

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

LORENA LIMA VIANA

**USO DE EVIDÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO NO HUCAM**

VITÓRIA
2025

LORENA LIMA VIANA

**USO DE EVIDÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO NO HUCAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Administração, na linha de pesquisa Práticas Organizacionais e Culturais.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Reis Rosa

VITÓRIA
2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

V614u Viana, Lorena Lima, 1988-
Uso de evidências na tomada de decisão em organizações
hospitalares : estudo de caso no HUCAM / Lorena Lima Viana.
2025.
189 p.

Orientador: Alexandre Reis Rosa.
Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas.

1. Administração pública - Processo decisório. 2. evidência. 3.
hospitais universitários. 4. tomada de decisões. 5. Farmácia
hospitalar. I. Rosa, Alexandre Reis. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III.
Título.

CDU: 65

LORENA LIMA VIANA

USO DE EVIDÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO NO HUCAM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração (Mestrado) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em 21 de julho de 2025

[assinatura digital]
Prof. Dr. Alexandre Reis Rosa
PPGADM/UFES - Orientador

Documento assinado digitalmente
 ALEXANDRE REIS ROSA
Data: 22/07/2025 10:09:49-0100
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

[assinatura digital]
Prof. Dr. César Augusto Tureta de Moraes
PPGADM/UFES – membro interno

[assinatura digital]
Profª. Drª. Ana Carolina Júlio da Silva
FUCAPE – membro externo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
CESAR AUGUSTO TURETA DE MORAIS - MATRÍCULA 2059787
Membro - Colegiado do Programa de Pós-graduação em Administração
Em 22/07/2025 às 10:57

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1168269?tipoArquivo=O>



Documento assinado digitalmente

ANA CAROLINA JULIO DA SILVA

Data: 24/07/2025 21:30:18-9300

Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que me apoiam em cada decisão tomada, pelos ensinamentos e pela paciência. À minha mãe, pela dedicação e cuidado incondicional, o que tornou possível prosseguir academicamente. Ao meu pai, que com mais de 30 anos como servidor da UFES, ainda me apresenta cada espaço desta universidade com interesse e que me inspira a fazer parte dela.

Também agradeço aos meus pais e irmãos, por terem me acompanhado e vibrado com as minhas conquistas em todas as etapas do mestrado. Sinto profunda gratidão pelo presente que foi o nascimento da minha sobrinha, ocorrido junto com o início do mestrado, e que com a sua presença me trouxe alívio nos momentos de cansaço.

Ao professor e orientador Dr. Alexandre Reis Rosa, por compartilhar seus conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento do meu pensamento reflexivo e crítico. Mais do que pelos títulos que possui, agradeço a maneira sensível e empática com que me acompanhou, bem como o reconhecimento das minhas qualidades enquanto mestranda.

Às professoras Dr^a. Francis Sodré e Dr^a. Lucilaine Pascuci, que integraram a banca de qualificação. Agradeço à professora Lucilaine pela generosidade de sempre ao compartilhar seus conhecimentos. Aos membros da banca de defesa, Prof. Dr. César Augusto Tureta de Moraes, pela análise criteriosa, e Dr^a Ana Carolina Júlio da Silva, pelo aceite em compor a banca avaliadora, agradeço ainda a ambos pelos valiosos apontamentos teóricos que contribuíram para o aprimoramento desta dissertação.

A todos os demais professores que fundamentaram minha formação acadêmica no PPGAdm/UFES. A todas as repartições públicas que, de alguma forma, contribuíram para o resultado da dissertação. Em particular, aos servidores da secretaria do PPGAdm/UFES, pelo atendimento prestativo, e aos profissionais do HUCAM, que colaboraram com informações valiosas para a pesquisa.

Aos meus colegas da turma 2023/1, com quem nos ajudamos e nos fortalecemos, e a todos os demais que fizeram parte da minha trajetória no mestrado.

Sou grata e orgulhosa pela oportunidade de ter estudado em uma universidade pública, gratuita e de qualidade.

DEDICATÓRIA

Aos profissionais da saúde, especialmente da saúde pública, e a todos que se dedicam ao estudo, à pesquisa e à melhoria da administração pública.

RESUMO

Nas organizações hospitalares, a tomada de decisão ocorre em um ambiente de elevada complexidade, caracterizado por estruturas organizacionais transversais e processos de cocriação de evidências. Nesse contexto, os gestores adotam diferentes formas de apropriação e uso da evidência no processo decisório relacionado aos cuidados em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar como o uso de evidências tem sido adotado pelos gestores da farmácia hospitalar em seus processos de tomada de decisão, a partir de um estudo de caso no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e ao Sistema Único de Saúde. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva, com delineamento transversal, no ano de 2025, e fundamentou-se na análise de conteúdo do tipo temática. O referencial analítico foi desenvolvido a partir da adaptação do modelo de entrada–processo–saída–resultado, estruturado em sete etapas: início do processo, fontes da evidência, interações profissionais ou multiprofissionais, análise das fontes, tomada de decisão final, implementação da decisão e avaliação dos resultados. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores e demais profissionais envolvidos no processo decisório da farmácia hospitalar, abrangendo diferentes funções e decisões, gerenciais e/ou técnica. Os resultados apontam que o uso da evidência é uma prática interdependente e adaptativa da estrutura organizacional transversal. As análises também permitiram compreender que há uso predominante de evidências organizacionais pelos gestores hospitalares e demais profissionais investigados, cujo processo é mediado por múltiplas interações profissionais e multiprofissionais. A resposta ao problema de pesquisa também aponta que, entre as sete etapas do modelo, a etapa de implementação da decisão representa o principal resultado analítico, uma vez que demonstra que a decisão não constitui o fim do processo, mas o meio. O ponto final é a implementação. A decisão baseada em evidências, para ser efetiva, precisa ser institucionalmente implementável, operacionalmente exequível e socialmente pactuada. Conclui-se que as fontes de evidência apoiam a tomada de decisão ao orientar escolhas gerenciais e técnicas em diferentes níveis funcionais, e que sua utilização se adapta às exigências contextuais. Ao mapear esse processo de forma empírica e analítica, a pesquisa contribui para o entendimento da gestão baseada em evidências como prática decisória complexa no contexto da saúde pública, caracterizada por diversas limitações à adoção da abordagem. A contribuição prática decorre das limitações identificadas ao uso da evidência e resultou na elaboração de um guia de intervenções para melhorias organizacionais a ser utilizado por gestores hospitalares. A contribuição social deste estudo reside em fornecer elementos para a qualificação da gestão hospitalar, ao identificar práticas decisórias que valorizam o uso de evidências, mesmo em condições adversas. Os resultados oferecem perspectivas para fortalecer a gestão organizacional voltada à segurança do paciente, à racionalização dos medicamentos e insumos farmacêuticos e à ampliação do valor público no sistema de saúde público brasileiro.

Palavras-chave: administração pública – processo decisório; evidência; hospitais universitários; tomada de decisão; farmácia hospitalar.

ABSTRACT

In hospital organizations, decision-making unfolds within a setting marked by transversal organizational structures, high complexity, and processes of evidence co-creation. In this environment, managers engage in varied forms of evidence appropriation and application throughout health-related decision-making. This study aimed to analyze how evidence has been incorporated into the decision-making processes of hospital pharmacy managers, based on a case study conducted at the University Hospital Cassiano Antônio Moraes, affiliated with the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) and the Unified Health System (SUS). The research employed a qualitative, descriptive, and cross-sectional approach, carried out in 2025, and grounded in thematic content analysis. The analytical framework was adapted from the input–process–output–outcome model and organized into seven stages: process initiation, sources of evidence, professional or interprofessional interactions, source analysis, final decision-making, decision implementation, and outcome evaluation. Data were collected through semi-structured interviews with managers and other professionals involved in the hospital pharmacy's decision-making processes, encompassing diverse functions and types of decisions, both managerial and technical. The findings indicate that evidence use constitutes an interdependent and adaptive practice within the transversal organizational structure. The analysis also revealed a predominant reliance on organizational evidence, mediated by multiple professional and interprofessional interactions. Notably, among the seven stages analyzed, the implementation phase emerged as the central analytical insight, underscoring that decision-making is not the conclusion of the process but rather an intermediate stage—implementation is the endpoint. For evidence-based decisions to be effective, they must be institutionally implementable, operationally feasible, and socially negotiated. The research concludes that evidence supports decision-making by informing managerial and technical choices across various functional levels and is shaped by contextual demands. By empirically and analytically mapping this process, the study contributes to understanding evidence-based management as a complex decision-making practice in the public healthcare context, marked by structural and contextual constraints. Its practical contribution lies in the development of an intervention guide for organizational improvements tailored to hospital managers. The study's social contribution consists in providing inputs for enhancing hospital management by identifying decision-making practices that value the use of evidence, even under adverse conditions. The findings offer strategic directions for reinforcing organizational efforts toward patient safety, rational use of medications and pharmaceutical supplies, and the advancement of public value within Brazil's public health system.

Keywords: public administration – decision-making process; evidence; university hospitals; decision-making; hospital pharmacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fontes de evidências.	29
Figura 2 - Ciclo da assistência farmacêutica.	52
Figura 3 - Etapas do modelo da metodologia.	62
Figura 4 – Representação das estruturas organizacionais, comissões e instâncias colegiadas da pesquisa.	82
Figura 5 - Práticas baseadas em evidência na farmácia hospitalar: padrões transversais.	137
Figura 6 - Padrões transversais na gestão baseada em evidência na farmácia hospitalar.	147
Figura 7 - Representação sistêmica das limitações à adoção da EBMgt nas estruturas organizacionais transversais da farmácia hospitalar.	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de EBMgt.....	28
Quadro 2 Níveis de decisão.	35
Quadro 3 - Tipos de decisão	35
Quadro 4 - Estilos gerenciais e tomada de decisão.	36
Quadro 5 - Papéis gerenciais.	37
Quadro 6 - Classificação dos NATS.	48
Quadro 7 - Etapas dos PDEs	50
Quadro 8 - Características comportamentais dos gestores hospitalares.	57
Quadro 9 - Categorias de decisão na gestão hospitalar.....	59
Quadro 10 - Codificação dos entrevistados.	66
Quadro 11 - Codificação dos pesquisados, por função e natureza da decisão.	66
Quadro 12 - Distribuição dos participantes por gênero.	67
Quadro 13 - Formação acadêmica dos participantes da pesquisa.....	68
Quadro 14 - Função dos participantes da pesquisa.	68
Quadro 15 - Representação das categorias temáticas primeira, segunda e terceira ordens investigadas.	71
Quadro 16 - Classificação do NATS do HUCAM.....	76
Quadro 17 - Abordagens de trabalho iniciais por tipo de demanda ou problema na farmácia hospitalar.	92
Quadro 18 - Relação entre os tipos de demandas ou problemas e os papéis gerenciais.	94
Quadro 19 - Principais fontes de evidência utilizadas nas decisões.	95
Quadro 20 - Busca de evidência e canais de acesso.....	98
Quadro 21 - Finalidade das interações profissionais e multiprofissionais.	102
Quadro 22 - Como e porquê das decisões baseadas em evidências via interações profissionais e multiprofissionais na farmácia hospitalar.	103
Quadro 23 - Avaliação da confiabilidade das fontes de evidência.....	106
Quadro 24 - Complexidade decisória.	107
Quadro 25 - Relação entre nível decisório, heurística do sistema 1 e 2 na tomada de decisão com apoio do uso da evidência.....	108
Quadro 26 - Fatores determinantes da natureza decisória.	110
Quadro 27 - Como e porquê do uso de determinada evidência na farmácia.	112

Quadro 28 - Fatores prioritários na tomada de decisão final.....	115
Quadro 29 - Estilos decisórios identificados na farmácia hospitalar e suas implicações.	116
Quadro 30 – Impacto das barreiras estruturais na decisão baseada em evidências.	117
Quadro 31 – Práticas da tomada de decisão em contextos sob pressão.....	120
Quadro 32 - Responsabilidade da implementação das decisões.....	121
Quadro 33 - Instrumentos de formalização utilizados na implementação da decisão.	122
Quadro 34 - Prazo e abrangência das decisões implementadas na farmácia.	123
Quadro 35 - Exemplos de evidências geradas após as decisões.	126
Quadro 36 - Resultados e aspectos observados a partir das decisões implementadas.	127
Quadro 37 - Indicadores e resultados observados a partir das decisões implementadas.	128
Quadro 38 - Feedback de avaliação da implementação da decisão.	130
Quadro 39 – Impacto na assistência e no valor gerado pela decisão com apoio a decisão.	131
Quadro 40 - Preferência por fontes de evidência no processo decisório.	135
Quadro 41 - Frequência temática e recorrência entre entrevistados dos padrões transversais na gestão baseada em evidência.....	140
Quadro 42 - Limitações nas práticas de uso das evidências.	142
Quadro 43 - Principais limitações nas práticas de uso da evidência.	144
Quadro 44 - Recomendações de intervenção para enfrentar as limitações na adoção da EBMgt por gestores hospitalares.	155

LISTA DE ORGANOGRAMA

Organograma 1 - Extrato da estrutura organizacional da farmácia hospitalar.....	79
---	----

LISTAS DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Modelo da assistência farmacêutica no contexto SUS.....	51
--	----

LISTA DE SIGLAS

APG	Administração Pública Gerencial
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação Tecnologias
DADT	Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
EBMed	Medicina Baseada em Evidências ou <i>evidence-based medicine</i>
EBMgt	<i>Evidence-based management</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EVIPNET	<i>Evidence-Informed Policy Network</i>
GAD	Gerência Administrativa
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HU	Hospitais Universitários
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IES	Instituição de Ensino Superior
INAHTA	Rede Internacional de Agências para Avaliação de Tecnologias em Saúde
ITO	Instrução de Trabalho Operacional
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde

NATS	Núcleos de Avaliação das Tecnologias em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDE	Processo Deliberativo Baseado em Evidências ou <i>Evidence-Informed Deliberative Processes</i>
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
OS	Pronto Socorro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTC	Pareceres Técnicos Científicos
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAFS	Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos
SE	Sínteses de Evidências
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIHOSP	Sistema gerencial - Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	23
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	23
1.3 JUSTIFICATIVA.....	24
1.4 ESTRUTURA DO PROJETO	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	27
2.1.1 Fontes e uso de evidências na EBMgt	29
2.2 TOMADA DE DECISÃO: EQUILÍBRIO ENTRE A RACIONALIDADE E A INTUIÇÃO	32
2.2.1 Modelos de tomada de decisão	34
2.2.2 Tomada de decisão em setores públicos: breve contextualização	38
2.2.3 Tomada de decisão em organizações complexas no sistema de saúde...39	
2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL E GESTÃO DA SAÚDE.....	42
2.3.1 Hospitais universitários federais e seu modelo de gestão.....	43
2.3.2 Processo deliberativo baseado em evidências na gestão da saúde	46
2.3.3 Processo deliberativo baseado em evidências nas farmácias hospitalares	50
2.3.4 Práticas gerenciais dos gestores hospitalares	56
3 METODOLOGIA	60
3.1 DESENHO DA PESQUISA.....	60
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	62
4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
3.3 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	69
3.4 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA	73

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	74
4.1 CASO EM ESTUDO: HUCAM.....	74
4.2 GESTÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR E SUA INTERAÇÃO COM ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS TRANSVERSAIS	81
4.3 FONTES DE EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA A GESTÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR.....	89
4.3.1 Início do processo decisório.....	90
4.3.2 Fontes de evidências	95
4.4 PROCESSO DECISÓRIO COM APOIO DAS FONTES DE EVIDÊNCIAS NA FARMÁCIA HOSPITALAR.....	99
4.4.1 Interações profissionais e multiprofissionais	99
4.4.2 Análise das fontes de evidências	104
4.4.3 Tomada de decisão final	113
4.4.4 Implementação da decisão	118
4.4.5 Avaliação de resultados.....	124
4.5 PREFERÊNCIA POR FONTES DE EVIDÊNCIA DOS GESTORES E DEMAIS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA TOMADA DE DECISÃO NA FARMÁCIA HOSPITALAR.....	132
4.6 PRÁTICAS DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA DOS GESTORES E DEMAIS PROFISSIONAIS NA FARMÁCIA HOSPITALAR: PADRÕES TRANSVERSAIS EMERGENTES.....	136
4. 7 LIMITAÇÕES NA ADOÇÃO DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA	141
5 CONCLUSÃO	145
5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA	145
5.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	149
5.2.1 Contribuições teóricas do modelo de sete etapas.....	152
5.3 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS.....	154
4.4 CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	157

4.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	158
4.6 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	158
REFERÊNCIAS.....	160
ANEXO A – Estrutura organizacional do HUCAM.....	175
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	176
APÊNDICE B - Fotografias.....	177
APÊNDICE C - Lista de categorização de terceira, segunda e primeira ordem do programa MAXQDA.....	179
APÊNDICE D – Carta de anuência	186
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido	187

1 INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários (HU), também conhecidos como hospitais-escola, têm como missão integrar ensino, pesquisa e assistência à saúde (Araújo; Leta, 2014; Barata; Mendes; Bittar, 2010). Essas atividades se desenvolvem em um ambiente organizacional complexo, ou Sistemas Adaptativos Complexos (SACs) (Etzioni, 1961), permeado por práticas sociais e clínicas que são construídas coletivamente nas interações entre diferentes categorias profissionais (Filgueiras 2017).

A complexidade organizacional se desenvolve tanto em estruturas formais que regem os hospitais quanto nas dinâmicas organizacionais profundamente influenciadas pelas relações subjetivas no trabalho em saúde (Feuerwerker; Merhy, 2015). Nesse processo, as estruturas organizacionais transversais ganham destaque por conectarem setores e favorecerem a coordenação interprofissional, contribuindo para a integração entre áreas clínicas, administrativas e de ensino. Nesse contexto, uma característica expressiva dos HUs é a elevada rotatividade de pessoal (Fayol, 1990), decorrente da constante renovação de profissionais inseridos por meio dos programas de residência médica e multiprofissional (HUCAM, 2022).

Essa rotatividade, embora contribua para a diversidade de experiências e para a formação profissional, impõe desafios importantes à gestão. Essa instabilidade no quadro funcional pode comprometer a continuidade dos fluxos informacionais e o uso de evidência e impactar negativamente a eficiência organizacional. Como aponta Fayol (1990), a instabilidade de pessoal é prejudicial à eficiência, sendo a estabilidade uma condição essencial para o bom funcionamento das organizações.

A partir da administração pública gerencial (Bresser-Pereira, 1998), no âmbito da parceria público-privada, muitas organizações como os HUs sofreram mudanças em seu funcionamento. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no ano de 2011 é um exemplo das mudanças ocorridas em organizações pós-reforma gerencial. O surgimento da EBSERH teve como finalidade aprimorar a eficiência e a qualidade dos hospitais universitários federais. Nesse contexto, determinadas abordagens gerenciais adotadas pelos gestores hospitalares influenciam mudanças organizacionais fundamentais para a concretização desse objetivo, entre as quais está a Gestão Baseada em Evidências, ou *Evidence-based management* (EBMgt) (Rousseau, 2006).

Amplamente adotada na gestão baseada em evidências na área da saúde, essa abordagem busca qualificar a tomada de decisão dos gestores hospitalares, com vistas à eficiência nos resultados organizacionais, dentro de uma abordagem gerencial própria da administração pública. No âmbito governamental, políticas, regulamentos e outros processos deliberativos fundamentados em evidências, ou *Evidence-Informed Deliberative Processes* (PDE) (Fishkin, 2002), orientam a gestão pública da saúde, frequentemente por meio de modelos estruturados em etapas processuais e de monitoramento (Mintzberg, 1976). No entanto, o cotidiano da gestão hospitalar apresenta contextos emergentes e imprevisíveis, exigindo dos gestores a capacidade de transitar entre práticas estruturadas e a adaptação às incertezas e complexidades do ambiente organizacional.

Nesse contexto, a tomada de decisão em organizações hospitalares envolve múltiplas variáveis e ocorre em ambientes sob incertezas, pressões organizacionais e escassez de recursos. Tais decisões afetam diretamente a assistência ao paciente, o abastecimento farmacêutico e de insumos, o uso eficiente desses recursos e o desempenho organizacional como um todo, exigindo práticas de gestão que conciliem diferentes interesses e condições operacionais.

Em razão dessas dinâmicas organizacionais, os processos decisórios não seguem um modelo puramente racional e deliberado, mas refletem a racionalidade limitada dos indivíduos, as nuances burocráticas e as dinâmicas dos SACs (Mintzberg, 2003; Simon, 1955; Stacey, 1996). As escolhas organizacionais resultam das interações entre os sujeitos com distintas formações, experiências e valores, que influenciam tanto a definição dos problemas quanto a construção das soluções. Elementos como intuição, julgamento e rotinas organizacionais também integram esse processo decisório (Mintzberg, 1976; Tversky; Kahneman, 1974; Weick, 1979) contribuindo para lidar com a imprevisibilidade e não-linearidade características de organizações complexas (Stacey, 1996).

Embora o uso de evidência possa qualificar as decisões, oferecendo fundamentos mais consistentes para a escolha entre alternativas, essa abordagem representa apenas uma das múltiplas dimensões que compõem o processo decisório. Essas práticas são utilizadas de modo heterogêneo, conforme o contexto, os objetivos organizacionais e as preferências dos tomadores de decisão (Tversky; Kahneman,

1974). Nesse sentido, as práticas adotadas pelos gestores hospitalares podem, por exemplo, revelar tanto o grau de adesão à EBMgt quanto a valorização de determinadas fontes no processo decisório na área da saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica integra a assistência à saúde e envolve a constante incorporação de novas tecnologias, especialmente medicamentos (Lima; David; Assunção-Costa, 2019). Esse processo ocorre por meio da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) (Toma *et al.*, 2017), que compõe os PDEs (Fishkin, 2002). As avaliações baseadas nos PDEs fortalecem a legitimidade das decisões sobre a assistência farmacêutica e terapêutica. Embora a ATS tenha se originado em instâncias centrais, também passou a ser realizada em nível local (Fishkin, 2002; Martelli *et al.*, 2016), o que justifica a produção de novas evidências pelos gestores hospitalares e a variabilidade na forma como elas são apropriadas e utilizadas.

No contexto da gestão da saúde, a evidência fundamenta políticas públicas como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), além de orientarem práticas institucionais voltadas ao uso racional de medicamentos (Brasil, 2001a; 2004; OPAS, 2015). Essas regulações são essenciais para processos como a incorporação de tecnologias em saúde, a regulação da prescrição e dispensação de medicamentos e a ampliação do acesso a eles (Tritany; Tritany, 2020). Tais práticas influenciam diretamente a segurança do paciente e a eficiência das organizações hospitalares (McIsaac, 1994). Nesse sentido, a normatização da assistência farmacêutica nos hospitais universitários, desde a Portaria MEC nº 35/1986 até as diretrizes da EBSEH (Brasil, 2015), prevê a atuação de comissões como a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), responsáveis por assegurar práticas terapêuticas baseadas em evidências.

Cabe destacar que no ano de 2022 houve uma mudança no organograma dos hospitais vinculados a rede EBSEH. Dessa forma, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes¹ (HUCAM), caso deste estudo, apresentou mudanças em seu organograma, o que possibilitou a produção de novas fontes de evidências, porque, diante da nova rotina das atividades hospitalares, desenvolveu-se um cenário para

¹ O HUCAM está localizado na região sudeste do Brasil, no Estado do Espírito Santo, no *campus* universitário de Maruípe, na cidade de Vitória, vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo.

produção de diferentes produtos informacionais. Além disso, o relatório de gestão do HUCAM, versão 2022, enfatizou os aprendizados adquiridos durante a gestão da crise da COVID-19, os quais resultaram em novas práticas no processo decisório (HUCAM, 2022, p. 48-49), a fim de assegurar a assistência à saúde pelo hospital. Essas transformações institucionais recentes justificam a pertinência da presente pesquisa, uma vez que oferecem oportunidade concreta de analisar como as evidências são mobilizadas no contexto real da farmácia hospitalar em um hospital universitário.

