações e modificações.

8.4.1 H. Simon: Racionalidade limitada e o papel das organizações no auxílio do processo decisório.

De acordo com as concepções desenvolvidas por Simon[1] (1963), a decisão pode ser definida como um processo de análise e de escolha entre várias possibilidades (alternativas) disponíveis. O mesmo destaca a existência de seis componentes básicos no processo de tomada de decisão, são eles:

> Tomador de decisão: é a pessoa que faz uma escolha ou opção entre várias alternativas de ação; Objetivos: os quais o tomador de decisão pretende alcançar com suas ações; Preferências: critérios que o tomador de decisão usa para fazer sua escolha; Estratégia: o curso da ação que o tomador de decisão escolhe para atingir os objetivos, dependendo dos recursos que venha a dispor; Situação: aspectos do ambiente que envolvem o tomador de decisão, muitos dos quais se encontram fora do seu controle, do seu conhecimento ou da sua compreensão e que afetam sua escolha; Resultado: é a consequência ou a resultante de uma dada estratégia de decisão (SIMON, 1970 *apud* PRÉVE, 2010, p.80-81).

[1] Economista norte-americano. Doutor em Ciências Políticas pela Universidade de Chicago. Lecionou na Universidade de Carnegie-Mellon, em Pittsburg, onde foi titular da cadeira de Administração e Psicologia e regente da cátedra de Informação e Psicologia. Antigo colaborador da Rand Corporation, consultor do Governo dos EUA, da NASA e ex-diretor do conselho de pesquisas de Ciências Sociais. Foi laureado com o Prêmio Nobel de Economia em 1978 pelas suas pesquisas realizadas na área de Tomada de Decisões no interior das organizações econômicas.

É importante ressaltar que no âmbito das organizações, historicamente os processos decisórios foram meramente baseados na perspectiva racional, na qual era delegado ao gestor identificar a melhor escolha a ser feita. Contudo, Simon refuta tal possibilidade, pois afirma que os seres humanos são repletos de limitações, o que os impede de conceber todas as alternativas possíveis (SIMON, 1963). "O argumento de racionalidade limitada assume a existência de um "mundo único" composto por milhões de variáveis que, em princípio poderiam afetar-se mutuamente, mas que não o fazem na maior parte do tempo (MELO; FUCIDJ, 2016, p.628).

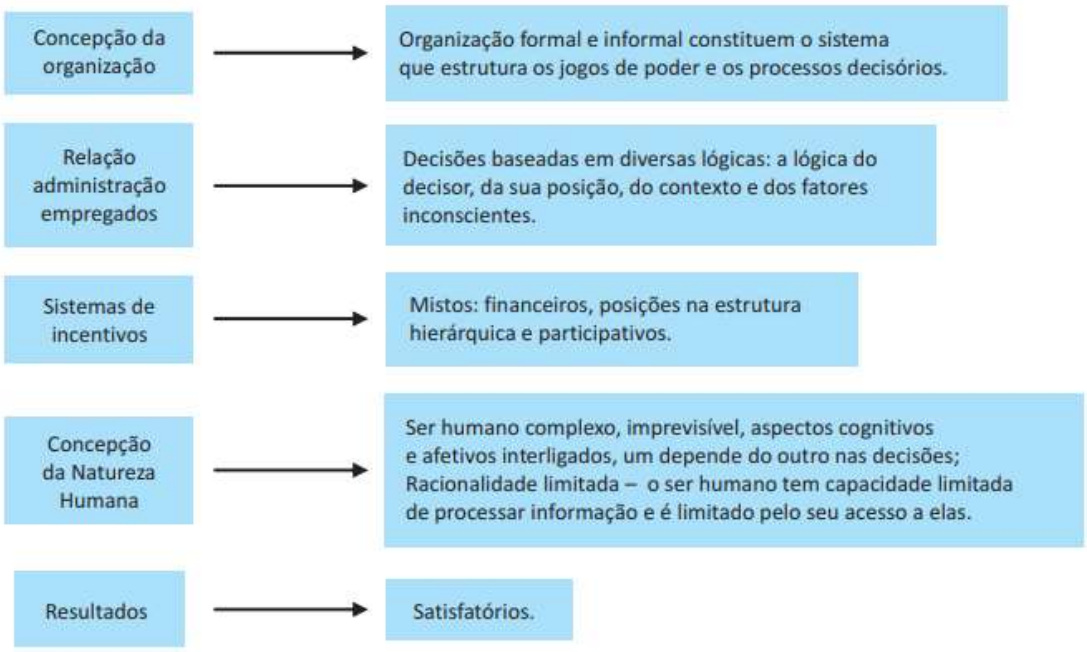
Para o autor, os conceitos de escolha e decisão são basilares no que tange a ponte entre a racionalidade e o comportamento. A escolha pode ser definida como sendo uma seleção de uma dentre várias possibilidades de comportamento. Dito isso, os comportamentos podem ser definidos como uma reação da escolha efetuada, seja consciente ou inconsciente. Já a decisão se baseia no processo em que a escolha é efetivada a partir de critérios de racionalidade (BARROS, 2007).

> [...] uma distinção importante deve ser feita entre razão e racionalidade. De um lado, a razão é a capacidade de julgamento da mente humana, formadora de suas crenças e deliberações. De outro, a racionalidade é um instrumento, uma espécie de dispositivo para ajustar meios disponíveis a fins dados (racionalidade instrumental) (MELO; FUCIDJ, 2016, p. 627).

Dentre as principais noções que norteiam esta perspectiva, a não existência de conclusões sem premissas se encontra central, "o que torna o uso da lógica indispensável para a construção de uma teoria normativa, na medida em que o estabelecimento de regras de inferência permite obter leis gerais imutáveis com base em axiomas ou pressupostos induzidos de observações empíricas" (MELO; FUCIDJ, 2016, p.624).

Abaixo temos a estrutura do modelo desenvolvido por Simon, intitulado Modelo da Racionalidade Limitada:

Figura 2 - Modelo Administrativo, ou Teoria da Racionalidade Limitada



Fonte: Préve (2010, p.88) adaptado de Motta e Vasconcelos (2002).

Para defesa de seu modelo, Simon estabelece um conjunto de mecanismos que tornam plausível o modelo comportamental de racionalidade limitada, são eles: a capacidade de concentração dos indivíduos nos problemas que necessitam de atenção imediata; a capacidade humana de produzir alternativas de ação, no sentido de procurar alternativas viáveis ou o aprimoramento daquelas que já existem; a capacidade humana de adquirir fatos e inferir a partir desses fatos; neste aspecto, o autor substitui o uso de axiomas pela noção de escolha logicamente consistente (SIMON, 1983).

8.4.2 Kahneman e Tversky

De acordo com Kahneman, tanto indivíduos quanto grupos necessitam de mecanismos para revisar como as suas decisões são tomadas. O mesmo aponta que o registro das decisões tomadas individualmente ou coletivamente são essenciais para sua revisão. Complementando, em sua obra *Rápido e Devagar*, Kahneman afirma que o controle dos seres humanos sobre si mesmo é limitado, o que os torna suscetível a vícios, distúrbios comportamentais e atitudes prejudiciais a si mesmos.

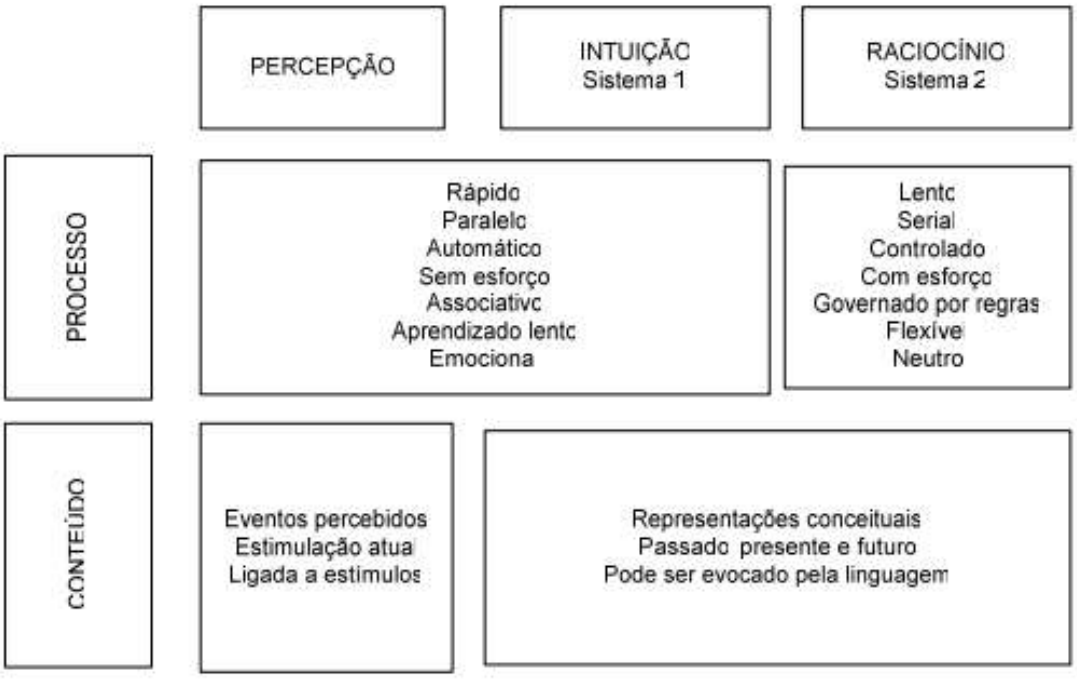
No que se refere ao ambiente organizacional, em uma entrevista realizada no ano de 2015, o autor expõe a seguinte situação,

> Quando um plano estratégico estiver sendo formulado, o gestor deve convocar os envolvidos para uma reunião, na qual será apresentado o seguinte cenário: estamos um ano no futuro, implementamos o plano e o resultado foi um desastre. Cada participante deve usar uma folha de papel para escrever a história de fracasso. Em seguida, o gestor deve recolher as anotações e lê-las em voz alta. A ideia é legitimar o dissenso. Em organizações de profissionais competitivos, os participantes do exercício vão se esforçar para identificar buracos na estratégia e mostrar o que poderia sair errado (KAHNEMAN, 2015).

Como destaca o trecho supracitado, Kahneman reafirma a importância de se produzir registros de planejamentos e decisões nas organizações, visto que a partir destes será possível detectar possíveis falhas inerentes aos seres humanos.

Kahneman e Tversky desenvolveram uma teoria cujo desenvolvimento toma como base prospectos ou loterias muito simples com resultados monetários e suas respectivas probabilidades, mas que pode ser ampliada para contextos mais complexos. De acordo com sua teoria, valores são designados aos ganhos e as perdas ao invés de serem atribuídos resultados finais (total wealth), e as probabilidades são substituídas por pesos na tomada de decisão (MINETO, 2005). “Essa teoria teve um impacto tão grande no mundo financeiro, que levou Kahneman e Tversky a ganharem o prêmio Nobel de economia em 2002. Tversky, porém, não chegou a receber o prêmio pois já havia falecido em 1996 (VIEIRA, 2019, p.13)”.

Figura 3 - Modelo da tomada de decisão



Fonte: Andrade, (2008, p. 51) adaptado de (KAHNEMAN, 2003).

Segundo os autores, a teoria intitulada Teoria dos Prospectos possui duas fases relacionadas ao processo de escolha, sendo elas uma fase introdutória denominada de edição,

e uma fase posterior denominada de avaliação. A primeira se baseia na análise preliminar dos prospectos oferecidos, “e que, de maneira geral, proporciona uma representação mais simples destes prospectos a fim de que possam ser avaliados e escolhidos. Na segunda fase cada um dos prospectos já editados é avaliado sendo que o prospecto de maior valor é o escolhido” (MINETO, 2005, p. 57).

> **1) Fase de edição**: as pessoas vêem os resultados de uma decisão não como estados finais de riqueza (conceito desenvolvido na TUE) mas como ganhos ou perdas em relação a um ponto de referência que o tomador de decisão assume no momento da decisão. Esse ponto de referência tende a ser o status quo, mas pode vir a ser definido por níveis de aspiração, expectativas, ou mesmo ser manipulado pela forma como o dilema decisório é apresentado ao decisor;
> **2)** se o ponto de referência (status quo) é tal que os resultados são percebidos como ganhos, então uma posição de aversão ao risco predomina; caso contrário, ou seja, resultados são vistos como perdas, uma atitude de propensão ao risco predomina;
> **3)** os resultados em si são avaliados não pelo seu valor objetivo mas por um valor subjetivo e pessoal; a relação entre resultado e valor pessoal é tal que as pessoas são mais sensíveis a diferenças entre resultados quando esses resultados estão perto do ponto de referência. A função valor (v) tem as seguintes características
> **4)** na fase de avaliação e cálculo do valor esperado de cada alternativa, utiliza-se um fator de ponderação, que é uma função peso de decisão, simbolizada por π, que associa a cada probabilidade p de um evento qualquer, um peso de decisão $\pi(p)$ que reflete o impacto de p no valor total do prospecto. Assim, o valor de cada alternativa é multiplicado pelo peso de decisão, em vez de multiplicado pela sua probabilidade de ocorrência como normatiza a TUE (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979, p. 277-83).

Como podemos observar acima, se torna possível identificar que de acordo com a teoria desenvolvida pelos autores, os impactos emitidos pelas perdas soam de forma mais intensa quando comparados aos efeitos emitidos pelos ganhos. “Os agentes se sentem diferentes na primeira situação em relação à segunda. Na primeira situação, o agente apenas ganha, e na segunda ganha e em seguida perde. A forma de sentir sobre um mesmo resultado é diferente” (VIEIRA, 2019, p. 12-13).

A Teoria dos prospectos nos permite “perceber que decisões econômicas saudáveis têm que ter equilíbrio entre o lado racional e o lado intuitivo, as escolhas não podem ser restritas à racionalidade matemática apenas e, tampouco, seguir apenas a natureza das intuições (VIEIRA, 2019, p. 13)”.

8.4.3 Rachlin

Em sua obra, Julgamento, *Decisão e Escolha :uma síntese Cognitiva Comportamental* (1989), Howard Rachlin constrói um conjunto de apontamentos acerca do trajeto histórico de construção das teorias hoje vistas como clássicas no campo investigativo dos processos decisórios. Em toda a sua obra, Rachlin faz uso de um exemplo presente no cotidiano, o ato

de levar ou não o guarda-chuva para o trabalho em um dia cuja previsão do tempo exposta em um telejornal acusa 75% de probabilidade de chuva.

Perpassando as diferentes concepções presentes nas abordagens cognitivista e comportamental, o autor tece comparações entre as vertentes no que tange os processos de julgamento, escolha e decisão. Contudo, ressalta que a intenção de sua obra não se detém a tentativa de convencer o leitor sobre qual das teorias se encontra mais apropriada a atual conjuntura social decisória, e sim expor a necessidade de se visualizar ambas teorias em suas possibilidades de cooperação teórica e analítica.

Vejamos alguns apontamentos do autor concernentes a prática de julgamento em meio ao exemplo meteorológico utilizado em perspectiva de ambas as teorias abordadas.

> Os estudos de julgamento no laboratório de psicologia normalmente colocam o sujeito no lugar do meteorologista, do crítico de cinema ou do estranho na rua; eles colocam o experimento no lugar do ouvinte do boletim meteorológico, do espectador ou da pessoa que pergunta as instruções. Ou seja, o experimentador faz ao sujeito uma pergunta que exige que o sujeito faça um julgamento. No entanto, o experimentador não precisa se dar ao trabalho de esperar para ver como estará o tempo amanhã, ir ao cinema ou caminhar pela rua. Em vez disso, o experimentador formula as perguntas de modo que elas se encaixem em alguma teoria normativa, geralmente a matemática da probabilidade ou estatística, que prediz quais serão os resultados (RACHLIN , 1989, p. 45).

Com base no trecho supracitado, podemos perceber que a experimentação se situa como um dos principais pontos de diferenciação das teorias comportamental e cognitivista, pois, enquanto a primeira se baseia no observável e concreto, a segunda defende a importancia de se considerar o subjetivo.

Concernente ao processo decisório, o autor aponta que na perspectiva cognitiva, a tomada de decisões envolve julgamento, que pode ser proveniente de uma estrutura interna e inconsciente ou externa e consciente. Em contraposição, a vertente comportamentalista destaca o processo decisório como concebido unicamente pela exposição a agentes esternos, que exercem o condicionamento das estruturas físicas e mentais, direcionando os sujeitos e escolher uma ou outra possibilidade.

> Na teoria comportamental, julgamentos são escolhas de uma espécie. Eles não são relatórios abstratos ou desinteressados do estado de um processo interno, mas comportamento de escolha - aprendido, mantido e extinto assim como outro comportamento de escolha - por contingências de reforço. (Discutiremos mais tarde exatamente como esse processo funciona.) (RACHLIN , 1989, p. 65).

Rachlin (1989, p.65) ainda destaca que a diferenciação entre o julgamento e a escolha em termos da teoria comportamental se situa no campo social. “Por exemplo, um coreógrafo

que executa um determinado passo pode ser recompensado diretamente com aplausos para si mesmo e indiretamente recompensado com aplausos para o dançarino que aprende o passo imitando-o".

No que tange aspectos em que a vertente comportamental e cognitivista aparentam dialogar, o uso de heurísticas se encontra central

> No decorrer da descrição das heurísticas, especulamos sobre as possíveis fontes desse reforço na vida cotidiana (por exemplo, presumir que um bom jogador de bola rápida que acabou de lançar cinco curvas consecutivas provavelmente virá com uma bola rápida) e os erros leva a certas situações (por exemplo, apostar no vermelho na roleta após cinco pretos em uma fileira). A diferença é realmente uma atitude. Embora o psicólogo cognitivo se interesse pelas heurísticas em si, o psicólogo comportamental está interessado nas recompensas e punições que são obtidas ao usá-las (RACHLIN , 1989, p. 65).

Quando abordada a ocorrência de erros (que aqui possuem grande importancia para o desenvolvimento da pesquisa, Rachlin (1989), reforça a contraposição existente entre as teoria cognitivista e comportamentalista. Quando questionado o porquê dos indivíduos cometerem erros tidos como lógicos, o autor aponta que em perspectiva cognitivista, a tentativa de detecção da causa deste fenômeno se fundamenta na análise estrutura mental do indivíduo, que se direciona em busca de falhas ou lacunas cognitivas, perceptivas e até mesmo de valor. Contudo, quando estes mesmos erros são analisados a partir das lentes comportamentalistas, busca-se compreender quais fenômenos concretos incentivaram o indivíduo a exercer aquela prática incorreta. "Certos erros de julgamento são claramente atrativos de concepção. O meteorologista pode dar um relatório perfeitamente racional com base nos dados disponíveis, mas este relatório será um erro se ele confundir uma nuvem cúmulos com uma nuvem cirro" (RACHLIN, 1989, p. 63).

Outro ponto de destaque, se situa no debate acerca do conceito de "taxa básica" inserido por Rachlin (1989). Este termo pode ser definido como o conjunto de características e condutas tidas como ideais no que tange o comportamento dos sujeitos. Ou seja, quando somos induzidos a tomar determinada decisão ou realizar um julgamento, consideramos inconscientemente as taxas básicas que estão postas, no entanto, estas taxas também podem ser colocadas de forma externa, como no momento de escolha de um cônjuge. Pois, embora se possa ter boas impressões sobre determinado indivíduo, de modo a vê-lo como um possível par, outras pessoas podem acionar as taxas básicas e impor uma revisão da percepção que até então se havia construído sobre o mesmo. Vale ressaltar, que de acordo com o autor, os seres humano são resistentes a revisão de suas percepções, ignorando as taxas básicas que estão ao seu redor.

> Ao fazer julgamentos sobre outras pessoas, nossas impressões iniciais são notoriamente resistentes à revisão. Talvez parte de nossa tendência a ignorar as taxas básicas decorra da heurística de ajuste e ancoragem. Mesmo que estejamos cientes das taxas básicas antes de encontrar alguém, formamos as impressões iniciais de um indivíduo com base em evidências imediatas e muitas vezes não ajustamos essa impressão o suficiente considerando as taxas básicas ou, uma vez que tenhamos feito um julgamento, considerando posteriormente -chegar fatos (RACHLIN, 1989, p. 61).

As possibilidades de análise das decisões tomadas pelos sujeitos são plurais. Devido a isso, se torna possível compreender como tais processos decisórios se situam em meio ao ambiente das organizações do campo da saúde, afinal, a tomada correta de decisões neste meio afeta a estrutura institucional como um todo, o que pode ser exemplificado pela relação profissional da saúde X usuário.

8.5 DECISÃO NA SAÚDE

Como já discorrido, a tomada de decisões ocupa papel central na manutenção da saúde das organizações. Este processo se alinha diretamente com fatores comportamentais, influencias sociais e principalmente com a qualidade das informações disponibilizadas, visto que estas são norteadoras do processo de seleção das alternativas. “Uma vez que a informação é essencial para a decisão, é fácil verificar que as características da informação têm grande impacto na qualidade da decisão (entendido aqui como um bom desfecho para as ações tomadas)” (ANDRADE, 2008, p. 38).

> A organização influencia a recepção e o processamento da informação, cria mecanismos de padronização do comportamento (através de rotinas, processos e cultura) e cria mecanismos de controle das ações individuais (prestação de contas, estruturação da hierarquia de poder). Apesar de todos estes controles, é necessário sempre ter em mente que é o indivíduo que, em última instância, fará a escolha e tomará a decisão (ANDRADE, 2008, p. 43).

Pensando especificamente o ambiente organizacional do campo da saúde, podemos afirmar que o fator decisório perpassa desde aspectos econômicos, sociais e também éticos, o que demanda certa especificidade quanto as escolhas efetuados por parte do corpo gestor.

Se faz importante ressaltar que, após o processo de democratização da saúde entendida não somente como o resultado do acesso às ações assistenciais, mas como o resultado das condições de vida das pessoas, “novos atores foram introduzidos no processo de tomada de decisão, com o objetivo de aumentar a eqüidade, a eficiência administrativa, a qualidade dos

serviços, a descentralização de funções e a satisfação das necessidades de saúde da população" (PATRIOTA, 2009, p. 38).