Diante do exposto, e considerando a abordagem da administração pública gerencial, torna-se necessário aprofundar as pesquisas sobre o período pós-reforma, com ênfase na governança e no uso de instrumentos de gestão e controle no setor da saúde (Filgueiras, 2017) sobre a EBMgt. Esse aprofundamento inclui investigar o uso de evidências e sua interação com os processos de gestão em organizações inseridas em ambientes menos controlados (Rynes; Bartunek, 2017), como os hospitais universitários. Dessa forma, este estudo busca contribuir teoricamente ao campo da administração ao explorar o uso da EBMgt em um ambiente complexo e ainda pouco explorado, respondendo à recomendação dos autores que defendem maior aproximação entre teoria e prática em contextos organizacionais da saúde.

Esta investigação requer considerar a complexidade organizacional, o dinamismo dos arranjos organizacionais transversais e os impactos da alta rotatividade de profissionais nos fluxos informacionais e na padronização dos processos decisórios em hospitais. Para obter uma visão integrada sobre o uso de evidências na tomada de decisão, torna-se necessária a análise de decisões de naturezas distintas, compreendendo tanto os profissionais com responsabilidade gerencial quanto aqueles que atuam nas práticas técnico-assistenciais, categorias aqui sintetizadas como decisões gerenciais e técnicas. Cabe também destacar o enfrentamento das limitações inerentes à rotatividade de pessoal (Fayol, 1990), o que exige que o uso de evidências seja contextualizado às condições reais de funcionamento. A compreensão desses aspectos contribui, na prática, para aprimorar os processos decisórios, oferecendo elementos para o desenvolvimento de práticas que promovam a circulação qualificada de informações e o uso sistemático de evidências.

Reconhecemos a existência de processos estruturados nos HUs. Contudo, no contexto do gerencialismo e diante da complexidade das organizações hospitalares,

cada unidade de saúde opera de forma própria no cuidado à saúde (Feuerwerker; Merhy, 2015). Isso se deve, em parte, à subjetividade dos sujeitos e às variações nas práticas cotidianas de comportamento quanto a apropriação e uso das evidências pelos gestores hospitalares. Nesse sentido, voltamos nossa atenção mais para os domínios organizacionais do que clínicos, ao concentrar-nos no uso de evidências pelos gestores de farmácias hospitalares na tomada de decisão. Essa delimitação permite focalizar as limitações institucionais e/ou organizacionais que impactam a tomada de decisão na área da assistência farmacêutica, contribuindo para análises mais aderentes à realidade hospitalar e para o fortalecimento das práticas baseadas em evidência.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Diante do exposto, este estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: Como o uso de evidências é adotado pelos gestores da farmácia hospitalar em seus processos de tomada de decisão?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Para responder ao problema de pesquisa proposto, este estudo tem como objetivo geral analisar como o uso de evidências é adotado pelos gestores da farmácia hospitalar em seus processos de tomada de decisão.

Para atingir esse objetivo, a pesquisa divide-se nos seguintes objetivos específicos:

- I. Identificar as principais fontes de evidências disponíveis para os gestores da farmácia hospitalar;
- II. Descrever como se desenvolve a tomada de decisão dos gestores da farmácia hospitalar com o apoio das práticas de uso das evidências disponíveis nesse processo;
- III. Analisar a preferência dos gestores da farmácia hospitalar por fontes de evidências específicas na tomada de decisão;
- IV. Descrever as práticas de gestão baseada em evidências dos gestores da farmácia hospitalar.

1.3 JUSTIFICATIVA

Conforme já mencionado, a revisão sistemática realizada por Rynes e Bartunek (2017) constatou que há uma grande lacuna entre a pesquisa acadêmica e a prática gerencial. Quase 80% dos estudos sobre EBMgt não são baseados em evidências empíricas e não atendem aos critérios de pesquisas empíricas de alta qualidade. Além disso, a proporção retrata estudos internacionais, do hemisfério norte, permanecendo indeterminado se, em virtude da sua maior amplitude, a proporção retratada alude a hegemonia dos periódicos internacionais editados em inglês e a baixa participação do hemisfério sul no campo acadêmico transnacional (Rosa; Alves, 2011). Dentre outras implicações, a questão mais crítica é a generalização dos resultados para hospitais do hemisfério sul. Considerando que as organizações hospitalares públicas brasileiras possuem características específicas da administração pública do país e do SUS.

Nesse sentido, a realização de estudos empíricos de natureza qualitativa sobre a EBMgt em organizações hospitalares públicas no Brasil contribui para preencher essa lacuna. Isso porque acreditamos na importância das inovações de estudos empíricos por mostrarem aspectos da rotina dos hospitais e das situações enfrentadas pelos gestores nos processos de tomada de decisão com o uso de evidências.

No que tange à condução de pesquisas em organizações hospitalares, é necessário assumir a dificuldade em realizar estudos controlados nessas organizações complexas, onde estratégias, problemas e liderança são dinâmicos (Barends; Briner, 2014) e com alta instabilidade de pessoal (Fayol, 1990), ou seja, alta rotatividade. a escolha da melhor fonte de evidência e sua relevância depende do contexto de cada organização e das situações enfrentadas pelos gestores hospitalares.

No âmbito hospitalar, o farmacêutico é o principal profissional habilitado para atuar na farmácia e, frequentemente, exerce cargos de gestão, o que exige dele a capacidade de realizar práticas gerenciais que garantem a eficiência administrativa. As funções do farmacêutico estão direcionadas, ao acompanhamento multidisciplinar do quadro clínico do paciente e associadas a redução de gastos financeiros (Brasil, 2010a; Gama *et al.*, 2022). Por isso, a literatura científica apresenta como sugestão “para trabalhos futuros o desenvolvimento de um estudo de campo que acompanhe de perto a atuação do profissional farmacêutico em uma unidade hospitalar para que se possa comprovar na prática [...] os achados da literatura” (Gama *et al.*, 2022, p. 11).

Em termos de contribuição social, Rousseau e Gunia (2016) tratam das competências associadas à EBMgt. A busca constante pelo uso das melhores evidências disponíveis desenvolve, entre os gestores, as competências adequadas para utilizar informações de forma eficaz e, conseqüentemente, impulsiona o aperfeiçoamento da prática da gestão em saúde. Os benefícios do uso de evidências qualificadas traduzem-se em uma gestão mais efetiva dos recursos da saúde e na melhoria da qualidade do atendimento. Presume-se, por exemplo, que o uso sistemático das melhores evidências em um hospital contribui para o aprimoramento da gestão de insumos e suprimentos hospitalares.

Em última instância, como contribuição prática, ao apresentar uma proposta que examinou e descreveu o uso da evidência por gestores hospitalares do setor de farmácia de um hospital universitário, buscou-se explorar o contexto das práticas de gestão que influenciam suas decisões. Essa abordagem possibilitou aos gestores refletirem sobre suas práticas e identificarem oportunidades de mudança no uso da evidência, favorecendo, por sua vez, uma tomada de decisão mais informada, com base em dados confiáveis. Além disso, o estudo ofereceu uma descrição do processo decisório que pode ser útil a outros gestores hospitalares.

1.4 ESTRUTURA DO PROJETO

Para desenvolver a discussão aqui proposta, este projeto está estruturado em cinco seções. Além desta [1] introdução, a segunda seção apresenta o [2] referencial teórico, abordando inicialmente a gestão baseada em evidências, com foco nas fontes e abordagens de uso de evidências na EBMgt. Em seguida, discute a tomada de decisão em setores públicos e em organizações complexas. Na continuidade, relaciona esses temas ao campo da saúde, tratando das características da administração pública gerencial, gestão da saúde, dos HUs e dos PDEs utilizados na ATS, tanto no sistema de saúde em geral quanto das farmácias hospitalares. Essa seção se encerra com uma discussão sobre as práticas gerenciais dos gestores hospitalares. Na terceira seção, apresentamos [3] os procedimentos metodológicos. A quarta seção traz a [4] a descrição e análises dos resultados, destacando as principais evidências utilizadas pelos gestores e como ocorre o processo decisório na farmácia hospitalar. Por fim, a quinta seção apresenta a [5] conclusão e suas subseções finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A EBMgt na saúde consiste na tomada de decisão informada por evidências por parte dos gestores (Tranfield *et al.*, 2003). O uso dessas evidências pelos gestores hospitalares não ocorre de forma homogênea, sobretudo devido às formas individuais de apropriação e aos diferentes contextos decisórios característicos das organizações complexas. O estudo dessa abordagem, quando aplicado às organizações hospitalares como objeto de pesquisa, permite evidenciar as práticas sociais desenvolvidas no setor público em um período marcado pelas transformações da administração pública gerencial. A temática é relevante, pois, ainda que o gerencialismo introduza maior flexibilidade nas negociações, a dinâmica política e administrativa permanece atuando paralelamente.

No Brasil, soma-se a isso a complexidade do SUS, que se configura como lócus singular para a análise das práticas sociais, especialmente nos HUs, em razão da sua transformação em empresas públicas. Um dos objetivos dessa reconfiguração é aprimorar a eficiência dos processos de trabalho. Um exemplo disso são as práticas relacionadas ao uso de evidências para subsidiar decisões sobre tecnologias em saúde no campo da assistência farmacêutica. A literatura demonstra que processos hierarquizados e estruturados, de natureza consultiva e deliberativa, ainda desempenham papel importante na gestão pública. No entanto, como o gerencialismo valoriza evidências situadas e contextuais para promover a eficiência, essa abordagem tem impulsionado mudanças institucionais relevantes.

Além dessas especificidades, os HUs também expressam o caráter emergente da evolução dos cuidados em saúde. Esses fatores contribuem para a constituição de um ethos particular do trabalho em saúde, essencial para a compreensão da EBMgt no contexto das organizações hospitalares.

2.1 GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A EBMgt consiste em melhorar a tomada de decisão com base na melhor evidência disponível (Barends; Rousseau; Briner, 2014). Trata-se de uma abordagem focada na prática profissional e na resolução de problemas enfrentados por gestores e outros profissionais, utilizando evidências no processo decisório (Briner; Denyer; Rousseau, 2009). A prática de gestão é antiga, mas o campo da medicina foi o primeiro a institucionalizar essa abordagem nos cuidados de saúde (Rycroft-Malone *et al.*, 2004). O tema ganhou força a partir da década de 1970, quando a comunidade científica passou a reconhecer que o uso de evidências envolve tanto processos científicos quanto sociais (Rycroft-Malone *et al.*, 2004).

Alguns anos depois, na década de 1990, surgiu o termo medicina baseada em evidências (*evidence-based medicine* — EBMed), a partir do trabalho do médico e pesquisador David Sackett, um dos autores mais associados à difusão desse conceito (Sackett, 1996). Segundo o autor, as decisões clínicas devem se basear no conhecimento mais confiável disponível. Ele define a abordagem como “[...] o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais” (Sackett, 1996, p. 71, tradução nossa). As mesmas práticas de uso de evidências desenvolvidas na medicina passaram a ser incorporadas por gestores em suas práticas gerenciais, com o objetivo de otimizar a eficiência dos resultados organizacionais.

A partir do êxito da EBMed, Rousseau (2006, p. 256, tradução nossa) propôs o conceito de EBMgt como “[...] princípios de pesquisa baseados nas melhores evidências para a prática organizacional”. O desenvolvimento dessa abordagem incorporou novos elementos que, combinados, representam o uso mais abrangente da informação disponível em diversas fontes e a capacidade de reduzir vieses no processo decisório. Esse entendimento está alinhado à contribuição de Tranfield *et al.* (2003), que destacou a necessidade de reconhecer que a evidência, por si só, é muitas vezes insuficiente e incompleta, servindo apenas para informar a decisão e limitando as opções disponíveis. Assim, a EBMgt propõe o uso complementar de evidências científicas e organizacionais (Rousseau; Manning; Denyer, 2008).

Percebe-se, a partir da literatura, que diversos autores dialogam entre si sobre o conceito de EBMgt, o que se reflete em colaborações frequentes e em definições com

significados similares. O Quadro 01 apresenta os conceitos mais relevantes identificados na literatura.

Quadro 1 - Conceitos de EBMgt.

AUTORES	CONCEITOS E ETAPAS DA EBMgt
Barends, Rousseau e Briner (2014, p.2, tradução nossa)	Conhecida como etapa dos 6 A's: A prática baseada em evidências trata da tomada de decisões por meio do uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível de múltiplas fontes para aumentar a probabilidade de um resultado ser favorável. Seis competências: 1) <i>Asking</i>: traduzir uma questão/problema prático em pergunta respondível; 2) <i>Acquiring</i>: procurar e recuperar sistematicamente as evidências; 3) <i>Appraising</i>: julgar criticamente a confiabilidade e relevância das evidências; 4) <i>Aggregating</i>: medir e reunindo as evidências; 5) <i>Applying</i>: incorporar as evidências no processo de tomada de decisão; 6) <i>Assessing</i>: avaliar o resultado da decisão tomada.
Rundall <i>et al.</i> (2007, tradução nossa)	Seis etapas para a tomada de decisões: 1) Formulação da questão de gestão; 2) Busca por fontes de informação; 3) Avaliação da confiabilidade das informações; 4) Avaliação da aplicabilidade das informações; 5) Avaliação da eficácia das evidências; 6) Determinar se a informação é adequada.

Fonte: Adaptado de Rousseau, Manning e Denyer (2008) e Barends, Rousseau e Briner (2014).

Ao analisar os conceitos apresentados no Quadro 01, entende-se que o processo de EBMgt deve ser iniciado a partir de uma questão-problema e, então, por meio da avaliação, identificar quais fontes de evidências são mais pertinentes para apoiar os profissionais na tomada de decisão durante as práticas de trabalho. Isso permite o uso integrado de diferentes fontes de evidências de forma contextualizada.

As etapas da EBMgt (Quadro 01) associam-se aos estágios de produção de decisões descritos por Kahneman (2012): enquadramento do problema, levantamento de informações relevantes, decisão, reflexão e revisão, considerados estágios essenciais de gestão para assegurar a qualidade dos produtos organizacionais. A análise do quadro demonstra que as contribuições identificadas na literatura sobre o tema remontam a pelo menos uma década. No entanto, essas contribuições já indicam fases de monitoramento de processos e etapas de tomada de decisão amplamente aceitas no campo da administração e incorporadas às práticas organizacionais, tal como o modelo processual de Mintzberg (1976).

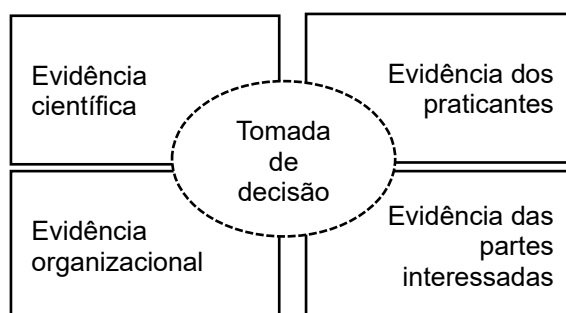
2.1.1 Fontes e uso de evidências na EBMgt

A evidência pode ser entendida como uma informação apresentada em diferentes formatos ou expressa por meio de comportamentos que podem ser desenvolvidos no contexto organizacional (Barends; Rousseau; Briner, 2014). Sem a “compreensão dos processos organizacionais e humanos pelos quais a informação se transforma em conhecimento e ação”, as empresas não são capazes de perceber a importância de suas fontes e tecnologias de informação (Choo, 2003, p. 27). Por isso, para que a informação esteja apta a ser aplicada pelos gestores nas práticas de gestão, é necessário que ela seja transformada por meio de sua tradução em prática; somente assim ela adquire o potencial de ser utilizada como evidência (Straus; Tetroe; Graham, 2009).

O êxito no uso da evidência está em aplicá-la de forma sistemática, garantindo sua confiabilidade no campo da gestão e da ciência organizacional (Rousseau; Manning; Denyer, 2008; Rousseau, 2006). O uso sistemático pressupõe o acesso a diferentes fontes de evidência com o objetivo de reduzir a incerteza e a ambiguidade na tomada de decisão (Barends; Rousseau; Briner, 2014). No entanto, persistem riscos associados ao seu uso, como a utilização indevida, excessiva, inconclusiva ou sua subutilização na compreensão dos processos e práticas organizacionais (Rousseau; Manning; Denyer, 2008).

Ressalta-se que o termo fontes de evidência pode ser compreendido como “fontes de prova” (Barends; Rousseau; Briner, 2014). Entre essas, destacam-se quatro tipos principais (Barends e Rousseau, 2018) (Figura 1), considerados fundamentais para apoiar os gestores no processo decisório.

Figura 1 - Fontes de evidências.



Fonte: adaptado de Barends e Rousseau (2018).

O uso das fontes de evidências exibe variações dependendo do perfil da tarefa. Os gestores podem recorrer a múltiplas fontes ou dar maior ênfase a uma delas. Por exemplo, em organizações complexas onde os contextos são únicos e não se repetem em outros locais, os gestores precisam utilizar as evidências organizacionais para embasar suas decisões. Para isso, é essencial que tenham conhecimento das fontes de evidências disponíveis.

A evidência científica consiste basicamente nos resultados de pesquisas encontrados na literatura (Barends; Rousseau; Briner, 2014). Inicialmente, essa fonte de evidência foi a mais utilizada, pois a EBMgt deriva dos cuidados médicos e, por isso, considerava sobretudo as perspectivas clínicas dos médicos, não as dos gestores hospitalares. Na área médica, uma das primeiras evidências clínicas foram as revisões sistemáticas (Sackett *et al.*, 1996). Esse método é reconhecido por suas revisões terem sido criteriosamente avaliadas, sendo a coleção Cochrane a principal base de dados de consulta de evidências científicas (Barends; Briner, 2016).

No Brasil, as revisões rápidas são utilizadas para instruir a tomada de decisão sobre políticas, procedimentos e programas para incorporação de tecnologias no SUS (Bortoli *et al.*, 2017). Também se utilizam nas práticas de saúde os Ensaios Clínicos Randomizados (ECR), as sínteses de evidências (Cairney, 2017; Zuenkova, 2022) e os estudos de ATS. Quanto à elaboração das evidências científicas, podem ser utilizadas outras fontes, como livros, manuais, diretrizes e políticas (Toma *et al.*, 2017). Portanto, a ATS é um campo multidisciplinar que utiliza desde revisões sistemáticas até avaliações econômicas para subsidiar as decisões em saúde coletiva (Elias, 2017).

Quanto à evidência organizacional, abrange os dados, fatos e resultados em termos numéricos da própria organização (Barends; Rousseau; Briner, 2014), tais como: resultados de pesquisas sobre a organização da assistência à saúde, análise de modelos de gestão, balanços (McKee; Ferlie; Hyde, 2008), registros eletrônicos dos pacientes ou dos aplicativos de usuários e funcionários, bem como demonstrativos financeiros, relatórios, níveis de produtividade, regulamentos, ofícios e percepções da cultura organizacional (Barends; Rousseau; Briner, 2014).

Em uma organização hospitalar, incluem-se como evidências organizacionais o Procedimento Operacional Padrão (POP) e a Instrução de Trabalho Operacional (ITO), com os respectivos formulários para solicitações de inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos, além de outros formulários para acompanhamento e controle gerencial de insumos e suprimentos, avaliações de fornecedores, acompanhamento de estoque, controle de medicamentos vencidos e sem movimentação, distribuição de medicamentos, dispensação e inventários (Brasil, 2002). Além disso, são utilizados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para a gestão da assistência farmacêutica no SUS, os quais influenciam a prescrição médica, a dispensação de medicamentos e outros aspectos gerenciais e legais (Brasil, 2007a).

Com relação à evidência dos praticantes, considera-se aquelas adquiridas pelas experiências dos profissionais, principalmente no cotidiano da tomada de decisão dos gestores e líderes organizacionais (Barends; Rousseau; Briner, 2014). A experiência profissional é a acumulação de conhecimento ao longo do tempo, que permite o reconhecimento da situação atual com base em práticas similares ocorridas no passado. Essas evidências baseadas na prática favorecem a expertise do profissional (Cairney, 2017; Simon, 1990), relacionam-se à intuição e influenciam as escolhas pessoais.

A evidência das partes interessadas refere-se aos valores e preocupações (Barends; Rousseau; Briner, 2014) dos indivíduos internos e externos à organização que, de alguma forma, são afetados pelas decisões dos gestores ou demais profissionais envolvidos na tomada de decisão. Por exemplo, são afetados colaboradores, clientes e pacientes. No setor da saúde, as partes interessadas também incluem a comunidade local, cuja participação ocorre por meio de consultas públicas e, no caso da ATS, por meio de enquetes (Silva, 2017).

Na contemporaneidade, o acesso a algumas fontes de evidências ocorre por meio de fontes digitais disponíveis na internet, tais como bases de dados bibliográficas clínicas e/ou administrativas; portais governamentais, de agências ou instituições; repositórios digitais; e bancos de teses e dissertações (Toma *et al.*, 2017). Essas são algumas das fontes de informação que podem atender às necessidades de conhecimento dos profissionais em suas práticas de trabalho. Essas múltiplas fontes de evidências são

mobilizadas de forma isolada ou combinada nos processos decisórios, pois a tomada de decisão é uma responsabilidade e competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza seu próprio conhecimento profissional, sobre referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais, entre outras, ou a percepção que tem do problema para formar uma convicção e tomar uma decisão possível, a partir da mobilização dos recursos necessários (Tanaka; Tamaki, 2012).

No geral, decisões clínicas são mais específicas e diretas, enquanto as decisões de gestão são mais heterogêneas, no sentido de envolver maiores conjuntos de evidências em circunstâncias mais diversas do que aquelas vivenciadas pelos médicos. Por exemplo, uma decisão de gestão na saúde envolve análises de eficácia, efetividade, segurança etc., na incorporação (ou não) de tecnologias de saúde (Toma *et al.*, 2017). Em muitos momentos, a intuição atua na tomada de decisão, sem que os gestores se baseiem em análises complexas (Zuenkova, 2022). Esse entendimento pode explicar por que os gestores confiam em sua própria experiência e tendem a considerar menos fontes de evidências ao tomar decisões de gestão.

2.2 TOMADA DE DECISÃO: EQUILÍBRIO ENTRE A RACIONALIDADE E A INTUIÇÃO

A tomada de decisão é um processo que envolve a busca e seleção de alternativas em uma determinada situação (Simon, 1980). Nas organizações modernas, com a adoção do gerenciamento de dados, os processos decisórios são informados e ainda considerados centrais nas organizações (Simon, 1980; Watson, 2013). Além disso, nas organizações de maior incerteza organizacional, surgem uma variedade de situações, e, com isso, os decisores não possuem conhecimento ou experiências prévias de todas as escolhas (Donaldson, 1999; Duncan, 1972; El Nadi, 2004; Mintzberg; Waters, 1990; Nutt; Wilson, 2010), assim, o comportamento organizacional (Miller; Hickson; Wilson, 2004; Watson, 2013) na tomada de decisão exibe variações.

O estudo da tomada de decisão abrange uma variedade de níveis de análises comportamentais, desde uma perspectiva racional de modelos matemáticos e estatísticos até estudos de comportamentos cognitivos pelos estudiosos das áreas da

psicologia ou das ciências sociais (Miller; Hickson; Wilson, 2004). Estudos da psicologia sobre o comportamento humano são frequentemente relacionados à cultura organizacional, por causa do seu entendimento como um conjunto de valores, mentalidades e lógicas institucionais (Chu; Wood Jr, 2008). Esses conjuntos de aspectos não são considerados inatos, mas são aprendidos e compartilhados (Morey; Luthans, 1985), apresentando um significado simbólico para as organizações e manifestando ideologias que são incorporadas na tomada de decisões (Pondy, 1978; Weick, 1979).

A tomada de decisão inclui modelos de julgamento analítico (racional) e intuitivo (não racional) (Kahneman, 2012). Em ambos os modelos, os decisores usam heurísticas com o intuito de simplificar e minimizar a complexidade da tomada de decisão (Simon, 1955; Tversky; Kahneman, 1974). A discussão é relevante, porque, em ambientes sob incerteza, o comportamento na tomada de decisão pode não seguir somente um modelo de análise, mas sim uma complementariedade entre eles. Em um modelo racional, a tomada de decisão ocorre com base na estimativa de probabilidades numéricas e estatísticas, e, em um modelo qualitativo, as probabilidades são subjetivas (Anderson; Shanteau, 1970; Tversky; Kahneman, 1974), nas quais ocorre uma avaliação mental rápida de determinados aspectos ou o uso de experiências passadas na tomada de decisão.

A racionalidade limitada (Simon, 1955, 2000) trata das limitações cognitivas do ser humano, fortalecendo análises que rejeitavam a perspectiva puramente racionalista. A teoria destaca que, além da complexidade do ambiente de escolha, também há dificuldade quanto ao acesso às informações. A falta de acesso às informações implica na incompletude do conhecimento e influencia o comportamento administrativo dos humanos na tomada de decisão (Simon, 2000). Os tomadores de decisão não possuem acesso a dados completos e conhecimento perfeito de todos os elementos para a escolha (March; Simon, 1958; Sadler-Smith; Sparrow, 2008), e ainda há o fato de que os humanos incorporam suas atitudes e valores na tomada de decisão. Portanto, a perspectiva que cada decisor possui sobre o que é a tomada de decisão influenciará a abordagem adotada por ele na decisão. Essa característica reflete tanto na formação dos subgrupos profissionais e na forma de comunicação deles, quanto no planejamento da organização (March; Simon, 1958).

Desde essas concepções, os autores mais notáveis relacionados à tomada de decisões nas organizações são Simon (2000) e Tversky e Kahneman (1974). Os autores desenvolveram estudos sobre o comportamento administrativo e os efeitos da tomada de decisões intuitivas, assim como os vieses cognitivos do comportamento humano. Nesse contexto, a intuição é considerada como os pensamentos e preferências que vêm à mente rapidamente e sem muita reflexão (Tversky; Kahneman, 1974).

2.2.1 Modelos de tomada de decisão

A delimitação das diferenças entre os modelos de gestão adotados pelos gestores organizacionais não se restringe à análise do processo decisório. A capacidade gerencial compreende habilidades complexas, analíticas, de julgamento, de decisão, de liderança e de enfrentamento de riscos e incertezas (Mota, 1995). Por causa desses vários aspectos, as práticas gerenciais variam conforme as necessidades específicas do contexto de trabalho e segundo as abordagens adotadas por cada gestor. Por meio dos modelos de gestão aplicados, os gestores podem implementar mudanças institucionais com o intuito de aprimorar a eficiência dos serviços prestados pela organização.

A diferenciação dos modelos de gestão depende do contexto e dos comportamentos adotados pelos gestores. A compreensão dos modelos de gestão organizacional pode abranger diferentes níveis de decisão (Mintzberg, 1979) (Quadro 2), tipos de decisão (Simon, 1977) (Quadro 3) e estilos de decisão (Mintzberg, 1973) (Quadro 4), além dos diversos papéis gerenciais (Mintzberg, 1973) (Quadro 5), os quais fazem parte das práticas reais dos gestores. A partir desses modelos, presume-se a possibilidade de compreender o desenvolvimento do uso de evidências pelos gestores na tomada de decisão. O nível de decisão (Quadro 2) é o primeiro modelo utilizado para as análises de uma unidade organizacional.

Quadro 2 Níveis de decisão.

NÍVEIS DE DECISÃO	CARACTERÍSTICAS	NATUREZA DA DECISÃO
Estratégica	Decisões de longo prazo, com foco na direção geral da organização.	Normalmente envolvem um alto grau de incerteza e exigem análises profundas.
Tática	Decisões de médio prazo, focadas na implementação da estratégia organizacional.	Foco na eficiência e efetividade das operações, requerendo análises dos recursos disponíveis.
Operacional	Decisões de curto prazo, relacionadas ao dia a dia, à execução diária e a rotina.	Exigem agilidade e tomada de decisão rápida para resolver problemas imediatos. Apresentam baixo grau de incerteza e são focadas na execução de tarefas rotineiras.

Fonte: adaptado de Mintzberg (1979).

Os níveis de decisão (Mintzberg, 1979), apresentados no Quadro 2, permitem o entendimento da hierarquia das decisões, isto é, qual a forma predominante de atuação dos diferentes gestores, com base na complexidade das decisões em níveis organizacionais. Um exemplo, em nível estratégico, seria a definição de políticas hospitalares baseadas em evidências; em nível tático, a coordenação e adaptação de protocolos às rotinas da farmácia hospitalar; e, em nível operacional, as decisões emergenciais do dia a dia, seguindo ou ajustando protocolos momentaneamente. Quanto aos tipos de decisão, distinguem-se três categorias: estruturada, não estruturada e semiestruturada, apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Tipos de decisão

TIPOS DE DECISÃO	CARACTERÍSTICAS	NATUREZA DA DECISÃO
Estruturada (programada)	Decisões rotineiras e repetitivas, que possuem procedimentos bem definidos e claros.	Menor grau de incerteza, mais automáticas e baseadas em regras.
Não estruturada (não programada)	Decisões complexas, com alta incerteza, sem padrões ou procedimentos estabelecidos.	Requer maior julgamento e análise criativa, sem precedentes claros.
Semiestruturada	Combinação de elementos estruturados e não estruturados, com algum grau de julgamento.	Envolve tanto dados objetivos quanto julgamentos baseados em experiência.

Fonte: adaptado de Simon (1977).

Com base na identificação do nível em que a decisão ocorre dentro da estrutura organizacional, identificam-se os tipos de decisão (Simon, 1977) comumente tomados em cada nível. Os tipos de decisão permitem analisar como os gestores utilizam as fontes de evidências (científicas, organizacionais, dos praticantes ou das partes interessadas) na tomada de decisões estruturadas ou mais complexas. Essa distinção é útil para compreender, por exemplo, como as evidências são mobilizadas pelos gestores em processos decisórios, seja utilizando uma única categoria ou uma combinação dos tipos de decisão. Quanto aos estilos gerenciais (Quadro 4), estes permitem analisar a abordagem adotada pelos gestores.

Quadro 4 - Estilos gerenciais e tomada de decisão.

ESTILO GERENCIAL	CARACTERÍSTICAS
Conceitual	Focado no desenvolvimento da estrutura organizacional; focado em planejamento estratégico.
Administrativo	Preocupado primariamente com controles; focado em controle e gestão de processos.
Interpessoal	Favorece a liderança interna e promove a conexão externa; foco em liderança e conexões.
Fazedor	Inclina-se principalmente às ações, às coisas tangíveis, ao fazer. Foco em ação prática e execução.

Fonte: adaptado de Mintzberg (1973).

Os estilos gerenciais permitem analisar a abordagem adotada pelos gestores, pois influenciam suas práticas de três maneiras: I) expressam os papéis preferidos pelos gestores; II) delimitam como os papéis gerenciais são desempenhados; e III) determinam o tipo de relacionamento estabelecido entre esses papéis (Mintzberg, 1973). Ou seja, a definição dos estilos gerenciais evidencia como os gestores preferem atuar, revelando suas abordagens e preferências no processo decisório. Contribui, portanto, para a complementação das análises dos papéis gerenciais.

Os papéis gerenciais (Quadro 5), desenvolvidos pelos gestores, são caracterizados por um conjunto de comportamentos executados por eles (Mintzberg, 1973), os quais se dividem em três grupos: interpessoais, informacionais e decisórios. Cada grupo apresenta papéis específicos no exercício da gestão.

Quadro 5 - Papéis gerenciais.

GRUPOS GERENCIAIS	PAPÉIS GERENCIAIS			
Interpessoais	Representante: Atua como símbolo, participando de reuniões e eventos.	Líder: Motiva e dirige a equipe, criando um ambiente de trabalho positivo.	Ligação: Conecta diferentes setores dentro da organização e com partes externas.	
Informacionais	Monitor: Coleta informações sobre o ambiente e o funcionamento da organização.	Disseminador: Repassa informações relevantes para a equipe e partes interessadas.	Porta-voz: Representa a organização em interações com outras entidades e o público.	
Decisórios	Empreendedor: Identifica oportunidades de inovação e implementa mudanças.	Solucionador de Conflitos: Resolve crises internas e problemas dentro da organização.	Alocador de Recursos: Decide sobre distribuição de recursos, como orçamento e pessoal - fornecedores e parceiros.	Negociador: Participa de negociações com partes externas, como.

Fonte: adaptado de Mintzberg (1973).

Os papéis dos gestores, apresentados por Mintzberg (1973), são caracterizados por um conjunto de comportamentos executados por eles e influenciam diretamente suas decisões organizacionais. Esses papéis fazem parte da perspectiva prática do cotidiano gerencial, e, por meio dessas práticas, torna-se possível detalhar como são desempenhadas as funções na gestão organizacional. A ênfase em um ou outro papel gerencial é atribuída pelos gestores com base nos diferentes contextos (Mintzberg, 1973).

A combinação dos modelos teóricos acerca dos níveis, tipos e estilos de decisão, bem como dos papéis gerenciais, articulados nos quadros apresentados, permite mapear como decisões rotineiras ou complexas podem envolver diferentes fontes de evidências, proporcionando um entendimento mais abrangente dos fenômenos. No caso deste estudo, tal articulação favorece a compreensão do que os gestores fazem (papéis gerenciais) e de como fazem (estilos gerenciais) nas práticas de uso de evidências na EBMgt, especialmente no contexto dos setores públicos.

2.2.2 Tomada de decisão em setores públicos: breve contextualização

A abordagem da tomada de decisão está relacionada às preferências cognitivas do comportamento humano, individual ou coletivo (Nutt, 2005). O comportamento cognitivo individual na tomada de decisão não permanece restrito ao sujeito, mas se estende, por consequência, ao grupo, manifestando-se como práticas preferidas. Com frequência, os decisores, tanto do setor público quanto do setor privado, preferem atuar em ambientes cujas práticas sejam compatíveis com seus valores e formas preferenciais de ação, evitando contextos com funcionamento distinto. Por esses motivos, valores de grupos tendem a se sobressair nos ambientes de trabalho e expressam um estilo cognitivo específico nas decisões (Avelar, 2016; Nutt, 2005). Ou seja, nas organizações observa-se uma tendência ao desenvolvimento de padrões de valores e de normas de comportamento que se tornam componentes da cultura organizacional.

Além das características dos comportamentos e das preferências cognitivas, outros aspectos ou práticas também podem influenciar a forma como as decisões são tomadas, tais como: as partes envolvidas, os modelos de administração (radical ou incremental), os jogos de poder, os conflitos entre grupos, entre outros (Miller; Hickson; Wilson, 2004). Essas diferenças nas práticas adotadas nas organizações fazem com que os gestores vivenciem distintas expectativas e demandas (Nutt, 2005; Summers, 1975).

As práticas nos setores público e privado sugerem tipos distintos de responsabilidades, que podem demandar abordagens diferenciadas na tomada de decisão (Nutt, 2005). Esse entendimento está em consonância com as ideias de Summers (1975), ao afirmar que a variação na tomada de decisão decorre do processo pelo qual as decisões são tomadas e das pessoas responsáveis por elas. Ressalta-se que, no setor público, a negociação é coletiva e deve se enquadrar na estrutura e nos processos do governo, o que a torna mais complexa em função das exigências jurídicas e políticas. Para os autores, as decisões partem de instâncias de poder político, o que faz com que os gestores estejam sujeitos ao cumprimento de políticas governamentais, constituições federais, estaduais e municipais, as quais impõem limitações a determinadas decisões (Nutt, 2005; Summers, 1975).

Dessa forma, compreende-se que, nas organizações públicas, as decisões são frequentemente tomadas de forma incremental, uma vez que as soluções propostas não se distanciam substancialmente do *status quo*. Como essas soluções mantêm certa continuidade com as ações anteriores, evitam-se grandes conflitos entre os envolvidos (Miller; Hickson e Wilson, 2004). Assim, mesmo que os gestores participem das negociações, as decisões são tomadas por meio de processos governamentais nos quais muitas partes estão envolvidas, o que aumenta o tempo de resposta.

Portanto, o desempenho na tomada de decisão está relacionado às práticas adotadas (Nutt, 2010), principalmente quando se leva em consideração o contexto em que essas decisões ocorrem. No âmbito das organizações públicas, esse contexto vem sendo transformado pelas reformas do Estado implementadas nos anos 1990, conhecidas como reformas gerenciais (Bresser-Pereira, 1998; Secchi, 2009), cujos impactos atingem diversas áreas das políticas públicas, incluindo a gestão da saúde em geral (Filgueiras, 2017) e, mais especificamente, dos hospitais universitários (Sansonove; Winckler; Dasso Jr., 2020).

2.2.3 Tomada de decisão em organizações complexas no sistema de saúde

Na tipologia das organizações complexas, elas são consideradas organizações profissionais (Mintzberg, 1979), ou ditas organizações especializadas (Etzioni, 1961), com característica autônoma, importante para tal organização (Mintzberg, 1979), porque permite a tomada de decisões ágeis pelos gestores diante de cenários imprevisíveis. Nesses casos, a autonomia na tomada de decisão é assertiva e, como afirma Marinho (2016), não implicaria comprometimento no trabalho multiprofissional. Então, entende-se a exploração de determinados arranjos institucionais diante da complexa rede de contratualização e da micropolítica, um dos facilitadores de novos processos de coordenação e comunicação institucional (Merhy; Cecílio, 2003), por exemplo, nas organizações hospitalares.

Em organizações complexas, invoca-se a teoria sistêmica, postulando que as características do sistema levam a situações que excedem as condições de controle e planejamento (Stacey, 1996). Nos termos apresentados, em um contexto hospitalar, os processos estruturados convivem com situações emergentes, exigindo práticas de

gestão que conciliem planejamento e improvisação pelos profissionais (Weick, 1998; Hatch, 1999), posto que, em ambiente hospitalar, é comum a imprevisibilidade no comportamento do sistema (Stacey, 1996; McDaniel, 2007). Caracteriza-se assim a propriedade de rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada das ações e serviços públicos da saúde de um sistema único (Brasil, 1988, Constituição), com necessidade de coordenação para o planejamento comum das ações e comunicação no tocante aos usos dos prontuários médicos, exames e integração dos serviços nas unidades de saúde.

Na abordagem dos SACs (Stacey, 1996), se reconhece o caráter de um sistema em constantes mudanças devido ao grande número de elementos heterogêneos que interagem (Meadows; Wright, 2008; Mitchell, 2009). Nesse sentido, o trabalho é variável, de natureza emergencial, e permite pouca margem a ambiguidade e ao erro (Shortell; Kaluzny, 1993). Portanto, o sistema regionalizado interage de maneira contínua e imprevisível e destina-se à adaptação das realidades locais. Isto é, os SACs são entendidos como o sistema de mudanças, ajustando-se e evoluindo em novas formas de organização conforme as interações sociais e as mudanças no ambiente.

Ainda que seja um sistema de mudanças, estão presentes os elementos pré-estruturados considerados as estruturas mínimas inegociáveis (Barret, 1998; Orlikowski, 1996), as quais fornecem uma referência para a adaptação em ambientes dinâmicos e de integração das decisões e ações aplicadas na prática. A implementação de mudanças no contexto de enfrentamento de eventos em saúde difíceis de previsão é um grande desafio aos gestores, como dito, devido à grande variabilidade nos processos, como também, a quantidade de profissionais de diferentes áreas e formações, a instabilidade de colaboradores que ocasiona constante renovação na área técnica-médica (Fayol, 1990; Seixas; Melo, 2004), a necessidade de atender às exigências legais, a demanda de equipamentos de alta tecnologia, e especialmente por estar diretamente ligado à saúde humana (Prestes *et al.*, 2019, p. 143). Dado que, os serviços prestados são de “[...] difícil medição e interpretação, pois não dá para medir quanta saúde se tem obtido, mede-se quantas cirurgias e quantas consultas [...]” (Seixas; Melo, 2004, p. 18) foram realizadas.

A configuração do sistema como descentralizado também reverbera na estrutura do poder decisório, estruturando-se na centralização e na descentralização vertical e horizontal, e sendo altamente descentralizada horizontalmente, tanto em fluxos operacionais como estratégicos (Mintzberg, 1995). Nesses sistemas, as unidades são interrelacionadas, interagindo para a manutenção do equilíbrio dinâmico (Gibson, 1973). São as interações dos membros da organização que produzem um efeito emergente, capaz de formar a rede complexa, com capacidade de transformar o ambiente organizacional (Oliveira, Meyer; Pascucci, 2018). Portanto, a estrutura do sistema refletida na estrutura do poder decisório permite que as decisões sejam mais contextualizadas e os recursos sejam distribuídos de forma mais equitativa e eficiente, ajustando-se às demandas de cada área.

Nesses termos, os desafios da gestão pelos gestores hospitalares decorrem da integração da dupla estrutura, médica-técnica e administrativa, e o sucesso da organização depende da harmonização dessas estruturas (Santos, 1998). Assim, os profissionais hospitalares apresentam dupla linha de autoridade, à qual são mais leais à profissão do que à organização (Shortell; Kaluzny, 1993). Isto significa que os processos ocorrem na tensão entre duas dimensões, a subcultura de especialistas técnicos, os médicos, farmacêuticos, enfermeiros etc., e a subcultura administrativa. A profissionalização dos processos de gestão hospitalar convive nesse contexto, pois, por um lado, não abandona a missão da saúde e, por outro lado, tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão (Van Maanen; Barley, 1984), concomitantemente às atividades de improvisação para o enfrentamento dos problemas gerenciais. Nessa sucessão de eventos, as práticas da gestão e da tomada de decisão sofrem influências, incluindo seus instrumentos de trabalho, como os protocolos clínicos (Gomes *et al.*, 2015).

Os profissionais especialistas entendem que os protocolos clínicos impactam a sua prática profissional, exigindo deles o equilíbrio para a padronização necessária e a flexibilidade para a sua autonomia e julgamento profissional. A tomada de decisão requer dos gestores hospitalares o gerenciamento de interesses políticos, consensos interpretativos e o reconhecimento e respeito de valores simbólicos (Mintzberg, 2003; Weick, 1993). Nesse sentido, as práticas gerenciais dos profissionais especialistas conduzidas nas organizações hospitalares são complementares. Os especialistas requerem a autonomia para atuarem com a improvisação necessária quando surgem

situações imprevistas ou que exigem decisões rápidas, quando protocolos rígidos não atendem às demandas. Em paralelo, ainda é necessário o processo analítico, racional e deliberado utilizado diante das situações complexas e problemas ambíguos no processo decisório (McKenna; Leykum; McDaniel, 2013).

2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL E GESTÃO DA SAÚDE

A Administração Pública Gerencial (APG), conhecida como gerencialismo (*managerialism*), é um modelo híbrido associado às estruturas pós-burocráticas (Abrucio, 1997) e direcionado para a prática (Kissler; Heidemann, 2006) na gestão da administração pública. Por um lado, o modelo apresenta rigidez organizacional, e, por outro, configura-se com um organograma consorciativo. Isso leva a técnicas gerenciais flexíveis e com maior caráter político, não existindo mais a separação entre a administração e a dinâmica política (Abrucio, 1997; Abrucio; Loureiro, 2018; Bresser-Pereira, 1996). O objetivo é obter equilíbrio entre o que ainda funciona e o que não tem mais êxito na administração pública, por estar assentado puramente em uma organização burocrática (Abrucio, 1997; Bresser-Pereira, 1996).

No contexto pós-reforma gerencial, houve mudanças nas abordagens de governança, as quais possibilitaram reconhecê-la como um processo complexo e dinâmico de interação social entre diferentes partes, que impactou as práticas de tomada de decisão. Nesse tipo de governança, as organizações são consideradas atores políticos e a governança é produto das ações dos sujeitos, internos e externos à organização, e da interação horizontal e vertical. Os atores políticos utilizam instrumentos de ação para comunicação de práticas situadas. Também, nesse tipo de governança, houve mudanças atinentes ao provimento de bens públicos para suprir necessidades de serviços até então não atendidas pelo Estado, incluindo mudanças que impactam a gestão da saúde pública (Filgueiras, 2017).

As mudanças na gestão podem ser compreendidas por meio do novo tipo de dinâmica público-privada. Por exemplo, alguns setores públicos adotaram instrumentos de controle, prática antes exclusiva das organizações privadas (Filgueiras, 2017). Nesse quadro de governança, com o tempo, consolidaram-se legislações relacionadas à gestão da saúde, como a criação do SUS segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro

de 1990 (Brasil, 1990); a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2016), que viabilizou o processo de descentralização dos serviços públicos básicos, permitindo a regulamentação das novas formas de contratação para parcerias público-privadas.

Para constituir as parcerias público-privadas, foram estabelecidas a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de organizações sociais como pessoas jurídicas de direito privado dirigidas para execução de atividades de ensino, pesquisa científica e de saúde (Brasil, 1998); a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, acerca da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado como organizações da sociedade civil de interesse público e para instituir e disciplinar o termo de parceria (Brasil, 1999); também compôs-se a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, com a finalidade de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2000); e a Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, para a consolidação da participação orçamentária obrigatória dos entes, transferência de recursos e estabelecimento de normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (Brasil, 2012).

Esses mecanismos de controle de gestão são práticas usadas como estratégias para a prestação de serviços em saúde e para a produção de informações que apoiam as decisões. Esse contexto representa a linha de pensamento da competição administrada (Filgueiras, 2017). A competição administrada visa representar a inovação das formas de organização da distribuição de serviços de saúde, assim como estabelece o reconhecimento de que as organizações são atores políticos em um sistema que coevolui por meio das interações entre os atores (codeterminação) (Child, 1997). A resposta da reorganização dos entes federados revela-se no desempenho das organizações que reproduzem as práticas apontadas, tal como os HUs.

2.3.1 Hospitais universitários federais e seu modelo de gestão

Desde o início do século XX, a saúde abrange abordagens sociais, e a assistência à saúde apresenta contornos interdisciplinares, com integração de multiprofissionais da saúde (Araújo; Leta, 2014). Além das orientações políticas, de princípios e diretrizes e do modelo de atenção à saúde, as autoras apontam que as organizações

hospitalares incorporaram outros papéis na atenção e no sistema de saúde. Destacam-se a educação, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento de pesquisas e a ATS, que correspondem às práticas dos hospitais-escola.

Os hospitais de ensino sofreram adaptações, e é possível integrá-los aos HUs, por compartilharem os pilares de ensino, pesquisa e assistência à saúde, principalmente por causa do seu desenvolvimento quanto aos cuidados de média e alta complexidade para o SUS e tratamentos com alta tecnologia (Araújo; Leta, 2014; Barata; Mendes; Bittar, 2010). De acordo com a definição da Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, são considerados hospitais de ensino os “estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde” (Brasil, 2015). Enquanto os HUs são descritos como “centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia na área de saúde [...] aprimoramento do atendimento [...], elaboração de protocolos [...] e maiores padrões de eficiência” (Brasil, 2024a, primeiro parágrafo), especificamente no atendimento aos usuários das regiões onde se encontram.

Importa notar que, no ano de 2010, devido às dificuldades na manutenção das áreas de infraestrutura, tecnologia e recursos humanos por falta de repasse de verbas, o governo federal publicou o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, implementando o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (Brasil, 2010b). O decreto dispõe sobre o financiamento compartilhado destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais. Dessa forma, os recursos financeiros destinados aos HUs são provenientes do MEC e do Ministério da Saúde (MS), além de outras instâncias gestoras do SUS (Sansonove; Winckler; Dasso Jr., 2020), com recursos divididos entre custeio e capital.

Posteriormente, como mais um desdobramento do modelo de Estado e com o propósito de melhorar a gestão das unidades hospitalares, criou-se a EBSEH (Brasil, 2011a), empresa pública e entidade de personalidade jurídica de direito privado. A EBSEH possui maior versatilidade para atuar em atividades econômicas com autonomia administrativa e financeira. Desde então, as universidades signatárias do contrato de gestão junto à EBSEH vêm modernizando a gestão dos hospitais, com

instrumentos mais eficazes e transparentes, visando a melhoria da eficiência, tal como pela reestruturação do organograma dos hospitais em busca da superação dos desafios organizacionais na prestação de serviços à comunidade (EBSERH, 2021).