8.5.1 Aspectos Introdutórios

De acordo com Patriota (2009), considerando a construção e gestão do campo da saúde alinhados aos princípios e conceitos do SUS, a informação ocupa papel central na tomada de decisão, além de atuar enquanto facilitadora para o conhecimento e intervenção de situações específicas. Além disso, as informações possibilitam a identificação da,

> [...] situação de saúde das pessoas, [...] relativos às questões sociais, econômicas e culturais da população. No entanto, a utilização de informações no processo decisório, dadas as condições materiais, históricas, existentes no setor público de saúde, ainda não logrou maiores progressos (PATRIOTA, 2009, p. 47).

Contudo, considerando o atual contexto, Patriota (2009, p. 98) aponta que informações científicas e técnicas ainda são usadas de forma limitada. "A forma de preparação dos instrumentos de gestão normatizada pelo SUS não parece favorecer a utilização de informação científica e técnica como complemento às fontes de informações quantitativas em saúde".

Ainda de acordo com a autora, "As iniciativas advindas do avanço das tecnologias da informação se colocam compatíveis com os princípios norteadores do SUS e revelam a crescente preocupação com a assunção de papéis e atribuições inerentes a uma política para a área" (PATRIOTA, 2009, p. 98).

Por fim, o estudo desenvolvido por Patriota (2009, p. 98) nos permite compreender que as informações, tidas como basilares para o processo de tomada de decisões no campo da saúde ainda se encontram emersas em fragilidades técnicas. O que exige a reorganização dos fluxos de "informação, bem como a instituição de uma cultura gestora que valorize e incorpore as informações como importante recurso para o processo decisório, a fim de construir intervenções orientadas para a transformação das condições de vida e de saúde da população".

Com base nas colocações efetuados ao longo das sessões anteriores, destacamos que o aspectos decisórios têm sido alvo de um conjunto de investigações, sendo tomados como objetos de construção científica e consequentemente de teorias de análise. Dito disso, há de se considerar que, o campo da saúde enquanto estrutura com características singulares exige um

olhar criterioso quando aos processos decisórios que o norteiam, sendo este um dos principais pressupostos que subsidiaram este estudo.

9. ARTIGO I - A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

THE TRAJECTORY OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL

RESUMO: Este estudo possui como principal objetivo compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil, apresentando seus principais setores e características. Essa compreensão promoverá o entendimento sobre as particularidades do processo decisório realizado nesse campo. Sua construção foi norteada pela seguinte questão: Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil? A pesquisa bibliográfica permitiu a construção de um panorama detalhado da constituição da saúde do Brasil, realizando um retorno histórico até o século XV a fim de identificar as principais tranformações ocorridas nesse campo. Através desse estudo pôde-se perceber que a saúde brasileira foi direcionada a grupos seletos nos primeiros momentos de sua organização, modificando-se com o decorrer da transição dos sistemas de governo. Para mais, aspectos relacionados a organização das instituições e os serviços prestados são de fundamental importância para o entendimento do processo de decisão realizado nesse ambiente (empreendimento dos próximos estudos). A identificação dos diferentes departamentos, bem como dos serviços por eles prestados permite ampliar a visão sobre a dimensão dos espaços de decisão, desconstruindo percepções centradas apenas no espaço interno dos estabelecimentos.

Palavras-chave: Decisão em saúde. História da Saúde no Brasil. Pesquisa Bibliográfica.

ABSTRACT: The main objective of this study is to understand the process of historical constitution of the field of health in Brazil, presenting its main sectors and characteristics. This understanding will promote the understanding of the particularities of the decision-making process carried out in this field. Its construction was guided by the following question: Historically, how did the process of articulating the field of health in Brazil take place? The bibliographic research allowed the construction of a detailed overview of the constitution of health in Brazil, making a historical return to the 15th century in order to identify the main transformations that occurred in this field. Through this study, it was possible to perceive that Brazilian health was directed to select groups in the first moments of its organization, changing with the course of the transition of government systems. Furthermore, aspects related to the organization of institutions and the services provided are of fundamental importance for the understanding of the decision process carried out in this environment (undertaking of the next studies). The identification of the different departments, as well as the services provided by them, makes it possible to broaden the view on the dimension of decision spaces, deconstructing perceptions focused only on the internal space of the establishments.

Keywords: Decision in health. History of Health in Brazil. Bibliographic research.

9.1 INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde brasileiro passou por um conjunto de modificações ao longo dos diferentes períodos históricos, inicialmente satisfazendo as necessidades de um grupo seleto de individuos e posteriormente expandindo seu público alvo devido a um gradativo processo de universalização dos serviços básicos. Assim, este estudo surge com o intuito de compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil, apresentando seus principais setores e características. Essa compreensão promoverá o entendimento sobre as particularidades do processo decisório realizado nesse campo. Sua construção foi norteada pela seguinte questão: Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil?

A saúde no Brasil teve sua história iniciada no período da Colonização, passando por vários marcos, até chegar ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e Oliveira (2012) retrata em seu estudo essa jornada histórica. E o SUS surge como uma resposta às reivindicações populares de melhores condições públicas de saúde. Assim, fez-se uso da pesquisa bibliográfica, para compilar um conjunto de dados e informações sobre as especificidades da saúde brasileira nos diferentes momentos da história. De acordo com Gil (1999), a pesquisa bibliográfica faz uso de pesquisas já produzidas, constituindo-se como uma base indispensável para qualquer pesquisa de todas as áreas do conhecimento. A pesquisa bibliográfica permite identificar o nível de evidencia de determinados debates, evitando repetições temáticas.

Os resultados abrem um leque de possibilidades para a compreensão do processo decisório realizado nos diferentes espaços do campo da saúde. O processo decisório responsável por ordenar os serviços ofertados pelos sistemas e instituições de saúde devem considerar a quantidade de recursos disponíveis, para isso faz-se necessário analisar toda a conjuntura do espaço de decisão. Nesse sentido, o resgate histórico resgata dados importantes para que as próprias origens do processo de tomada de decisão nesse campo sejam compreendias. Custos, aspectos éticos e estrutura dos estabelecimentos são fatores apresentados ao longo do texto. Além disso, a relação oferta x demanda recebe destaque devido ao seu impacto sobre a estrutura dos estabelecimentos, bem como dos planos estatais e privados de oferta de serviços.

Ressalta-se que este estudo não versou sobre o processo decisório em si, apenas promoveu o reconhecimento do campo da saúde a fim de subsidiar a discussão desenvolvidos

nos dois próximos estudos. Lembrando que a decisão se manifesta conforme a disponibilidade de dois agentes, o sujeito racional que se relaciona constantemente com as demandas, necessidades e estímulos do meio em que se situa. O primeiro apresenta os índices de produção de estudos relativos ao campo da saúde entre os anos de 2016 e 2021 e o segundo apresenta reflexões sobre possíveis lacunas temáticas.

9.2 Trajetória Histórica da Saúde Pública no Brasil

De acordo com o autor, nos séculos XV e XVI, com o aumento do comércio e circulação de mercadorias no Brasil, iniciou-se também a chamada “circulação microbiana”, onde doenças como cólera, varíola e outras foram disseminadas no Brasil, através de viajantes europeus que aqui transitavam, além das doenças tropicais aqui já existentes, como a malária, iniciava um cenário de alerta à saúde pública. Ainda nessa época, entre as práticas terapêuticas primitivas que podem ser citadas, têm-se os tratamentos com ervas nativas, práticas de feitiços e rezas, dentre outros.

Oliveira (2012) ainda traz que no ano de 1549 tem-se a implantação do modelo de Santa Casa de Misericórdia, trazido por Braz Cubas, com cunho de obras sociais, porém, com a população composta da maioria por mão-de-obra escrava, essa assistência à saúde era muito precária.

9.2.1 Século XIX

Já no ano de 1808, com a vinda da Família Real para o Brasil, apresenta-se o surgimento das Faculdades de Medicina em Salvador e Rio de Janeiro, com isso também vêm os avanços sobre a anatomia humana, bem como o surgimento do microscópio, o que apresenta marcos de evolução sobre saúde no país.

A presença da chamada Burguesia Cafeeira em 1889 começam as discretas substituições das Diretorias de cunho religioso dos hospitais, trazendo também a regulamentação prática da Medicina. Nessa mesma época tiveram a construção de hospitais públicos.

9.2.2 Século XX

Seguindo ainda a ordem cronológica Oliveira (2012) aponta que, no ano de 1902 começa-se a tratar das Políticas Sanitárias no Brasil, onde tem-se o Código Sanitário, com a figura de Oswaldo Cruz à frente, que visava combater fortemente as epidemias, por exemplo da febre amarela, muito presentes naquela época. Com a presença marcante do autoritarismo e rigidez em tais políticas, podendo ser citada a obrigatoriedade de vacinas, por exemplo, surge então uma revolta popular, conhecida como Revolta da Vacina, no ano de 1904, como forma de insatisfação popular pelas condutas tomadas até então.

Esse período ficou conhecido como modelo de assistência campanhista, pois esta estava voltada para o controle das endemias da época, com forte finalidade de apoiar as exportações brasileiras, segundo Bertolli Filho (1996).

No ano de 1923, impulsionado pelas revoltas populares e movimentos anarquistas, o chefe de polícia da época, Eloy Chaves, propôs regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), onde algumas classes trabalhadoras contribuíam, junto com seu patronato, para aposentadoria e uma parte para atenção à saúde. A União ainda se mostrava ausente das contribuições nesse sentido.

A década de 1930, segundo Oliveira (2012), é marcada pelo Governo de Getúlio Vargas, onde o Estado transforma as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e passa a colaborar com 15% do total da receita e o restante advinha das contribuições dos patrões e empregados. Esses IAPs abrangiam mais classes trabalhadores que as CAPs. Ainda nessa década ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) o que conferiu mais atenção ao sistema de saúde da época.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) marcou a década de 1940, onde ações como criação de postos e centros de saúde permanente marcam o período, bem como a atenção à saúde da população rural.

O Ministério da Saúde surge no ano de 1953, onde as políticas públicas focavam no combate e prevenção de doenças transmissíveis. Importante ressaltar que, políticas públicas, segundo Acurcio ([S/I]), são as respostas dadas pelo Estado frente a uma necessidade manifestada pela população. Nesse contexto, tem-se o surgimento e crescimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. Acurcio ([S/I]), aponta ainda que neste período, a atenção primária (centros de saúde) foi deixada em segundo plano, em detrimento dessa expansão e investimento na assistência médica hospitalar.

Relacionado a isso, tem-se ainda o aumento do quantitativo de operários trabalhando nessas indústrias e consequentemente o aumento da demanda por serviços de saúde. Nesse

momento, considerada a incapacidade de absorção dessa demanda pelo Estado, surgem os convênios-empresa e a referência de saúde na busca de atendimento em hospitais.

O ano de 1964 é marcado no Brasil pelo Golpe Militar e Regime Autoritarista da administração pública, onde há a presença da expansão do serviço de saúde privado, paralelo com a piora da assistência à saúde pública. Neste momento surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que absorveu os IAPs, onde a incorporação de várias outras categorias profissionais, como empregadas domésticas e trabalhadores rurais, fez o sistema inchar ainda mais, sem o devido investimento no sistema, o que piorou ainda mais a insatisfação populacional quanto ao sistema de saúde.

Bertolli Filho (1996) salienta que, essa transformação dos IAPs no INPS, por um lado garantiu a participação de toda a classe trabalhadora antes não abrangida, dando-lhes acesso à assistência de saúde. Enquanto isso permitiu maior arrecadação e apropriação, por parte do Estado, da contribuição desses tais trabalhadores, que se utilizou desses recursos como estratégia política, realizando investimentos em construções que foram posteriormente vendidas a estrangeiros.

Oliveira (2012) aponta que na década de 1970 tem-se alguns movimentos importantes como a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), tendo sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público, criação também do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), além da presença da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde. Todos esses movimentos foram impulsionados pelas reivindicações de saúde para todos, além de propostas feitas pela própria Organização Mundial da Saúde, com políticas de ações práticas e exequíveis para a saúde pública.

Segundo Bertolli Filho (1996), esse período foi marcado pelo movimento sanitário no Brasil, onde alguns profissionais de saúde, conhecedores e preocupados com a situação crítica da saúde no país naquele momento, unem-se a outras figuras de líderes populares para evidenciarem a situação precária do sistema, mas ao mesmo tempo proporem uma nova forma de sistematização do tema saúde, com propostas de humanização e universalização da saúde, postas através da reforma sanitária. Foram nas Universidades que esses movimentos se desenvolveram, os espaços de formação onde a saúde era discutida de modo crítico.

No ano de 1974, segundo Acurcio ([S/I]), a população estava marcada pela concentração de renda e consequentemente acentuação da pobreza, e é também neste momento que surgem as epidemias de poliomielite e de meningite e sem tem uma destinação muito escassa de verbas à saúde pública. Além disso, essa época é caracterizada pela

concentração na atenção individual da saúde, em detrimento da saúde em caráter coletivo e preventivo. Outro fator evidenciado pelo autor é a prática mercantilizada dos serviços médicos hospitalares, que estavam mais voltados ao lucro e desvinculada da prática de sanitização da saúde pública, sendo considerada, portanto, elitista.

Ainda na década de 70, Acurcio ([S/I]), menciona o modelo assistencial privatista, muito presente, sustentado pelo tripé composto pelo Estado, enquanto agente financiado através da Previdência Social, pelo setor privado nacional, caracterizado pelo maior prestador de serviço de assistência média e setor privado internacional como maior provedor de insumos utilizados nessa prestação de serviços médico-hospitalares.

Já a década de 1980 vem marcada de vários acontecimentos que culminaram no surgimento do Sistema Único de Saúde no final da década. Esse período se apresenta marcado por eventos importantes, como o fim do regime de ditadura, que vigorou até 1985, caracterizando o processo de redemocratização do País, paralelo à uma profunda crise de políticas de saúde (BERTOLLI FILHO, 1996).

Bertolli Filho (1996) afirma ainda que essa década foi marcada pela presença do modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, onde se tinha a mínima intervenção do Estado, onde o mercado era o ator regulador dessas ações. Isso fez com que interesses individuais ou empresariais de quem detinha capacidade produtiva na época, seja de mão-de-obra seja de equipamentos médico-hospitalares, se sobressaíssem frente ao interesse coletivo, gerando ainda mais precariedade no sistema público de saúde ali vigente. Essa configuração propiciou então uma estrutura privatizada de saúde para aquele momento.

Essas contradições e insatisfações impulsionaram vários movimentos rumo à reorganização do sistema de saúde do país, e já em 1980, acontece a VII Conferência Nacional de Saúde onde são apresentadas as propostas de formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). No ano seguinte (1981) surge o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que aponta pra um sistema precário e ineficiente, o que culminou no desenvolvimento de políticas racionalização dos serviços públicos bem como a universalização do direito à saúde.

Essa racionalização dizia respeito à inquietação que se tinha sobre a má distribuição dos recursos da saúde, incorporação de novas tecnologias que encareciam o atendimento à saúde e também o desejo de quebra de modelo que prevalecia, onde o setor privado representava a maior parte das despesas na saúde. Portanto, a luta era para estabelecer um modelo racionalizado onde a parcela da população que até então era marginalizada, fossem incluída no acesso à saúde. Além disso, criticavam o modelo onde os hospitais eram

prioritariamente colocados como centro de tratamento em detrimento da ênfase nos cuidados primários no setor público.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, gestores de saúde foram convocados pelo Ministério da Saúde, em sua primeira vez, sendo considerado um marco político tamanha sua representatividade, visto que foi neste importante evento que ficaram delineadas as políticas e princípios norteadores do que viria a ser o SUS. Lembrando que esse movimento foi marcado pela forte onda de insatisfação sobre a saúde da população, piorada através das condições de vida ruim, desemprego e presença de classes fragilizadas devido à pobreza.

Em 1987 foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já em um cenário mais propício de uma nova constituição, onde houve a presença de eleição indireta de um presidente não militar. Essa foi a ponte para inicialização do SUS, dada em 1988, tendo como balizadores os assuntos de universalização da rede de saúde, como um sistema único de atenção de saúde a todos os brasileiros.

Portanto, em 1988, através da Assembleia Nacional Constituinte, foi aprovada a nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez, uma seção sobre o tema saúde, onde incorporou temas e propostas essenciais elaboradas no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, acatando então as propostas da criação do SUS bem como a reforma sanitária. Esse destaque de seção saúde coloca a Constituição brasileira entre as mais avançadas do mundo, segundo Acurcio ([S/I]).

Assim, o SUS foi regulamentado em 1990 através das Leis 8080/90 e no. 8142/90, caracterizando-se pelo apanhado de ações referente aos serviços de saúde, prestadas prioritariamente pelas três esferas de poder público (federal, estadual e municipal) e de forma complementar pela iniciativa privada que tenha vínculo com o Sistema. O sistema deve funcionar de maneira única e sistemática em todo o território nacional, obedecendo às mesmas doutrinas e filosofias.

9.2.3 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

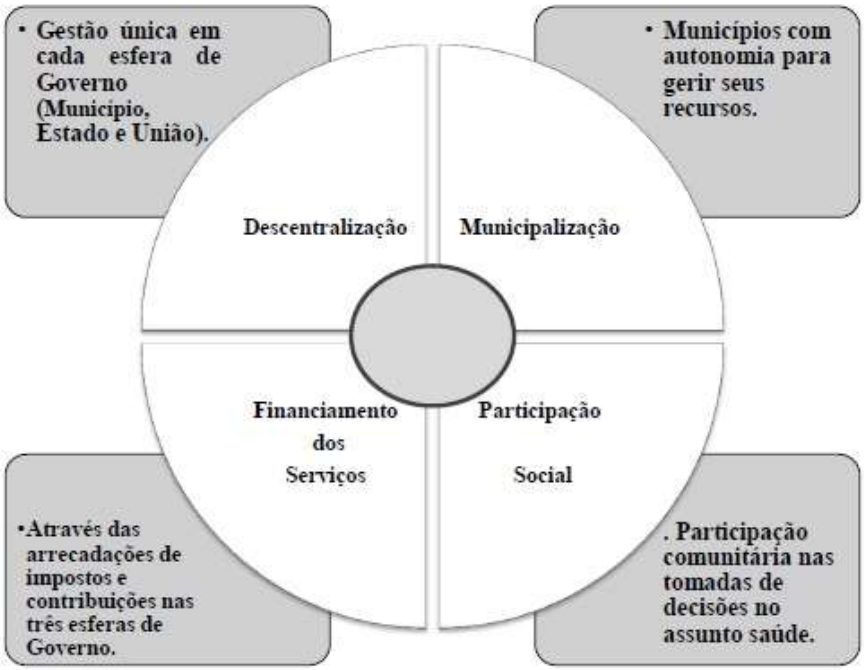
A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, foi muito importante para a criação do SUS, pois foi dela que emanaram as várias diretrizes que formaram sua composição. Essas conferências foram instituídas, ainda em 1937, pela lei 378 de 13 de Janeiro de 1937, com o intuito de ter acompanhamento e avaliação constante do Sistema de Saúde, aconteceriam de dois em dois anos. Assim ocorreram as duas primeiras e depois se

passou treze anos sem realiza-la, voltando a acontecer novamente em 1963 a III conferência nacional de saúde.

Sendo assim, a importante temática de reformulação do Sistema de Saúde foi extraída da 8ª CNS, resgatando a discussão já tratada na década de 70, e então no ano de 1986, elabora-se esse projeto de reestruturação do setor, culminando na criação do SUS. Dentre outros, um dos principais pontos de proposta era a integração das três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal), porém, aplicando-se independência de cada um para realização de um trabalho voltado para atenção das demandas locais de cada uma dessas esferas.

A figura 1 a seguir demonstra as diretrizes básicas propostas para o novo Sistema Único de Saúde.

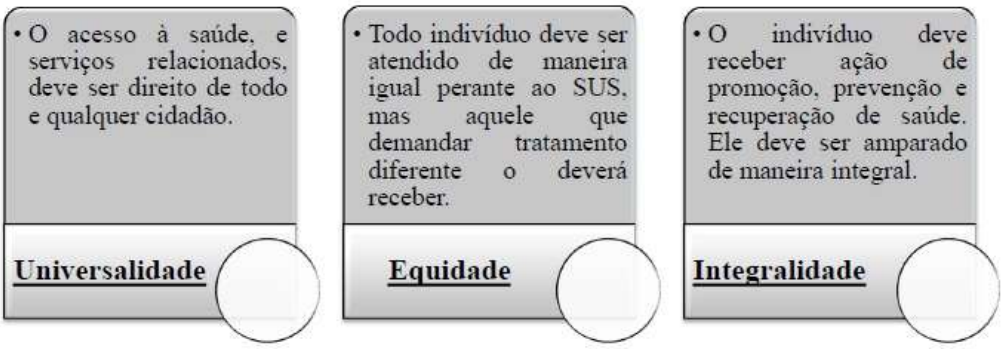
Figura 1 - Diretrizes básicas propostas para o SUS.



Fonte: Elaboração própria (2020).

Já figura 2 apresenta os seus princípios doutrinários para o Sistema Único de Saúde proposto.

Figura 2 - Princípios doutrinários para o SUS



Fonte: elaboração própria (2020).

O sistema deve atender a todos, ainda que o indivíduo não contribua com a Previdência Social, sem que haja pagamento pelo atendimento prestado. Além disso, o sistema deve estar voltado não somente para o indivíduo, mas na coletividade em que este indivíduo está inserido, no que diz respeito à prevenção, mas também ao tratamento demandado.

Quanto ao caráter de descentralização, isso quer dizer que as decisões devem ser tomadas pela esfera responsável pela execução das ações, porque isso confere caráter mais assertivo e de solução mais rápida para as demandadas.

Em relação ao princípio da racionalidade, trata-se de que o sistema deve oferecer os serviços de acordo com o que a população do local demanda e não o contrário. Ou seja, não adianta oferecer assistência de alta complexidade em um local onde não há nem a atenção primária da saúde. Já o princípio de eficiência e eficácia significa alocar da melhor forma os recursos para que se tenha resolutividade nas demandas atendidas.

O princípio de democracia também adotado no SUS, diz respeito em assegurar a participação de toda a população, sobretudo nos momentos de decisão sobre as questões que afetam diretamente a todos. A criação dos Conselhos de Saúde é uma estratégia para que todos tenham acesso ao que está sendo decidido sobre o SUS.