As organizações hospitalares são representadas pelos gestores do SUS no poder executivo, no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Essas estruturas têm órgãos gestores com diferentes cargos de direção e chefia, que participam da gestão do SUS e são corresponsáveis por ela (Noronha; Lima; Machado, 2012). Trata-se do núcleo estatal tecnicamente preparado e qualificado, composto por secretários, diretores e outros sujeitos de altos cargos públicos que tomam decisões. No que diz respeito aos HUs, eles possuem funcionários contratados pelo regime celetista, com diversos graus de profissionalização. Além dessa estrutura hospitalar, da gestão pelo alto escalão burocrático e do envolvimento de empregados públicos, outra característica do comportamento dos hospitais com práticas de ensino, pesquisa, assistência à saúde e inovação tecnológica é a rotatividade, decorrente das residências médica e multiprofissional (HUCAM, 2022).

No que se refere ao contexto de inovação tecnológica dos HUs, abrange diferentes unidades hospitalares que compõem a organização (HUCAM, 2022). Nesse sentido, pode-se relacionar a tecnologia em saúde como uma forma de conhecimento utilizada como intervenção para a solução ou redução de problemas de saúde, tanto por meio da promoção, prevenção e diagnóstico quanto para o tratamento de doenças (Brasil, 2017a; Panerai; Peña-Mohr, 1989). Portanto, as tecnologias são produtos e insumos, como, por exemplo, protocolos e procedimentos assistenciais utilizados na saúde, isto é, não se restringem às tecnologias comumente conhecidas, como medicamentos, vacinas, equipamentos e sistemas organizacionais e informacionais (Brasil, 2005; Elias, 2017).

O panorama descreve as mudanças adotadas no período pós-reforma gerencial, ao demonstrar o modelo híbrido de gestão em empresas públicas, que ocasiona transformações na maneira de operar com a finalidade de obter eficiência e retorno financeiro. O intuito é redirecionar a atividade governamental por meio das relações Estado-Mercado-Sociedade, sendo a descentralização fundamental para alcançar um grau de *accountability* (Abrucio, 1997). Consoante ao que foi abordado, as mudanças foram realizadas para que o serviço público apresentasse maior eficiência; contudo,

os modelos estruturados ainda estão presentes por meio de diferentes práticas de gestão.

2.3.2 Processo deliberativo baseado em evidências na gestão da saúde

No âmbito da gestão da saúde, tem-se utilizado o PDE na ATS. O PDE teve origem na democracia deliberativa (Elster, 1998) e posterior aos métodos deliberativos informados e legitimados (Fishkin, 2002). Apesar de já existirem estudos sobre métodos deliberativos desde o início dos anos 2000, a abordagem é considerada relativamente recente (Abelson *et al.*, 2003; Dobrow *et al.*, 2009), principalmente em relação à sua ampliação na gestão da saúde e à ATS.

A ATS refere-se a um instrumento político padrão que utiliza evidências sobre as tecnologias de saúde em diferentes pontos do seu ciclo de operação (WHO, 2024). A ATS é um campo multidisciplinar que faz uso de evidências resultantes da avaliação sistemática das propriedades das tecnologias, o que permite determinar o valor da tecnologia, seguida da análise de custo-efetividade, com o objetivo de guiar a tomada de decisão dos profissionais da saúde acerca do potencial de incorporação da tecnologia no cuidado da saúde coletiva (WHO, 2024). Ou seja, a ATS contribui para melhorar o processo decisório das políticas públicas de saúde e, em nível local, contribui para as melhorias dos conjuntos de serviços de saúde, dos protocolos de assistência à saúde e das práticas de cuidado prestadas aos usuários do SUS (Elias, 2017; Baltussen; Jansen; Oortwijn, 2022; Kipiriri; Baltussen; Oortwijn, 2020; Oortwijn, 2019). De maneira mais objetiva, concentra-se em responder, por meio da evidência, se “a tecnologia funciona, é útil, e vale a pena do ponto de vista sanitário, social, ético e econômico?” (Elias, 2017, p. 16).

Há muito tempo, os processos de política baseada em evidências na saúde são fundamentados em revisões sistemáticas (Davies, 1999), e atualmente a *Cochrane* é a rede internacional que reúne em sua base de dados as melhores evidências de estudos científicos para apoiar decisões informadas em saúde, que atingem inclusive as políticas globais da saúde. As evidências científicas da Cochrane são reconhecidas como padrão ouro de evidências de alta qualidade, exatas, imparciais e no momento e formato certos (Cochrane, 2024).

No Brasil, de iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sob a coordenação do MS, está a Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network* – EVIPNet), uma rede global cujo objetivo reside na promoção do uso de evidências científicas nas tomadas de decisão em saúde, tanto para o desenvolvimento de políticas em saúde quanto para decisões clínicas ou gerenciais. A EVIPNet Brasil é uma rede de troca de informações e experiências, que proporciona o intercâmbio entre diferentes *stakeholders*, facilitando a implementação de políticas, a gestão de serviços e de sistemas de saúde informados por evidências científicas (OPAS, 2024).

Em relação à Rede Internacional de Agências para Avaliação de Tecnologias em Saúde (INAHTA), a integração plena do Brasil concretizou-se somente em 2006 (Brasil, 2007b). Atualmente, a rede conta com mais de 30 agências associadas aos seus países membros, de modo que várias abordagens praticadas por essas agências baseiam-se em processos deliberativos. O objetivo da INAHTA é melhorar o intercâmbio de informações e de projetos conjuntos de ATS (INAHTA, 2024).

No que se refere aos termos normativos para a regulação do funcionamento da rede no Brasil, primeiramente é relevante a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sob a Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017, de responsabilidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2017b), que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. No âmbito da ATS, as primeiras publicações referem-se à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), de 2004 (Brasil, 2008); à criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias no Ministério da Saúde (CITEC), em 2006, que mais tarde foi ampliada, dando origem à publicação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), em 2009, a qual faz uso de evidências científicas para apoiar a gestão por meio da ATS (Brasil, 2010c); à criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), atualmente representada pela Portaria nº 146, de 26 de janeiro de 2021 (Brasil, 2021), cujo um dos objetivos é promover e difundir a ATS no Brasil, visando o aperfeiçoamento da produção de evidências na saúde. Para tal fim, abrange muitas instituições, gestores e entidades de ensino e pesquisa que prestam serviços à população (Elias, 2017). Também se concretizou a formalização dos processos de cobertura de tecnologias no SUS, com a Comissão Nacional de Incorporação Tecnologias no SUS (CONITEC) (Brasil, 2011b).

É por meio da CONITEC que, desde 2006, o Brasil integra a INAHTA (Brasil, 2007b), que avalia as tecnologias em saúde, contribuindo para apoiar a tomada de decisão baseada em evidências nos sistemas de saúde do Brasil. A CONITEC é responsável por realizar o assessoramento ao MS na 1) assistência terapêutica; 2) incorporação ou não de tecnologias em saúde; e 3) protocolização de tecnologias e procedimentos no SUS. Além da CONITEC, a Lei Federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011, orienta que a incorporação ou exclusão de tecnologias no SUS seja emitida “com base nas melhores evidências científicas disponíveis sobre eficácia, efetividade e segurança de medicamento, produto ou procedimento” médicos, bem como a avaliação econômica dessas tecnologias [...]” (Brasil, 2011b). Essa cooperação reduz os estudos duplicados e possibilita o compartilhamento mais eficiente de informações e avanços no âmbito da ATS (Hailen; Menon, 1999).

No caso dos HUs, a consolidação da ATS se concretizou com a criação dos NATS, compondo a rede de cooperação por intermédio da REBRATS. Os NATS são importantes por sua colaboração com estudos de ATS e dos PCDTs, que introduzem a cultura de ATS. Para a preparação dos estudos e elaboração dos PCDTs, os gestores hospitalares usam evidências como fonte de apoio confiável na tomada de decisão, tanto para a inclusão ou avaliação de tecnologias já incorporadas quanto no seu uso racional (REBRATS, 2024).

Os NATS são classificados em três níveis, correspondendo, respectivamente, a três categorias e eixos demonstrados no quadro 6 (Brasil, 2024b), no qual cada hospital apresenta sua classificação.

Quadro 6 - Classificação dos NATS.

NÍVEL	CATEGORIA		EIXO
0 ou I	Básico	Possibilita ao núcleo, após treinamento específico, desenvolver documentos iniciais, para atender as necessidades da gestão local.	Síntese de Evidência
II	Intermediário	Possibilita ao núcleo desenvolver documentos mais complexos e elaborar alguns documentos em apoio ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, alguns sob tutoria de NATS mais avançados.	Avaliação econômica

III	Avançado	Possibilita ao núcleo desenvolver documentos de forma autônoma, elaborar produtos mais complexos em apoio ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde e realizar ações de tutoria com outros NATS.	Diretrizes ou Protocolos Clínicos e Terapêuticos
-----	----------	---	--

Fonte: adaptado de Brasil (2024b).

O desenvolvimento de iniciativas, como a classificação dos NATS por intermédio de agências nacionais e internacionais, instituições e normativas, é importante porque visa a consolidação da ATS nos hospitais por meio da avaliação de custo-efetividade. A partir das avaliações, aumenta-se o potencial dos gestores de obter evidências disponíveis na tomada de decisões, inicialmente para uso local, mas com potencial de colaboração em rede (Brasil, 2001b). A importância da utilização da EBMgt surge nesse contexto de evolução na gestão da saúde.

As práticas dos processos deliberativos são baseadas em evidências, entretanto, alguns autores mencionam que a deliberação não é somente extrair e interpretar evidências documentais. Outros elementos influenciam as decisões, envolvendo diferentes partes, tais como pacientes, profissionais da saúde e decisores políticos (Bond, 2023); considerações econômicas, organizacionais, sociais e éticas (Joore *et al.*, 2020); recursos; transparência; e tradução do conhecimento para a prática (Straus; Tetroe; Grahnan, 2009), uma vez que nota-se diferença entre o que é apresentado como evidência científica e o que é usado na prática na tomada de decisão, determinando a distinção entre o saber e o fazer (Barreto; Souza, 2013).

Em um exemplo concreto do não uso da evidência, seria inadequado que os valores das partes interessadas se sobrepusessem aos interesses e necessidades da sociedade que será atendida. Por esse motivo, os processos estruturados com o estabelecimento de princípios processuais, normas, planos, etapas ou outros elementos conduzem a melhores resultados nas organizações (Bond, 2023) de cuidado à saúde. Portanto, os PDEs funcionam como modelos de processos de trabalho, cuja estrutura compreende etapas a serem implementadas e/ou executadas (Quadro 7).

Quadro 7 - Etapas dos PDEs

AUTORES	ETAPAS DO PDE
Baltussen (2021); Gopinathan (2022) e Oortwijn (2019)	(1) Instalação de um comitê consultivo; (2) Definição de critérios de decisão; (3) Seleção de tecnologias para ATS; Escopo Avaliação Para cada tecnologia de saúde. (4) Comunicação e recurso; (5) Monitoramento e avaliação.

Fonte: Adaptado de Gopinathan (2022); Baltussen (2022) e Oortwijn (2019).

O Quadro 08 apresenta um compilado das etapas para o desenvolvimento de um PDE. Com base no guia prático elaborado por Oortwijn (2019), os demais autores incluíram as etapas de definição de critérios de decisão e de monitoramento e avaliação. A etapa em comum, importante para concretizar o objetivo de incorporação da tecnologia em saúde, é a instituição do comitê de avaliação consultivo, cuja primeira finalidade é o planejamento das ações organizacionais. No Brasil, desde a redefinição do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (Brasil, 2015), constituíram-se e estão em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias, de natureza deliberativa, criadas pelo conselho consultivo de cada hospital de ensino. Incluem-se, como exemplos, a Comissão de Ética em Enfermagem, a Comissão de Ética Médica e a CFT. Assim, a competência para o planejamento de ações e melhorias dos setores hospitalares é desenvolvida por essas comissões. Portanto, na gestão da saúde, as comissões são consideradas efetivas para determinar o valor da tecnologia, seguida da análise de custo-efetividade, com o objetivo de guiar a tomada de decisão dos profissionais da saúde. De maneira específica, no que concerne ao desempenho da farmácia hospitalar, encontra-se a CFT.

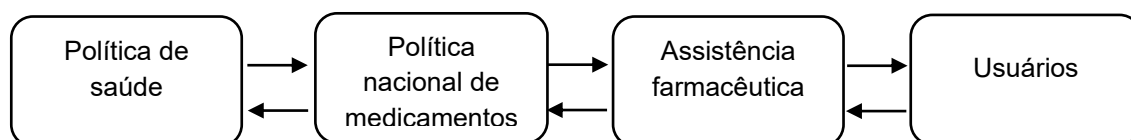
2.3.3 Processo deliberativo baseado em evidências nas farmácias hospitalares

Consta nas diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmacêuticos no âmbito das farmácias hospitalares que elas correspondem

a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente (Brasil, 2010d, anexo, seção 3.1).

A assistência farmacêutica prestada ao paciente no contexto do SUS está envolvida em várias instâncias governamentais e é caracterizada pelo modelo de assistência farmacêutica (fluxograma 1) (Brasil, 2001b). De acordo com a PNM, o modelo de assistência farmacêutica reorienta as políticas, planos e atividades das práticas de maneira contínua, e esses processos são essenciais para que os cuidados de saúde sejam baseados em fontes de evidências extraídas da realidade dos campos hospitalares. O modelo é relevante, pois os objetivos das atividades desenvolvidas estão relacionados à promoção do acesso da população aos medicamentos.

Fluxograma 1 - Modelo da assistência farmacêutica no contexto SUS.

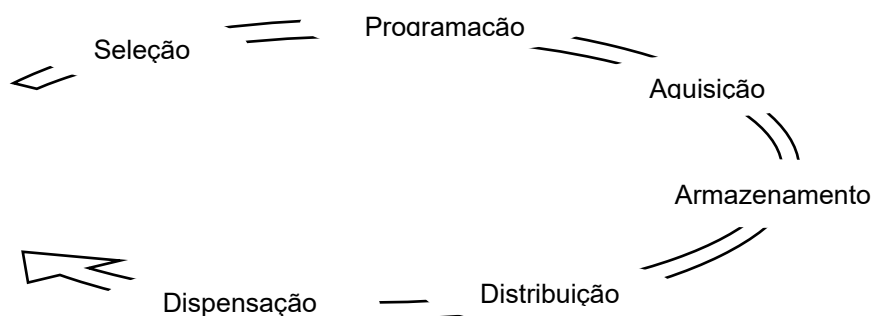


Fonte: adaptado de Brasil (2007a).

O processo do modelo da assistência farmacêutica pode ser retratado pelos PDEs e a sua análise demonstra que ele se desenvolve de maneira iterativa, o qual envolve refinamento contínuo das práticas de saúde. O processo começa a partir da política de saúde aplicada na PNM, a qual está relacionada com as atividades da assistência farmacêutica, juntamente com os serviços de cuidados na saúde prestados aos usuários do SUS (Brasil, 2001a). Desse modo, os resultados de uma etapa são usados como evidências para melhorar ou modificar as práticas de saúde das etapas anteriores, que novamente terão efeito retroativo nas etapas seguintes.

O modelo de assistência farmacêutica apresentado no Fluxograma 1, demonstra um contexto macro. No contexto hospitalar de um HU local, a assistência farmacêutica engloba as atividades da farmácia hospitalar, a implementação do processo de reorientação da assistência farmacêutica nas farmácias hospitalares e opera com base nas atividades do ciclo da assistência farmacêutica (Figura 2).

Figura 2 - Ciclo da assistência farmacêutica.



Fonte: Adaptado de Brasil (2004).

O ciclo da assistência farmacêutica é constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (Brasil, 2004). O objetivo do ciclo é garantir a eficiência das ações de expansão do acesso dos usuários aos medicamentos (Brasil, 2001b) e compreende umas das responsabilidades da CFT. Com relação a esta comissão, é considerada uma comissão multidisciplinar, de natureza consultiva e deliberativa, com a responsabilidade de assessoramento aos gestores e demais multiprofissionais da saúde, na seleção de medicamentos da organização hospitalar a qual fazem parte e, o faz, segundo alguns critérios, de segurança, custo-efetividade, disponibilidade no mercado nacional etc., cada um, com base em evidências.

Com relação as fontes de evidências utilizadas pelos gestores, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o principal documento da CFT, porque, é uma maneira de selecionar medicamentos que foram submetidos a avaliação baseada em critérios de efetividade, segurança (Toma, *et al.*, 2017) e garantem o acesso à população àqueles medicamentos considerados essenciais (Brasil, 2001a). Desse modo, cumprem com o uso racional de medicamentos. No caso, o uso racional de medicamentos, é um “processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas [...] de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (Brasil, 2001a, p. 37). No ciclo da assistência farmacêutica, a etapa basilar de sua gestão é a seleção de medicamentos (Brasil, 2001b), porque é nesta etapa a escolha dos medicamentos com base na evidência do seu custo-efetividade.

Além do compromisso com a dispensação de medicamentos, a oferta de procedimentos terapêuticos está prevista nos serviços hospitalares. Para tais fins, é determinado o uso da evidência geralmente em formato de PCDT, para subsidiar a tomada de decisão, tanto para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, quanto para o tratamento com medicamentos e demais produtos, dispensados com o acompanhamento de multiprofissionais (Brasil, 2011c).

Os PCDT são considerados como as principais evidências utilizadas pelos gestores e multiprofissionais da saúde responsáveis pela tomada de decisão, com objetivo de garantir a incorporação das melhores condutas farmacêuticas e terapêuticas nas organizações (Brasil, 2007a). Esses tipos de protocolos são elaborados com base no paradigma da terapêutica e de evidências, pelos membros e organizações que compõem a CONITEC. Compete à CONITEC, a responsabilidade pela discussão da constituição ou alteração dos PCDT, e, o consenso dos protocolos são obtidos por meio das CFTs, de consulta pública, divulgada na internet para receber colaborações e ser validado como oficial (Bermudes; Oliveira; Luiza, 2012; Bortoli *et al.*, 2017).

É a formação e atuação eficaz da CFT fundamental para a gestão e elaboração de PCDTs mais eficientes. O CONITEC prescreve que, nos PCDTs estejam sistematizados o conhecimento e seja referência de padrão de manejo clínico em resposta a uma condição de saúde, dessa forma, garantem a oferta de atendimentos de alta complexidade, a segurança e a racionalidade do uso de medicamentos. A implementação eficiente dos PCDTs, que visam a dispensação de medicamentos é reflexo dos processos realizados pelos farmacêuticos e demais técnicos do setor e das decisões tomadas pelos gestores (Brasil, 2011b; Jesus *et al.*, 2022).

Por isso, *a priori* as práticas de trabalho desses profissionais é compreender as políticas, os regulamentos, as normativas, as portarias, os protocolos implantados anteriormente, guias, manuais, fluxos e processos de trabalho e transformar o aprendizado em suas práticas de trabalho no cuidado à saúde. Para esse propósito, é necessário a infraestrutura física e administrativa, que viabiliza a operacionalização das práticas de trabalho, engloba aspectos que necessitam de harmonização e conformidade para que os profissionais desenvolvam suas atividades na assistência farmacêutica e terapêutica (Brasil, 2011b; Jesus *et al.*, 2022).

No Brasil, além dos PCDTs, as revisões rápidas são utilizadas extensivamente na tomada de decisão dos processos de incorporação de tecnologias no SUS. Essas revisões, são os Pareceres Técnicos Científicos (PTC), eles são documentos com a estrutura definida por consenso entre os pares a nível internacional e nacional. O objetivo é usar o PTC como um documento confiável para o processo de seleção da evidência, visando a tomada de decisão (Bortoli *et al.*, 2017; Melo; Trindade; 2017). Também, tem-se aumentado o uso de Sínteses de Evidências (SE), para orientação de políticas e programas de saúde (Bermudes; Oliveira; Luiza, 2012).

Verifica-se que a evidência assume muitas formas, especialmente as derivadas das práticas do trabalho. Em tais casos, são os gestores os responsáveis pela interpretação das evidências em práticas. Isto é, na deliberação em sua dimensão micro, é necessário considerar a maneira dos gestores individualmente se apropriarem das evidências e as processarem na tomada de decisão. Afinal, a rotina do trabalho em saúde apresenta diversas contingências, como de escassos recursos e, o fator humano continua a exercer uma grande influência sobre as decisões, principalmente em situações incertas e ambíguas (Zuenkova, 2022), características de organizações complexas. Outro aspecto importante reside na qualidade do processo interpretativo das práticas em evidências. Um elevado grau de qualidade da interpretação é capaz de evitar falhas no uso da evidência na tomada de decisão pelos gestores (Toma *et al.*, 2017). Por isso, o PDE como um elemento de estrutura mínima inegociável tem potencial de equilibrar a imprevisibilidade na gestão da saúde.

O reconhecimento desses processos deixa perceptível os valores do gerencialismo nas práticas e responsabilidades dos gestores por meio das diretrizes e dos fundamentos, por exemplo, da PNM, relacionadas às: I) práticas descentralizadas da gestão; II) otimização e eficácia dos sistemas de distribuição de medicamentos no setor público; e de II) redução dos preços desenvolvidas na reorientação da assistência farmacêutica (Brasil, 2001b; Bresser-Pereira, 1998). Por esse motivo, a constituição e operação deliberativa e consultiva das CFT são essenciais para a elaboração de protocolos que atendam as demandas de trabalho (Toma *et al.*, 2017).

É pertinente observar, que o processo de trabalho das farmácias hospitalares ocorre conjuntamente com a CFT e pela integração de setores de infraestrutura física e logística, engenharia clínica, tecnologia da informação, gestão da pesquisa e

inovação, dentre outros. Seria mediante o aperfeiçoamento da integração das práticas gerenciais desses setores, quanto ao uso da evidência que os gestores tomariam melhores decisões e, conseqüentemente, aumentaria o impacto no desempenho hospitalar nas instâncias da farmácia hospitalar (HUCAM, 2022).

Nesse sentido, o tipo de governança e as práticas sociais desenvolvidas pelos gestores implicarão nos resultados que a organização em saúde pretende alcançar. Portanto, é plausível que esta pesquisa fundamenta sua metodologia em uma análise de como se desenvolve um *framework* de governança, pelo qual aplica evidências como instrumentos para a tomada de decisão. A premissa aqui adotada,

[...] sugere que governar através de evidências implica selecionar ou combinar uma variedade de bases probatórias, estruturar um novo arranjo relacional entre os atores envolvidos e padronizar critérios e procedimentos de decisão. A combinação desses elementos com os resultados governamentais específicos pretendidos pelos decisores políticos explica as diferentes capacidades de orientação dos acordos institucionais na prática (Mele; Compagni; Cavazza, 2013, p. 1).

Percebe-se, diante da premissa apresentada que o processo de decisão na saúde não se restringe apenas a um ato mecânico de leitura de evidências científicas e aplicação de normas de gestão, mas sim, a capacidade de obter e interpretar os dados e informações pelos gestores, em equilíbrio com a estrutura organizacional própria da unidade de saúde. A capacidade dos gestores será eficiente na medida que se desenvolvam práticas gerenciais em que os gestores estejam devidamente informados sobre as tecnologias de saúde (Elias, 2017) para tomarem a decisão e que elas operem em sincronia com os objetivos de governança.

Por isso, mais do que o conhecimento da teoria, é importante compreender as reais práticas da rotina dos gestores, o uso ou a subutilização das evidências. Isto é, pode envolver a compreensão das competências (Kakeman; Dargahi, 2019), habilidades e atitudes específicas (Grohmann; Battistella; Baratto, 2012) dos gestores para lidar com fluxos e processos de trabalho na coordenação de equipes multidisciplinares (Vieira *et al.*, 2019), multiprofissionais e multi-institucionais (Culyer, 2020), semelhante a gestão de uma organização hospitalar.

2.3.4 Práticas gerenciais dos gestores hospitalares

A prática predominante dos gestores compreende a tomada de decisão ou a participação no processo decisório, que envolve conhecer o setor, o ambiente social, o próprio processo decisório, estabelecer a comunicação e monitorar as decisões tomadas. São os gestores que determinam como as instituições sociais oferecem os serviços, sendo suas práticas consideradas apropriadas ou ineficientes para atingir os objetivos da organização (Mintzberg, 1990; Simon, 1987).

Nem sempre as decisões em organizações complexas são tomadas com base em evidências científicas, mas também em experiências ou conhecimentos de outras fontes. Na busca pela resolução de um problema, busca-se tanto a sua origem quanto a definição de um plano de ação (Simon, 1987). Ao adotar a EBMgt, os gestores precisam identificar e combinar evidências em colaboração com outras partes interessadas, além de analisar o contexto para integrá-las à tomada de decisão (Swan *et al.*, 2012). As decisões ocorrem em todos os níveis da organização, envolvendo colaboradores, supervisores e gerentes especialistas (Neira, 2000; Drucker, 2004).

No Brasil, o marco para a introdução da política administrativa baseada em princípios de organização racional do trabalho ocorreu após a reforma da Santa Casa de Santos (Campos, 1978). A regularização da profissão de administrador hospitalar está regida pelo Decreto nº 499, de 24 de outubro de 1970, que inclui como competência do administrador hospitalar orientar, coordenar e fiscalizar o funcionamento dos serviços.

Considerando o hospital como um sistema aberto e dinâmico, o gestor especialista aplica conhecimento específico em administração para conectar eficientemente todas as partes envolvidas, buscando o aperfeiçoamento contínuo da organização (Jacobsen *et al.*, 2016; Prestes *et al.*, 2019). O trabalho dos gestores reside em conhecer os setores sob sua responsabilidade e manter o controle da qualidade das atividades.

No Brasil, a qualidade hospitalar é garantida por meio de certificações e creditações, que incluem a busca pela eficácia, efetividade e eficiência (Donabedian, 1990). A acreditação em saúde tem como objetivo a melhoria contínua dos processos, equilibrando as interações entre serviços, unidades e setores. Para isso, os gestores organizam e avaliam eventos, planos de ação corretivos, políticas e procedimentos

institucionais, e realizam autoavaliação e visitas diagnósticas para detectar desvios e aplicar ações corretivas (Prestes *et al.*, 2019).

A gestão por processos é fundamental para que os gestores hospitalares alcancem a excelência operacional, integrando áreas por meio de fluxos de trabalho que influenciam a governança e a tomada de decisão baseada em evidências. Além de documentos, o conhecimento está presente nas rotinas, práticas e normas organizacionais, cabendo aos gestores a responsabilidade de conduzir essas práticas, incluindo: a) conhecer e mapear seus processos; b) gerenciar suas interconexões e contratos; c) melhorar continuamente por meio da análise e identificação de oportunidades (Prestes *et al.*, 2019).

A constituição do arranjo organizacional estabelecido pelos gestores impacta os resultados na organização. O uso de evidências na gestão por processos fortalece a análise dos resultados na assistência farmacêutica, impulsionando a melhoria contínua. Para isso, espera-se dos gestores comportamentos gerenciais específicos.

A definição de papéis gerenciais diz respeito a comportamentos padronizados (Quadro 8) realizados no ambiente funcional, com interação entre sujeitos e decisões sem influências pessoais (Katz; Kahn, 1978; Santos, 1998). Os gestores lideram equipes multiprofissionais, exigindo habilidades conceituais, humanas e técnicas para lidar com materiais, pessoas e trabalho em equipe (FBAH, 1995; Santos, 1998). O *top-management*, entendido como gestor hospitalar, é multidimensional e possui inúmeras responsabilidades (Drucker, 1998; Santos, 1998).

Quadro 8 - Características comportamentais dos gestores hospitalares.

AUTORIA	CARACTERÍSTICA DOS GESTORES HOSPITALARES
Mintzberg (1973)	Trabalham na solução de problemas urgentes e de curto prazo, em função fragmentada por reuniões e contatos internos e externos.
Johnson e Schulz (1979, p. 168)	Participam do estabelecimento de objetivos e estratégias, envolvem-se em políticas e procedimentos de implementação.
Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBAH) (1995)	Requerem coordenar trabalhadores; comunicação; espírito de decisão, iniciativa e disciplina; calma e domínio ao tomar decisão; implantação de documentação completa; administração participativa; aplicação de instrumentos para mensuração de padrões; levantamento rápido de informações para tomadas de decisão; projeção de resultados e prevenção de dificuldades; desempenho eficaz das tarefas; pensamento sistêmico, aprendizado organizacional e inovação; liderança transformadora; compromisso com partes interessadas; adaptabilidade e orientação por processos.

Santos (1998)	Exigem capacidade de analisar, pensar, pesar alternativas, harmonizar conflitos e decidir com rapidez.
Malagón-Londoño, Laverde e Londoño (2019)	São visionários, gerenciam e prestam contas dos resultados imediatos; catalisam interação entre recursos humanos e pacientes; provêm bens e serviços; atuam na organização e padrões de qualidade; são planejadores, organizadores, inovadores e líderes.

Fonte: adaptado de FBAH (1995), Johnson e Schulz (1979), Malagón-Londoño, Laverde e Londoño (2019), Mintzberg (1973), Santos (1998).

A análise do quadro sugere que os gestores hospitalares devem incorporar comportamentos integradores para que o sistema hospitalar funcione de maneira eficiente. As atividades burocráticas são conduzidas em parceria com os demais profissionais, buscando apoio nas decisões, e requerem que os gestores integrem as necessidades da comunidade, da instituição e dos empregados (Santos, 1998).

O papel mais importante dos gestores é a tomada de decisão, que deve ser controlada e avaliada por instrumentos administrativos para corrigir erros e promover mudanças organizacionais (Malagón-Londoño; Laverde; Londoño, 2019). Para isso, é necessário compreender diversas áreas e transitar no ambiente complexo da organização hospitalar para garantir o desempenho ideal.

A dinâmica hospitalar impõe pressões constantes (Mintzberg, 1979), com reuniões intensas, interrupções e demandas urgentes, fragmentando a ação do gestor e tornando seu envolvimento no processo decisório intermitente. As decisões ocorrem em meio a informações parciais e imperfeitas, exigindo negociação, controle emocional, argumentação, conhecimento do sistema de saúde e habilidades sociais (Santos, 1998; Hampton, 1992).

O sistema de saúde dinâmico permite múltiplas respostas para a mesma questão, fazendo com que os gestores atuem de forma disruptiva ao buscar soluções para transformações e proativa ao antecipar acontecimentos, minimizando impactos (Prestes *et al.*, 2019). Administrar, portanto, é trabalhar com o processo de tomada de decisão, cujas ações podem ser rotineiras ou substanciais para a organização (Zoboli, 2000).

Quadro 9 - Categorias de decisão na gestão hospitalar.

AUTORIA	CATEGORIAS DE DECISÃO
Prestes <i>et al.</i> (2019)	Decisões administrativas sobre o fluxo de comunicação: padronização das informações internas, uso de e-mail corporativo, formato de reuniões.
Malagón-Londoño, Laverde e Londoño (2019)	Decisões sobre logística, atividades, procedimentos, planejamento, compras, abastecimento, armazenamento e fornecimento de medicamentos, materiais e equipamentos de uso assistencial e administrativo. Decisões políticas e de planejamento coordenado entre setores, aquisições, gestão técnica e controle de estoques, aferições de eficácia. Decisões sobre padronização, prevenção de perdas, desvios financeiros, corrupção, fraudes, perdas de estoques e recursos. Decisões sobre revisão dos manuais de normas e procedimentos e soluções para problemas identificados nas rotinas dos serviços hospitalares.
Seamark; Prodger e Jay (2022)	Decisões sobre padronização de processos, compartilhamento de recursos, suporte emocional aos profissionais da saúde, incentivo ao trabalho multidisciplinar, promoção da autonomia e criatividade.
Giovanella (2012)	Decisões sobre criação, implantação e avaliação de protocolos administrativos, assistenciais e terapêuticos baseados em evidências científicas.

Fonte: Prestes *et al.* (2019); Malagón-Londoño, Laverde e Londoño (2019) e Seamark; Prodger; Jay (2022).

Diante das decisões e desdobramentos dos gestores, o planejamento e a padronização dos processos são necessários para evitar imprevistos e garantir a qualidade, cronograma e prioridades das atividades, minimizando custos, mau uso de materiais e perdas (Malagón-Londoño; Laverde; Londoño, 2019).

Embora os gestores possam basear suas decisões em evidências científicas e organizacionais, é comum que recorram a crenças e outros elementos limitantes, em razão da restrição de tempo, inacessibilidade e falta de habilidades para avaliação e compreensão científica (Rynes; Brown; Colbert, 2002; Bezzina *et al.*, 2017; Barends; Villanueva; Rousseau, 2017).

Reconhece-se a existência de um abismo entre a teoria e a prática da EBMgt, cuja consequência é o “[...] dinheiro deixado na mesa” (Olivas-Luján, 2008, p. 11), quando o gestor não utiliza a melhor evidência disponível, reduzindo a otimização de recursos e o valor para a organização.

3 METODOLOGIA

O objetivo desta pesquisa é analisar como o uso da evidência é adotado pelos gestores da farmácia hospitalar em seus processos de tomada de decisão. O delineamento metodológico da investigação apresenta o desenho da pesquisa, o HUCAM como o caso em estudo, além dos procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados para compreender e explicar o fenômeno em questão.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

A fim de alcançar o objetivo geral da pesquisa, adotou-se a abordagem do estudo de caso (Stake, 1998), uma vez que a análise concentrou-se em processos e/ou atividades previamente realizados. O foco do estudo recaiu sobre os processos conduzidos pelos gestores do setor de farmácia hospitalar no momento do uso das evidências para informar a tomada de decisão.

De maneira complementar, trata-se de um estudo de natureza descritiva (Creswell, 2014), pois essa abordagem tem por objetivo descrever as características do fenômeno observado, neste caso, o intuito foi descrever as características do uso da evidência. Em relação ao corte temporal, adotou-se o delineamento transversal (*cross-sectional*) (Kumar, 2005). Nesse contexto, o enfoque temporal correspondeu ao estado atual, no ano de 2025, do uso das evidências na gestão da farmácia hospitalar.

Para a análise mais detalhada das rotinas e das situações enfrentadas pelos gestores em suas vivências, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa (Creswell, 2014) por se tratar de uma atividade interpretativa sobre como os gestores da farmácia hospitalar utilizaram as evidências. Tal perspectiva de análise mostrou-se adequada por possibilitar compreender “[...] o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas, quanto à interpretação das práticas [...]” (Deslandes; Assis, 2002, p.197). Isto é, possibilitou compreender a complexidade dos diversos momentos em que os gestores necessitam conferir interpretações para a tomada de decisão baseadas nas evidências.

O caso em estudo tratou-se do único HU vinculado à universidade pública do Estado do Espírito Santo, entre os 41 existentes no Brasil vinculados às universidades federais (HUCAM, 2021). Esses HUs são reconhecidos por sua relevância na prestação de serviços de saúde e de apoio ao ensino-aprendizagem, pesquisa e extensão às universidades federais associadas a eles. No Espírito Santo, o HUCAM, vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), está localizado no *campus* universitário de Maruípe, em Vitória, ES, sendo considerado referência na prestação de serviços de saúde de alta complexidade para o SUS (HUCAM, 2022).

O panorama dos principais resultados alcançados em 2024, relacionados às atividades médicas e hospitalares, equipe médica e de apoio, e investimentos em saúde no HUCAM, mostrou que o hospital foi considerado de médio porte, contando com 240 (duzentos e quarenta) leitos de internação e 4 (quatro) leitos de Hospital Dia, totalizando 244 (duzentos e quarenta e quatro) leitos operacionais. No ano de 2024, o hospital realizou 212.747 consultas ambulatoriais, 11.247 internações, 1.836 cirurgias ambulatoriais, 9.254 cirurgias hospitalares, 59.730 exames de imagem, 878.916 exames laboratoriais, 39.738 exames anatomopatológicos, registrou R\$ 51,2 milhões em investimentos e ofereceu 43 especialidades em adultos e 18 em pediatria (HUCAM, 2022).

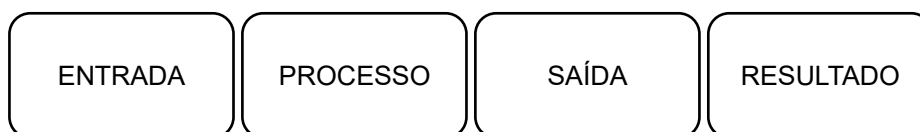
No contexto gerencial, houve uma reformulação na gestão do HUCAM que desenvolveu e estimulou uma cultura de planejamento, principalmente por meio de um modelo de comunicação social para disseminar o conteúdo do plano diretor estratégico, seu atual estágio e os resultados gerados ao longo da implementação aos servidores e funcionários. Dessa maneira, incentivou e ampliou práticas de planejamento em diferentes unidades do HUCAM (HUCAM, 2021). Essas iniciativas refletem os arranjos organizacionais e a interação contínua entre profissionais e multiprofissionais, elementos essenciais para a dinâmica e eficácia da gestão hospitalar, em especial, no contexto da gestão da farmácia hospitalar estudada.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Conforme foi apresentado no final da seção 2.3.3, o procedimento de coleta de dados ocorreu com base na abordagem emergente (Mele; Compagni; Cavazza, 2013). A abordagem trata de como os arranjos institucionais podem conduzir ou impedir a implementação eficaz de decisões baseadas em evidências na assistência médica. Para isso, os autores propuseram um modelo em quatro etapas sobre o uso de evidência.

O modelo esclarece que as pesquisas sobre o uso da evidência podem ser organizadas por etapas do processo completo da prática baseada em evidências, estabelecidas como entradas, processos, saídas e resultados (Figura 3). Portanto, a metodologia adotada fundamentou-se a partir do entendimento desses constructos com o objetivo de compreender quais foram as fontes de evidências utilizadas e os motivos de seu uso para a tomada de decisão na farmácia hospitalar.

Figura 3 - Etapas do modelo da metodologia.



Fonte: adaptação de Mele, Compagni e Cavazza (2013).

A farmácia hospitalar é regida por políticas de saúde e outras referências nacionais. Há também os regulamentos da rede EBSEH, por exemplo, os relativos à padronização de medicamentos, e, em nível local, os POPs e protocolos. Embora essas normativas estejam consolidadas, estão sujeitas a atualizações periódicas e constituem estruturas mínimas inegociáveis.

Em paralelo, devido ao caráter emergente, aos eventos imprevisíveis e ambíguos e à necessidade de improvisação na gestão da saúde, surgem situações em que os gestores nem sempre podem recorrer a evidências documentadas e estabelecidas. Nessas situações, torna-se necessário a criação de novos protocolos ou o uso da intuição baseada na experiência profissional, especialmente quando as decisões precisam ser tomadas com informações incompletas sobre o ocorrido.

O modelo metodológico acima proposto serviu para descrever as diferenças em cada uma das etapas de como os tomadores de decisão da farmácia hospitalar implementam as práticas da EBMgt. Esse modelo contribuiu para a análise de como os gestores articularam estruturas normativas consolidadas com respostas situacionais, a fim de promover maior segurança na administração hospitalar. O modelo serviu também como base para a interpretação do uso de evidência no processo decisório, embora admitisse dinamicidade e não linearidade em sua aplicação.

Para compor a coleta de dados, utilizou-se tanto fontes de informações primárias quanto secundárias. As fontes secundárias foram analisadas por meio da pesquisa documental (Coffey, 2014), visto que abrigavam informações recuperáveis sobre o estado atual da organização, o que permitiu compreender o funcionamento das divisões, setores e unidades, as mudanças organizacionais recentes e como o uso da evidência foi tratado pelos gestores hospitalares.

Os dados e informações foram coletados por meio dos portais eletrônicos oficiais do HUCAM e do governo federal, principalmente por meio da consulta aos Planos Diretores Estratégicos do HUCAM-UFES (2014–2016 e 2024–2028) e aos relatórios de gestão dos anos de 2022, 2023 e 2024.

Os sujeitos da pesquisa foram gestores e colaboradores envolvidos nos processos de tomada de decisão no setor de farmácia hospitalar, bem como na divisão, nos setores e nas unidades das estruturas organizacionais transversais. A seleção desses participantes foi realizada inicialmente por meio de contato direto com a gerência do setor, representada por uma gestora e, posteriormente, ampliada com o uso da técnica de bola de neve (Goodman, 1961).

Inicialmente, a gestora da farmácia foi escolhida como informante-chave, com o objetivo de auxiliar na compreensão do contexto. A partir desse ponto, profissionais com diferentes funções no setor e nas unidades da farmácia, foram indicados pela gestora como novos participantes. Também foram indicados pela gestora os colaboradores da divisão de logística e infraestrutura hospitalar, incluindo seu respectivo setor e unidades, relacionados a farmácia hospitalar, cuja contribuição foi

significativa nos processos decisórios mediados por evidência. Essa técnica permitiu a concentração de dúvidas em um único informante, visando à minimização de viés.

Participaram da pesquisa sob a responsabilidade direta da gestora do setor de farmácia hospitalar, a farmácia-universitária e o serviço de fiscalização de gases medicinais, com exceção da farmácia-satélite do centro cirúrgico, cuja exclusão justificou-se pela impossibilidade de participação da farmacêutica responsável. A unidade de farmácia clínica e dispensação também sob a responsabilidade do setor de farmácia também participou. Sob a coordenação do gestor responsável por esta unidade, inclui o serviço de farmácia clínica, a dispensação central, a farmácia-satélite do complexo ambulatorial, a farmácia-satélite compartilhada do PS/UTI e a farmácia-satélite da manipulação de quimioterápicos.

As estruturas organizacionais transversais ao setor da farmácia hospitalar que participaram da pesquisa foram: a divisão de logística e infraestrutura hospitalar, o setor de abastecimento farmacêutico e de suprimentos e suas respectivas unidades, a unidade de planejamento e dimensionamento farmacêutico e a unidade de almoxarifado e controle de estoque. Além disso, para compreender especificamente a função do NATS no HUCAM, a unidade de Gestão da Tecnologia em Saúde forneceu informações relevantes sobre o núcleo.

A coleta dos dados primários ocorreu por meio de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado (Kumar, 2005), por se tratar de uma técnica que permite a interpretação dos significados atribuídos pelos entrevistados da farmácia hospitalar e das estruturas organizacionais transversais. As perguntas do roteiro de entrevistas foram elaboradas após a definição das categorias temáticas de segunda e terceira ordem, estabelecidas com base na compreensão teórica obtida a partir do levantamento bibliográfico sobre tomada de decisão e gestão baseada em evidência, cujas classificações das categorias serão apresentadas na seção 3.3. A construção do roteiro teve como referência o modelo de entrada–processo–saída–resultado, cuja lógica orientou a organização das categorias analíticas.

No período da pesquisa, o hospital contava com 2.474 colaboradores. Desses, 1.033 ocupavam cargos de especialistas (efetivos e temporários), sendo 42 farmacêuticos no total. No campo empírico da pesquisa, 22 farmacêuticos estavam lotados no setor

da farmácia hospitalar e na unidade de farmácia clínica e dispensação farmacêutica, enquanto 20 atuavam em outras unidades do hospital.

O foco principal da pesquisa recai sobre os gestores do setor da farmácia hospitalar e, com o objetivo de abranger a complexidade da dinâmica decisória baseada em evidência em uma organização complexa, foram também incluídos profissionais de setores transversais e farmacêuticos de áreas específicas com decisões de natureza técnica-assistencial. Essa escolha metodológica considera a articulação entre decisões gerenciais e técnicas, permitindo uma análise mais contextualizada e sistêmica do uso de evidência na tomada de decisão.

Ao todo, foram entrevistados 16 profissionais. As entrevistas foram previamente agendadas com 15 profissionais, sendo que uma delas ocorreu de forma oportunística, aproveitando a disponibilidade imediata do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente pela própria pesquisadora, no período de março a junho de 2025. As conversas foram gravadas em áudio, com autorização dos participantes, e posteriormente transcritas.

As entrevistas totalizaram 12 horas e 44 minutos de gravação, com um tempo médio de 31 minutos e 52 segundos, resultando em 367 páginas transcritas. Em sete entrevistas houve interrupções devido à demanda de trabalho, das quais quatro com participantes em funções de chefia, duas nos setores de urgência (PS/UTI) e uma com participante de decisão técnica. Após as entrevistas, solicitou-se autorização para registros fotográficos (APÊNDICE B). Por meio das entrevistas, foi possível compreender as especificidades dos processos e das atividades de uso da evidência, bem como os comportamentos e as razões que orientam determinadas práticas e decisões gerenciais e técnicas.

Além disso, os dados secundários consultados nos portais eletrônicos oficiais do HUCAM e do governo federal serviram para recuperar e confirmar informações institucionais, como os indicadores de desempenho.

4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 16 profissionais: 12 farmacêuticos, 3 analistas administrativos e 1 engenheiro clínico. A codificação adotada representa as respectivas funções dos participantes (Quadro 10).

Quadro 10 - Codificação dos entrevistados.

FUNÇÃO	CÓDIGO
Chefe de divisão	CD
Chefe de setor	CS
Chefe de unidade	CU
Engenheiro clínico	EG
Farmacêutico clínico	FC
Farmacêutico de dispensação	FD
Farmacêutico clínico e de dispensação	FCD
Farmacêutico fiscal da gestão dos gases medicinais	FGM

Fonte: Elaborado pela autora.

Os códigos descritos foram utilizados tanto para identificar as funções dos profissionais nas etapas analíticas da pesquisa quanto para preservar sua identidade. A partir deste ponto, a análise torna-se mais específica, relacionando as funções dos profissionais com as decisões identificadas. O Quadro 11 apresenta a codificação por função e natureza da decisão.

Quadro 11 - Codificação dos pesquisados, por função e natureza da decisão.

CÓDIGO	DECISÃO GERENCIAL OU TÉCNICA
CD1	Gerencial
CS1	Gerencial
CS2	Gerencial
CS3	Gerencial
CU1	Gerencial
CU2	Gerencial
CU3	Gerencial
CU4	Gerencial
FGM1	Gerencial
FD1	Técnica
FD2	Técnica
FC1	Técnica
FCD1	Técnica
FCD2	Técnica

FCD3	Técnica
FCD4	Técnica

Legenda: CS = Chefe de setor; CU = Chefe de unidade; EC = Engenheiro clínico; FC = Farmacêutico clínico; FD = Farmacêutico de dispensação; FCD = Farmacêutico clínico e de dispensação; FGM = Farmacêutico Fiscal da gestão dos gases medicinais.

Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 11 descreve a função do entrevistado e a natureza das decisões tomadas por ele. Dos 12 farmacêuticos entrevistados, 5 atuam em decisões gerenciais e 7 em decisões de natureza técnica. Os 3 analistas administrativos exercem funções com foco em decisões gerenciais, e o engenheiro clínico também atua nesse mesmo escopo decisório.

Quanto ao perfil dos participantes pesquisados, o Quadro 12 apresenta a distribuição por gênero (feminino e masculino). Essa classificação visa evidenciar a abrangência da coleta de dados e assegurar a representatividade dos diferentes papéis envolvidos na dinâmica da farmácia hospitalar.

Quadro 12 - Distribuição dos participantes por gênero.

GÊNERO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM	CÓDIGO
Feminino	8	50 %	CS2; CU1; CU2; FC1; FCD1; FD1; FCD2; FCD4
Masculino	8	50 %	CD; CS1; CS3; CU3; CU4; FGM1; FD2; FCD3

Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 12 mostra uma distribuição igualitária entre os sujeitos pesquisados da estrutura transversal da farmácia hospitalar, com 50 % do gênero feminino (n=8) e 50% do gênero masculino (n=8). Essa paridade indica equilíbrio na participação de homens e mulheres nas funções que compõem essa estrutura, sem concentração de gênero em cargos ou áreas específicas.

No que refere-se a formação acadêmica de graduação dos participantes da pesquisa (Quadro 13), permite compreender a base formativa dos profissionais envolvidos na farmácia hospitalar e contextualizar suas perspectivas no processo de tomada de decisão.

Quadro 13 - Formação acadêmica dos participantes da pesquisa.

FORMAÇÃO ACADÊMICA (GRADUAÇÃO – PÓS-GRADUAÇÃO)	QUANTIDADE DE SUJEITOS %	CÓDIGOS
Administração	3 (18,75 %)	CD; CS1, CU4
Farmácia	12 (75 %)	CU1; CU2; FCD1; FD1; FCD2; CS2; FC; FCD4; FGM; FD2; FCD3; CU3
Engenharia biomédica	1 (6,25 %)	CS3

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que a maior parte dos participantes (75 %) possui formação em farmácia, o que é condizente com o campo de atuação investigado. Quanto aos farmacêuticos, segundo a gestora, todos são registrados no conselho profissional de farmácia e a chefia da farmácia é a responsável técnica, os demais são considerados corresponsáveis técnicos. A presença de sujeitos com formação em administração complementa a compreensão da gestão e organização da farmácia hospitalar, especialmente em cargos de chefia. Essa diversidade contribui para a análise da interface entre aspectos técnicos e administrativos no cotidiano das repartições.