Ter a saúde como um bem público inalienável, provido pelo Estado, foi um marco histórico para a população do país, na história de saúde pública brasileira, alcançado através da criação e implantação do SUS, sobretudo para a população que carecia de tais serviços. Porém, os anos que sucederam à implantação desse sistema de saúde não foram tão favoráveis à essa regulamentação. Crises e momentos políticos, até mesmo com processo de pedido de *impeachment*, acabaram não apoiando para que a instalação e manutenção desse novo sistema

fosse efetiva e desfavorecendo inclusive que a prática das diretrizes e princípios fossem cumpridos na prática, mesmo como todas a legitimidade conferida ao SUS.

Atenção Primária de Saúde: O Programa de Saúde da Família

Em 1994 foi regulamentado, através da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que apesar do nome, não foi considerado um novo programa do SUS pelo Ministério da Saúde, mas sim uma estratégia para consolidar e expandir os princípios do SUS.

Um dos principais objetivos do PSF é a concentração na atenção primária de saúde, através do atendimento multidisciplinar, contendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agente comunitário de saúde. São formadas diversas equipes com essa composição, onde o agente comunitário de saúde exercia o contato o elo entre a população atendida e a equipe do PSF. O caráter multidisciplinar confere uma amplitude no atendimento, sendo o indivíduo assistido por olhares diversos que se harmonizam.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e é caracterizada por atos de promoção e atenção da saúde, visando reduzir os impactos das mazelas ligadas à saúde do indivíduo através da prevenção e terapêutica adequada e em tempo efetivo. A atenção primária é considerada a porta de entrada do indivíduo para o SUS, onde o mesmo será destinado corretamente conforme sua necessidade, seja ela mais simples ou mais complexa.

A equipe de PSF realiza o acompanhamento das famílias, mesmo que ausentes de doenças, ou seja, a proposta é a promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo. Isso torna o programa não somente de caráter curativo, mas também preventivo. Além disso, a proximidade desses profissionais com a população local permitia a melhor intervenção de acordo com a real necessidade daquele local e não baseado em condições e necessidade generalistas.

Segundo o site do site do Ministério da Saúde, dentre as atividades da equipe PSF, podem ser citadas a ação de conhecimento sobre o perfil da população a ser atendida, bem como suas susceptibilidades à determinadas doenças, além de garantir que o atendimento seja iniciado e continuado, de acordo com a demanda do caso. O contato próximo ao indivíduo esteja ele doente ou não, também é responsabilidade da equipe de Saúde em Família, promovendo assim a saúde através da educação sanitária. Esses profissionais devem também

incentivar a participação comunitária nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Em síntese, nota-se que o vínculo entre a equipe multidisciplinar e a comunidade é um traço bem presente no reconhecimento do programa, visto que esse aspecto confere reconhecimento e cooperativismo mútuo, o que beneficia e fortalece as ações propostas.

Essa estratégia de saúde recebeu crítica, segundo Bertolli Filho (1996), sobre vários aspectos, sobretudo a respeito do foco para atenção à população mais pobre da sociedade, além da falta de mão-de-obra qualificada e manutenção da figura do médico como central e único agente de intervenção. Ademias, o programa recebeu julgamento de se concentrar mais no caráter de racionalização e redução de custos do que com a real intenção de operacionalizar a atenção básica e humanizada a qual se propôs.

Apesar disso, o mesmo autor cita ainda que no ano de 2000 o Ministério da Saúde enviou um questionário à coordenadores Estaduais de PSF, Secretários de Saúde Municipais e para as equipes de PSF a fim de verificar como a estratégia de Saúde da Família estava sendo operacionalizada em 24 Estados brasileiros. Os resultados da pesquisa apontaram que a maioria dos entrevistados via com otimismo e acreditavam na estratégia, apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais no desempenho da atividade.

Os dados mais recentes do site do Ministério da Saúde apontam dados de 2017 sobre as equipes de PSF em todos os Estados do país, podendo ser observados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Cobertura nacional das equipes de Saúde da Família

UF	Nº de Equipes por Estado	Nº de Habitantes Cobertos	Nº Médio de Habitantes por Equipe
MG	5.062	15.539.523	3.070
SP	5.018	16.875.288	3.363
BA	3.374	10.264.708	3.042
RJ	2.539	8.533.427	3.361
CE	2.289	6.845.490	2.991
PR	2.216	7.031.921	3.173
PE	2.138	6.714.263	3.140
MA	1.936	5.473.237	2.827
RS	1.890	6.034.158	3.193
SC	1.693	5.171.456	3.055
PB	1.335	3.597.098	2.694
PA	1.314	4.321.838	3.289
GO	1.310	4.061.670	3.101
PI	1.283	3.117.874	2.430
RN	986	2.561.172	2.598
AL	838	2.436.538	2.908
ES	681	2.171.787	3.189
MT	665	2.132.432	3.207
AM	648	2.032.053	3.136
SE	578	1.751.239	3.030
MS	531	1.704.504	3.210
TO	453	1.281.438	2.829
RO	377	1.217.888	3.230
DF	239	824.550	3.450
AC	207	594.775	2.873
AP	150	475.385	3.169
RR	122	361.023	2.959

Fonte: elaboração própria (2020).

Os dados nos mostram que todos os Estados brasileiros estão cobertos pelo PSF, além de evidenciar que, conforme normativa de funcionamento do programa, em todos os Estados as equipes atendem dentro do máximo de habitantes permitidos, ou seja, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 (quatro mil) pessoas. Isso pode ser confirmado através do número médio de habitantes por equipe.

O ponto central discutido por Bertolli Filho (1996) quando o mesmo aborda sobre a crise paradigmática da saúde pública é quando ele defende que a crise não é sobre o teor técnico de viés curativo ou preventivo ou outros aspectos e sim de enxergar as bases ou pilares da construção do conceito de saúde, é o que o autor aponta como reflexão em torno da natureza do tema, como ele foi construído, até porque é essa concepção de saúde de uma sociedade é que faz com que o indivíduo se relacione de maneira efetiva e contributiva ou não com a saúde local. Se o cidadão acredita no trabalho que está sendo feito em prol da saúde da comunidade ele fará adesão ao tratamento, contribuindo para a eficácia do trabalho. Porém o

contrário também se aplicará caso o entendimento conceitual aprendido por deste indivíduo não esteja guardando relação com o que está sendo feito.

Oliveira 1998 (*apud* Bertolli Filho) defende que para superação da crise de saúde, deve superar a lacuna entre comunidade e profissional da saúde, onde este último é considerado mais legítimo que o saber dos próprios indivíduos usuários ali pertencentes. Ou seja, comunidade e profissionais devem estar sobre uma mesma plataforma de nível, conversando entre si de modo que nenhum se sobreponha ao outro, onde a saúde seja produto de uma relação constantemente discutida e interagida entre esses atores.

Sob essa ótica, o autor defende que o construcionismo social seja o caminha para um novo paradigma, que tende a superar a crise apontada na saúde. Isso é defendido ao passo que nessa perspectiva, trabalha-se a realidade social, que não surgiu e aguarda ser descoberta, mas sim, ela é construída de maneira contínua e conjunta pelos atores humanos que se relacionam na sociedade, em determinado processo, neste caso, a saúde pública. Esse pensamento discute que o diálogo é o fator de construção dos sentidos.

Nesse sentido, o modelo de PSF concorda sublimemente com a perspectiva construcionista, sendo ainda uma prática social em construção, onde o diálogo da equipe para com os indivíduos não devem se basear no preparo para intervenções, mas sim a construção do sentido através dessa conversação e assim desenvolvidas as práticas de saúde para aquela demanda.

9.3 DESOSPITALIZAÇÃO

Vecina Neto e Cruz (2016) apontam que o termo desospitalização refere-se ao ato de cuidados de caráter hospitalares, porém, fora do ambiente de hospital ou chamados extra-hospitalares. E é interessante ressaltar que essa tendência remonta à uma prática antiga, cravada no século 18 estendendo-se até o século 19, de que os cuidados médicos eram prestados nas residências das famílias, sobretudo as famílias que tinham maior poder aquisitivo. Uma prática que foi descontinuada com o tempo e que agora retorna como tendência.

No início do século 20, o avanço tecnológico em áreas como laboratório e radiologia, aliada à melhores práticas de assepsia em hospitais criaram um terreno afável para a hospitalização.

Os autores apontam algumas razões importantes para definir essa tendência ao cuidado fora do hospital:

- **Maior demanda por cuidados permanentes:**

O envelhecimento da população e a mudança no perfil de doenças tem gerado a demanda por cuidados permanentes ao paciente. Essa demanda então busca atendimento similar àquele prestado em ambiente hospitalar, porém, no conforto do lar do doente, com proximidade aos familiares, gerando maior bem-estar a todos. Um paciente portador de sequelas de um acidente vascular cerebral, por exemplo, é um demandante por este tipo de serviço.

- **Maior incentivo ao tratamento ambulatorial ou domiciliar em detrimento do hospitalar:**

A própria oferta do mercado em equipamentos que atendam o paciente em casa, é um indicador de tendência para o mercado da desospitalização. Ou seja, se há equipamentos para essa demanda, significa que ela é possível de ser atendida.

- **Maior aceitação do paciente ao tratamento domiciliar:**

Há tempos atrás, o paciente apresentava receio de deixar um hospital por medo de não ter os mesmos cuidados em casa. Porém, conforme mencionado no parágrafo anterior, o próprio mercado prova o contrário. Além disso, apesar da alta segurança oferecida pela maioria dos serviços de saúde atualmente, se houver alternativa ao tratamento extra hospital evitará expor o paciente a várias vulnerabilidades microbiológicas, por exemplo, sem necessidade.

- **Redução dos custos no cuidado extra-hospitalar:**

Por fim, a redução de custos, ocasionada pelo cuidado fora do hospital é outro atrativo de grande peso para essa tendência. As exigências legais requeridas em um hospital abrange desde a assistência básica à altas complexidades em atendimento, e por isso pode explicar tantas exigências legais nesse sentido. Já para os cuidados no domicílio de um paciente, demandará por requisitos básicos, que atenda apenas à exigência para aquele caso específico dele, diferente do ambiente hospitalar que precisa abranger tudo. Portanto, a necessidade de pessoal, de estrutura física, de parque tecnológico e de contingências serão muito menores que em um hospital. Portanto, o custo de maneira lógica será diminuído.

O próprio ministério da saúde, através do SUS, mantém o Programa da Saúde da Família (PSF) como programa âncora e que presta o serviço de saúde no domicílio do próprio paciente. Dois modelos de prestação de serviços no domicílio do paciente é o *Hospital-dia* e a *Atenção Domiciliar* que seguem sendo apresentados a seguir.

Como discorrido acima, os processos referentes a desospitalização dos pacientes tem chamado a atenção. A diminuição de custos e a maior aceitação dos usuários torna o processo de acompanhamento hospitalar externo a instituição mais atrativo para os pacientes, assim como para a indústria de produção. Contudo, embora este método de seja visto por muitos como eficaz e satisfatório, o fato de ser realizado no ambiente domiciliar não o isenta da necessidade de planejamento estratégico, visto que a segurança e satisfação do usuário ainda se situam como enfoques principais.

9.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

9.4.1 Serviços de Assistência Direta em Saúde

De acordo com Vecina Neto (2018), a prestação de serviço direta ao paciente conota grande peso em formação da imagem da instituição de saúde frente ao cliente (paciente), no que diz respeito à satisfação. Isso porque, essa ação fornecedor – cliente impacta diretamente no estado de saúde desse paciente, por isso tem grande relevância e peso numa avaliação. Por outro lado, para a instituição, essa atividade representa sua maior fonte de receita, visto que é objetivo de existência dessa organização.

E por ter incidência direta ao usuário, esse serviço prestado é repleto de processos críticos e consequentemente riscos envolvidos, que representam significativamente, senão o maior, dos desafios que um gestor de instituição de saúde possui, e são então levados a buscarem instituir programas de melhoria de qualidade na saúde, como acreditações, gestão de risco e outros.

Vecina Neto (2018) salienta ainda para o "*trade off*" que esses gestores enfrentam pois, ao passo que o sistema exige cada vez mais por inovações, investimentos em tecnologias, existe ainda o desafio modelos de remuneração arriscados, como pagamento por pacotes assistenciais, onde a instituição deve fazer a otimização dos gastos, além da perspectiva inovadora de pagamento por performance.

Além disso, no que diz respeito à gestão de recursos humanos, há a mudança de demanda por hierarquização menos verticalizada, focando em redes interligadas. Além disso,

volta-se para análise de desempenho atrelada a aplica à aplicação de recursos na prática da assistência.

9.4.2 UNIDADES HOSPITALARES

Vecina Neto e Castellanos (2016) apontam que a assistência em saúde é dividida em três níveis de complexidade:

- Assistência primária, também chamada de assistência básica, ou como o próprio nome sugere, são os primeiros atendimentos do cuidado em saúde;
- Assistência secundária, que é assistência hospitalar não especializada;
- Assistência terciária, também chamada de atendimento em alta complexidade hospitalar;

Na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e o Programa da Saúde da Família (PSFs) são dois componentes que mais representam essa modalidade. Enquanto nas UBSs concentram-se atendimentos como pré-natal, saúde da mulher, dentre outros, os PSFs são compostos por equipes profissionais multidisciplinares que buscam o cuidado na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da família.

9.4.2.1 Ambulatório

Já na atenção secundária, os ambulatórios e clínicas representam a maioria das estruturas para prestação de serviço em saúde. Nessa modalidade, o desafio consiste em diminuir ações reativas no cuidado à saúde, priorizando a prevenção. Essa prevenção diminui os tratamentos em saúde através do aumento de diagnósticos precisos e precoces. Nesse contexto os ambulatórios têm papel importante.

Além disso, os autores salientam pela necessidade de instituição da assistência farmacêutica para oferecer e acompanhar o tratamento medicamentoso adequado, como resposta aos diagnósticos obtidos no ambulatório. Outro ponto de apoio na atenção secundária é o que os autores chamam de atendimento da demanda, que preza o desenvolvimento de caminhos para que o atendimento da rede básica e atendimento em unidades de urgências estejam integrados de modo que o atendimento na urgência seja continuado, se necessário, na rede básica para que o indivíduo resolva efetivamente seu problema e não necessite procurar o serviço de urgência novamente, sobrecarregando o mesmo.

9.4.2.2 Unidade de Pronto Socorro

Vecina Neto (2018) aborda ainda sobre a estrutura e importância de uma Unidade Pronto Socorro, unidades de saúde que funcionam initerruptamente, todos os dias da semana e o ano todo, para prestar assistência de urgências e emergências em saúde. O autor ressalta sobre a complexidade que é manter em funcionamento esse tipo de unidade de saúde, e salienta que o desafio neste caso é manter uma sinergia entre as modalidades de atendimento para que cada uma cumpra seu papel para que nenhuma delas sobrecarregue a outra e para que todas execute seu papel a contento, tudo isso levando em consideração o quesito custo, que deve ser suportável à rede como um todo.

9.4.2.3 Centro Cirúrgico

Quanto à estrutura de centro cirúrgico, o autor aponta para a atividade de planejamento como crucial para uma boa gestão de unidade hospitalar. O gestor que consegue conciliar demanda interna do hospital, tratando-se de pacientes já hospitalizados com a demanda externa, já estará cumprindo boa parte de seu desafio. A administração do número de leitos hospitalares, diminuindo a ociosidade de salas cirúrgicas e evitando a sobrecarga nas internações em leitos hospitalares é o que deve fazer o gestor que quer desenvolver uma boa gerência de seus recursos. Sendo assim, o autor aponta que o padrão, assumido recentemente, para operação de unidades cirúrgicas é a relação média de uma sala cirúrgica para cada 15 leitos, isso já considerando os estândares, que são os chamados erros médios.

9.4.2.4 Unidades de Internação

Vecina Neto (2018) aborda o conceito de unidade de internação como aquela estrutura hospitalar feita para atender o paciente que permanecerá internado na unidade hospitalar. Deste modo, o autor afirma esta é a unidade de medida de um hospital, visto que todas as demais estruturas do hospital podem direcionar os pacientes para este cuidado. Torna-se, portanto uma unidade fundamental na análise de desempenho de um hospital, gerando indicadores importantíssimos para o negócio como taxa de ocupação, taxa de permanência e giro de leito.

A unidade é composta por leitos censáveis e leitos de apoio. Os leitos censáveis são todos aqueles que efetivamente recebem pacientes que permanecerão internados na unidade.

Já os leitos de apoio são de caráter transitório, ou seja, recebe pacientes que estão em processo de atendimento, que poderão até evoluir para um leito censável, mas que ainda não estão definidos para tal destino. Ou seja, estão aguardando resultados de exames no pronto atendimento ou estão aguardando para entrar para o centro cirúrgico, ou ainda estão aguardando efeitos de pós-anestésicos acabarem para então serem destinados para um leito de internação (censável).

Em relação ao planejamento de ofertas do número de leitos de internação, Vecina Neto (2018) traz como uma questão complexa de ser dimensionada dadas as tendências para as práticas de "desospitalização" como, por exemplo, a busca pela diminuição da medicalização em detrimento do aumento da humanização. No entanto, ao passo que essa tendência denota menor necessidade de leitos, o fato do envelhecimento da população demanda por uma quantidade maior de leitos e ainda por leitos de complexidade mais alta, além de aumentar a média de permanência nesses leitos. Ou seja, há então um trade off entre essas duas tendências que precisam ser consideradas de modo ponderado ao traçar um cálculo de demanda por leitos.

Além disso, o autor menciona ainda sobre a dificuldade por conta das especialidades e patologias existentes, diferentes da obstetrícia, por exemplo, que é possível planejar através de taxa de natalidade. Para traçar perspectivas de demanda, deve-se então ser considerados os dados disponíveis como taxa de internações/ano, taxa de ocupação e média de permanência. Isso traçará uma perspectiva baseada no histórico de utilização desse serviço de internação, sendo possível projetar a demanda futura. Tais dados podem ser obtidos em fonte altamente confiáveis como no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dentre outros sistemas de regulação que registram constantemente as atividades relacionadas ao tema.

O autor chama a atenção para a tendência de construção de hospitais com 200 leitos acima, isso porque, investir em determinados equipamentos custa muito caro ao investidor, havendo então uma tendência em otimizar o investimento com abertura de muitos leitos para diluir o alto custo de investimento inicial, com a perspectiva de uma receita aumentada pela utilização de um número maior de leitos.

9.4.2.5 Unidades de Terapia Intensiva

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assim como a unidade de internação, oferece serviço de internação ao paciente, porém, com oferta de monitoramento constante de profissionais multidisciplinares como médico, enfermeiro, fisioterapeuta e outros, visto que

este paciente recebido neste tipo de unidade está em situação clinicamente instável e demanda por essa atenção diferenciada no cuidado.

Uma UTI pode ser do tipo:

- **Especializada**: especializam em faixa etária ou patologia;
- **Semi-intensiva**: é um espaço intermediário, que apesar de atender pacientes que requerem atenção diferenciada devido à instabilidade do quadro clínico do paciente, é uma unidade que requer um menor quantitativo de profissionais, criando um espaço intermediário e, dependendo da situação, menor custo para a instituição;
- **Geral**: é aquela unidade de cuidados intensivos que recebe qualquer tipo de paciente, e também é o tipo mais frequente.

Vecina Neto (2018) ressalta sobre a importância de UTIs para um hospital, visto que é um serviço de retaguarda muito importante para unidades de pronto atendimento e centro cirúrgico. Esse serviço de UTI caracteriza o hospital em resolutivo ou não, em questão de complexidade, pois de nada adianta o hospital dispor de alta capacidade resolutiva em cirurgias se não tiver uma unidade de terapia intensiva que dê suporte ao paciente em seu pós-operatório. Por isso um leito de UTI pode ser chamado de leito resolutivo. Nessa conjuntura, o autor aponta que hospitais de maior complexidade devem dispor de em torno de 20% de leitos de UTI em relação ao seu total de leitos.

Com a tendência atual focada no processo de humanização no cuidado em UTIs, o autor salienta sobre a maior necessidade espaço físico para contar com os espaços necessários para alocação de mais equipamentos por leito, locais individuais para conversar com familiares, local suficiente para receber o familiar acompanhante quando for o caso, dentre outros. Além de aumento de espaço físico, uma UTI humanizada requer maior quantitativo de pessoal para atender às normativas para um serviço como tal.

Além disso, para garantia de qualidade na assistência ao paciente, a equipe deverá ter integração saliente, sobretudo deve haver sinergia entre médico assistente do paciente – aquele que prestou o atendimento ao paciente fora da unidade de terapia intensiva - , médico plantonista da UTI e médico coordenador ou de atenção horizontal, que é aquele que permanece constante na escala em pelo menos uma parte do dia, responsável por garantir a continuidade dos cuidados prescritos pelos plantonistas, além da integração de toda a equipe.

9.4.2.6 Hospital-dia

A modalidade de hospital-dia está entre a modalidade internação e a modalidade de ambulatório. Neste regime de internação, o paciente poderá permanecer internado por prazo máximo de 12 horas. Esse tipo de atendimento é demandando por pacientes que precisam de procedimentos médicos ou cirurgias que demandem um tempo de observação de internação, mas que não ultrapasse o período máximo de 12 horas. Exemplos clássicos que demandam este tipo são pacientes em tratamento oncológico, psiquiátricos, dentre outros.

9.4.2.7 Atenção Domiciliar

Segundo Vecina Neto e Cruz (2016), trata-se da continuidade dos cuidados ao paciente no ambiente domiciliar. Ou seja, ou esse paciente passou por um tratamento em ambulatório que precisa ser continuado em casa ou passou por uma internação hospitalar e já possui condições de seguir o tratamento em casa. Os critérios para esse funcionamento de cuidados domiciliares obedecem à RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que visa regular e nivelar o cuidado prestado ao paciente impedindo que haja serviços perniciosos. Um clássico exemplo para esta modalidade são os pacientes em cuidados paliativos, ou seja, aqueles que não respondem mais a tratamentos curativos.

O desempenho de um serviço de atenção domiciliar pode ser mensurado através de indicadores taxas de internação após cuidado domiciliar, taxa de infecção durante o cuidado domiciliar, grau de melhoria na deambulação do paciente, dentre outros.