O quadro 14 apresenta a distribuição dos sujeitos da pesquisa conforme a função ocupada e a decisão predominante em sua atuação. Essa classificação tem como objetivo evidenciar os profissionais com responsabilidade gerencial e aqueles que atuam nas práticas técnicas-assistenciais da farmácia hospitalar, contribuindo para a compreensão da diversidade de papéis presentes no campo investigado.

Quadro 14 - Função dos participantes da pesquisa.

FUNÇÃO	DECISÃO	QUANTIDADE	CÓDIGOS
Chefe	Gerencial	9 (56,25 %)	CD; CS1; CU2; CS2; CS3; CU1; CU3; CU4; FGM
Farmacêutico	Técnica	7 (47,75 %)	FCD1; FD1; FCD2; FC; FCD4; FD2; FCD3

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que os sujeitos da pesquisa se distribuem de forma equilibrada entre funções gerenciais (56,25 %) e técnicas (47,75 %), o que reforça a relevância da articulação entre a gestão e a prática assistencial no cotidiano da farmácia hospitalar. Essa composição favorece uma análise ampla das dinâmicas decisórias,

considerando tanto processos administrativos quanto aspectos clínico-operacionais, permitindo uma visão integrada sobre o uso de evidência na tomada de decisão.

A caracterização dos sujeitos da pesquisa por gênero, formação acadêmica e função exercida permite compreender a composição organizacional da divisão e dos diferentes setores e unidades participantes do estudo. Assim, os sujeitos entrevistados refletem a composição funcional dessa estrutura organizacional e contribuem para uma visão do campo da farmácia hospitalar.

3.3 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para este estudo, foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática (Bengtsson, 2016), que possibilitou compreender os processos relacionados ao uso da evidência na tomada de decisão, identificando padrões e significados nas falas dos participantes.

A análise ocorreu em nível organizacional, com foco nas práticas de gestão fundamentadas em evidência na farmácia hospitalar. As unidades de análise foram a temática (registro) e o contexto (Franco, 2008). Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas linha a linha, garantindo a consideração de todos os elementos relevantes para a construção das categorias (APÊNDICE C). A categorização foi realizada no programa MAXQDA versão 24.10 (MAXQDA, 2025).

O processo analítico foi conduzido de forma dedutiva, com base em pressupostos teóricos previamente compreendidos no levantamento bibliográfico. As categorias de terceira ordem foram estabelecidas com base no modelo de entrada–processo–saída–resultado, e as categorias de segunda ordem elaboradas conforme a lógica da terceira ordem. A partir dessas classificações, as perguntas do roteiro da entrevista foram elaboradas para guiar a análise. A abordagem dedutiva foi adotada por estar alinhada à intenção de estruturar a análise com base no modelo de entrada–processo–saída–resultado, cuja lógica orientou a construção das categorias analíticas. Dessa forma, essa opção metodológica mostrou-se mais coerente com os objetivos da investigação.

Considerou-se que a análise foi exaustiva, uma vez que todo o material empírico foi analisado à luz da estrutura analítica definida, sem identificação de elementos adicionais que ampliassem o modelo.

Com base no modelo de entrada-processo-saída-resultado, as categorias delineadas estão representadas no Quadro 15.

Quadro 15 - Representação das categorias temáticas primeira, segunda e terceira ordens investigadas.

CATEGORIAS PRIMEIRA ORDEM	CATEGORIAS SEGUNDA ORDEM	CATEGORIAS TERCEIRA ORDEM
Tipo da demanda; reconhecimento contextual (eventos imprevisíveis, urgências, risco ao paciente, desabastecimento); natureza da decisão: gerencial, técnica, informacional	Reconhecimento da demanda, do contexto e natureza da decisão	Início do processo
Verificação e mobilização das fontes de evidências disponíveis	Mobilização inicial de evidências	
Evidências científicas (literatura, cursos, listas de compatibilidade); Organizacionais (documentos, indicadores, relatórios); Profissionais (experiência); Partes interessadas (multiprofissionais, órgãos externos, pacientes)	Evidências disponíveis	Fontes de evidências
Busca proativa; busca conjunta (chefias, multiprofissionais); evidências recebidas	Modos de busca	
Sistemas tecnológicos (hospitalar, internet); controles manuais; experiência profissional	Canais de acesso	
Formas de interação (formal, informal, especialidades); porquê ocorrem determinadas interações.	Formas de interação	Interações profissionais e multiprofissionais
Instrumentos de organização (ferramentas tecnológicas etc.); instrumentos de interpretação (bases padrão, legislações, especialistas etc.); avaliação da confiabilidade e atualização das evidências; Complexidade decisória; influências nas decisões	Processo decisório	Análise das evidências para apoio à decisão
Nível decisório (operacional, tático, estratégico); decisão racional/intuitiva; emergencial ou planejada	Organização e interpretação das evidências	
Fatores: peso da experiência; equilíbrio entre riscos assistenciais e administrativos; influências organizacionais; rotatividade de pessoal; estilo gerencial; dificuldades ao uso da evidência.	Fatores determinantes para decisão, estilo gerencial, dificuldades na adoção de evidências.	Tomada de decisão final
Utilização prática das evidências; responsáveis pela implementação; instrumentos de comunicação (POP, e-mail, verbal, sistemas eletrônicos etc.)	Aplicabilidade da evidência e comunicação	Implementação da decisão
Curto, médio, longo prazo (atendimento paciente, continuidade, estrutura organizacional)	Alcance e prazo das decisões	
Mudanças geradas (técnicas, operacionais); evidências geradas pós-decisão; registros de decisões; avaliação da eficácia (feedback, indicadores); medidas corretivas	Resultados e feedback	Avaliação de resultados
Limitações de processos, sobrecarga, comunicação, conflitos, recursos humanos, apoio da gestão, fatores externos	Limitações enfrentadas	

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias temáticas articuladas no Quadro 15 na lógica do modelo entrada-processo-saída-resultado permitiram analisar possíveis padrões de uso de evidências no processo decisório. Na unidade de registro, o tema em análise relacionou-se ao significado das palavras e às conotações atribuídas pelos gestores a conceitos manifestados de forma explícita ou latente nas entrevistas. A unidade de contexto foi essencial para interpretar como as evidências foram decodificadas pelos tomadores de decisão (Franco, 2008).

A análise do contexto permitiu compreender como os gestores atribuíram sentido às evidências utilizadas nas decisões. A tomada de decisão esteve vinculada a diferentes contextos, representações conceituais, valores e atitudes e ao quadro de referência individual dos decisores. Assim, o contexto conferiu o significado exato à unidade de registro e possibilitou identificar se as decisões foram tomadas de forma intuitiva ou deliberada, conforme as situações enfrentadas. A análise de conteúdo foi aplicada em um campo marcado pelos desafios de uma organização complexa, refletidos nas práticas de gestão da farmácia hospitalar, como a estrutura organizacional, as interações profissionais, as negociações e os condicionantes sociais.

O método lógico-semântico foi utilizado para classificar os elementos extraídos dos dados, permitindo seu reagrupamento em categorias fundamentadas nos sentidos atribuídos pelos gestores. Conforme Franco (2008), essa abordagem possibilita interpretar significados, reconhecer hierarquias e identificar diferentes valores associados às evidências mobilizadas nas práticas decisórias. A categorização considerou critérios semânticos e lexicais: a análise semântica organizou os dados a partir dos temas e significados expressos nas entrevistas, enquanto a análise lexical possibilitou identificar similaridades entre expressões e quantificar a frequência de termos e tipos de evidência.

O quadro de categorias em três níveis (primeira, segunda e terceira ordem) serviu como referencial para representar o uso de evidência de forma processual nas práticas da EBMgt. O modelo permitiu visualizar as conexões entre sujeitos, contexto e decisões, bem como descrever as práticas utilizadas pelos gestores para extrair valor das evidências. As comparações entre categorias sustentaram inferências que contribuíram para a construção teórica dos pressupostos da pesquisa (Franco, 2008).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa, o projeto foi cadastrado no Sistema Rede Pesquisa da EBSEH (EBSEH, 2021b), iniciando-se formalmente o processo de avaliação, que consistiu na análise de viabilidade do projeto para obtenção da carta de anuência pela gestora do setor da farmácia hospitalar (APÊNDICE D).

O estudo se concentrou estritamente nos processos e atividades envolvidas no uso de evidências para a tomada de decisões, considerando que cada hospital possui especificidades quanto a essas práticas. Não foram analisados dados pessoais, tampouco houve qualquer tipo de intervenção junto a pacientes.

Quanto à análise dos documentos públicos utilizados na condução da pesquisa, todos estavam disponíveis sem restrições relacionadas a conteúdo protegido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Brasil, 2018). No que se refere aos documentos internos administrativos, não foram realizadas análises.

Além do respaldo quanto às fontes de informação secundárias consultadas, e com a missão de salvaguardar os direitos dos participantes da pesquisa, conforme a Lei nº 14.874, de maio de 2024 (Brasil, 2024c), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFES e ao Comitê de Ética da instituição coparticipante, HUCAM-EBSEH, ambos cadastrados na Plataforma Brasil. Para prevenir quaisquer riscos, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e receberam uma solicitação formal para validar sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta seção apresenta a descrição e análise dos resultados. No item 4.1, apresenta o caso em estudo como a farmácia hospitalar do HUCAM, e, no item 4.2, a descrição das estruturas organizacionais transversais ao setor de farmácia hospitalar. A partir do entendimento dessas partes, cada subseção foi elaborada com base em um dos quatro objetivos específicos, com o propósito de evidenciar de que modo os dados coletados respondem aos objetivos propostos.

Primeiro, a subseção 4.3 trata das fontes de evidência disponíveis para os gestores da farmácia hospitalar (Objetivo I). A subseção 4.4 descreve o processo de tomada de decisão com apoio da evidência (Objetivo II). A subseção 4.5 analisa a preferência dos gestores por determinadas fontes de evidência (Objetivo III). Por fim, a subseção 4.6 apresenta as práticas da gestão baseada em evidência observadas na farmácia hospitalar, ou seja, os padrões transversais que emergiram da análise (Objetivo IV).

4.1 CASO EM ESTUDO: HUCAM

O HUCAM é centro de referência cardiovascular, gestação de alto risco, terapia renal, oncologia/hematologia, obesidade grave, implante coclear, terapia nutricional, diagnóstico de câncer de mama, diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero, tratamento de glaucoma, tuberculose multirresistente, AIDS e atendimento às vítimas de violência sexual e serviço de urgência e emergência. O serviço de urgência e emergência é porta aberta e referenciada para o atendimento a infarto agudo do miocárdio e abdome agudo não traumático (HUCAM, 2025).

No âmbito do ensino-aprendizagem, o hospital atua como campo de formação prática para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFES, bem como de outras instituições de ensino superior, recebendo-os para atividades de estágio, pesquisa e extensão (HUCAM, 2021). Essas ações são voltadas ao desenvolvimento educacional e social das comunidades locais. Destacam-se os programas de residência médica e multiprofissional, ofertados de forma contínua ao longo do ano, nos quais os residentes médicos passam mensalmente por diferentes especialidades, caracterizando uma rotatividade institucional de profissionais em formação.

Com relação a gestão hospitalar, a partir da adoção do plano diretor estratégico de 2014-2016, houve a transição para um novo modelo de gestão. O novo modelo incorporou instrumentos de definição de prioridades e de apoio à tomada de decisões pela alta gestão, alinhando-se a referências de melhores práticas em gestão em saúde. Esse redesenho tornou evidentes os avanços na instituição, como o aumento do índice de compras hospitalares, de 40% para 98%, e a elevação da eficácia da gestão hospitalar, de 26% para 65% em 2019 (HUCAM, 2021).

A reformulação também promoveu o desenvolvimento de uma cultura institucional orientada ao planejamento, com destaque para a adoção de um modelo de comunicação social voltado à disseminação do conteúdo, da execução e dos resultados do plano entre colaboradores. Essa reformulação fortaleceu e ampliou práticas de planejamento em diversas unidades da estrutura hospitalar (HUCAM, 2021). Essas iniciativas refletem os arranjos organizacionais e a interação contínua entre profissionais e multiprofissionais, elementos essenciais para a dinâmica e eficácia da gestão hospitalar, em especial, no contexto da gestão da farmácia hospitalar estudada.

O organograma do HUCAM (ANEXO A) conta com três gerências: Gerência de Atenção à Saúde (GAS); Gerência Administrativa (GAD); e Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), responsáveis por garantir uma atuação integrada que atendam as necessidades hospitalares. Cada uma dessas gerências possui divisões, setores e unidades sob sua administração, as quais também passaram por reestruturação, com objetivo de garantir maior eficiência das suas operações.

Importa destacar, ainda, que o plano diretor estratégico prevê o assessoramento da farmácia hospitalar por meio da CFT, à qual compete o planejamento das ações e a proposição de melhorias no âmbito da assistência farmacêutica. As comissões se situam acima do organograma do hospital, abrangendo e coordenando deliberadamente as divisões, os setores e unidades das três gerências do hospital. No que diz respeito a CFT, a essa comissão cabe determinar o valor da tecnologia, seguida da análise do custo-efetividade com objetivo de guiar a tomada de decisão dos profissionais da assistência farmacêutica e terapêutica, como exemplo, a incorporação ou não de medicamentos na lista padronizada do HUCAM.

O hospital também é composto pelo NATS, um núcleo cuja atuação está sob a responsabilidade da Unidade de Gestão da Inovação Tecnológica em Saúde. No HUCAM, o NATS classifica-se no nível básico. O nível básico trata-se da unidade conhecer a metodologia e saber interpretar os documentos e seus resultados (quadro 16).

Quadro 16 - Classificação do NATS do HUCAM.

NÍVEL	CATEGORIA	EIXO	CONCEITO
0 ou I	Básico	Síntese de Evidência	Possibilita ao núcleo, após treinamento específico, desenvolver documentos iniciais, para atender as necessidades da gestão local.

Fonte: adaptado de Brasil (2024b).

Dado que o caso em estudo desta pesquisa é a farmácia hospitalar, torna-se relevante delimitar as mudanças ocorridas na estrutura organizacional do HUCAM em 2022, especificamente no que se refere a esse setor (HUCAM, 2022). A partir dessa reestruturação, a responsabilidade pela farmácia hospitalar passou a ser compartilhada entre a GAS e a GAD. Anteriormente os serviços de farmácia hospitalar eram de responsabilidade dos farmacêuticos lotados na Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT), então um setor de farmácia hospitalar foi criado sob a competência da DADT e as unidades de compras e abastecimento de insumos farmacêuticos da GAD foram incorporadas. Esse setor foi projetado para facilitar a articulação entre a dispensação (na GAS) e as compras e armazenamento na GAD.

Quanto aos dados de suprimento hospitalar, depois que os itens de consumo foram atribuídos à gestão de aquisição, armazenamento e distribuição do Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos (SAFS) na GAD, o grupo de medicamentos apresentou resultados significativos. É importante ressaltar que, com a mudança na estrutura organizacional, juntamente com a gestão do SAFS, “[...] foram realizadas diversas ações visando a padronização das rotinas de planejamento, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos insumos” (HUCAM, 2022, p. 67). Isto é, houve a produção de novas fontes de evidências documentais disponíveis para os gestores hospitalares. Além do uso dos regulamentos básicos do SUS utilizados pela farmácia, incluindo a RENAME e outras listagens ou regulamentos

emitidos por gestores da esfera Estadual e Municipal comuns na gestão da saúde pública.

Por causa das mudanças mencionadas, acrescenta-se ainda a observação do aumento na média de abastecimento de medicamentos que atingiu 96,2% (HUCAM, 2022). No hospital, tal porcentagem é importante em virtude de ele ser considerado o principal indicador do nível de abastecimento de insumos e medicamentos. O relatório de gestão detalha, que o indicador representa diretamente o grau de atendimento das solicitações feitas pelas unidades assistenciais. Ou seja, às necessidades das unidades assistenciais do hospital foram atendidas sem comprometer a qualidade dos serviços assistenciais.

De responsabilidade da farmácia hospitalar, a farmácia-universitária, atende aos programas de HIV, hepatite, tuberculose e programa de transexualização do hospital. Também, um importante projeto elaborado pela farmácia hospitalar, foi o da farmácia-satélite da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do Pronto-Socorro (PS), essa farmácia-satélite é compartilhada entre as duas áreas, e está em funcionamento atualmente. Importa destacar que uma farmácia-satélite é uma farmácia descentralizada, localizada em setores específicos do hospital, o objetivo é realizar a dispensação segura de medicamentos disponíveis para a assistência rápida aos pacientes. Ou seja, a farmácia-satélite otimiza os processos de seleção e entrega de medicamentos.

Em 2024, foi implantada mais uma farmácia-satélite, a do Complexo Ambulatorial, ampliando a capacidade de suporte farmacêutico nas áreas de atendimento especializado nos ambulatórios. Diferentemente das demais farmácias-satélites, essa unidade é responsável pelo abastecimento de kits para exames e/ou procedimentos, destinados a diversas especialidades médicas, e não pela dispensação de medicamentos.

Além disso, há pouco menos de um ano, a gestão dos gases medicinais passou a ser atribuída ao setor da farmácia após a Rede EBSE RH passar a classificá-los como medicamentos, ampliando o escopo das suas responsabilidades técnico-operacionais no hospital. A farmácia assumiu as etapas de aquisição, recebimento, armazenamento e controle de estoque, enquanto a dispensação aos setores é realizada por equipe terceirizada. Em relação a farmácia-satélite do centro cirúrgico, devido às

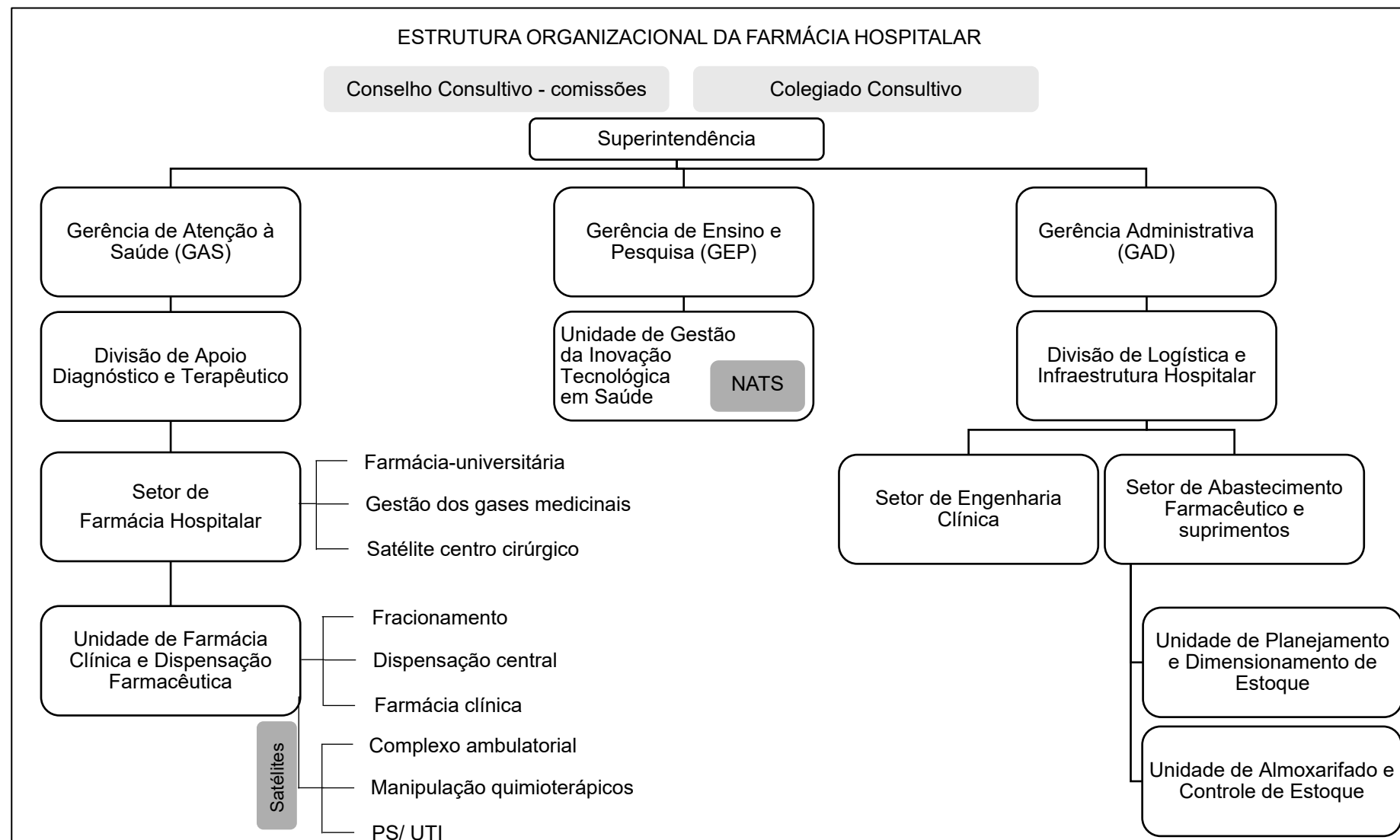
particularidades dos seus processos de trabalho, ela é administrada diretamente pelo setor de farmácia hospitalar (no entanto, não fez parte deste estudo).

As demais áreas e serviços da farmácia hospitalar, já implantados ou em desenvolvimento, também serão descritos mais detalhadamente a seguir juntamente com as novas iniciativas descritas anteriormente.

Portanto, em decorrência do novo modelo de gestão do HUCAM, da nova estrutura organizacional da farmácia hospitalar e do desempenho do setor, presumimos que essas ações fizeram uso de fontes de evidência e geraram novas fontes. O panorama fornece um contexto ainda não explorado de dados e informações, que apresenta potencial valor para análise do uso de evidência quanto a tomada de decisão pelos gestores da farmácia hospitalar e demais colaboradores envolvidos no processo decisório. Uma vez que, os protocolos e demais documentos organizações constituem evidência de alta confiabilidade para a tomada de decisão.

Para demonstrar visualmente essa organização, o organograma 1 apresenta um extrato da estrutura organizacional transversal relacionada ao setor da farmácia hospitalar.

Organograma 1 - Extrato da estrutura organizacional da farmácia hospitalar.



Fonte: adaptado de HUCAM (2022).

O organograma apresentou a estrutura organizacional transversal da farmácia hospitalar no que diz respeito as gerências e áreas importantes investigadas neste estudo, descritas a seguir:

Na GAS, conforme mencionado, participaram do estudo o Setor da Farmácia Hospitalar (incluindo a farmácia-universitária e o serviço de gestão dos gases medicinais) e a Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica sob sua gestão. Nessa unidade, são desenvolvidas as etapas de fracionamento, dispensação central de medicamentos e o serviço de farmácia clínica, além de servir como referência para as farmácias-satélites do complexo ambulatorial, PS/UTI e da manipulação de quimioterápicos.

De modo geral, na unidade de farmácia clínica e dispensação farmacêutica, a dispensação de medicamentos ocorre a partir do atendimento da prescrição médica, na qual os farmacêuticos realizam a triagem dos medicamentos, verificando aspectos como dose e posologia. Após essa conferência, os medicamentos seguem para a etapa de separação, realizada pelos técnicos de farmácia, com posterior checagem final pelos farmacêuticos. Enquanto a farmácia clínica, atua nos processos de conciliação medicamentosa e acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em internação (CU4, FC1, FD1).

Na GAD, participaram a Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e seus respectivos setores de Engenharia Clínica e o setor de Abastecimento Farmacêutico e de Suprimentos, o qual engloba as Unidades de Planejamento e Dimensionamento de Estoque, bem como a Unidade de Almoxarifado e Controle de Estoque. A unidade de engenharia clínica incorpora-se de maneira transversal ao setor de farmácia por ser o setor responsável pela gestão de equipamentos médicos. Na farmácia, são responsáveis pela unitarizadora de medicamentos, freezers e refrigeradores, por exemplo. Suas decisões são direcionadas a demandas de equipamentos (CS3).