Por fim, os autores levantam algumas problemáticas em relação ao tema, que ainda não são embasadas por respostas científicas, mas que interferem na oferta como um todo. O primeiro tema levantado é acerca dos custos do processo de desospitalização, que podem ao mesmo tempo denotar diminuição de custos para o sistema ou para a instituição ou aumentar, transferindo esse custo para o paciente ou seus familiares. Dependerá da ótica em que se vê ou da proporção em que se atua.

Outro ponto de chamada de atenção é para a falta de inserção do tema desospitalização na formação dos vários profissionais da saúde. O ambiente, a relação entre os envolvidos muda totalmente, e os profissionais devem estar preparados para este novo modelo.

Apesar da tendência ir nesta direção do cuidado extra-hospitalar, se vê a abertura de novos leitos e expansões gigantescas de hospitais, trazendo a preocupação talvez para a comercialização sem fundamento ou necessidade, de determinados serviços de saúde, por exemplo, os serviços de diagnóstico.

Apesar de vários paradoxos e pontos de alerta no tema, a possibilidade de redução de custo para o sistema de saúde aponta para sustentabilidade de um serviço de saúde para todos, conforme preconizado no Brasil através do Sistema Único de Saúde, uma vez que dada a escassez de recursos para esta finalidade, aliada com uma demanda crescente e cada vez mais complexa, preocupa os gestores do país de modo generalizado.

Como apontado ao longo deste tópico, o atendimento ao usuário pode ser estendido ao ambiente externo a instituição hospitalar, o que indica a necessidade constante de construção de estratégias de acompanhamento de modo a manter a qualidade dos serviços prestados assegurando a segurança dos pacientes. Entretanto, considerando a escassez de recursos acima prevista, a otimização e aperfeiçoamento dos processos de gestão se torna uma exigência.

9.5 GESTÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

9.5.1 Gestão do Cuidado

O grande desafio de um gestor de saúde, dentre outros, é o de gerir recursos limitados, aspirando à qualidade de vida do usuário, aliado ainda com gestão acurada de recursos, que quer dizer “manejo padronizado por meio de recomendações técnicas custo-efetivas” (SCHOUT, 2018). E acompanhar resultados de perto, bem como olhar para o impacto dessa gestão sobre a saúde da população, é traduzido em tentativa de garantir boas práticas no cuidado ao paciente.

Segundo Schout (2018), as melhorias em saúde devem ser subsidiadas principalmente nos estudos de medicina baseada em evidências, a fim de melhor aplicabilidade de recursos em tratamentos eficazes para o paciente. Esse acompanhamento minucioso depende de registros altamente fidedignos, bem como a maior informatização possível dos prontuários clínicos. Isso produz dados, que geram indicadores de efetividade, que geram ações para melhoria na qualidade e segurança do usuário.

Expectativa de vida da população cresce em ritmo acelerado, no Brasil por exemplo, passa de 66,9 anos em 1991 e já em 2007 essa expectativa passa para 72,5 anos, e esse fenômeno está relacionado com a queda da taxa de mortalidade infantil. Em contrapartida, a fecundidade e a natalidade vêm em ritmo desacelerado, de forma acentuada. E isso exige do sistema de saúde um modelo inovador, contemplando complexidade crescente (SCHOUT, 2018).

Para esse planejamento, a diferença socioeconômica, de grande variabilidade de região para região, deve ser considerada. Cada região do país possui sua própria característica de morbidade incidente, portanto, cada região demandará de estruturas diferenciadas para atender sua deficiência. Um desenho global e padronizado não atenderá a contento a todas as regiões. Além disso, a autora ressalta ainda que é um desafio garantir coordenação e integração entre os três níveis da rede, sendo primária, secundária e terciária, lidando com níveis de responsabilidades diferentes, o que aumenta a necessidade de boa desenvoltura em gestão.

Ainda de acordo com a autora, a preconização dos métodos que tragam custo-efetividade para o sistema de saúde pode ser adquirida, dentre outros, através da aplicação das diretrizes para a prática clínica, que nada mais é que a padronização do conhecimento técnico a ser aplicado na assistência, todos eles baseados em evidência científica. São documentos, que devem ser produzidos com validade máxima de quatro anos, recomendando-se que se use como referências bibliográficas aqueles produzidos por agências governamentais.

Schout (2018) aponta que o próprio Ministério da Saúde, já produziu documentos, apoiados na padronização de tratamentos a determinadas doenças como câncer, AIDS, hepatites e outros. Não chega a ser diretrizes, mas sim protocolos com a intenção de uniformizar o cuidado.

Ressalta-se, portanto, que essas tratativas vêm de encontro ao movimento pela qualidade no atendimento, bem como segurança do paciente, uma vez que normatiza o fluxo de assistência, baseado no custo-efetividade, além de subsidiar a gestão com indicadores e comparabilidade com instituições externas.

Se na rede pública temos os órgãos fiscalizadores que lhe cabem, na rede privada também há que se destacar a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula por meio de várias normativas para operacionalização junto às instituições da rede. Programas de melhorias e qualificação têm desempenhado papel importante na gestão dos modelos assistenciais. O que antes era focado de forma pujante em dados financeiros, passou a avaliar também a qualidade do cuidado ofertado aos seus usuários.

Com isso, desenvolver e aplicar modelos de assistência diferenciados, com adicionais de qualidade, passou a ser diferencial competitivo, por exemplo o caso de hospitais associados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), que passaram a evidenciar melhor seus resultados em serviços, recebendo destaque em relação aos que não o faziam.

Sendo assim, apesar da cadeira toda de saúde ser interessada e necessária à discussões sobre gestão eficiente no cuidado, a estrutura hospitalar é quem arca literalmente com os

dispêndios causados pela falta ou pela má gestão. Hospitais exigem investimentos vultuosos e recursos humanos extremamente capacitados, o que gera um desembolso financeiro muito significativo. Portanto, manter essa máquina funcionando e entregando resultados efetivos é desafiador e necessário. Sem contar que é dali que nascem os dados para geração de indicadores, tanto que a informatização é fator preponderante, segundo Schout e Novaes (2007), ganhando destaque sobretudo no que diz respeito aos prontuários clínicos, exigindo informações casa vez mais precisas e disponíveis.

Portanto, ainda que de forma tímida, percebe-se que, com a participação de várias frentes de interesses, o setor saúde tem se tornado circundado por estratégias que culminam na busca pela melhoria da qualidade em saúde, através de cuidados assistenciais baseados em evidências científicas além da avaliação do custo-efetividade. Dessa forma, usuários ganham em qualidade de vida, através da segurança que lhe é conferida no ato da assistência em saúde, e as instituições prestadoras e fomentadoras de saúde ganham em viabilidade financeira e sustentabilidade como um todo.

Como discorrido ao longo desta sessão, a gestão eficiente possibilita a construção de estratégias aperfeiçoamento no atendimento e na prestação de serviços, no entanto, aspectos relacionados a gestão perpassam um quesito de suma importância para seu sucesso, sendo este o processo decisório. A tomada de correta de decisões por parte do corpo profissional se situa como um quesito essencial para a gestão de recursos, manuseio de materiais, e consequentemente a segurança dos usuários.

9.6 SEGURANÇA DO PACIENTE

9.6.1 Conceito

De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBES) (2015), segurança do paciente é “tudo aquilo que é estudado e aplicado na prática para que os riscos desses danos desnecessários diminuam até um nível aceitável, ou até mesmo que haja eliminação destes riscos”.

De acordo com o Institute of Medicine (2001), segurança do paciente é uma das dimensões da área de qualidade em saúde, as quais são:

- Efetividade do cuidado;
- Segurança do paciente;
- Cuidado centrado no paciente;

- Cuidados prestados no momento certo;
- Eficiência e;
- Equidade.

Segundo Schiesari e Malik (2016), apesar da ênfase mundial ao tema ser recente, encontra-se registros sobre discussões relacionadas desde o início da temática de qualidade em saúde, sobretudo no âmbito da acreditação hospitalar. No final da década de 1990, o aumento de custos relacionados com tratamentos de pacientes que sofreram erros médicos, bem como a visibilidade que a mídia deu ao tema, fez com que as políticas públicas governamentais fornecessem reconhecimento e importância ao assunto.

A magnitude do impacto dos eventos adversos foi confirmada através de duas publicações: Em 1999, através do livro *To err is human: Building a safer health care system*, pelo IOM, e em 2000, o estudo intitulado "*Reducing error, improving safety*", do *British Medical Journal*. O evento adverso, retratado em ambos os estudos, trata-se "do dano causado pela assistência saúde, não relacionado com a doença de base, tendo prolongado o tempo de permanência do paciente ou ainda tendo resultado em incapacidade presente no momento da saída hospitalar" (SCHIESARI; MALIK, 2016).

Os custos relacionados a eventos adversos podem ser de cunho mais objetivos como diárias extras geradas pela internação prolongada, exames extras, medicações extras, mas também com custos mais subjetivos e difíceis de mensurar como condenações de pagamento de indenizações por ações judiciais movidas por usuários afetados.

A repercussão da relevância atribuída ao tema foi acatada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) onde de 2002 a 2004 foi discutido em suas assembleias, lançando então em 2004 a *World Patient Safety Alliance* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), com o objetivo de reduzir ou mitigar os riscos relacionados com os cuidados em saúde através de medidas propostas.

Durante a década o tema foi estudado, levando ao seu amadurecimento, de modo que Schiesari e Malik (2016) avalia que o momento atual é caracterizado ainda como etapa inicial, sendo ainda discutido em contextos diferentes, que deverão ser levados à posterior integração entre eles, tornando isso como objetivo para essa abordagem.

Na atuação da *World Safety Alliance* identificou seis áreas de atuação prioritárias ao combate da infecção nosocomial, que foram transformadas em metas internacionais, que seguem relacionadas no tópico a seguir.

9.6.2 Metas internacionais de segurança ao paciente

De acordo com Brasil (2016), em relatório que trata sobre diretrizes da Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, baseando-se ainda n a portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013, sobre a aprovação dos Protocolos de Segurança do Paciente, as metas internacionais de segurança do paciente, foram desenvolvidas na aliança Mundial para a Segurança do Paciente, entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Joint Commission International (JCI). Tais metas fazem parte de um conjunto de soluções que abordam sobre os maiores riscos, e sua respectiva gravidade, que podem ocorrer durante a prestação de serviço de assistência a um paciente.

De acordo com a Joint Commission International (2006), as metas foram classificas em seis metas internacionais de segurança do paciente, no qual o principal objetivo é evitar danos evitáveis ao paciente, durante sua internação hospitalar, através da melhoria focada em áreas críticas e problemáticas da assistência ao paciente.

As seis metas internacionais, portanto, são:

1. Identificação correta do paciente

Constatar se aquele paciente é o mesmo ao qual se pretende prestar o serviço que foi preparado (cirurgia, medicamentos, exames etc). Tais procedimentos devem ser feitos através de pelo menos dois fatores de conferência: pulseiras, etiquetas, verbalização do nome completo e data de nascimento, dentre outros.

2. Comunicação efetiva

Essa meta prevê que a comunicação deve ser clara, objetiva e efetiva. Usando a padronização como forma a garantir fluidez na comunicação entre colaboradores multiprofissionais, bem como relatos em prontuário e demais documentação do paciente.

3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância

Essa meta trata de ações de melhorias relacionadas à administração de medicações de alta vigilância, que são medicamentos considerado críticos e envolvem maiores riscos relacionados ao paciente, se não administrados corretamente. Ações como criação de barreiras que evitam a similaridade deste medicamento com os demais, na forma de armazenamento, de dispensação e checagem da enfermagem, são desenvolvidas e mantidas para obter êxito nessa meta.

4. Cirurgia Segura – garantia do local correto, do procedimento correto e cirurgia no paciente correto

De modo generalizado, são medidas adotadas para evitar riscos de eventos adversos aos pacientes no seu pré, intra e pós-operatório. Para isso, foi instituído através da portaria º 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013, no anexo III, o protocolo de cirurgia segura, que adota ações voltadas para a identificação correta tanto do paciente, quanto do local a ser operado, além de disponibilidade de estrutura e equipamentos para realizar aquele procedimento, dentre outras ações.

5. Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados assistenciais

Essa é a meta que aborda as ações desenvolvidas a fim de evitar infecções relacionadas à procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes. Nesse contexto a abordagem sobre a higienização das mãos se faz muito presente nas medidas adotadas, uma das principais fontes de prevenção e controle de Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).

6. Reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas

Sendo a queda em paciente hospitalizado um evento adverso, uma das medidas de melhoria relacionada a esse contexto é a avaliação de risco que deve ser encarada como ação para alcance de meta de redução desse tipo de dano ao paciente.

Apesar de ter a implantação recente, os resultados já apurados têm mostrado que instituições de saúde que têm aplicado essas metodologias em sua rotina já conseguiram reduzir significativamente os eventos adversos, recebendo destaque a meta de cirurgia segura que tem mostrado resultados significativos em redução de taxa de mortalidade cirúrgica e complicações além de maior adesão à antibioticoprofilaxia, graças à adoção do *check-list* cirúrgico.

9.6.3 Segurança do Paciente no Brasil

No Brasil, a grande maioria da instituição de protocolos relacionados à segurança do paciente são sustentados pela acreditação hospitalar, em instituições que decidem por isso. O movimento de acreditação no Brasil teve seu início nos anos 2000. Cada órgão acreditador possui seus diferentes manuais, porém, unem-se no que diz respeito à temática de segurança do paciente.

A adesão a esse tipo de programa no Brasil ainda é muito tímida, representando apenas de 3% a 4% dos hospitais brasileiros acreditados, sendo estes concentrados em 75% na região Sudeste. Esse resultado acanhado pode dever-se ao fato do movimento tardio para essa

metodologia, pautado pela falta de resultados evidentes, falta de concorrência interna, custo elevado para o processo de acreditação, dentre outros.

A Rede Sentinela, lançada em 2002, formada por hospitais que trabalham com gerenciamento de riscos, bem como o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa, são iniciativas da ANVISA tanto para busca ativa quanto para notificação de eventos adversos.

O estudo realizado por Mendel *et al*. (2009), foi um dos marcos da discussão do tema segurança do paciente no Brasil, publicado em revista internacional. O estudo foi realizado em três hospitais-escola no Rio de Janeiro, onde apontou para a incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, no qual 66,7% deste eram evitáveis e 48,5% aconteceram no quarto do paciente. Se por um lado o estudo aponta para a falta de segurança no cuidado prestado, por outro lado denota que a aplicação de medidas de prevenção e aplicação de ação correta levaria à resultados positivos no controle de eventos adversos.

Pavão *et al*. (2011) aponta que os estudos relacionados ao tema ainda são muito discretos no Brasil e uma das razões é a baixa qualidade dos registros nos prontuários dos pacientes, que dificulta o estudo da epidemiologia, já que a evidência da assistência prestada é tida num prontuário com registros de qualidade, tornando um instrumento para avaliação do cuidado.

Em 2013, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a Anvisa passa a exigir a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, bem como as notificações de eventos adversos relacionados ao cuidado do paciente. As seis metas internacionais são o bojo para implantação e manutenção desses programas. Assim sendo, tendo traçadas as situações que apontam para risco ao paciente, há então o desenho das estratégias e ações para mitigar tais riscos, em todas as fases do cuidado ao paciente (BRASIL, 2013).

Com o apoio da Anvisa e Ministério da Saúde, a concretização das estratégias sugeridas no que se refere ao tema, houve o fortalecimento e concretização de ações, resultando então em alcance de outros resultados como aumento da discussão entre instituições e profissionais apontando caminhos para o tema; ter o tema integrado nas diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura, para cursos da saúde; dentre outros (SCHIESARI; MALIK, 2016).

9.6.4 Perspectiva da segurança do paciente

De acordo com Schiersari e Malik (2016), quanto maior complexidade dos casos e concentração tecnológica no tratamento, maiores as probabilidades de incidência de eventos adversos sobre o paciente. E em uma perspectiva global, ainda nos encontramos no momento de sensibilização quanto à importância da prevenção e cuidado para evitar eventos adversos. Essa realidade é heterogênea entre os países, ou seja, enquanto uns já trilham esse caminho de forma intensa, outros sequer se mostram sensíveis quanto à importância sobre o tema.

O trabalho da educação continuada se mostra um caminho promissor e indispensável para solidificar as ações voltadas ao tema, sobretudo para sensibilizar os profissionais com mais tempo de serviço e que não foram graduados com a cultura voltada para a segurança do paciente. Ainda que seja tímida, a evolução é demonstrada através do crescente uso de ferramentas de qualidade em saúde, mais instituições fazendo uso da gestão de processos, remetendo à confiabilidade já adotada há anos pelas indústrias de alta performance.

No Brasil, o fortalecimento dado pelos órgãos como Anvisa e Ministério da Saúde tem ajudado a formar um cenário otimista e promissor, conforme já citado, como a própria exigência dos NSP em cada instituição de saúde. No entanto, a OMS agora tem mostrado interesse que o tema seja alastrado para as demais instituições de saúde, não somente os hospitais, mas também a rede de assistência primária.

Um passo importante e que deve ser ainda ser incentivado no Brasil é o envolvimento do paciente e do familiar no seu cuidado, sobretudo no que diz respeito à consciência sobre a sua segurança no tratamento. Esse é um passo, apesar de audacioso, muito promissor.

9.7 CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Fernandes *et al.* (2018) o controle de infecções hospitalares (IH) iniciou em 1847, em Viena, impulsionada pela comprovação da transmissão de infecção através das mãos. Aliado a isso, a descobertas dos antimicrobianos e sua infeliz utilização indiscriminada, leva então à elevação da resistência microbiana, culminando então além da necessidade de instalação de políticas de controle, na demanda por controle de uso de antimicrobianos.

Ainda de acordo com os autores, as IH são causadas por germes típicos de um ambiente hospitalar, que dificilmente se manifestariam em outros lócus. E o uso de antibióticos, muito presente no âmbito hospitalar, é grande contribuinte para este cenário. Ou seja, o uso desses fármacos exerce pressão seletiva na flora natural do paciente, eliminando germes mais “frágeis” que geram espaço para os germes mais resistentes ocuparem. Isso

altera a qualidade da flora do paciente, que passa a ter microrganismos mais resistentes aos antibióticos, levando então às IH.

Haley (1992) afirma que apenas 30% de todas as IH são preveníveis, mas salienta que, com a atuação de comissões no controle dessas malésias, os resultados para a redução são representativos.

Dos tipos de IH mais frequentes, ranqueadas estão a Infecção do Trato Urinário (RTU) em primeiro lugar, seguida da Infecção da Ferida Operatória. Em terceiro lugar aparecem as Infecções do trato respiratório, seguido do quarto lugar as Infecções primárias da corrente sanguínea. Todas elas ligadas, dentre outros fatores desencadeantes, as técnicas invasivas de administração, instrumentações, manuseio dos dispositivos, e até mesmo pela própria patologia instaurada.

Haley (1986) salienta que, apesar de representar de apenas 30% das IH serem preveníveis, se 6% destas forem evitadas, a economia gerada por essa prevenção custeia o dispêndio para manutenção do programa da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) da instituição. Os membros dessas comissões são os vigilantes da epidemiologia de uma instituição de saúde, visto que são os guardiões para que protocolos sejam cumpridos, estando em constantes verificações, garantindo que o uso de antimicrobianos sejam feitos de forma otimizada, prezando sempre para tratamentos com resolução científica comprovada, atentando-se sempre à prática da medicina baseada em evidência.

Os custos gerados pelas IH dividem-se em custos diretos, custos preventivos e custos indiretos e são todos custeados pelos prestadores do serviço da assistência, por financiadores da saúde ou até mesmo próprio paciente, que sofre majoração de mensalidade os que têm planos de saúde, ou através de pagamento de novos impostos criados, ou até mesmo pelo sacrifício da qualidade da saúde pública, em caso de usuários do sistema único de saúde (SUS). E a vigilância para a contenção desses custos é altamente recomendado sobretudo para o Brasil, um país de terceiro mundo, onde a parcela de recursos destinada à saúde é ainda muito discreta em relação à demanda.

9.8 CUSTOS

9.8.1 Custos Diretos

Fernandes *et al*. (2018) apontam que os custos diretos são aqueles gastos destinados a pagar o diagnóstico e tratamento da síndrome adquirida, relacionada à IH. Diárias adicionais,

novos exames, regime de isolamento e materiais e medicamentos adicionais ao tratamento, são exemplos de custos diretos aplicados a pacientes em tratamento por IH.

Esses custos podem ser classificados em retrospectivos, que são aqueles em que o hospital é reembolsado, seja pelo convênio, seja pelo SUS, seja pelo próprio paciente, e em prospectivos é o caso em que há um valor fixo acordado previamente para custear o tratamento. Sendo assim, no caso retrospectivo, tudo que for gasto será reembolsado ao hospital. Já no caso da modalidade prospectiva, a instituição de saúde deverá fazer uma gestão ainda mais elaborada para que o valor recebido seja otimizado, já que, gastando mais ou gastando menos, o hospital receberá por um determinado valor, podendo ter ganhos ou perdas, a depender da demanda de recursos para o tratamento e a otimização realizada.

Dessa forma, é imprescindível que as instituições de saúde deem devida importância e tratativas para essa problemática, considerando que os autores apontam a tendência em pagamentos através da modalidade prospectiva, tanto pelas operadoras de saúde, quanto por tratamentos onde o paciente paga particular, visto que despesas hospitalares sempre foram consideradas dispendiosas, sobretudo para uma população em país de terceiro mundo; considerando ainda que operadoras de saúde tendem a direcionar suas demandas para instituições com proporção positiva em relação a custo-resultado; considerando que os hospitais têm sua margem de ganho concentradas em serviços e não em produtos, quando não há rotatividade de internações, o retorno financeiro para instituições que o visam é diminuído em função dessa permanência evitável do paciente.

Além disso, há que se considerar que tais custos consomem recursos que poderiam estar sendo empregados na assistência primária, na saúde pública, fazendo com que a demanda se concentre mais no tratamento, no caso tratamento de alta complexidade, que é mais dispendioso, tornando além de mais caro, mais ineficaz o programa de saúde.

9.8.2 Custos Preventivos

Já os custos preventivos, como bem sugere o nome, são aqueles gastos destinados a evitar ou diminuir os eventos de IH e, diferentemente dos custos diretos, estes não podem ser repassados aos usuários. E essas intervenções profiláticas são provadas, através de estudos, que os resultados são muito positivos (FERNANDES *et al.*, 2018). E para instituir e manter um programa de controle de IH, a instituição terão gastos como os listados na figura 1 a seguir.

Figura 3 - Custos preventivos

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

No entanto, apesar dos custos preventivos detonarem sentido apenas dispendioso, Haley (1986) menciona que um estudo realizado pelo Projeto SENIC (*Study on the Efficacy of. Nosocomial Infection Control*) realizado em 1983, apontou que a cada um dólar investido em programa de CCIH, evita-se o gasto de quatro dólares de custo direto com tratamento de IH.

Além de evitar o custo direto com IH, outros ganhos são apontados: uso racional do sistema de isolamento, com indicações corretas; uso racional de antimicrobianos; menor índice de contaminação entre colaboradores, diminuindo absenteísmo e gastos com reposição de colaborador por cobertura de atestados, dentre outros.

9.8.3 Custos Indiretos

Os custos indiretos são aqueles ligados às IH porém, não sendo passíveis de identificação direta, são imprevisíveis e difíceis de mensurar. Ações judiciais que condem as instituições de saúde a pagarem indenizações ao usuário é um bom exemplo de custo indireto relacionado a IH. Outro exemplo claro é o serviço de saúde perder um credenciamento junto à alguma operadora de saúde, afetando até sua viabilidade existencial. Além disso, aspectos mais subjetivos como satisfação do cliente, também pode ser considerado um custo indireto

quando um usuário deixa de utilizar um serviço de saúde por não confiar em sua estrutura de biossegurança (FERNANDES *et al*., 2018).

Portanto, prevenir IH vai muito além de tratar apenas sobre custos econômicos, elucida também o viés social, como qualidade de vida do paciente, maior eficiência do sistema de saúde porque, conforme mencionado anteriormente, menor rotatividade de leitos (ocasionado por eventos de IH) gera uma demanda reprimida, onde pessoas deixam de ser assistidas, culminando em menor eficiência do sistema de saúde. Além disso, a prevenção protege a comunidade como um todo das malésias ligadas a IH.

Dito isso, Haley *et al*. (1985) enfatiza que é essencial continuar aliando avaliação econômica à pesquisas em serviços de saúde para a sustentabilidade geral do sistema de saúde.

9.8.4 Uso de antimicrobianos

A racionalização do consumo de antimicrobianos em instituições de saúde é uma exigência através da Portaria do Ministério da Saúde MS 54/96, com a finalidade de que a instituição estabeleça um programa onde sejam estudados e divulgados o padrão microbiológico das IHs, bem como o perfil de sensibilidade os microrganismos instaurados ali. Através dessa análise e monitoramento busca-se atingir melhores resultados e otimização do uso racional desses fármacos.

A CCIH é responsável por fazer interface constante com setores distribuidores desse tipo de item, a farmácia por exemplo, analisando critérios como dosagem, duração do tratamento, interação medicamentosa, custos, prescrições e outros. E para essa interface, o setor de laboratório de análise clínicas também faz grande contribuição para que se alcance o objetivo maior, que é a vigilância quanto ao uso racional dos antibióticos, visto que, resultados confiáveis e em tempo hábil contribuem significativamente para a tomada de decisão da CCIH (FERNANDES *et al*., 2018).

9.8.5 Gerenciamento de risco sanitário hospitalar

Fernandes *et al*. (2018) afirmam que a demanda crescente e contínua pela utilização de produtos de saúde, cada vez mais tecnológicos e as em muitas das vezes com obsolescência acelerada, traz a necessidade de gestão direcionada para esse foco. E é através desse

monitoramento que surgem as notificações de eventos adversos relacionados ao uso desses itens.

Essa vigilância não ocorre somente com o momento anterior à aquisição do produto, mas também um monitoramento na pós-comercialização, observando qualquer alerta de risco que pode causar danos à saúde individual ou coletiva. Para isso, estão englobados todos os produtos sob vigilância sanitária, ou seja, aqueles sujeitos ao registro órgãos de vigilância das esferas federal, estadual ou municipal. Tais produtos são divididos em três grandes grupos: tecno vigilância, farmacovigilância e hemovigilância.

Na tecno vigilância estão os materiais e equipamentos médico-hospitalares, enquanto que na farmacovigilância estão os medicamentos e saneantes hospitalares. Já na hemovigilância estão os componentes de sangues e derivados. Todos esses três sistemas trabalham de forma a organizar, avaliar, alertar sobre efeitos indesejáveis e inesperados da utilização de itens que o compõem, bem como prevenir, reduzir ou minimizar os riscos advindos pelo seu uso. Os três sistemas são preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deve fazer parte da rotina hospitalar no que diz respeito às práticas de prevenção às IHs.

Por fim, Fernandes *et al*. (2018) concluem que um programa de controle de infecção hospitalar além do amparo legal de órgãos fiscalizadores, precisa ter o apoio incondicional da alta diretoria de cada instituição hospitalar pois, é a partir dessa acreditação é que os demais setores responsáveis pelo sistema operacional também enfatizarão na importância dos programas e farão com que os resultados positivos apareçam e permaneçam na instituição, refletindo na comunidade onde essa instituição está inserida, visto que o funcionamento é sistêmico.

9.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o contexto histórico de construção do objeto de estudo é fundamental para que a investigação evidencie suas principais singularidades. Nesse sentido, este estudo versou sobre a constituição do campo da saúde no Brasil, apresentando os principais processos de tranformações. Inicialmente, foram evidenciadas as características da saúde no período colonial, perpassando a transição de regimes e alcançando a fundação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Buscou-se apresentar alguns aspectos da estrutura hospitalar como os custos direto e indireto, segurança do paciente e as principais estruturas dos estabelecimentos. Essa

multiplicidade de setores indica a complexidade do processo decisório que norteia a manutenção da atividade desses espaços. A equipe gestora das instituições está sujeita a um conjunto de princípios éticos, técnicos e normativos que buscam assegurar a integridade dos usuários e ofertar serviços de qualidade aos mesmos.

Sendo assim, nos próximos dois estudos versaremos de forma mais específica sobre o processo decisório, buscando identificar as abordagens dos estudos produzidos nos últimos anos sobre essa temática e localizando qual dos diferentes setores a discussão expressas nestes se detém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. [S/I]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf Acesso em: 03 nov. 2021.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 369, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

BRASIL. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA., p. 1–68, 2016.

FERNANDES, Marcelo Costa, *et al*.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HALEY, RW. The development of infection suvereillance and control programs. *In*: Bennett, JV; Brachman, **PS (ed). *Hospital Infections*.** Boston: Little Brown and Company, 1992, 69.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (São Paulo/SP). **Entenda o que é a segurança do paciente**. 2015. Disponível em: https://abrir.link/EwMb2. Acesso em: 03 out. 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety Goals Created. **Joint Commission Perspectives** 2006; 26(2):8. 20.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, nº 61, v. 27, n. 1 p. 31-42, 2012. Disponível em: https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189 Acesso em: 17 mar. 2022.

PAVÃO, Ana Luiza Braz, *et al*. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 651-661, 2011. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tF95SQRXHW7TGTQ5JskbqpG/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 15 set. 2021.

SCHIESARI, LMC; MALIK, A. M. . Segurança do Paciente. In: VECINA, Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BJLf9fTpw46kJhKhfnZ7Ctx/?lang=pt Acesso em: 10 out. 2021.

VECINA NETO, G.; CRUZ, L.P. Desospitalizacão. In: VECINA, Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VECINA NETO, G.; CASTELLANOS, P. L. . Assistência ambulatorial. In: VECINA, Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

10. ARTIGO II - O PROCESSO DECISÓRIO NO CAMPO DA SAÚDE: uma revisão da literatura brasileira

THE DECISION-MAKING PROCESS IN THE HEALTH FIELD: a review of the brazilian literature

Resumo
O processo decisório no campo da saúde deve ser interpretado a partir de contornos próprios, afinal, relaciona-se diretamente à aspectos éticos e legais de preservação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Isso posto, este estudo possui como principal objetivo identificar o contingente de produções científicas brasileiras publicadas entre os anos de 2016 e agosto de 2021 com temática voltada à decisão em saúde. Sua construção foi norteada pela seguinte questão: qual o atual estado das produções científicas nacionais voltadas à compreensão dos processos decisórios no campo da saúde? Foram selecionados 26 estudos através de um processo de identificação, elegibilidade e inclusão realizado nas bases de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - BDTD e Scientific Electronic Library Online - SciELO. Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: estudos em formato de artigos científicos, dissertações e teses desenvolvidos em território nacional. Obras publicadas no Brasil, mesmo que em outras línguas, também foram incluídas no processo de revisão sistemática. Sendo assim, foram empregados os seguintes critérios de exclusão: trabalhos de formatos diferentes daqueles acima descritos, obras publicadas em outros países e obras publicadas sem parecer de comitê científico qualificado. Por fim, pôde-se constatar que o processo decisório em saúde tem sido analisado sob diversas óticas. Foram identificadas obras produzidas em diversas instituições de ensino superior, em sua maioria públicas.

Palavras-Chave: Decisão em Saúde. Estado da Arte. Revisão Sistemática.

Abstract
The decision-making process in the health field must be interpreted from its own outlines, after all, it is directly related to the ethical and legal aspects of preserving and improving the quality of life of patients. That said, this study has as its main objective to identify the contingent of scientific productions published between the years 2016 and 2020 with thematic focused on health decision-making. Its construction was guided by the following question: what is the current state of national scientific production aimed at understanding decision-making processes in the field of health? Twenty-six studies were selected through a process of identification, eligibility and inclusion carried out in the databases of the Digital Library of Theses and Dissertations - BDTD and Scientific Electronic Library Online - SciELO. The following inclusion criteria were used: studies in the form of scientific articles, dissertations and theses developed in the national territory. Works published in Brazil, even if in other languages, were also included in the systematic review process. Therefore, the following exclusion criteria were used: works of different formats above, published in other countries and works published without the opinion of a qualified scientific committee. Finally, it could be seen that the decision-making process in health was analyzed from different perspectives. Works produced in several higher education institutions, mostly public, were identified.

Keywords: Decision in Health. State of the Art. Systematic Review.

10.1 INTRODUÇÃO

A tomada de decisão no ambiente organizacional deve ser realizada com base em princípios de racionalidade, cientificidade e liderança. O processo decisório deve ser sustentado por dados concretos interligados à qualidade das informações. Moresi (2000), postula que a arquitetura de informação de uma instituição está estruturada da seguinte forma: Informação institucional; Informação intermediária; Informação operacional.

A Informação institucional é um eixo voltado ao departamento de direção da empresa que possibilita a identificação do desempenho, aperfeiçoamento do planejamento e a tomada assertiva de decisões. A Informação intermediária está voltada ao corpo gerencial e permite avaliar os processos, planejamento e desempenho desse setor. Já a Informação operacional está voltada à chefia de setores e seções, também possibilitando a análise do desempenho e construção de um planejamento compatível com a realidade da instituição (MORESI, 2000).

No campo da saúde a tomada de decisão deve ser realizada de forma estritamente criteriosa, afinal, envolve aspectos éticos e legais de preservação da integridade física e psicológica do público assistido. Assim, jornadas exaustivas de trabalho, ausência de um nome de liderança, ambientes de atuação desordenados, dentre outros aspectos, são fatores que influenciam diretamente a qualidade da comunicação, e consequentemente, do processo decisório.

Considerando as especificidades do campo da saúde, este estudo possui como principal objetivo identificar o contingente de produções científicas brasileiras publicadas entre os anos de 2016 e agosto de 2021 com temática voltada à decisão em saúde. Sua construção foi norteada pela seguinte questão: qual o atual estado das produções científicas nacionais voltadas à compreensão dos processos decisórios no campo da saúde?

Foram incluídos 26 estudos através de um processo de identificação, seleção e inclusão realizado nas bases de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - BDTD e Scientific Electronic Library Online - SciELO. Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: estudos em formato de artigos científicos, dissertações e teses desenvolvidos em território nacional. Obras publicadas no Brasil, mesmo em outras línguas, também foram incluídas no processo de revisão sistemática.

A seleção destes formatos se justifica por sua maior disponibilidade no ambiente digital, afinal, monografias, livros, anais de eventos, dentre outros formatos nem sempre são indexados em bases de dados digitais. Buscou-se incluir estudos que abordam a decisão em saúde como principal objeto de pesquisa. Sendo assim, foram empregados os seguintes

critérios de exclusão: trabalhos de formatos diferentes daqueles acima descritos, obras publicadas em outros países e obras publicadas sem parecer de comitê científico qualificado.

Como resultados, pôde-se constatar que as pesquisas sobre o processo decisório no campo da saúde produzidas no período aqui delimitado apresentam diferentes recortes de análise. Alguns estudos dedicaram-se a compreensão do processo decisório com relação as políticas públicas de manutenção dos estabelecimentos de saúde, enquanto outras obras atentaram-se a uma perspectiva micro, enfocando aspectos relacionados a qualidade dos serviços ofertados aos usuários e às configurações internas do ambiente profissional hospitalar.

10.2 METODOLOGIA

Para a construção deste estudo, cujo objetivo consistiu na análise de conjunto de produções referentes a decisão em saúde, fez-se uso da prática baseada em evidências pautada na utilização de dados empíricos. Como destaca Head (2008), as informações expressas em evidências científicas dispõe de uma seara de informações qualitativamente positivas, possibilitando assim a construção de processos comparativos e analíticos sobre seu conteúdo. A identificação do nível de evidência de determinados recortes temáticos permite a projeção de lacunas investigativas, contribuindo com a construção de pesquisas futuras.

Tratando-se de um estudo do tipo revisão sistemática de literatura, esta pesquisa possui como objeto os dados contidos em produções brasileiras de caráter científico desenvolvidas entre os anos de 2016 a agosto de 2021, referentes ao processo decisório no campo a saúde. Como apontam Sampaio e Mancini (2006), a revisão sistemática pode contribuir no processo de integração de abordagens e informações de um compilado de pesquisas, cujos resultados podem apresentar percepções coincidentes ou conflitantes.

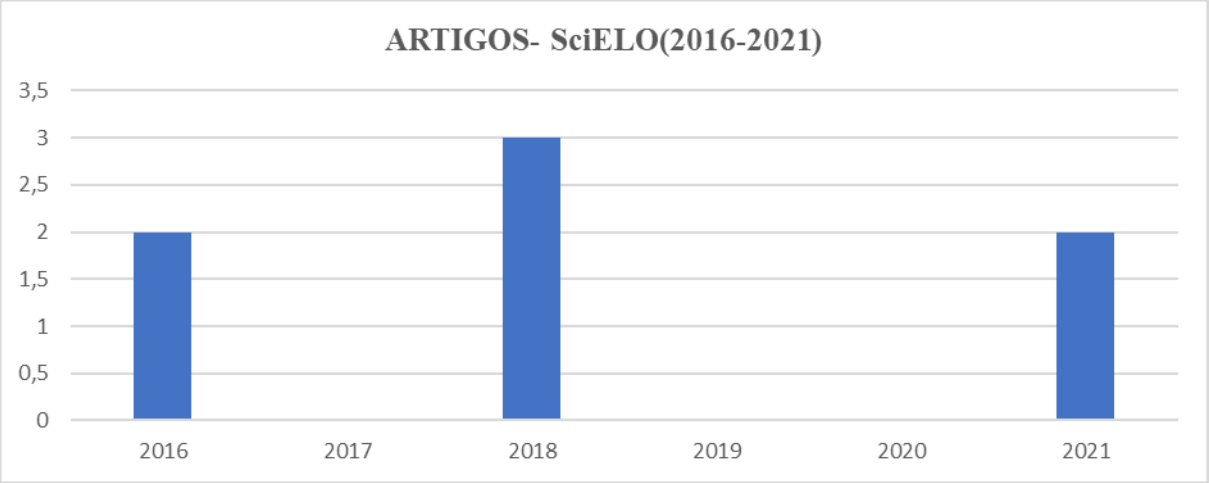
Além deste fator de análise comparativa e sistematização informativa, este método também permite a identificação de temáticas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras. O processo de desenvolvimento desse tipo de estudo consiste na caracterização individualizada das fontes (estudos) a fim de avaliar o todo em perspectiva qualitativa e caracterizar cada estudo, extraindo conceitos chave e interpretando resultados e conclusões (SAMPAIO, MANCINI, 2007).

Considerando que as obras contidas nas bases de dados listadas possuem caráter de livre acesso, não foi necessário encaminhar quaisquer tipos de solicitação ou autorização de acesso às organizações nas quais foram produzidas tais pesquisas. Com relação à submissão

da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Catalão-UFCAT, segundo a Resolução CNS Nº 510/16, pesquisas que envolvam consulta em arquivos institucionais, dados de domínio público e/ou pesquisa bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não há necessidade de submissão para apreciação

O processo de coleta de fontes foi desenvolvido a partir de bases de dados como a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações- BDTD e *Scientific Electronic Library Online-SciELO.* Apenas artigos científicos, dissertações e teses foram incluídos nesta pesquisa. A seleção destes formatos se justifica por sua maior disponibilidade no ambiente digital. A seleção dos estudos ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2021. Para a identificação das obras nas bases de dados supracitadas, foram utilizados os descritores "decisão em saúde" *and* "processo decisório na saúde".

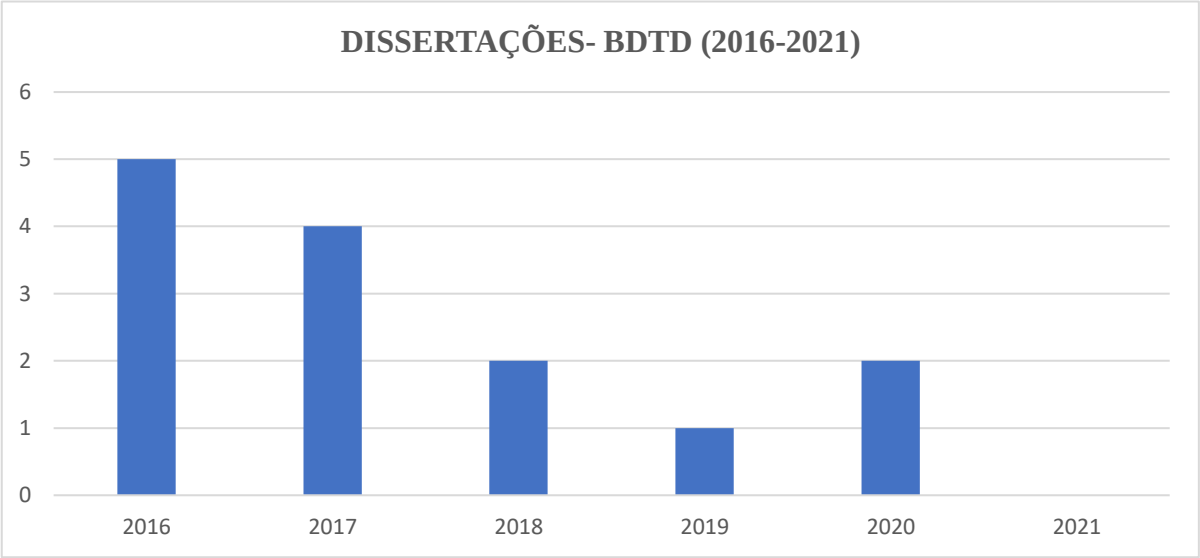
Gráfico 1: Artigos Científicos SciELO (2016-2021)



Fonte: elaborado pela autora (2021).

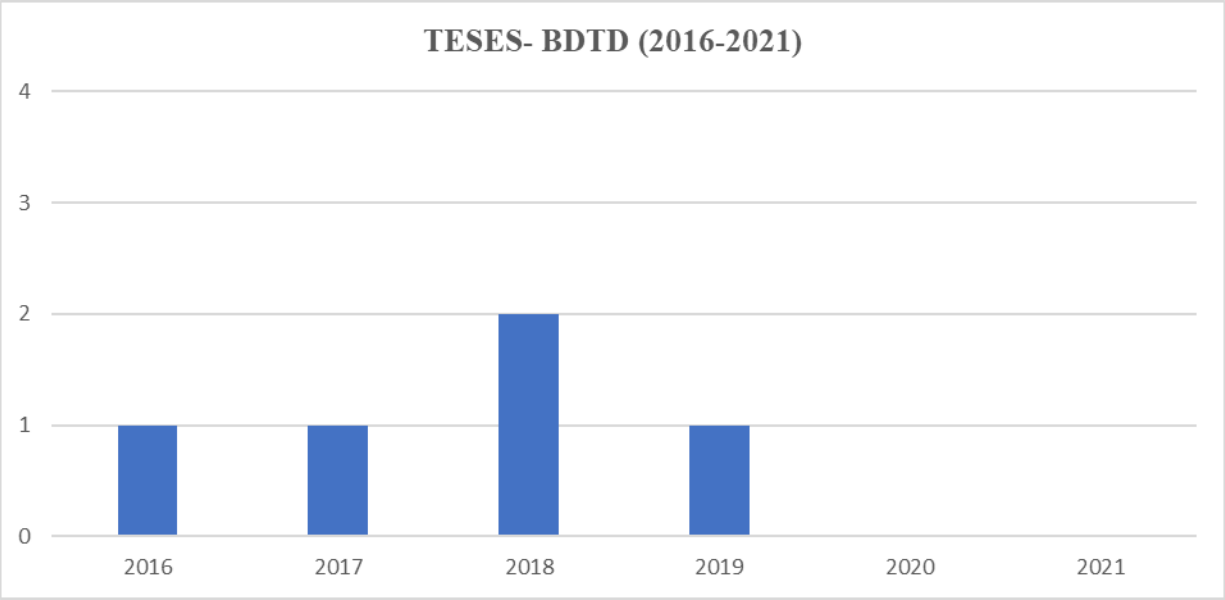
Os dados acima indicam que em alguns períodos (2017, 2019 e 2020) o número de publicações de artigos na plataforma *Scielo* foi zero. Já os anos de 2016, 2018, e 2021 apresentam 02,03,02 estudos, respectivamente. Considerando que apenas os estudos produzidos até o mês de agosto de 2021 foram incluídos nesta revisão sistemática, supõe-se que outras obras tenham sido publicadas durante os meses posteriores desse ano. O recorte não foi ampliado devido a indisponibilidade de tempo.