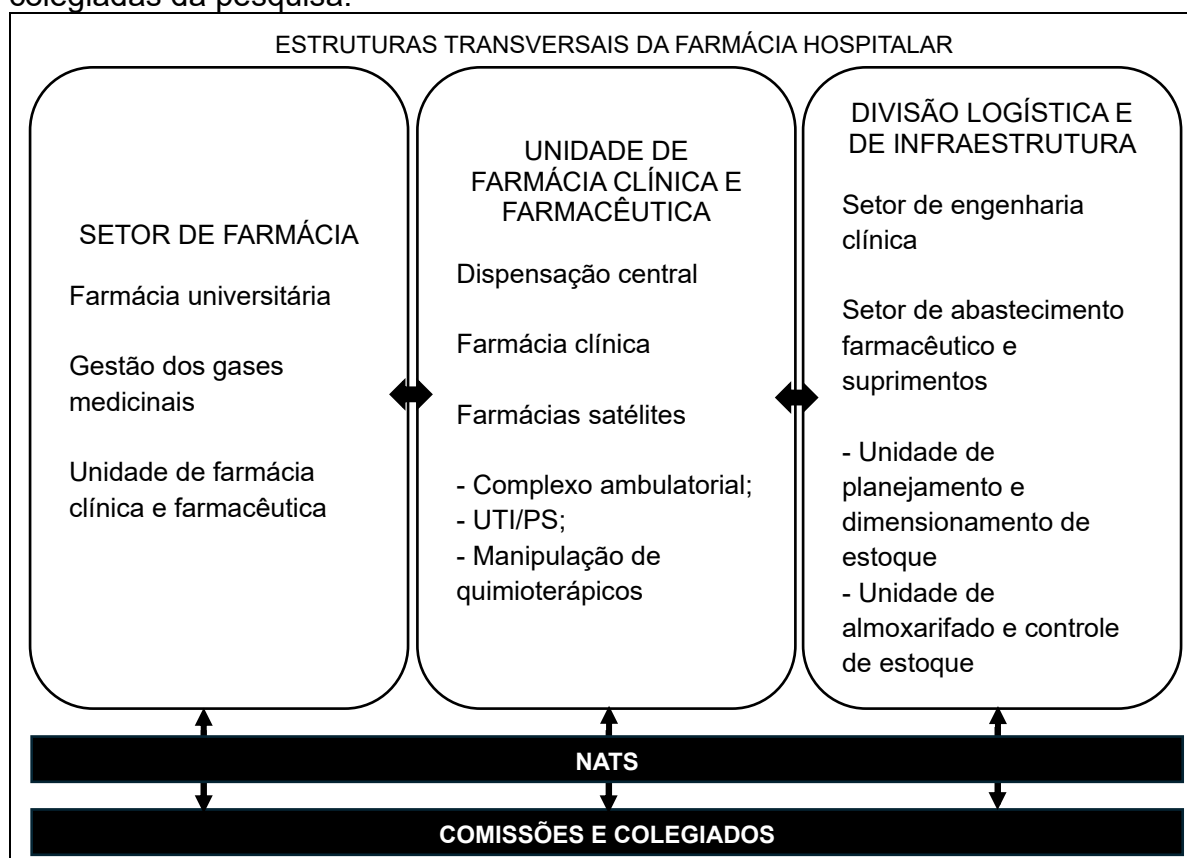
Ambas as gerências e áreas envolvidas atuam conforme as deliberações das instâncias colegiadas e comissões existentes no HUCAM. Por fim, importa destacar que o HUCAM é um hospital de referência com atendimento ininterrupto para atendimentos de urgência e emergência na farmácia-satélite do PS/UTI. Atualmente o PS atendendo em média 500 pacientes/ mês, e a UTI contando com 20 leitos (HUCAM, 2025), o que torna estratégica a localização dessa farmácia-satélite entre o

PS e a UTI. Essa posição favorece a agilidade na dispensação de medicamentos e o suporte às equipes assistenciais. Destaca-se, ainda, a farmácia-universitária, que presta atendimento gratuito e especializado a pacientes com doenças infecciosas transmissíveis, procedentes tanto da rede pública quanto privada, consolidando o HUCAM como referência regional também nesse eixo da assistência farmacêutica.

4.2 GESTÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR E SUA INTERAÇÃO COM ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS TRANSVERSAIS

Na farmácia hospitalar, a governança apresenta caráter complexo, com a operação das estruturas organizacionais ocorrendo de forma transversal nas práticas do processo decisório. Esta seção descreve a estrutura organizacional da gestão da farmácia hospitalar, abordando tanto o funcionamento dos setores e unidades da farmácia e de outras áreas quanto a interação entre eles nas práticas de uso da evidência na tomada de decisão. As decisões resultantes dessas práticas gerenciais ou técnicas contribuem para a gestão da assistência farmacêutica. A Figura 4 sistematiza as estruturas organizacionais transversais que compõem a pesquisa.

Figura 4 – Representação das estruturas organizacionais, comissões e instâncias colegiadas da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

À luz do fenômeno investigado, a Figura 4 apresenta o setor da farmácia hospitalar como núcleo organizador da assistência farmacêutica, atuando em suas múltiplas frentes: farmácia-universitária e a gestão dos gases medicinais e, por meio da unidade de farmácia clínica e dispensação, a dispensação central, farmácias-satélites (UTI/PS, quimioterapia, ambulatório) e farmácia clínica. Essa estrutura robusta, opera 24 horas por dia com 58 colaboradores e 18 estagiários, está ancorada em uma governança compartilhada que vai além da distribuição de medicamentos: envolve análises técnicas, controles de abastecimentos e participações em comissões articuladoras como a de farmácia e terapêutica. Portanto, fornece análises financeiras e operacionais, influencia decisões e participa ativamente dos processos vinculados à gestão por evidência. No caso da seleção de medicamentos a serem padronizados:

existe uma organização de uma comissão, chamada Comissão de Farmácia e Terapêutica, que ela é multidisciplinar, ela tem médicos, nesses médicos a gente tem um infectologista, para representar os antibióticos, a gente tem um pediatra para a neo, a gente tem um anestesista e a gente tem os representantes da farmácia. Ali é decidido, ela é regulamentada no

hospital, então ela foge o organograma, **ela foge o organograma para que isso não fique parcial. Então, a tomada de decisão da comissão é mandatória** [grifo nosso], é ali que é decidido se vai ou não padronizar por questões técnicas e aí depois isso vai ser aprovado ou não no nível de direção para a questão de custos, por exemplo (CS2).

A articulação entre as áreas é viabilizada por comissões e instâncias colegiadas, que atuam como espaços deliberativos e consultivos. A CFT, presidida por uma farmacêutica, é responsável pela seleção e padronização de medicamentos, reunindo representantes da farmácia, corpo médico e demais áreas estratégicas: a CFT discute a lista de medicamentos com base nas evidências e eficácia (CS2). Já a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é acionada, por exemplo, para avaliar a prescrição de antimicrobianos de uso restrito, com participação ativa dos farmacêuticos no controle e na comunicação com a equipe de infectologia (FD1).

Com relação as prescrições médicas, caso haja inconsistência entre o prescrito e o disponível, ou algo fora do protocolo, precisa-se envolver a comissão e documentar. Essa lógica está fortemente alinhada ao que Fishkin (2002) conceituou como PDE, em que diferentes sujeitos institucionais participam de ciclos de decisão orientados por critérios técnicos, experiências e valores organizacionais compartilhados.

As interações transversais destacadas nas práticas da CFT ou dos colegiados não são complementares, são constitutivas da gestão da farmácia hospitalar diante das demandas do hospital. Essas exercem funções normativas, técnicas e deliberativas no âmbito da gestão da assistência farmacêutica e administrativa. Portanto, longe de operar como uma unidade isolada, a farmácia hospitalar influencia e é influenciada pelas decisões dos diversos sujeitos envolvidos no processo decisório diante das várias áreas de trabalho.

Além das comissões compostas por multiprofissionais, a liderança técnica é distribuída por área, assegurando responsabilidade segmentada e rastreabilidade nas decisões. Na farmácia-universitária, destaca-se uma articulação entre universidade e hospital, por meio da qual integra atendimento de programas do SUS, como HIV, hepatites e transexualização, utilizando medicamentos financiados pelo MS e Secretaria Estadual (FCD3).

A farmácia-universitária é considerada uma farmácia-escola que cumpre funções assistenciais e de ensino, proporcionando um campo de prática real aos estudantes e fortalecendo a integração entre cuidado, formação profissional e políticas públicas. Destaca-se, ainda, a atuação do serviço de farmácia clínica desta satélite, que realiza acompanhamento individualizado aos pacientes do HUCAM. Uma das farmacêuticas desenvolve atividades de escuta qualificada, acolhimento e recomendação para apoio psicológico, promovendo uma abordagem ampliada do cuidado (FCD4).

O controle e a gestão dos gases medicinais, demonstram como o setor de farmácia hospitalar assumiu um papel estratégico em processos historicamente tratados como meramente administrativos. Os gases, agora entendidos como medicamentos, exigem controle rigoroso de entrada e saída, monitoramento diário dos estoques, gestão de notas fiscais e articulação com o setor de infraestrutura para distribuição. Além do oxigênio, a equipe gerencia cilindros de nitrogênio, dióxido de carbono, ar comprimido, argônio e óxido nítrico, utilizados em setores críticos como centro cirúrgico, UTI neonatal e PS (FGM). A complexidade logística dessa operação reflete o grau de profundidade da atuação farmacêutica.

A unidade de farmácia clínica e dispensação, atua para garantir o uso racional dos medicamentos, como prevê a PNM (Brasil, 2001a). Seu funcionamento combina rigor técnico e protocolos de segurança. A dispensação central, sob responsabilidade da unidade, segue um processo rigorosamente estruturado, com múltiplas etapas de controle: prescrição médica, triagem farmacêutica, separação técnica, checagem e bipagem por código de barras (FD2). Embora a maioria das prescrições chegue via sistema, parte das dispensações ainda é feita por demanda direta nas janelas de atendimento. Essa estrutura garante a regularidade do abastecimento às unidades assistenciais e evita falhas no tratamento, servindo como referência quando as farmácias satélites estão fechadas. Como define o gestor responsável: “desenvolvemos e estruturamos uma rotina com várias barreiras para garantir o uso racional dos medicamentos” (CU3).

Além disso, os farmacêuticos clínicos, do serviço de farmácia clínica desenvolve atividades assistenciais nas enfermarias, UTI e ambulatórios, realizando acompanhamento farmacoterapêutico e conciliação medicamentosa, buscando evitar interações medicamentosas e falhas de continuidade terapêutica. O serviço, embora

complementar e setorializado, atua de forma transversal, cobrindo especialidades diversas e contribuindo com intervenções que impactam diretamente a segurança e a efetividade dos tratamentos. Os farmacêuticos clínicos atuam nos atendimentos beira-leitos e fazem o registro de informações no sistema tecnológico, registrando intervenções e adequações terapêuticas, com foco na segurança e eficácia do tratamento (FC).

As farmácias-satélites, embora cumpram funções específicas de suporte direto às áreas clínicas, seguem o mesmo processo estruturado de dispensação da farmácia central, adaptado à escala e à demanda de cada setor. Na farmácia-satélite do complexo ambulatorial, a entrevistada (FCD1) descreve um funcionamento orientado à lógica dos kits de exames ou procedimentos. Essa farmácia apoia especialidades como ginecologia, oftalmologia e pediatria, com entregas planejadas conforme cronogramas cirúrgicos, mas também preparada para atendimentos por livre demanda, muito comuns em um hospital de referência estadual. Durante o atendimento, ao identificar que o paciente é do interior e possui dificuldades de deslocamento, o médico costuma antecipar a solicitação de novos exames e/ou procedimentos. A organização baseada em kits padronizados e o retorno com dados preenchidos são exemplos de práticas de controle e rastreabilidade adaptadas à dinâmica ambulatorial.

A farmácia de manipulação de quimioterápicos, apresenta um dos processos mais tecnicamente exigentes da instituição. Cada prescrição passa por análise criteriosa conforme protocolo, dose e diluição dos medicamentos. Após o registro dos dados, segue-se a manipulação em ambiente controlado, checagem de qualidade e checagem clínica (FCD2). Segundo a entrevistada, o serviço prestado por essa farmácia-satélite atua em conjunto com a equipe de enfermagem do Hospital Dia no fornecimento de medicamentos aos pacientes oncológicos. O serviço realiza o controle dos atendimentos por meio das evoluções farmacêuticas nos prontuários e contribui com indicadores operacionais. Essa área representa a farmácia em sua face mais especializada, lidando com terapias de alto risco e custo elevado.

A farmácia-satélite de manipulação de quimioterápicos e a central de unitarização dos medicamentos a qual é de responsabilidade da chefia do setor, são um exemplo concreto da dependência técnica e material da farmácia em relação à engenharia

clínica, setor responsável por garantir a funcionalidade dos equipamentos de suporte à assistência. A disponibilidade de unitarizadoras de doses medicamentosas e cabines de segurança, geridas pela engenharia clínica, condiciona a capacidade de dispensação segura. Essa interdependência evidencia que as decisões técnicas, muitas vezes entendidas como operacionais, têm implicações táticas e estratégicas, uma lógica já descrita por Mintzberg (1979) ao classificar decisões como estruturadas ou semiestruturadas conforme seu grau de previsibilidade e impacto.

Na farmácia-satélite da UTI e do PS, a dispensação mantém o fluxo da central, mas com adaptações à dinâmica emergencial. Como destaca a entrevistada (FCD4), “o fluxo é o mesmo da central, mas adaptado à urgência, com inclusões constantes na prescrição”. No PS, a urgência no fornecimento de medicamentos é constante, exigindo resposta imediata às prescrições, especialmente em casos de dor intensa ou instabilidade clínica do paciente. Nessas situações, o carrinho de emergência, posicionado estrategicamente, funciona como um recurso de acesso imediato aos medicamentos críticos. Ele é previamente padronizado com medicamentos de uso imediato, como noradrenalina, disponíveis para intervenção rápida por médicos e enfermeiros, sendo reabastecido apenas após a formalização da prescrição.

Essa prática evidencia a tensão permanente entre a necessidade de agilidade operacional e os requisitos de rastreabilidade e segurança farmacêutica. O contexto exige protocolos bem definidos e colaboração constante entre as equipes, como ressalta a própria farmacêutica:

tem que ter a prescrição. Mesmo que seja uma emergência, a gente precisa, até porque é rastreável. A gente pede que prescreva mesmo que depois, sabe? Porque [o paciente] pode até morrer, dependendo da situação. Mas a gente precisa registrar e ter esse controle (FCD4).

Essa tensão reflete a lógica de funcionamento dos SACs (Stacey, 1996), nos quais decisões precisam ser tomadas mesmo sob ambiguidade e não linearidade, e revela também o uso simultâneo dos sistemas intuitivo (sistema 1) e deliberativo (sistema 2) na tomada de decisão, conforme proposto por Kahneman (2012). No momento da urgência a decisão é tomada e, assim que possível o processo é registrado para controle.

No plano da gestão de estoques, o setor de abastecimento farmacêutico e suprimentos, responde por todo o ciclo logístico dos itens hospitalares, é o elo entre o planejamento e a distribuição de insumos. O setor é dividido entre a unidade de planejamento e dimensionamento de estoque e o almoxarifado. O objetivo central é “abastecer o hospital dentro do catálogo de itens, desde o planejamento até a distribuição para as áreas”, operando com cerca de 3 mil itens ativos (CS1). O setor gerencia os fluxos de aquisição e armazenamento em consonância com a farmácia hospitalar, garantindo previsibilidade e disponibilidade dos insumos.

A unidade de planejamento e dimensionamento de estoque, realiza estimativas de consumo, para isso, participa, por exemplo, das comissões de padronização. A gestão é orientada por critérios técnicos e econômicos, equilibrando eficácia clínica com impacto financeiro. Os desafios de subdimensionamento, validade e espaço físico (CU2) são enfrentados com planejamento rigoroso, licitações bem fundamentadas e estratégias de compras ajustadas à realidade hospitalar como destaca a entrevista CU2.

No almoxarifado, as decisões são tomadas com base na análise de impacto imediato do nível atual do estoque, distinguindo entre decisões imediatas e programadas com base na criticidade e no tempo de suprimento. A urgência da decisão depende do nível de risco ao funcionamento dos serviços hospitalares (CU1). Esse tipo de adaptação operacional diante de eventos não previstos confirma a noção de decisões semiestruturadas (Simon, 1977), que exigem julgamento técnico contextual, com apoio de evidências locais e experiência acumulada. Esse setor funciona como elo final do ciclo logístico, exigindo decisões ágeis, baseadas em dados e em alinhamento constante com a demanda das áreas assistenciais.

Por fim, a divisão de logística e infraestrutura hospitalar atua como eixo estruturante de toda a operação hospitalar, cuja missão é “garantir o abastecimento e a infraestrutura do hospital” (CD). Coordena desde o almoxarifado, passando pela engenharia clínica, até contratos de serviços terceirizados e suporte predial. O setor de engenharia clínica, por exemplo, é responsável “pela gestão de equipamentos médicos, desde a aquisição até o descarte, incluindo manutenções e usabilidade” (CS3). Essa divisão de logística e infraestrutura garante as condições físicas, humanas e materiais para que os serviços clínicos, como a farmácia hospitalar,

possam funcionar com qualidade e segurança. Sua atuação é invisível ao paciente, mas vital ao funcionamento institucional.

Acerca das atividades do NATS, nos últimos anos, o núcleo passou por um processo de reestruturação institucional que resultou em uma redefinição significativa das suas funções. Embora a literatura das instâncias governamentais e especializada caracterize o NATS como um órgão voltado à elaboração de sínteses de evidências para subsidiar decisões sobre tecnologias em saúde (Brasil, 2024b), incluindo as tecnologias da assistência farmacêutica, no HUCAM constatou-se uma releitura dessa missão (CU4). No hospital as comissões já desenvolvem essa análise custo-eficiência, por exemplo, para a padronização de medicamentos.

Então, sob a coordenação da unidade de gestão da inovação tecnológica em saúde, por meio da chefia atual, o NATS passou a ter uma atuação alinhada à política institucional de inovação, com foco em processos de incorporação de tecnologias que ainda não existem no hospital, e, desde que sem previsão orçamentária imediata. Por exemplo, a aquisição e a incorporação de um parque robótico para cirurgias, uma mesa cirúrgica robótica com um conjunto abrangente de instrumentos. Com base nessa demanda e nas diretrizes de ATS, é elaborado um parecer técnico sobre a incorporação da referida tecnologia (CU4).

Também está em andamento a construção de um novo edifício que abrigará o Centro de Pesquisa Clínica. Nesse espaço, serão implantadas diversas iniciativas vinculadas à Gerência de Ensino, Pesquisa e Inovação, incluindo um *hub* de inovação, um memorial institucional, um laboratório de simulação realística e um espaço dedicado à simulação clínica (CU4). Este centro representará o primeiro ambiente promotor de inovação do hospital, com o propósito de consolidar um *hub* voltado à inovação em saúde.

A mudança no NATS foi formalizada por meio da elaboração de um novo regimento interno e da publicação de uma portaria de nomeação dos membros, contemplando a participação de profissionais de diferentes especialidades. Apesar do potencial da farmácia em contribuir com demandas de avaliação tecnológica em saúde, sua participação nas reuniões do núcleo não foi registrada até o momento da pesquisa. Isso sugere um espaço relevante a ser explorado pela farmácia hospitalar na

proposição de inovações terapêuticas ou na qualificação das análises de custo-benefício de tecnologias medicamentosas.

Observa-se, a gestão da farmácia e sua interação com estruturas organizacionais formais e a atuação em rede com instâncias deliberativas como a CFT e outras estruturas que regem o setor de farmácia, com forte poder normativo e técnico. Essas instâncias são transversais, pois conectam diferentes áreas e profissionais (enfermeiros, farmacêuticos, médicos e gestores) em torno da análise e uso de evidência para decisões clínicas e administrativas. Ainda, que apesar do potencial da farmácia, sua ausência nas reuniões do NATS representa uma lacuna na articulação com a farmácia hospitalar. Há, portanto, um descompasso entre o protagonismo da farmácia em algumas estruturas transversais e sua ausência em outras, como o NATS relevante para as decisões sobre novas tecnologias medicamentosas.

A organização da farmácia hospitalar revela uma governança marcada por estruturas transversais e decisões compartilhadas entre diferentes áreas e saberes técnicos, gerenciais e técnicas. Essas interações, embora desiguais entre as instâncias, demonstram como a tomada de decisão farmacêutica é influenciada por arranjos institucionais que articulam evidências documentais e experiências. Na sequência, aprofunda-se a análise das práticas cotidianas de uso de evidências no processo decisório da farmácia hospitalar.

4.3 FONTES DE EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA A GESTÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR

O uso de evidência na gestão da saúde não é um processo linear, mas sim, transversal nas interações entre diferentes sujeitos e estruturas organizacionais. A governança em saúde depende da capacidade dos gestores de interpretar e utilizar diversas fontes de evidência, alinhando-a aos objetivos organizacionais. Com o intuito de contextualizar a seção e retomar o delineamento do estudo, o Organograma 1 permite a visualização da estrutura organizacional da farmácia hospitalar, além de fornecer uma ideia das principais interações transversais. O Quadro 14 apresenta a estrutura categorial elaborada com o objetivo de possibilitar a compreensão do processo pelo

qual os gestores e demais profissionais envolvidos na tomada de decisão extraem valor da evidência em contextos práticos.

A partir disso, analisa-se aqui, como se inicia o processo decisório e quais evidências estão disponíveis e são efetivamente utilizadas nas práticas da gestão farmacêutica, e nas seções 4.4, 4.5 e 4.6 se analisa de maneira direta o processo decisório com apoio do uso da evidência, em termos mais específicos, se analisa o arranjo organizacional orientado por evidências no contexto da farmácia hospitalar.

4.3.1 Início do processo decisório

A análise do início do processo decisório na farmácia hospitalar permite identificar em que momento e de que forma as evidências começam a ser mobilizadas, marcando o início do encadeamento dos processos que conduzem às decisões.

As entrevistas possibilitaram compreender que o início do processo decisório na farmácia hospitalar se configura como uma etapa crítica que articula o reconhecimento da demanda, a análise contextual e a mobilização inicial das fontes de evidências. Esta etapa apresenta motivações contextuais variadas, desde emergências clínicas até demandas logísticas, e requer habilidades específicas dos gestores e farmacêuticos para identificar a natureza do problema, delimitar a urgência da ação e iniciar a construção de uma base segura para a decisão. Tal como propõe Barends, Rousseau e Briner (2014), é nesta etapa que ocorre o *asking*, a formulação da questão prática como pergunta respondível, que dá início ao ciclo da EBMgt.

Essa primeira abordagem é profundamente influenciada pela complexidade do ambiente hospitalar, que exige uma leitura rápida e contextualizada da situação. O participante da pesquisa, descreve esse movimento de forma clara: “Primeira coisa eu vou analisar aquela demanda para entender o que é aquilo, né? [...] A gente vai tomar as devidas [medidas] para analisar aquilo e tratar a articulação de resolução daquilo e essa resolução pode tomar vários caminhos” (CD). Essa fala revela o que Kahneman (2012) denomina de fase de enquadramento do problema, essencial para decisões de qualidade. Como complementa Mintzberg (1976), o processo decisório começa com o reconhecimento do estímulo e a busca inicial por dados para orientar

a ação. A fala demonstra também uma flexibilidade que remete ao conceito de improvisação organizacional (Weick, 1998), necessário diante de situações que se apresentam de maneira inesperada.

Contrariamente às abordagens no contexto da improvisação, na medida que o problema apresenta potencial impacto assistencial, percebeu-se que os profissionais da assistência farmacêutica abordam um processo mais estruturado, com análise de riscos e dados. Uma entrevistada detalha esse tipo de abordagem:

Primeira análise, temendo um impacto que isso vai causar. Aí a gente vai perguntar se ele é urgente, se ele pode esperar. [...] vai ser um impacto grande que vai afetar todos os setores. Então, a decisão tem que ser imediata. Ou não, daqui a uma semana (CU1).