Gráfico 2- Dissertações- BDTD (2016-2021)



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Gráfico 3- Teses- BDTD (2016-2021)



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Com relação as dissertações incluídas, percebe-se uma curva decrescente entre os anos de 2016 a 2019, no entanto, o ano de 2020 volta a apresentar um crescimento da publicação de estudos sobre a temática do processo decisório no campo da saúde. Já os índices de publicação de teses apresentam certa linearidade entre os anos de 2016 a 2019, com uma leve

elevação da curva em 2018. A falta de estudos no ano de 2021 pode ser justificada pelo recorte temporal delimitado.

Sobre o contexto e espaço de produção, os artigos advém de revistas e periódicos nacionais com temática relacionada a Gestão, Saúde Coletiva e Administração, e as teses e dissertações de programas de pós graduação da área da Enfermagem, Engenharias, Direito, Gestão, Informática e Saúde Coletiva. As instituições de produção são, em sua maioria, públicas, situadas nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste.

Na sessão abaixo serão apresentados os principais aspectos das obras coletadas, bem como as aproximações entre as diferentes discussões. Com base na leitura dos textos, pôde-se evidenciar o largo emprego das tecnologias nos percursos de pesquisa, reafirmando a relação indissociável entre o processo decisório e a qualidade das informações.

10.3 REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA

A literatura brasileira relativa ao processo decisório no campo da saúde apresenta diferentes espaços e contextos de investigação. Enquanto alguns estudos dedicam-se a compreensão das decisões emitidas pelo corpo gestor das instituições, outros voltam-se ao entendimento do processo decisório do cotidiano hospitalar, das bases judiciais que regulamentam os sistemas de saúde, a disponibilização de recursos para os estabelecimentos, dentre outros recortes temáticos.

Entre os anos de 2016 a 2021, autores como Stephan *et al* (2018), Souza (2018), Costa Filho *et al* (2021), e outros, desenvolveram investigações instrumentalizadas por aparatos tecnológicos com enfoque na compreensão de diferentes aspectos decisórios do campo da saúde. No estudo de Stephan *et al* (2018), foi construído um aplicativo móvel para suporte à decisão compartilhada na profilaxia tromboembólica em fibrilação atrial. De acordo com os autores, a fibrilação atrial é um dos principais causadores de acidentes vasculares cerebrais, e sua prevenção pode ser realizada através da anticoagulação oral, um procedimento ainda pouco utilizado (STEPHAN, *et al*, 2018).

O aplicativo foi desenvolvido por uma equipe composta por um cardiologista, um eletrofisiologista, um desenvolvedor de software e uma designer. O público alvo do processo de intervenção compôs-se de pacientes identificados com fibrilação atrial no ambulatório de anticoagulação do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre em 2016. Em uma versão ainda em desenvolvimento, foram examinados 10 pacientes, e após os ajustes necessários, fez-se o

teste com 20 pacientes. Após os testes, constatou-se que “A maioria dos pacientes acreditava ter um risco de AVC menor do que o calculado e um terço acreditava ter um risco de sangramento com o uso de ACO maior do que o calculado” (STEPHAN, *et al*, 2018, p. 13). Assim, o uso do aplicativo desenvolvido permitiu com que o público atendido obtivesse maior grau de discernimento sobre a situação. Além disso, os resultados obtidos apontam benefícios aos pacientes provenientes de extratos sociais mais vulneráveis, contribuindo com um processo decisório livre de conflitos significativos. No entanto, a compreensão dos riscos de Acidente Vascular Cerebral e sangramento não foi alterada pelo uso do aplicativo (STEPHAN, *et al*, 2018).

Também pautado na ideia das tecnologias enquanto recursos benéficos ao processo decisório, Souza (2018), buscou desenvolver uma metodologia de apoio a decisão clínica através da junção de duas abordagens da Inteligência Artificial: Representação do Conhecimento por meio de Ontologias e o tratamento de informações incompletas por meio do uso de Redes Bayesianas (RBs). A avaliação da metodologia criada foi realizada através de sua aplicação a uma ontologia sobre a Doença Renal Crônica (DRC), a partir da qual foi construída uma RB. As probabilidades da metodologia foram obtidas por meio da utilização de casos reais de um repositório de dados de pacientes de um estabelecimento de saúde localizado no Estado da Paraíba. Para esse processo foram empregadas as seguintes técnicas: especificação direta de probabilidade, probabilidade marginal e probabilidade condicional (SOUZA, 2018).

Por fim, o autor pôde identificar a construção de novos conhecimentos a partir de informações já existentes. “A rede gerada possibilitou ainda a extração de conhecimento probabilístico de uma ontologia pelo uso da RB, possibilitando a obtenção de conhecimentos não fornecidos pela ontologia devido a informações inexistentes e/ou incertas” (SOUZA, 2018, p. 09). Assim, percebe-se que os estudos de Stephan *et al* (2018) e Souza (2018), além de estabelecer um padrão de análise dos fatores determinantes do processo decisório, produziram um aparato capaz de contribuir com esse processo.

Na pesquisa transversal e retrospectiva de Paes (2019), seguindo uma direção semelhante aos estudos anteriormente descritos, foi desenvolvido um aplicativo de apoio à tomada de decisão para profilaxia da raiva humana. Para elaboração dos scripts de conduta, foram analisados dados secundários de 1253 fichas de notificação de atendimento antirrábico humano arquivadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação de um município do Estado de São Paulo em 2017. Com a análise dos dados, pôde-se constatar que 171 (13,6%) apresentaram conduta inadequada de tratamento profilático. Como forma de

prevenção e orientação das condutas, o aplicativo desenvolvido traz informações relativas a classificação do atendimento antirrábico humano, em que o profissional seleciona as opções de acordo com as informações fornecidas pelo usuário e, assim recebe a conduta ideal a ser desempenhada.

Costa Filho *et al* (2021), apresentam a trajetória de evolução do GISSA®, uma ferramenta de apoio a tomada de decisão que apoia a Estratégia de Saúde da Família na região nordeste do Brasil. Esse estudo, do tipo descritivo e exploratório, fez uso de fontes secundárias dos seguintes órgãos: IBGE, INMET, SINAN, SIM e SINASC. Trata-se de uma análise quantitativa norteada pelos modelos de aprendizagem de máquina aplicados na criação de microserviços em saúde digital. Com o enfoque na apresentação da ferramenta, a pesquisa demonstrou que a mesma exerce um importante papel na tomada de decisão de gestores municipais de saúde, contribuindo assim com o desenvolvimento desse campo. Assim, é possível afirmar que instrumentos produzidos a partir da análise do processo decisório tem trazido resultados de longo prazo, possibilitando a construção de investigações sobre os efeitos da sua inserção em estabelecimentos de saúde.

Em perspectiva semelhante à dos estudos supracitados, Lima *et al* (2021), buscaram desenvolver um modelo de atribuição de prioridade a municípios para a vigilância da doença de Chagas crônica, a fim de ofertar cuidado integral às pessoas afetadas pela doença. A investigação foi pautada em uma análise multicritério com o emprego do algoritmo PROMETHEÉ II implementado no software Pradin. Os autores definiram três índices elaborados com base em indicadores: (a) epidemiológicos diretamente relacionados à doença de Chagas crônica, (b) decorrentes da evolução da doença de Chagas crônica, e (c) relacionados ao acesso aos serviços de saúde. A consistência dos modelos produzidos foi medida através de um processo comparativo com dados de áreas afetadas pela endemia. Por fim, chegou-se ao modelo que define 1.345 municípios como sendo de média prioridade, 1.003 de alta prioridade e 601 de altíssima prioridade para doença de Chagas crônica. Os municípios, em maiores proporções, estão situados nas regiões Sudeste e Nordeste. A identificação dos níveis de prioridade possibilita a aplicação mais racionalizada dos recursos, contribuindo assim com um processo decisório voltado a assistência integral dos indivíduos (LIMA, *et al*, 2021).

Partindo de uma perspectiva micro, o estudo de Alecrim (2020), traz a tona uma discussão importante para o atual contexto social, abordando a incidência de partos cesarianos no Brasil. De acordo com o autor, cerca de 50% dos partos realizados no país não são realizados de forma natural (via vaginal). Através da coleta de dados com acadêmicas de

cursos da área de saúde da Universidade de Rio Verde/GO em conjunto com a abordagem quantitativa, constatou-se que parte significativa das estudantes preferem o parto não natural.

Ao empregar a abordagem qualitativa para compreensão dos fatores que levaram as estudantes a esta preferência, constatou-se que a falta de informações sobre as caracteristicas, benefícios e malefícios de ambas as possibilidades de parto são determinantes para a escolha da opção não natural. Além disso, a socialização de experiências entre pessoas próximas reforça um conjunto de estereótipos acerca do parto natural, caracterizando-o como doloroso e complexo. Assim, constatou-se a necessidade de promover a divulgação de informações que concedam maior liberdade reprodutiva às mulheres, que por muitas vezes optam por uma modalidade de parto que não representa seus reais anseios (ALECRIM, 2020). Esse estudo exemplifica o significativo impacto de agentes históricos e culturais na tomada de decisão, uma vez que estes estabelecem um padrão ideal de escolha, que se aplica até mesmo aos procedimentos mais íntimos dos sujeitos.

Com um olhar distinto dos estudos anteriores, Soares *et al* (2016) elaboraram uma análise do processo decisório de municípios de Santa Catarina relativo aos orçamentos despendidos com o campo da saúde. Este estudo pautou-se na teoria dos lugares centrais, que postula a ideia de que os municípios centrais e periféricos estabelecem relações verticalizadas e de dependência entre si. Segundo essa teoria, o investimento em determinados setores de empreendimento apenas são viáveis se houver um número suficiente de usuários, ou seja, se o número mínimo de usuários é maior que a população de determinada cidade, esta torna-se incompatível com o empreendimento: “[...] cidades com populações pequenas podem não ter determinados serviços e necessitem recorrer aos seus vizinhos (SOARES, *et al*, 2016, p. 567).

De acordo com os autores, esse estudo surge como uma possibilidade de ampliação do campo de análise do setor de investimentos na saúde, afinal, a maior parte dos estudos até então existentes voltaram-se ao entendimento das relações entre estabelecimentos de uma mesma esfera (interação horizontal), e a partir de então partem para a interação entre esferas diferentes (interação vertical). Sendo assim, buscou-se responder a seguinte questão: há diferença entre a influência da centralidade nos padrões de interdependência espacial de gastos públicos em saúde mais específicos e menos específicos para os municípios catarinenses no ano de 2010? (SOARES, *et al*, 2016).

Para a solução do questionamento, foram coletados dados relativos aos gastos *per capita* na função saúde, números de estudos já produzidos e os gastos nas subfunções de Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial. A análise dos dados foi pautada na Estatística I de Moran que permite a identificação de padrões de relações espaciais entre os

municípios. Através dos resultados os autores identificaram que a localização espacial dos municípios, bem como a centralidade são fatores determinantes do estabelecimento de relações de dependência entre os mesmos. No caso dos municípios periféricos, quanto maior o grau de dependência maiores são os gastos despendidos com o campo da saúde. Por fim, considerando as limitações geográficas da investigação, indica-se que o processo eleitoral também gera efeitos às decisões sobre os fundos concedidos ao campo da saúde (SOARES, *et al*, 2016).

Trotta *et al* (2016), através de um estudo transversal desenvolvido em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público universitário, buscou analisar as percepções de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com relação a tomada de decisão sobre a limitação de suporte de vida, em pacientes pediátricos em estado terminal. A amostra do estudo foi composta por 25/40 (62,5%) médicos, 10/17 (58,8%) enfermeiros e 41/60 (68,3%) técnicos de enfermagem, o que representou 65% dos profissionais elegíveis.

Para coleta de dados foi empregado o instrumento Escala de Voz derivada da *MacArthur Admission Experience Survey*, composto por três alternativas afirmativas. Através da análise individual das afirmativas, constatou-se que os médicos possuem a voz predominante em meio aos demais profissionais, o que indica que o cotidiano decisório do estabelecimento analisado ainda encontra-se pautado em uma perspectiva paternalista em que o empregado de maior patente estabelece os critérios de escolha e emissão de decisões. A falta de integração de processos decisórios de outras instituições de saúde traz limitações ao estudo, uma vez que seus resultados não permitem a construção de generalizações dentro do campo (TROTTA, *et al*, 2016). A pesquisa exploratória de Sá (2017), também apresenta uma proposta voltada ao público pediátrico. Nesse estudo, a autora apresenta a construção de um Inventário para avaliação de Depressão em Crianças. A amostra para composição do inventário possui 211 crianças e a análise dos dados baseou-se na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta.

Becker *et al* (2018), desenvolveram uma investigação voltada para a compreensão do emprego das etapas da tomada de decisões baseada em evidências para implementação de programas de promoção da atividade física. Esse estudo, de caráter descritivo, transversal e pautado na abordagem quali-quantitativa, foi desenvolvido junto a 27 secretários municipais de saúde de regionais de saúde do Paraná. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas compostas por 17 questões discursivas.

Os resultados da análise das entrevistas indicam que nenhum dos secretários envolvidos fez uso de todas as etapas do modelo de tomada de decisões baseada em

evidências. As etapas mais mencionadas foram: “[...] avaliação do programa (33,3%), uso de evidências da literatura (22,2%) e identificação do problema (22,2%). As etapas menos reportadas foram: quantificação do problema (14,8%), desenvolvimento e priorização de ações (14,8%), desenvolvimento do plano de ação (14,8%) e avaliação da comunidade (3,7%)” (BECKER, *et al*, 2018, p. 01). Os dados obtidos apontam que a tomada de decisões baseada em evidências no contexto da promoção da atividade física é pouco incidente entre os secretários participantes. Nesse sentido, faz-se necessário promover ações formativas junto a esses agentes para a tomada de decisões que ampliem a promoção da atividade física (BECKER, *et al*, 2018, p. 01).

Souza e Souza (2018), através do estudo intitulado *Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde*, buscaram analisar o processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS relativo a incorporação de medicamentos a este sistema. O estudo pautou-se em uma análise das decisões tomadas no período de 2010 a 2015, e os dados foram obtidos através de instrumentos múltiplos (SOUZA; SOUZA, 2018).

Através da análise dos dados coletados pôde-se identificar os três principais tipos de racionalidades nos quais as decisões da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS foram pautadas: a racionalidade técnico-sanitária, a racionalidade econômica e a racionalidade política. Percebeu-se que a racionalidade técnico-sanitária possui maior legitimidade em âmbito jurídico (SOUZA; SOUZA, 2018). Nesse sentido, percebe-se que as principais esferas sociais travam embates para estabelecer a dominação do processo decisório no campo da saúde.

Cunha (2016), através de um estudo de caso, buscou compreender as experiências da tomada de decisão de gestores no contexto de Unidades de Atendimento Imediato. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Atendimento Integrado - UAI localizada no Estado de Minas Gerais. A amostra foi composta pelos seguintes agentes do estabelecimento: gerentes; secretários; coordenadores. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e, empregando a análise de conteúdo de Bardin (2011) o autor pôde identificar que a construção de estratégias para a tomada de decisão são pautadas nos seguintes momentos: verificação do problema, escuta dos envolvidos, avaliação dos argumentos, implementação de ações que solucionem a situação, dentre outras variáveis. Além disso, pôde-se identificar que a comunicação e o ambiente de trabalho também são determinantes do processo decisório.

O trabalho de Becker (2016), de caráter transversal e quanti-qualitativo, objetivou analisar o uso de Tomadas de Decisão Baseada em Evidências – TDBE para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física. A amostra foi composta por 182 Secretários Municipais de Saúde do Paraná. Os resultados do estudo indicam que 40% dos secretários entrevistados possuem incertezas na tomada de decisões. Além das questões pessoais, a falta de recursos destinados aos estabelecimentos de saúde apresenta-se enquanto um fator determinante, dado que fatores externos/estruturais geram efeitos sobre a estrutura decisória. Outros fatores também foram mencionados pelos entrevistados, como a falta de qualificação profissional e a indisponibilidade de tempo. O autor propõe o desenvolvimento de ações de capacitação dos profissionais "[...] através de cursos de capacitação técnica a partir do conceito de saúde pública e tomada de decisão baseadas em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção de atividade física" (BECKER, 2016, p. 98). Assim, Becker (2016), apresenta uma associação entre as teorias desenvolvidas no campo acadêmico e o campo cotidiano da saúde.

A investigação teórica de Pereira (2016), apresenta uma discussão sobre os critérios bioéticos de decisão que poderiam ser empregados pelos médicos reguladores em contextos de indisponibilidade ou escassez de recursos. Fazendo uso da revisão bibliográfica e da análise documental, buscou-se apresentar o processo de implementação da Regulação e a emergência do Complexo Regulador no Brasil e no Município do Rio de Janeiro. O autor efetuou a análise pautada no Principialismo e Utilitarismo. Os resultados do estudo indicam que a Regulação ainda não assegura o acesso igualitários dos serviços públicos de saúde. Além disso, a escassez de verbas destinadas aos estabelecimentos gera dilemas no processo de regulação, retardando o alcance de sua estabilidade. Clarificando alguns pontos discursivos de Pereira (2016), Globekner (2019), apresenta a escassez de referências aos aspectos éticos e bioéticos subjacentes a decisões no campo da saúde. Fundamentado nos princípios da prescritividade e da universalizabilidade de Richard Hare.

Francisco (2017), buscou analisar a aplicação dos métodos de Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS na tomada de decisão em hospitais associados a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados, o autor realizou entrevistas com gestores de 11 núcleos de ATS. Os resultados apontam que a ATS ainda é pouco aplicada no processo decisório em hospitais e, para além disso, o sucesso dos NATS para a implementação de tecnologias em saúde depende de uma série de fatores dependentes.

Santos (2017), propôs um modelo baseado na abordagem multicritério que contribua com a construção de ações e políticas públicas de saúde, bem como com tomada de decisão. Os resultados indicaram que as regiões Sudeste e Centro-Oeste admitem uma conjuntura global mais favorável de indicadores, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam um panorama inverso. Com o estabelecimento de indicadores conjunturais, o processo de tomada de decisão pode ser beneficiado. Também partindo da relação entre o Estado e o campo da saúde, Nobre (2016), propõe a implementação de um atuar mais dialógico da jurisdição, afirmando a necessidade de relações mais estreitas entre as diferentes esferas regulamentadoras do campo da saúde em apoio a tomada de decisões.

O estudo de caso de Nicolau (2017), enfatizou a importância da qualidade do sistema de informação contábil para o processo de tomada de decisão. Com base no processo de obtenção e análise dos dados, percebeu-se a importancia do conhecimento gerencial dos gestores para tratar dos temas delicados comuns no setor de saúde. Assim, é reforçada a predominância da qualidade das informações e das relações entre os sujeitos enquanto fatores determinantes do processo decisório no campo da saúde.

Os estudos de Cavalcante (2018) e Hugo (2020) apresentam a construção de plataformas e ferramentas para otimização da qualidade das informações e aperfeiçoamento do processo decisório em saúde. Cavalcante (2018), também direcionado a análise de aspectos específicos do sistema de saúde pública do Brasil, apresenta os efeitos da descentralização dos atendimentos dos pacientes e da irregularidade da geração de prontuários eletrônicos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com o autor, a emissão de uma quantidade excessiva de informações gerenciais traz impactos negativos a tomada de decisões. Considerando essa problemática, o autor propõe um sistema cognitivo, integrado em uma plataforma de informações que gera prontuários assertivos que contribuam tanto com a orientação e assistência médica, quanto com a tomada de decisão dos gestores públicos municipais. Já Hugo (2020), considerando que os estabelecimentos hospitalares estão entre os principais geradores de resíduos infecciosos e não infecciosos, propõe a criação de ferramentas que auxiliem os estabelecimentos a avaliarem a Gestão dos Resíduos do Serviço de Saúde (GRSS). Holmes (2016), em perspectiva semelhante, buscou aperfeiçoar o cenário de dificuldades para com o uso dos dados e informações coletadas com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). No entanto, o autor indica que as fichas dos pacientes anexas ao sistema SUS pouco são utilizadas pelos profissionais da saúde no processo de tomada de decisões.

A tese de Queiroz (2016), embora não se atente especificamente ao processo decisório do cotidiano dos estabelecimentos de saúde, traz importantes colocações sobre a ausência de avaliações de resultados em políticas públicas de fomento ao desenvolvimento científico desse campo através da análise do caso do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde - PPSUS. O autor buscou identificar e interpretar as decisões sobre a avaliação dos resultados do PPSUS com relação a institucionalidade entre o período de 2003 a 2010. "A investigação revelou que as regras, as normas e as estratégias que orientaram a formulação e a implementação do PPSUS permitem situá-lo como um programa institucionalizado, sem que esta institucionalização tenha contribuído para a implementação de avaliações de resultados" (QUEIROZ, 2016, p. 05). Os resultados obtidos indicam uma influência do modelo *knowledge-driven* sobre o desenho programático do PPSUS. Além disso, a diversidade cultural presente nos contextos de implementação do PPSUS e as dificuldades de aproximação entre gestores e o campo científico foram fatores que emergiram ao longo do processo de pesquisa.

Braga (2017), através da construção de um estudo de caso, buscou descrever, analisar e refletir sobre aspectos da atuação do enfermeiro de rede básica de saúde relacionados ao processo de tomada de decisão. A amostra do estudo foi composta por 12 enfermeiros da rede básica de saúde de um município do Rio de Janeiro e a análise dos dados foi fundamentada nas ideias de Donald Schön. A partir da análise, pôde-se evidenciar que o processo decisório do enfermeiro fundamenta-se na experiência e na percepção associada com as condições e características do processo laboral, podendo apresentar diferentes variáveis quando realizado em contextos diversos.

No estudo de Pereira (2018), foi desenvolvido um *framework* de reavaliação de tecnologias em saúde (RTS) para ser testado e aplicado no Sistema Único de Saúde. A pesquisa fez uso do método documental, de caráter descritivo e retrospectivo, pautado na abordagem semi-qualitativa. O *framework* de RTS desenvolvido foi composto por: objetivo e tipo de decisão que a ferramenta pretende informar; tecnologias para reavaliação; envolvimento dos *stakeholders*; barreiras e estratégias para implementação; 7 dimensões, 25 critérios e 51 sub-critérios. Além de propiciar a construção de um estudo futuro voltado a análise dos efeitos desse instrumento, o autor buscou estimular o debate sobre possíveis aparatos que beneficiem a qualidade do processo decisório.

A tese de Carvalho (2018), discute sobre a violência no contexto da gestão da saúde. O objetivo traçado consiste na análise da implementação dessa temática na saúde através dos instrumentos de gestão do SUS e da visão dos gestores do DF para tomada de decisão. Fez-se

uso do método documental e da pesquisa de campo, em que foram entrevistados 32 gestores. Os resultados indicam a existência de um histórico de pioneirismo no cuidado às pessoas em situação de violência, porém com frágil articulação entre o que é desenvolvido na rede de atenção e o que foi encontrado nos instrumentos de gestão. Além disso, percebeu-se que o tema da violência vem ampliando seus espaços de discussão.

10.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de identificação, elegibilidade e inclusão de pesquisas nessa revisão sistemática de literatura apresenta um panorama diverso das tendências investigativas do processo decisório realizado no campo da saúde. Os estudos publicados entre o ano de 2016 e agosto de 2021 indicam uma forte associação dos aparatos tecnológicos a tentativa de desenvolvimento de recursos que contribuam com a qualidade das informações no âmbito hospitalar, e consequentemente na tomada de decisão. Costa Filho (2021), Francisco (2017), Nicolau (2017), Paes (2019), Souza e Souza (2018) e Pereira (2018) são alguns dos autores que evidenciam as contribuições de plataformas e softwares enquanto aliados da tomada de decisão.

Critérios e tendências de financiamento da saúde pública, conhecimento da população sobre a probabilidade de ocorrência de acidentes cardíacos, as especificidades da decisão na saúde pediátrica, estratégias bioéticas de atuação de gestores em contextos de escassez de recursos e as especificidades e influências da relação dialógica entre o Estado e o setor jurídico no processo decisório do campo da saúde foram alguns dos recortes identificados através da leitura dos 26 estudos integrados. A decisão baseada em evidências apresenta-se enquanto um dos principais enfoques das investigações, que buscam estabelecer relações pautadas na racionalidade e em dados objetivos como forma de atribuir maior confiabilidade as informações que sustentam as decisões.

Por fim, a multiplicidade de abordagens demandam uma análise e reflexão fundamentada em referencial teórico pertinente, que permitirá o estabelecimento de projeções futuras para o campo dos estudos da decisão no setor da saúde. A realização desse estudo permitirá o preenchimento de algumas lacunas discursivas identificadas ao longo do desenvolvimento da discussão aqui construída.

10.5 REFERÊNCIAS

ALECRIM, Whayne Alves. **Parto normal ou Cesária?**: Preferências e processo de decisão entre acadêmicas da área da saúde na Universidade de Rio Verde- GO. 2020, 64f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/Universidade de Rio Verde - GO, 2020. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/9186/Whayne%20Alves%20Alecrim_.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 01 nov. 2021.

BECKER, Leonardo Augusto. **Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde no Estado do Paraná.** 2016, 116f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Defesa: Curitiba, 2016. Disponível em: http://hdl.handle.net/1884/42455 Acesso em: 31 out. 2021.

BECKER, Leonardo Augusto *et al*. Evidence-based decision making and promotion of physical activity among directors of local health departments. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, n. 90, p. 01-12, 14 nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/qNTyp7VfPY77RpHMhfK64Zj/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 31 out. 2021.

BRAGA, André Luis de Souza. **O cotidiano da prática do enfermeiro de rede básica de saúde**: reflexões/ações sobre a informação para a tomada de decisão. 2017, 198f. (Tese de Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2017. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/4007 Acesso em: 01 nov. 2021.

CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de. **O tema da violência e a tomada de decisão do gestor da saúde: estudo de caso do Distrito Federal**. 2018. 190 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/32383 Acesso em: 01 nov. 2021.

CAVALCANTE, Roberto Carlos Cavalcanti e. **Suporte a decisão em serviços de saúde de cidades inteligentes baseado em prontuários eletrônicos dos pacientes.** 2018. 95 f. Dissertação (Programa Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2550 Acesso em: 01 nov. 2021.

COSTA FILHO, Raimundo Valter *et al*. LARIISA: soluções digitais inteligentes para apoio à tomada de decisão na gestão da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1701-1712, maio 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n5/1701-1712/en. Acesso em: 31 out. 2021.

CUNHA, Simone G. S. **A tomada de decisão de gestores da Atenção Secundária à saúde**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AF5N8F/1/simone_graziele_silva_cunha.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

FRANCISCO, Fernando de Rezende. **Aplicação da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais**. 2017, 89f. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2017. Disponível em: http://hdl.handle.net/10438/18165 Acesso em: 01 nov. 2021.

GLOBEKNER, Osmir Antônio. **A equidade da decisão judicial alocativa em saúde no Brasil à luz da abordagem da capacidade**. 2019. 168 f. Tese (Doutorado em Bioética)— Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/38166 Acesso em: 01 nov. 2021.

HOLMES, Ericka Silva. **Atenção básica como instrumento de apoio à tomada de decisão**: avaliação de profissionais de saúde. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9100 Acesso em: 01 nov. 2021.

HUGO, Andreza de Aguiar. **Modelo de apoio à decisão, para avaliação da logística reversa e gestão de resíduos do serviço de saúde em hospitais**. 2020, 114f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Itajubá, 2020. Disponível em: https://repositorio.unifei.edu.br/jspui/handle/123456789/2150 Acesso em: 01 nov. 2021.

LIMA, Mayara Maia *et al*. Estratificação de territórios prioritários para vigilância da doença de Chagas crônica: análise multicritério para tomada de decisão em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 01-16, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Qj9fN7WYys5ZMSz5T3Z8t5m/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-19652000000100002 Acesso em: 06 dez. 2021.

NICOLAU, Monica B. **Sistema de informação como ferramenta de apoio no processo de tomada de decisão em saúde – um estudo de caso**. 2017, 71f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25591 Acesso em: 01 nov. 2021.

NOBRE, Ticiana Maria Delgado. **A legitimidade e efetividade da decisão judicial concretizadora do direito à saúde no Brasil**: uma abordagem político-jurídica do problema. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24864 Acesso em: 01 nov. 2021.

PAES, Natália de Fátima. **Análise das condutas e desenvolvimento de tecnologia de apoio à tomada de decisão para profilaxia da raiva humana pós-exposição na Rede de Atenção à Saúde**. 2019, 71f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho, 2019. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/181556 Acesso em: 01 nov. 2021.

PEREIRA, Fabiana Pires. **Regulação do sistema único de saúde em contexto de escassez de recursos**: aspectos bioéticos da tomada de decisão médica. 2016, 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói/RJ, 2016. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/4890 Acesso em: 31 out. 2021.

PEREIRA, Viviane Cássia**. Framework de suporte à tomada de decisão no processo de reavaliação das tecnologias em saúde pela Conitec**. 2018. 178 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/34195 Acesso em: 01 nov. 2021.

QUEIROZ, Lúcia de Fatima Nascimento de. **Avaliação de políticas no setor público**: o que explica a decisão de avaliar (ou não) resultados em políticas públicas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde? 2016, 287 f., il. Tese (Doutorado em Administração) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/19872 Acesso em: 01 nov. 2021.

SÁ, Lays Andrade de. **Depressão infantil**: elaboração de um instrumento para avaliação e tomada de decisão em saúde. 2017. 105 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9044?locale=pt_BR Acesso em: 01 nov. 2021.

SAMPAIO, RF; MANCINI, MC . Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioterapia**., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?format=pdf&lang=pt Acesso em:> 30 ago. 2021.

SANTOS, Danielle Freitas. **Modelo multicritério de apoio à decisão na avaliação dos indicadores de risco em saúde**. 2017, 123f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24620 Acesso em: 01 nov. 2021.

SOARES, Robson Fernandes; CLEMENTE, Ademir; FREIRE, Fátima de Souza; SCARPIN, Jorge Eduardo. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, p. 563-586, ago. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/jRLsxMWcdKQcC5FsK4Wn9nN/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUZA, Kleize A. O.; SOUZA, Luis E. P. F. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 48-60,2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B5SF5XcgGVhVznDbNpVpPJQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUZA, Carlos Alberto de. **Uma metodologia para construção de redes bayesianas com base em ontologias de domínio na área da saúde para suporte à decisão clínica**. 2018, 128f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Informática, Universidade

Federal da Paraíba, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14831 Acesso em: 01 nov. 2021.

STEPHAN, Laura Siga *et al*. Oral Anticoagulation in Atrial Fibrillation: development and evaluation of a mobile health application to support shared decision-making. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 110, n. 1, p. 07-15, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/kbdGjyfVVcTXNkxHjKMrCQj/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 31 out. 2021.

TROTTA, Eliana de A. *et al*. Percepção de profissionais de saúde sobre processo de tomada de decisão na assistência pacientes pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 335-340, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/HKJwmnCMHZnXGbDzKNPc79p/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2021.

11. ARTIGO III - DECISÃO EM SAÚDE: reflexões sobre a produção de 2016 a 2021

DECISION IN HEALTH: reflections on production from 2016 to 2021

RESUMO: A produção de estudos voltados a análise do processo decisório no campo da saúde tem crescido substancialmente nos últimos anos, desvelando uma gama de possibilidades e recortes investigativos. Isso posto, este estudo possui como principal objetivo construir um conjunto de reflexões sobre as produções desenvolvidas entre os anos de 2016 e 2021 referentes ao processo decisório no campo da saúde. Foi elencada a seguinte questão norteadora: Considerando as diferentes abordagens expressas nos estudos relativos à decisão em saúde desenvolvidos entre 2016 a 2021, quais aspectos podem ser evidenciados? Sua construção foi norteada pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2011) em perspectiva qualitativa, visto que buscou-se estabelecer um conjunto de hipóteses, identificar lacunas investigativas e apontar novas possibilidades de pesquisa para o campo dos estudos de gestão, mais especificamente o sub campo dos estudos de decisão e suas especificidades. As fontes consistem em 26 estudos obtidos através de um processo de identificação, elegibilidade e inclusão realizado nas bases de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - BDTD e Scientific Electronic Library Online - SciELO. Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: estudos em formato de artigos científicos, dissertações e teses desenvolvidos em território nacional. Obras publicadas no Brasil, mesmo que em outras línguas, também foram incluídas. Sendo assim, foram empregados os seguintes critérios de exclusão: trabalhos de formatos diferentes daqueles acima descritos, obras publicadas em outros países e obras publicadas sem parecer de comitê científico qualificado. Os resultados indicam que a análise da decisão em saúde tem ampliado suas abordagens, atentando-se aos mais diferentes aspectos que compõe esse campo. No entanto, alguns recortes ainda podem ser abordados, como o impacto da formação do profissional em saúde na sua conduta decisória e os efeitos das relações subjetivas dos indivíduos sobre esse processo.
Palavras-Chave: Análise de Conteúdo. Decisão em Saúde. Reflexão sobre a Produção.

ABSTRACT: The production of studies aimed at analyzing the decision-making process in the field of health has grown substantially in recent years, revealing a range of possibilities and investigative approaches. That said, this study has as main objective to build a set of reflections on the productions developed between the years 2016 and 2021 regarding the decision-making process in the health field. The following guiding question was listed: Considering the different approaches expressed in studies related to health decision-making developed between 2016 and 2021, which aspects can be highlighted? Its construction was guided by the content analysis method of Bardin (2011) in a qualitative perspective, since it sought to establish a set of hypotheses, identify investigative gaps and point out new research possibilities for the field of management studies, more specifically the subfield of decision studies and its specificities. The sources consist of 26 studies obtained through a process of identification, eligibility and inclusion carried out in the databases of the Digital Library of Theses and Dissertations - BDTD and Scientific Electronic Library Online - SciELO. The following inclusion criteria were used: studies in the form of scientific articles, dissertations and theses developed in the national territory. Works published in Brazil, even if in other languages, were also included. Therefore, the following exclusion criteria were used: works with formats different from those described above, works published in other countries and works published without the opinion of a qualified scientific committee. The results indicate that health decision analysis has expanded its approaches, paying attention to the most

different aspects that make up this field. However, some aspects can still be addressed, such as the impact of health professionals' training on their decision-making behavior and the effects of individuals' subjective relationships on this process.
Keywords: Content Analysis. Health Decision. Reflection on Production**.**

11.1 INTRODUÇÃO

Os estudos voltados a análise da decisão no campo da saúde tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Como apresentado no artigo anterior, aspectos diversos do processo decisório tem sido alvo de investigação, contribuindo assim com esse campo de pesquisa. A gestão da saúde deve ser desempenhada de modo a otimizar o uso de recursos e aperfeiçoar o nível de qualidade dos serviços disponibilizados aos usuários. Como apontam Tanaka e Tamaki (2012, p. 822), “A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados)”. Pucci e César (2014, p. 01) complementam que a gestão de ambientes hospitalares precisa “[...] maximizar o bem estar coletivo e gerar uma imagem pública de alta reputação em termos de competência técnica, seriedade nos procedimentos e humanização no relacionamento com seus pacientes e famílias [...]”.

Para que a gestão das instituições de saúde ocorra de modo a alcançar os objetivos supracitados, cabe ao corpo gestor emitir decisões pautadas em dados concretos, indicando a importância da qualidade das informações nesse processo. Na tomada de decisão, de acordo com Tanaka e Tamaki (2012, p. 822), “[...] o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos”.

A efetividade dos instrumentos avaliativos aliado as condições de produção e oferta dos serviços são fatores fundamentais para a tomada de decisão assertiva. O processo decisório “[...] é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários” (TANAKA; TAMAKI, 2012, p. 822).

Considerando os aspectos acima citados, este estudo possui como principal objetivo construir um conjunto de reflexões sobre as produções desenvolvidas entre os anos de 2016 e 2021 referentes ao processo decisório no campo da saúde. Foi elencada a seguinte questão norteadora: Considerando as diferentes abordagens expressas nos estudos relativos à decisão

em saúde desenvolvidos entre 2016 a 2021, quais aspectos podem ser evidenciados? As obras foram tratadas com base em alguns princípios da análise de conteúdo de Bardin (2011) em perspectiva qualitativa, visto que buscou-se estabelecer um conjunto de hipóteses, identificar lacunas investigativas e apontar novas possibilidades de pesquisa para o campo dos estudos de gestão, mais especificamente o sub campo dos estudos de decisão e suas especificidades. A reflexão sobre o conteúdo dos estudos foi fundamentada na teoria Howard Rachlin expressa em sua obra *Judment, Decision, and Choice* (1988).

11.2 METODOLOGIA

Segundo Bardin (2011), o conteúdo das produções científicas deve ser analisado em perspectiva micro, visto que é composto por quatro partes distintas, são elas: a histórico-teórica, a prática (análises de entrevistas, de comunicação de massa, de questões abertas e de testes); metodológica (organização, codificação, categorização, inferência e informatização das análises) e analítica (análise categorial, de avaliação, de enunciação, proposicional do discurso, de expressão e das relações). Podemos identificar uma maior preocupação da Análise de Conteúdos com relação a subjetividade existente nos discursos/mensagens. A possibilidade de identificar informações situadas nas entrelinhas das produções certamente oferecerá maiores condições de interpretação da estrutura decisória retratada pelas mesmas.

Os estudos analisados consistem na produção científica desenvolvida entre os anos de 2016 e 2021. O acesso às fontes se deu através das bases de dados *SciELO* e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Apenas artigos científicos, dissertações e teses foram incluídos nesta pesquisa. A seleção destes formatos se justifica por sua maior disponibilidade no ambiente digital e o recorte temporal pela possibilidade de retratar o atual contexto investigativo do campo.

Posteriormente os estudos foram divididos em categorias, que foram definidas com base no recorte de cada obra. Segundo Campos (2004, p. 614), as categorias podem ser caracterizadas grandes enunciados que abarcam um número variável “de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos”.

Na perspectiva da análise do conteúdo de Bardin (2011), as categorias são tidas como classes que sistematizam determinados dados com características em comum. O autor ainda destaca os critérios utilizados para definição das categorias, são eles: (temas), sintático

(verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Esta fase permite a simplificação de um conjunto de informações, permitindo assim uma análise mais detalhada. Destaca-se ainda que a categorização é organizada em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização). Abaixo temos o quadro das categorias identificadas a partir da leitura das obras:

Quadro 1: Categorias definidas através da leitura dos estudos

Tecnologias e qualidade das informações	Análise do meio	Monopólio do processo decisório	Decisão da População
Análise e/ou produção de recursos tecnológicos de apoio a tomada de decisão e otimização da qualidade dos dados.	Compreensão do espaço em que se assenta o campo da saúde, bem como as decisões que o configuram.	Os agentes responsáveis pela emissão de decisões e a sobreposição das percepções de um grupo de profissionais sobre os demais.	Compreensão das decisões da população com relação ao consumo de serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Considerando que as obras contidas nas bases de dados listadas possuem caráter de livre acesso, não será necessário encaminhar quaisquer tipos de solicitação ou autorização de acesso às organizações nas quais foram produzidas tais pesquisas.

Com relação à submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Catalão-UFCAT, segundo a Resolução CNS nº510/16, pesquisas que envolvam consulta em arquivos institucionais, dados de domínio público e/ou pesquisa bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não há necessidade de submissão para apreciação.

Após o processo de sistematização e categorização dos estudos e seus respectivos dados, foram realizadas inferências fundamentadas na teoria decisória desenvolvida por Howard Rachlin em sua obra *Judment, Decision, and Choice* (1988). A aplicação desta teoria possibilitou a identificação de tendências investigativas e argumentativas, contribuindo com o campo dos estudos de gestão por meio da identificação de possíveis concepções e percepções dominantes.

Bardin (2011) aponta que ao se produzir inferências sobre o conteúdo, fazer uso dos polos de comunicação como pontes de orientação é imprescindível. Campos (2004), destaca que produzir inferências não se reduz à produção de suposições subliminares acerca de determinada mensagem, “mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção”

(CAMPOS, 2004, p.612). Cabe ressaltar que o método de Bardin (2011), foi utilizado especialmente como norteador da construção de reflexões e inferências sobre o conteúdo, buscando identificar similitudes e tendências entre suas abordagens.

11.3 REFLETINDO SOBRE A PRODUÇÃO

As 26 obras selecionadas para compor esse estudo apresentam olhares específicos com relação ao campo da decisão, no entanto, alguns pontos como a importância de ambientes de trabalho saudáveis e a qualidade das informações indicam aproximações entre seus conteúdos. Para além disso, percebe-se que os autores dedicam parte da sua atenção à compreensão das especificidades da conjuntura espacial/social na qual as instituições de saúde estão inseridas. Tal preocupação pode ser exemplificada pela abordagem expressa no estudo de Soares, *et al.* (2016), que discorre sobre os efeitos da centralidade municipal no que se refere a decisão governamental sobre a disposição de recursos para o desenvolvimento do campo da saúde. Esse estudo apresenta uma abordagem ampla sobre o processo decisório, discorrendo sobre as particularidades da construção do próprio campo da saúde, sua disposição espacial e as influencias sócio/políticas que influenciam esse processo. Estudos como o de Soares foram agrupados na categoria intitulada “Análise do meio”.

A pesquisa de Soares, *et al.* (2016) permite com que vejamos o fenômeno da escolha em perspectiva macro, afinal, a disposição de recursos responsável por criar teias de dependência entre as municipalidades e, consequentemente entre as instituições, são determinantes na seleção de quais leques de escolhas deverão ser desempenhadas por cada grupo gestor. Afinal, como expresso no texto dos autores, se determinado estabelecimento possui um número de usuários além do que os recursos permitem atender, o processo decisório deverá ser voltado a resolução de tal problema, encaminhando pacientes a outros polos, estabelecendo parcerias com outras instituições públicas e privadas, dentre outras situações.

Assim, a multiplicidade das abordagens permite realizar inferências sobre vários aspectos. Algumas obras que dedicam-se exclusivamente à análise da externalidade, evidenciam um panorama da saúde que compromete o processo decisório. Ambientes desfavoráveis a ocorrência de escolhas assertivas, seja por falta de dados confiáveis ou devido as relações distantes entre o corpo profissional demonstram a necessidade de se ampliar os estudos sobre as entrelinhas desse espaço. Os indivíduos enquanto principais emissores de

escolhas devem ser compreendidos em sua integralidade, e não enquanto instrumentos inertes de decisão.

Rachlin (1988), buscando descontruir a visão de contraposição que se tem sobre as teorias comportamentalista e cognitivista, expressa a necessidade de se reconhecer os processos internos do sujeito, bem como os estímulos externos que transformam e reconfiguram suas condutas perante os fenômenos sociais. De acordo com o autor, ambas teorias são compatíveis com relação à análise da mente humana "[...] compatíveis não só no sentido passivo de que nada visto de um destes pontos de vista pode constituir prova contra o outro, mas também no sentido ativo de que o que é aprendido de um ponto de vista pode melhorar e enriquecer o que é aprendido do outro" (RACHLIN, 1988, p. 05).

Com base nas colocações do autor, é possível identificar que a literatura produzida entre 2016 e 2021 com temática voltada a análise do processo decisório tem se dedicado, majoritariamente, à análise dos espaços materiais nos quais a decisão se manifesta, atentando-se à qualidade das informações e aos instrumentos que viabilizam com que esta seja executada de forma assertiva. No entanto, não seria válida a análise dos processos subjetivos que influenciam a tomada de decisão dos indivíduos? Afinal, estes não possuem estruturas mentais imutáveis, estão suscetíveis aos estímulos do meio, sejam estes advindos do próprio espaço natural ou da troca de experiências com outros indivíduos. Sendo assim, seria possível construir uma análise satisfatória do processo decisório sem que estas duas esferas sejam consideradas? Pode-se afirmar que não.

Do ponto de vista da teoria behaviorista "[...] o guia mais direto para o comportamento atual (dados atuais) consiste em probabilidades objetivas na forma de relações objetivas entre dados, comportamento de escolha e resultados (RAHLIN, 1988, p. 25). Nesse sentido, percebe-se uma atenção maior a concretude das relações estabelecidas entre os dados/sujeito da decisão. No entanto, devemos considerar que o campo da saúde, em particular, lida com fenômenos subjetivos em larga escala, afinal, os serviços ofertados tem como objetivo preservar ou recuperar a integridade existencial de um público, que por muitas vezes carece de decisões que considerem seus anseios.

Pensemos no estudo de Trota, *et al*. (2016), cujo enfoque está na decisão voltada à manutenção dos recursos de suporte à vida. Os dados indicam a existência de uma sobreposição da voz do médico sobre os demais profissionais, sendo assim, esse tipo de fenômeno não estaria desconsiderando a subjetividade cognitiva dos demais envolvidos? A evidenciação dos pareceres dos demais profissionais sobre o processo não permitiria a construção de uma panorama distinto com relação a manutenção do suporte a vida dos

pacientes? Do ponto de vista cognitivista “[...] o guia mais direto para o comportamento atual consiste em probabilidades subjetivas (ou pesos de decisão), ou seja, representações internas de probabilidades objetivas” (RACHLIN, 1988, p. 25). Estudos como o de Trota, *et al*. (2016) foram agrupados na categoria intitulada “Monopólio do processo decisório”.

Estudos como os de Holmes (2016), Nicolau (2017), Cavalcante (2021) e Stephan (2017), voltaram-se ao desenvolvimento de recursos tecnológicos de apoio à tomada da decisão, permitindo o agrupamento destes na categoria intitulada “Tecnologias e qualidade das informações”. Esses estudos possuem uma visão centrada no interior do processo decisório, estabelecendo reflexões sobre as particularidades desse processo quando ocorrido no âmbito de instituições e/ou sistemas de saúde.

Já no estudo de Paes (2019), é enfatizado que, assim como os profissionais das instituições hospitalares, parte da população também carece de dados básicos que contribuiriam com a identificação de problemas do dia-a-dia relativos a saúde. Quando comparado aos estudos selecionados, a pesquisa da autora apresenta uma abordagem distinta, voltando-se a compreensão do efeito da qualidade dos dados no processo decisório realizado pelos usuários. Nesse plano, o estudo de Paes (2019), assim como os demais, traz benefícios significativos ao campo da saúde, visto que prepara os usuários previamente com dados confiáveis a fim de que os mesmos possam identificar os momentos de real necessidade de apoio hospitalar. Estudos com temática semelhante a de Paes (2019) foram agrupados na categoria intitulada “Decisão da População”.

Ao considerarmos o total de estudos, pode-se perceber uma tendência investigativa voltada à implementação das tecnologias enquanto contribuintes da tomada de decisão assertiva. Parte das pesquisas evidenciam os benefícios que *softwares* dispõe para a melhoria da qualidade das informações, ressoando positivamente sobre o processo de escolha. Essa tendência está claramente alinhada à constante inovação do setor tecnológico, porém, é preciso atentar-se não apenas aos resultados da implementação desses dispositivos, mas também aos efeitos desses novos recursos sobre os sujeitos responsáveis pela gestão dos estabelecimentos. Ou seja, é preciso compreender o impacto da implementação das tecnologias de apoio a tomada de decisão sobre os processos cognitivos dos indivíduos.

O estudo de Alecrim (2020), atribui maior ênfase ao processo decisório de um grupo de sujeitos no que se refere a realização de determinado procedimento médico. A autora enfatiza os motivos que levam as mulheres a optar pelo parto cesáreo ou natural, o que permite identificar os efeitos da qualidade de informações sobre as escolhas dos próprios usuários dos sistemas de saúde. É importante destacar que este estudo, diferente dos demais,

possui como objeto a decisão realizada pelos próprios pacientes, atribuindo maior visibilidade a outros personagens que não sejam aqueles componentes do corpo gestor dos estabelecimentos.

Acionando novamente as considerações de Rachlin (1988), sob a ótima behaviorista as escolhas são decorrentes das chamadas probabilidades objetivas, ou seja, dados dotados de suposta confiabilidade que induzem os sujeitos a optarem por tal decisão. No entanto, seria possível deferir decisões pautadas apenas em probabilidades concretas? O estudo de Alecrim nos apresenta parecer contrário, afinal, parte das mulheres que optaram pelo parto cesáreo afirmaram que o fizeram devido ao medo, cuja origem adveio de mitos e boatos circulantes na comunidade em que habitavam. Ou seja, a decisão humana está sujeita a influência de suas subjetividades, que no caso em questão se manifestaram através de percepções advindas de terceiros. Nesse sentido, Rachlin (1988), chama novamente a atenção para as diferentes interpretações da teoria cognitiva e comportamentalista com relação aos estímulos externos. Enquanto a primeira indica que as probabilidades são processadas internamente segundo um padrão pessoal, a segunda aponta que os indivíduos tendem a agir objetivamente através daquele estímulo. Aplicando ao estudo de Alecrim (2020), o julgamento das informações obtidas através de terceiros constitui-se como etapa fundamental para a tomada de decisão. “O estudo dos julgamentos das pessoas, portanto, é o estudo de parte do processo de decisão, não do processo completo. (Isso ocorre mesmo quando o processo abrange uma unidade social de duas ou mais pessoas, como no caso do meteorologista e do ouvinte.) (RAHLIN, 1988, p. 44).

Ao analisar o estudo de Alecrim (2020), também é possível estabelecer um paralelo com as proposições contidas nos trabalhos cujo enfoque é a produção e implementação de recursos tecnológicos com vista a melhoria da qualidade das informações, e consequentemente, da saúde do processo de decisão. Mesmo que Alecrim (2020), não se dedique a produção de um instrumento como os acima citados, discorre sobre o impacto do grau de confiabilidade dos dados no consumo de serviços de saúde pelos pacientes. Sendo assim, esses dois grupos de estudiosos, embora sob diferentes óticas, dedicam-se a compreensão de um mesmo fator determinante.

Essa preocupação com a qualidade das informações também pode ser identificada nos estudos de Becker (2016) e (2018), que discorrem sobre o método de tomada de decisão baseada em evidências. Sendo assim, é possível identificar um panorama que, embora diverso, apresenta similitudes. É possível afirmar que há um movimento de investigação plural dos efeitos da qualidade das informações sobre a estrutura decisória no campo da saúde.

Essa tendência se reforça ao analisarmos o estudo de Braga (2017), que traz a tona a atuação do profissional enfermeiro frente ao processo de decisão. A abordagem específica do profissional evidencia suas percepções, contrapondo-se ao panorama de Trota, *et al*. (2016), que demonstra uma sobreposição das escolhas do médico sobre os demais profissionais. Pode-se afirmar que exista uma hierarquização decisória nesses espaços, assim, trazer à tona a visão dos demais sujeitos é essencial para que possamos comprender a decisão em sua integralidade.

Com base na gama de estudos, percebe-se que há uma relação aproximada entre suas abordagens, que preenche lacunas em um ciclo dialógico rico ao campo da gestão, mas que também abre novas possibilidades de investigação.

11.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a literatura produzida entre 2016 e 2021 com temática relativa à tomada de decisão no campo da saúde buscou-se identificar tendências investigativas, bem como lacunas, e novas possiblidades analíticas. Os estudos apresentam direcionamentos múltiplos mas, que em sua maioria dão maior ênfase aos processos internos de decisão. Para mais, percebe-se uma expansão da aplicação das tecnologias enquanto recursos de apoio a tomada de decisão, seja em micro ou macro dimensões.

Ao acionarmos os pressupostos de Rachlin (1988), evidencia-se uma necessidade em considerar os aspectos tanto concretos quanto subjetivos do processo decisório, afinal, os seres humanos possuem estruturas mentais singulares que reagem de forma particular aos diferentes estímulos externos. Sendo assim, embora a literatura até então publicada já indique um avanço significativo dos estudos da decisão em saúde, faz-se necessário investir em novas investigações direcionadas á análise da estrutura mental dos sujeitos e seus efeitos no processo de escolhas.

Também evidencia-se a necessidade de se analisar o percurso de formação dos profissionais da saúde, dado que este processo é responsável por definir as bases decisórias nas quais estes irão se pautar.

Por fim, pode-se dizer que o processo decisório no campo da saúde possui seus limites claramente definidos, pois, diferente de outros espaços de decisão, neste ambiente lida-se diretamente com a própria preservação da existência dos usuários, dotando o espaço de subjetividade, que não pode ser desconsiderada.

11.5 REFERÊNCIAS

ALECRIM, Whayne Alves. **Parto normal ou Cesária?**: Preferências e processo de decisão entre acadêmicas da área da saúde na Universidade de Rio Verde- GO. 2020, 64f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/Universidade de Rio Verde - GO, 2020. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/9186/Whayne%20Alves%20Alecrim_.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 01 nov. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECKER, Leonardo Augusto. **Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde no Estado do Paraná.** 2016, 116f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Defesa: Curitiba, 2016. Disponível em: http://hdl.handle.net/1884/42455 Acesso em: 31 out. 2021.

BECKER, Leonardo Augusto *et al*. Evidence-based decision making and promotion of physical activity among directors of local health departments. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, n. 90, p. 01-12, 14 nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/qNTyp7VfPY77RpHMhfK64Zj/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 31 out. 2021.

BRAGA, André Luis de Souza. **O cotidiano da prática do enfermeiro de rede básica de saúde**: reflexões/ações sobre a informação para a tomada de decisão. 2017, 198f. (Tese de Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2017. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/4007 Acesso em: 01 nov. 2021.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise De Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** V.57, N.5, p.611-4, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 30 ago. 2021.

CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de. **O tema da violência e a tomada de decisão do gestor da saúde: estudo de caso do Distrito Federal**. 2018. 190 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/32383 Acesso em: 01 nov. 2021.

CAVALCANTE, Roberto Carlos Cavalcanti e. **Suporte a decisão em serviços de saúde de cidades inteligentes baseado em prontuários eletrônicos dos pacientes.** 2018. 95 f. Dissertação (Programa Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2550 Acesso em: 01 nov. 2021.

COSTA FILHO, Raimundo Valter *et al*. LARIISA: soluções digitais inteligentes para apoio à tomada de decisão na gestão da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1701-1712, maio 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n5/1701-1712/en. Acesso em: 31 out. 2021.

CUNHA, Simone G. S. **A tomada de decisão de gestores da Atenção Secundária à saúde**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AF5N8F/1/simone_graziele_silva_cunha.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

FRANCISCO, Fernando de Rezende. **Aplicação da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais**. 2017, 89f. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2017. Disponível em: http://hdl.handle.net/10438/18165 Acesso em: 01 nov. 2021.

GLOBEKNER, Osmir Antônio. **A equidade da decisão judicial alocativa em saúde no Brasil à luz da abordagem da capacidade**. 2019. 168 f. Tese (Doutorado em Bioética)— Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/38166 Acesso em: 01 nov. 2021.

HOLMES, Ericka Silva. **Atenção básica como instrumento de apoio à tomada de decisão**: avaliação de profissionais de saúde. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9100 Acesso em: 01 nov. 2021.

HUGO, Andreza de Aguiar. **Modelo de apoio à decisão, para avaliação da logística reversa e gestão de resíduos do serviço de saúde em hospitais**. 2020, 114f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Itajubá, 2020. Disponível em: https://repositorio.unifei.edu.br/jspui/handle/123456789/2150 Acesso em: 01 nov. 2021.

LIMA, Mayara Maia *et al*. Estratificação de territórios prioritários para vigilância da doença de Chagas crônica: análise multicritério para tomada de decisão em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 01-16, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Qj9fN7WYys5ZMSz5T3Z8t5m/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-19652000000100002 Acesso em: 06 dez. 2021.

NICOLAU, Monica B. **Sistema de informação como ferramenta de apoio no processo de tomada de decisão em saúde – um estudo de caso**. 2017, 71f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25591 Acesso em: 01 nov. 2021.

NOBRE, Ticiana Maria Delgado. **A legitimidade e efetividade da decisão judicial concretizadora do direito à saúde no Brasil**: uma abordagem político-jurídica do problema. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24864 Acesso em: 01 nov. 2021.

PAES, Natália de Fátima. **Análise das condutas e desenvolvimento de tecnologia de apoio à tomada de decisão para profilaxia da raiva humana pós-exposição na Rede de Atenção à Saúde**. 2019, 71f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho, 2019. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/181556 Acesso em: 01 nov. 2021.

PEREIRA, Fabiana Pires. **Regulação do sistema único de saúde em contexto de escassez de recursos**: aspectos bioéticos da tomada de decisão médica. 2016, 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói/RJ, 2016. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/4890 Acesso em: 31 out. 2021.

PEREIRA, Viviane Cássia**. Framework de suporte à tomada de decisão no processo de reavaliação das tecnologias em saúde pela Conitec**. 2018. 178 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/34195 Acesso em: 01 nov. 2021.

PUCCI, Marcos; CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. O Processo de Tomada de Decisão de Gestores Hospitalares. In: XIX Congresso USP de controladoria e contabilidade, 14., 2014, São PAULO/SP. **Anais [...] .** São Paulo/SP: USP, 2014. p. 01-17. Disponível em: https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos142014/529.pdf. Acesso em: 17 mar. 2022.

QUEIROZ, Lúcia de Fatima Nascimento de. **Avaliação de políticas no setor público**: o que explica a decisão de avaliar (ou não) resultados em políticas públicas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde? 2016, 287 f., il. Tese (Doutorado em Administração) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/19872 Acesso em: 01 nov. 2021.

SÁ, Lays Andrade de. **Depressão infantil**: elaboração de um instrumento para avaliação e tomada de decisão em saúde. 2017. 105 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9044?locale=pt_BR Acesso em: 01 nov. 2021.

SANTOS, Danielle Freitas. **Modelo multicritério de apoio à decisão na avaliação dos indicadores de risco em saúde**. 2017, 123f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24620 Acesso em: 01 nov. 2021.

SOARES, Robson Fernandes; CLEMENTE, Ademir; FREIRE, Fátima de Souza; SCARPIN, Jorge Eduardo. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, p. 563-586, ago. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/jRLsxMWcdKQcC5FsK4Wn9nN/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUZA, Kleize A. O.; SOUZA, Luis E. P. F. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 48-60,2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B5SF5XcgGVhVznDbNpVpPJQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUZA, Carlos Alberto de. **Uma metodologia para construção de redes bayesianas com base em ontologias de domínio na área da saúde para suporte à decisão clínica**. 2018, 128f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Informática, Universidade Federal da Paraíba, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14831 Acesso em: 01 nov. 2021.

STEPHAN, Laura Siga *et al*. Oral Anticoagulation in Atrial Fibrillation: development and evaluation of a mobile health application to support shared decision-making. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 110, n. 1, p. 07-15, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/kbdGjyfVVcTXNkxHjKMrCQj/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 31 out. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jPGmmcBncYzk36SvwvC3bzj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 mar. 2022.

TROTTA, Eliana de A. *et al*. Percepção de profissionais de saúde sobre processo de tomada de decisão na assistência pacientes pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 335-340, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/HKJwmnCMHZnXGbDzKNPc79p/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 out. 2021.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

Investigar o fenômeno da decisão em saúde sem dúvidas é um desafio, afinal, o processo decisório engloba não apenas aspectos concretos que compõe o espaço da decisão, mas também subjetivos. Sendo assim, não posso deixar de destacar os desafios encontrados ao longo desse período de pesquisa. As limitações de locomoção impostas pela pandemia foram determinantes na escolha do tema, dado que, não seria viável desenvolver uma investigação cuja coleta de fontes demandasse um trabalho de campo. Além disso, o estado de constante tensão gerado por esse contexto também trouxe efeitos significativos sobre a construção da investigação.

No que diz respeito à contribuição do mestrado profissional em gestão organizacional, destaca-se a significativa contribuição deste processo para formação profissional e acadêmica da autora, favorecendo sua análise crítica e criativa no desenvolver de suas práticas em gestão, facilitando a incorporação entre a ciência e a prática.

Além disso, a autora passa a comungar da característica indissociável entre ciência e tecnologia, que outrora não era tão pensada, movimentando consigo a importância da inovação para as práticas de gestão do seu dia a dia.

Com base nas informações obtidas através dos três estudos apresentados ao longo desse texto, pôde-se chegar a algumas conclusões importantes. A construção de um processo de resgate histórico, perpassando o levantamento do contingente de pesquisas produzidas nos últimos anos e, refletindo sobre a produção, será de grande valia para o campo da gestão, dado que permitirá aos futuros pesquisadores identificarem objetivos que ainda demandam análise.

Primeiramente, o fenômeno da decisão em saúde se assenta em um espaço dotado de variações, que se configurou de formas diversas ao longo dos diferentes períodos históricos. A saúde, em suas primeiras manifestações, direcionava-se a satisfação das necessidades de um grupo restrito de sujeitos, o que possivelmente dotava o processo decisório de contornos distintos se comparado a atual conjuntura. No século XX foi iniciada uma maior abertura do acesso à saúde pela população em geral, constituindo-se enquanto direito universal previsto na legislação.

Em segundo momento, constatou-se que os estudos desenvolvidos no campo da decisão em saúde têm crescido consideravelmente nos últimos anos, apresentando recortes e abordagens distintas, mas que convergem em alguns pontos. A inserção das tecnologias enquanto recursos de apoio à tomada de decisão indica o efeito do processo intenso de globalização no qual a sociedade contemporânea se encontra. Para mais, a análise de aspectos

tanto externos, quanto internos do processo decisório demonstra uma expansão dos nichos de interesse, trazendo uma maior organicidade às análises.

O último estudo, mesmo que de forma breve, traz algumas reflexões cujo intuito consistiu em propor novas possibilidades de análise. Como já mencionado, embora esse compilado de estudos já apresentem um panorama satisfatório de evolução dos estudos da decisão em saúde, ainda faz-se necessário compreender aspectos íntimos do fenômeno da escolha. É preciso compreender como os sujeitos se organizam cognitivamente e como suas escolhas são afetadas pelos estímulos advindos dos seus espaços de atuação.

Esse estudo não acaba em si mesmo, e sim abre um leque de possibilidades para novas pesquisas. Desenvolver análises dos documentos disponíveis publicamente pelas organizações de saúde do país, como organogramas, relatórios, estatutos, regimentos internos, permitirão compreender aspectos importantes da decisão nesses espaços. Esse estudo também abre possibilidades de compreensão de aspectos relativos a atuação cotidiana dos profissionais em saúde. Investir a tomada de decisão a partir da ocorrência dos erros de medicação em instituições hospitalares, dentre outras possibilidades, traria significativas contribuições ao campo.

13. REFERÊNCIAS

ANDRADE, André Queiroz de. **A Tomada de Decisão e os Sistemas de Informação em Saúde.** Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação da Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008, 120f. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECIC-7XMFGC/1/dissertacao_andre_queiroz.pdf Acesso em 12 jul. 2021.

BALDO, D. **Biomarcas nas anomalias da teoria da utilidade esperada**. 2007, 89 f. Dissertação de mestrado em Economia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFRS), Florianópolis, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89898/242241.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 18 abr. 2022.

BARROS, Gustavo. Herbert A. Simon and the concept of rationality: boundaries and procedures. **Munich Personal RePEc Archive**, p.01-25, 2007. Disponível em: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/71508/1/MPRA_paper_71508.pdf Acesso em: 13 jul. 2021.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de novos tempos.** Rio de Janeiro: Campus, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, L. F. A. M. G., & Gomes, C. F. S. (2014). **Tomada de decisão Gerencial: enfoque multicritério**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas.

KAHNEMAN, Daniel. A hora de pedir conselhos. **Revista da ESPM**, ano 21, edição 97, n.2, março/abril 2015. Disponível em: http://www.economiacomportamental.org/wp-content/uploads/2015/07/Daniel_Kahneman_Revista_da_ESPM.pdf Acesso em: 12 Jul. 2021.

KAHNEMAN, Daniel. **Rápido e devagar: duas formas de pensar**. Objetiva, 2012.

MARCON, Patrícia Maria. **O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006, 140f. Disponível em: http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPatriciaMarcon.pdf Acesso em: 11 jul. 2021.

MELO, Tatiana Massaroli; FUCIDJ, José Ricardo. Racionalidade limitada e a tomada de decisão em sistemas complexos. **Revista de Economia Política**, vol. 36, nº 3 (144), pp. 622-645, julho-setembro/2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rep/a/SZq8Tj3JLNsxHbx44Pn8H6H/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 12 jul. 2021.

MINETO, Carlos Augusto Laffitte. **Percepção ao risco e efeito disposição: uma análise experimental da teoria dos prospectos.** Tese (doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005, 150f. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102956/223460.pdf?sequence=1 Acesso em: 12 jul. 2021.

PATRIOTA, Cláudia Maria Maciel. **O uso da informação em saúde para tomada de decisão: um estudo de metanálise**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009, 115f. Disponível em: https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009patriota-cmm.pdf Acesso em: 13 jul. 2021.

PAVÃO, ALB; ANDRADE, D; MENDES, W *et al*. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 14(4): 651-61, 2011.

PRÉVE, Altamiro Damian. **Organização, processos e tomada de decisão**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010,186p.

RACHLIN, Howard. **Judment, Decision, and Choice**. W. H Freeman and Company: New York, 1989.

ROBBINS, S. P. E DECENZO, D. A. **Fundamentos de Administração: conceitos e aplicações**, São Paulo: Prentice Hall 2006.

SCHOUT, D; NOVAES, HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(4):935-40, 2006.

SEN, A. (1994). The formulation of rational choice. The American Economic Review, vol. 84, nº. 2, **Papers and Proceedings of the Hundred and Sixth Annual Meeting of the American Economic Association**, May, pp. 385-390.

SIMON, Herbert A. **A capacidade de decisão e liderança.** Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1963.

SIMON, Herbert A. **Reason in Human Affairs**. Stanford: Stanford University Press, 1983.

TVERSKY, A., & KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. ***Science, New Series***, Vol. 185, No. 4157. (Sep. 27, 1974), pp. 1124-1131, 1974.

VIEIRA, José Daniel Mendes. **A Teoria Neoclássica e a Teoria Comportamental: Porque a Teoria Neoclássica não é suficiente para analisar as escolhas reais dos agentes na economia**. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa Integrado em Ensino, Pesquisa e Extensão – Piepex – TCP, Universidade Federal de Alfenas, Campus Avançado de Varginha. Varginha, 2019, 24f. Disponível em: https://sistemas.unifal-mg.edu.br/app/lib/classes/arquivo.php?acao=download&nomePasta=piepex/discente/arquivosTCP&nomeArquivo=TCP_FINALIZADO_5d35b58a8fda9.pdf Acesso em 13 jul. 2021.