Essa etapa da análise de risco como início do processo conecta-se à proposta de Barends *et al.* (2014) de avaliar criticamente a confiabilidade e a relevância da evidência, antes mesmo da aplicação prática. Ao dimensionar a urgência, os gestores praticam uma forma de triagem decisória que antecipa a busca ativa por evidências, colocando em prática o que Mintzberg (1973) descreve como o papel do gestor como alocador de recursos e solucionador de conflitos. A atuação inicial também varia conforme o tipo de demanda, técnica, gerencial, logística ou assistencial. Por isso, a importância de entender o nível da decisão:

Na verdade, você faz a análise do cenário da situação. Primeira coisa. [...] Em qual cenário se encontra a necessidade de uma tomada de decisão? É num cenário operacional? Tático? Estratégico? É uma decisão de gestão de pessoas? [...] Depende do que está sendo colocado, por quem está sendo colocado e o momento (CS2).

Essa fala reforça a noção de deliberação situacional prevista por Fishkin (2002), em que o início da decisão depende do contexto, do sujeito envolvido e do escopo da decisão. A decisão, nesse caso, se constrói com base na avaliação do cenário, no uso de evidências organizacionais pré-existentis, e na mobilização de colaboradores e informações relevantes.

As decisões no âmbito das condutas clínicas, cujas etapas são a análise de prescrição médica ou preparação de medicamentos de uso específico, as evidências científicas são rapidamente mobilizadas. Na função de farmácia clínica e de dispensação, tal

profissional, afirma: “A primeira coisa, quando a gente faz a análise de prescrição, é justamente conferir se, de acordo com o diagnóstico, [...] as doses prescritas estão de acordo com os protocolos usuais [...] Se não tiver, a gente tem que questionar o médico” (FCD2). Essa atuação remete à competência de *asking* e *appraising*, da abordagem dos 6 A's da EBMgt (Barends *et al.*, 2014), e à necessidade de validação técnica da decisão antes de qualquer encaminhamento. A evidência aqui atua como garantia técnica e legal, exigida em condutas com risco ao paciente.

De modo geral, o início do processo decisório está condicionado por três fatores fundamentais: o tipo de demanda recebida (assistencial, logística, gerencial); o grau de urgência ou risco envolvido; e a disponibilidade imediata de evidências diversas para fundamentar a ação. Como sintetiza um participante: “A primeira coisa que eu faço é reunir as informações. Construir uma análise na sua cabeça para entender o que aconteceu [...] ter segurança no que você está fazendo e para comunicar” (FCD4). Essa prática representa o esforço de racionalização do início do processo decisório, mesmo em meio à complexidade e imprevisibilidade do ambiente hospitalar, característica própria das organizações que operam como SACs (Stacey, 1996).

A representação das abordagens de trabalho iniciais relatadas pelos profissionais, consta no quadro 17.

Quadro 17 - Abordagens de trabalho iniciais por tipo de demanda ou problema na farmácia hospitalar.

DEMANDA/ PROBLEMA	ABORDAGEM INICIAL	CATEGORIA	Profissional
Operacional (rotina interna)	Ação imediata sem consulta a evidências formais; priorização da continuidade do serviço	Decisão sem evidência; urgência institucional	CS2
Logística (estoques, compras)	Análise de risco, impacto e urgência; verificação de planilhas, pregões e status de fornecimento	Análise de risco; evidência organizacional	CU1, CU2, CD1
Técnica assistencial (medicamentos, prescrições)	Consulta a protocolos e literatura técnico-científica; análise de compatibilidade, dosagem, diagnóstico	Evidência científica; análise clínica	FCD2, FD2, FCD4
Infraestrutura e engenharia	Verificação do tipo de manutenção, motivação da demanda e possíveis soluções técnicas	Análise contextual; decisão técnica especializada	CS3
Decisão estratégica/gerencial	Avaliação do nível (tático, estratégico), identificação de pactuações e histórico de decisões	Análise contextual; decisão estratégica	CS2, CD1

Demanda multiprofissional	Interações com médicos, enfermagem e outros setores; triagem do tipo de informação necessária para orientar o fluxo da decisão	Partes interessadas; evidência multiprofissional	CU3, FD1, FC
Demanda imprevisível ou emergencial (ex.: gases, paciente crítico)	Decisão baseada em segurança e tempo de resposta; protocolos de troca imediata ou ação direta sem deliberação complexa	Risco ao paciente; resposta emergencial	FGM1; FCD1

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro 17 representa a relação entre contexto e comportamento decisório no início do processo de trabalho. A análise revela que a gestão baseada em evidência se ajusta à natureza da demanda, adotando abordagens mais estruturadas em questões técnicas e respostas mais diretas em demandas operacionais. As decisões variam entre respostas imediatas baseadas em risco e segurança, e abordagens mais analíticas que envolvem protocolos, evidência científica e articulação multiprofissional. Isso revela a coexistência de práticas assistenciais, operacionais e estratégicas no cotidiano da gestão farmacêutica.

Reconhecer a demanda, avaliar o impacto potencial e mobilizar as fontes de evidências iniciais disponíveis requer sensibilidade contextual e conhecimento técnico dos gestores ou outros profissionais envolvidos no processo decisório. O modo como essa primeira abordagem se realiza tem implicações diretas na qualidade da decisão que será tomada a seguir, servindo como base para o processo deliberativo e para o uso articulado das evidências nas etapas posteriores. O quadro 18 apresenta como o tipo de demanda ou problema molda o papel dos grupos gerenciais informacional, interpessoal ou decisório (Mintzberg, 1973).

Quadro 18 - Relação entre os tipos de demandas ou problemas e os papéis gerenciais.

DEMANDA/ PROBLEMA	PAPÉIS GERENCIAIS (Mintzberg)	JUSTIFICATIVA
Operacional (rotina interna)	Decisor – Solucionador de Conflitos	A ação imediata visa resolver uma disfunção ou interrupção no serviço, típica do papel de solucionador de conflitos. A urgência exige ação imediata, sem coleta ou disseminação prévia de informação.
Logística (estoques, compras)	Informacional: Monitor Decisor: Alocador de Recursos	A decisão depende de dados de estoque, compras e previsões, exigindo monitoramento, funções centrais do monitor e alocador.
Técnica assistencial (medicamentos, prescrições)	Informacional: Disseminador Decisor: Empreendedor	A decisão envolve inovação, atualização com evidência técnica e disseminação de boas práticas clínicas.
Infraestrutura e engenharia	Decisor: Empreendedor	A decisão envolve busca de soluções, mas sem papel informacional evidente no processo.
Decisão estratégica/gerencial	Decisor: Empreendedor e Negociador	Decisões estratégicas requerem troca de informações e alinhamento com a gestão superior. Envolvem pactuações e construção de consensos, papéis ligados à inovação e negociação.
Demanda multiprofissional	Informacional: Porta-voz Decisor: Negociador	O gestor atua como articulador entre equipes, comunica decisões e negocia fluxos.
Demanda imprevisível ou emergencial	Decisor: Solucionador de Conflitos	A resposta é imediata, com base em protocolos já definidos, sem tempo para mediação informacional, são decisões associadas ao papel de solucionador.

Fonte: elaborado pela autora.

A análise demonstrou que, embora todas as situações envolvam tomada de decisão, nem todas mobilizam de forma explícita os papéis informacionais propostos por Mintzberg (1973). Em contextos de urgência ou emergência, como nas demandas operacionais ou imprevisíveis, o papel do tomador de decisão restringe-se predominantemente à resolução do problema, caracterizando o papel de solucionador de conflitos. Já em situações que envolvem planejamento, articulação entre equipes ou uso de dados organizacionais, os papéis informacionais, como monitor, disseminador ou porta-voz, se articulam ao processo decisório, dando suporte à construção de decisões mais estruturadas.

A análise mostra que a adoção de evidência começa no reconhecimento e enquadramento do problema, com base em critérios de risco, urgência e tipo de

demanda. Esse início estruturado confirma que os gestores utilizam evidência desde as primeiras etapas decisórias.

4.3.2 Fontes de evidências

Estão descritas nesta seção as principais fontes de evidências utilizadas nas práticas da farmácia hospitalar, considerando sua diversidade e finalidade. A análise foca em como essas evidências sustentam as decisões técnicas ou gerenciais da assistência farmacêutica que exigem decisões rápidas, seguras e/ou fundamentadas.

O quadro 19 sistematiza as principais fontes de evidências utilizadas pelos gestores, profissionais ou multiprofissionais da farmácia hospitalar.

Quadro 19 - Principais fontes de evidência utilizadas nas decisões.

FONTE DE EVIDÊNCIA	EXEMPLOS	QUANTIDADE DE ENTREVISTADOS QUE CITARAM	CITAÇÃO
Organizacional	POPs, indicadores, contratos, atas, laudos, planilhas, sistemas de informação, checklists, mapeamentos	12	"A gente tem aí, POPs, mapeamentos de processo, manuais e protocolos" (CU3)
Científica	<i>UpToDate</i> , <i>Micromedex</i> , literatura técnica (Tríssel, bulário, artigos)	7	"A gente usa muito o <i>UpToDate</i> , que é uma base de dados atualizada" (FCD4)
Dos praticantes (experiência profissional)	Formação acadêmica, vivência prévia, conhecimento tácito	4	"Isso já está introjetado, mas tenho consciência de que minhas ações estão pautadas nisso que aprendi" (CD1)
Das partes Interessadas	Interações com médicos, enfermagem, outros setores, pacientes	6	"Aí a gente passa para área assistencial: olha, esse item está crítico" (FGM1)

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com Barends, Rousseau e Briner (2014), a EBMgt envolve o uso criterioso das melhores evidências disponíveis, as quais podem ser científicas, organizacionais, profissionais ou relativas às partes interessadas. Na farmácia hospitalar, conforme sistematizado no quadro 19, as evidências organizacionais foram as mais frequentemente mencionadas entre os profissionais entrevistados, ou seja, as práticas cotidianas dos profissionais revelaram que a tomada de decisão frequentemente

ancora-se em evidências de natureza organizacional, sendo estas complementadas por bases científicas e pela experiência profissional.

Um exemplo emblemático do uso das evidências organizacionais aparece na fala do gestor: “A gente tem aí, POPs, mapeamentos de processo, manuais e protocolos. [...] Se há a incorporação dentro desse processo de trabalho de uma outra unidade, isso já não se chama mais POP, se chama mapeamento de trabalho” (CU3). Essa fala evidencia que os documentos institucionais internos são não apenas fontes de informação, mas também instrumentos de coordenação intersetorial, com nomenclaturas específicas que expressam a abrangência e a corresponsabilidade das decisões. Essa prática vai ao encontro da definição de Rousseau (2006), ao reconhecer a gestão por evidência como fundamentada em processos documentais, e não apenas científicos.

Outro grupo robusto de fontes de evidência organizacionais utilizado na rotina da farmácia é composto pelos indicadores: indicadores de consumo, dispensação e estoques. Segundo a fala da chefia: “A gente tem indicadores de número de itens fracionados, número de itens dispensados e o indicador de absenteísmo. Todos eles impactam na decisão de compra, no remanejamento e até na análise de viabilidade de padronização” (CS2). Essa prática reforça a observação de Briner, Denyer e Rousseau (2009), segundo os quais as evidências organizacionais, quando sistematizadas em indicadores, podem servir como guias objetivos para decisões estratégicas e operacionais. Em ambientes hospitalares, como reforça o modelo dos PDEs (Fishkin, 2002), decisões baseadas em evidências organizacionais possibilitam maior legitimidade e segurança, sobretudo em contextos de escassez ou imprevisibilidade.

As evidências científicas, por sua vez, são acionadas principalmente por farmacêuticos clínicos diante de decisões que envolvem medicamentos de alta complexidade, condutas emergenciais ou questões de compatibilidade medicamentosa. Uma farmacêutica exemplifica: “E a gente usa muito o *UpToDate*, que é uma base de dados liberada aqui pelo hospital, que ela é atualizada constantemente. [...] Então, é mais fácil consultar tratamento, consultar dose de medicamento” (FCD4). Uma segunda farmacêutica clínica, confirma: “Eu costumo utilizar a nossa ferramenta de busca de interações medicamentosas, que é o *UpToDate* (FC1). Essas falas

refletem a valorização de bases científicas de padrão-ouro, como recomenda Sackett (1996), ao destacar que a qualidade da decisão clínica e terapêutica depende do acesso a fontes confiáveis, atuais e validadas cientificamente.

Além disso, as evidências dos praticantes, como a experiência acumulada ao longo da formação acadêmica e profissional, também são recorrentes. Um dos gestores declara: “Então, são ferramentas que já estão consagradas no mundo da administração [...] isso já está introjetado, mas eu tenho consciência de que minhas ações estão pautadas nisso que eu aprendi [...] seja formação acadêmica, seja várias complementações que a gente vai fazendo ao longo da vida” (CD1).

As evidências oriundas das partes interessadas, como pacientes, outros setores ou órgãos governamentais, também estão presentes. Um exemplo prático está na fala de um dos profissionais entrevistados: “Tem índice que a gente está com um baixo estoque. Aí, a gente vai, meio que, tomando [...] uma decisão também [...]. Aí, a gente passa, meio que, para área assistencial. Olha, esse item está crítico. Para ver se a gente tem algum medicamento” (FGM1). A decisão, nesse caso, é construída em diálogo entre setores, em uma perspectiva deliberativa e corresponsável, como propõe o PDE (Fishkin, 2002) e reforça a literatura sobre decisões em SACs (Stacey, 1996).

Por fim, é importante considerar que o próprio hospital, como *lócus* de produção de evidências, também gera documentos institucionais, atas, formulários, listas, manuais, entre outros. Tais registros compõem o que a literatura denomina de evidência contextual (Feuerwerker; Merhy, 2015), que está diretamente conectada à realidade da organização, sendo indispensável para decisões situadas, rápidas e ajustadas às demandas reais.

A descrição e discussão sobre as fontes de evidências na gestão da farmácia hospitalar demonstra a diversidade e complexidade que é utilizar as fontes de evidências na tomada de decisão. As evidências organizacionais, frequentemente documentadas em protocolos, indicadores e relatórios institucionais, se destacam como principais referências na prática cotidiana. Complementarmente, as evidências científicas e a experiência dos profissionais atuam como balizadores de decisões clínicas e terapêuticas mais sensíveis. A gestão baseada em evidência, portanto, se

estrutura em uma diversidade de fontes, formais e informais, internas e externas, sendo influenciada pelas condições organizacionais, pelo acesso às ferramentas tecnológicas e pela cultura organizacional de uso do conhecimento.

O quadro 20 a seguir apresenta os principais sujeitos envolvidos na busca por evidências e os canais utilizados, conforme a decisão a ser tomada no contexto da farmácia hospitalar.

Quadro 20 - Busca de evidência e canais de acesso.

QUEM BUSCA AS EVIDÊNCIAS	POR QUAIS CANAIS
Farmacêuticos clínicos	<i>Micromedex, UpToDate</i> , bulas, protocolos assistenciais
Farmacêuticos gerenciais	Sistemas de informação organizacionais, planilhas, indicadores, POPs
Equipe multiprofissional	Mensagens, reuniões, contatos diretos com setores (ex: engenharia, enfermagem)
Gestores administrativos	Relatórios internos, históricos de decisões, pactuações prévias
Comissão de farmácia e terapêutica	Bases técnicas e deliberações institucionais, atas e evidências normativas

Fonte: elaborado pela autora.

O início do processo decisório na farmácia hospitalar envolve múltiplos sujeitos e canais diversos, de acordo com o tipo de demanda e o nível da decisão. Profissionais com atribuições clínicas acionam fontes científicas, enquanto os gestores priorizam dados organizacionais e a CFT atua com base em normas internas e processos colegiados. Esse arranjo evidencia uma gestão híbrida, articulada entre o conhecimento técnico e o organizacional, favorecendo decisões mais contextualizadas e auditáveis.

Compreender esse repertório de fontes e canais de acesso permite analisar, nas seções seguintes, o processo decisório, que envolve as interações profissionais, as análises das fontes de evidências, a tomada de decisão final, a implementação da decisão e a avaliação dos resultados que sustentam a prática da EBMgt na farmácia hospitalar.

4.4 PROCESSO DECISÓRIO COM APOIO DAS FONTES DE EVIDÊNCIAS NA FARMÁCIA HOSPITALAR

Esta seção apresenta as etapas de processo, de saída e de resultados do modelo adotado na pesquisa. São analisadas, em suas respectivas subseções: as interações profissionais e multiprofissionais (4.4.1), a análise das fontes de evidência (4.4.2), a tomada de decisão final (4.4.3), a implementação das decisões (4.4.4) e a avaliação dos resultados (4.4.5). O objetivo é compreender como o uso das evidências se articula ao longo do processo decisório e contribui para os desfechos da gestão baseada em evidências na assistência farmacêutica.

4.4.1 Interações profissionais e multiprofissionais

A análise das interações profissionais e multiprofissionais nas estruturas organizacionais transversais da farmácia hospitalar é central para compreender como as decisões são construídas no cotidiano hospitalar. Inseridas em um SAC (Stacey, 1996), por acepção, sistemas de mudanças, as interações impulsionam mudanças, gerando comportamentos emergentes a partir da troca entre os sujeitos, experiências e evidências. As decisões não resultam de respostas isoladas, mas de ajustes sucessivos diante das demandas ou problemas variáveis, negociações, pactuações e interpretações situadas que sustentam a assistência e a governança farmacêutica.

Portanto, as decisões dependem de validações, evidências ou demandas que circulam entre múltiplos setores, revelando que o processo decisório é relacional, situado e negociado. Os dados demonstram que é por meio dessas interações que os fluxos de trabalho se atualizam, se corrigem ou se expandem.

A produção de cuidado e a gestão em saúde são marcadas pela interdependência entre profissionais e setores, sendo as decisões condicionadas tanto por diretrizes formais quanto pela dinâmica relacional construída no cotidiano, sobretudo em setores de alta complexidade como a farmácia hospitalar (Feuerwerker; Merhy, 2015). A OMS (2022) reconhece as interações multiprofissionais como essenciais para garantir segurança assistencial, racionalidade terapêutica e eficiência na utilização de recursos.

Na farmácia hospitalar, os relatos dos profissionais entrevistados evidenciaram que as decisões relacionadas à dispensação de medicamentos e implementação de protocolos são frequentemente compartilhadas entre farmacêuticos, médicos, enfermeiros e gestores setoriais. A entrevistada FCD1 destacou: “Para você começar a desenvolver alguma rotina de serviço você precisa do aval das lideranças, das equipes. Então, tem muito contato com essas pessoas” (FCD1). Tal dinâmica corrobora a proposição de Mintzberg (1973) acerca dos papéis interpessoais do gestor, em especial o de elo de ligação, essencial para articular interesses, informações e consensos.

A natureza colaborativa dessas interações foi ressaltada por uma chefia, ao afirmar: “Essas decisões, na verdade, elas não são únicas. Elas são decisões compartilhadas. Onde tem os colegiados” (CS2). Essa prática institucionalizada de decisão colegiada reflete o modelo deliberativo proposto por Fishkin (2002), no qual decisões mais complexas são tomadas coletivamente, com base em evidências técnico-científicas, organizacionais e da experiência profissional.

A relevância da integração entre as áreas foi reforçada por mais uma entrevistada: **“A interação principalmente com a enfermagem é muito interessante. Porque eles têm uma visão da medicação que nós não recebemos. Eu vim aprender aqui”** (FCD2) [grifo nosso]. Tal evidência reflete a ideia de Stacey (1996) sobre os hospitais enquanto SACs, onde o conhecimento é construído nas interações, o que também foi verificado por Etzioni (1961) ao analisar organizações complexas e a importância das relações interpessoais no processo decisório.

No que se refere às partes interessadas envolvidas nas práticas de trabalho, os usuários da farmácia-universitária representam um grupo particularmente sensível. É nessa farmácia destinada a usuários infecto contaminados que o serviço clínico da assistência farmacêutica assume um caráter mais humanizado. Durante a abordagem sobre as condições psicológicas dos usuários, percebeu-se uma mudança na postura do farmacêutico, que demonstrou maior abertura, com uma expressão de satisfação com o serviço prestado por eles, quando questionado sobre as condições emocionais dos usuários da farmácia-universitária, o entrevistado relata:

Dá para perceber, porque, às vezes, é uma doença que impacta bastante na vida deles. Quando é início de tratamento, a maioria chega sim, entendeu?

[...] tem pacientes de muitos anos [...] de quase 30 anos de tratamento [...] Alguns ainda continuam com impacto [...] de aceitação" (FCD3).

a colega, ela tem doutorado nessa área de saúde mental, então ela foca muito nisso daí [...] ela vê também essa área da saúde mental [...]. A gente não tem como encaminhar, assim, às vezes ela faz carta de recomendação, mas não tem vaga específica [...] lá na equipe da DIP [ambulatório de Doenças Infecto Contagiosas], tem um psicólogo, né? Às vezes ela fala, ela procura" (FCD3).

Além das interações entre os multiprofissionais e os usuários no plano assistencial, o setor de engenharia clínica, da área administrativa, também participa ativamente de decisões que impactam a assistência e a segurança dos pacientes: "O processo é o seguinte: o colaborador abre o chamado, o técnico avalia, informa a gente, e decidimos se compensa consertar ou comprar outro equipamento" (CS3). Esse fluxo decisório técnico-administrativo demonstra a necessidade de coordenação multiprofissional em decisões que afetam o funcionamento hospitalar e a logística farmacêutica. A engenharia clínica opera com tempos de resposta definidos conforme a criticidade dos equipamentos: até duas horas para os não críticos e até 15 minutos para os críticos. Essa lógica operacional evidencia a aplicação prática de critérios de priorização e resposta adaptativa, características descritas por Stacey (1996), nos quais decisões são moduladas pela urgência e pelo impacto sobre o sistema como um todo.

Outro aspecto relevante identificado foi a comunicação mediada. Tanto o serviço de farmácia clínica quanto na dispensação, há necessidade de esclarecimentos sobre a prescrição médica, segundo o entrevistado, "Às vezes a gente não consegue falar direto com o médico, passa pela enfermagem. Vai ter uma falha de comunicação, mas muitas vezes a gente precisa garantir a segurança do paciente" (FD2). É preciso explorar todas as alternativas para esclarecer dúvidas e garantir a segurança do paciente, mesmo diante de falhas na comunicação e informações incompletas. Essa realidade reflete as limitações estruturais e de processos típicas de organizações hospitalares públicas brasileiras, como assinalado por Filgueiras (2017), e que podem comprometer a efetividade da gestão baseada em evidência.

As interações formais e informais também foram destacadas. Para operacionalizar as interações profissionais, mecanismos como reuniões, discussões de caso, contato telefônico, mensagens instantâneas e reuniões setoriais são adotados. Esses

instrumentos de comunicação, embora fundamentais, ainda enfrentam desafios relacionados à rotatividade de médicos residentes e à sobrecarga de trabalho, o que dificulta a continuidade dos fluxos informacionais e a padronização das evidências utilizadas.

As interações profissionais ocorrem predominantemente com os médicos residentes, responsáveis pelas prescrições atendidas pelos farmacêuticos. Dessa forma, o contato entre farmacêuticos e médicos integra a rotina de trabalho. Assim, quaisquer intervenções farmacêuticas ou esclarecimentos de dúvidas são direcionados a esses médicos. Nesses casos, o enfermeiro muitas vezes assume a função de mediador.

A seguir, a o quadro 21 apresenta exemplos das interações profissionais e multiprofissionais na farmácia hospitalar:

Quadro 21 - Finalidade das interações profissionais e multiprofissionais.

INTERAÇÃO	PARTICIPANTES ENVOLVIDOS	FINALIDADE	CITAÇÃO
Interação assistencial	Farmacêuticos, enfermagem, médicos	Verificar condutas medicamentosas	“A gente precisa garantir a segurança do paciente” (FD2)
Decisão colegiada	Farmacêuticos, lideranças	Decidir coletivamente fluxos e protocolos	“São decisões compartilhadas. Onde tem os colegiados” (CS2)
Aprendizado interpessoal	Farmacêuticos, enfermagem	Compartilhar conhecimentos técnicos	“Aprendi sobre diluição e estabilidade com a enfermagem” (FCD2)
Decisão técnico-administrativa	Farmácia, engenharia clínica	Avaliar viabilidade de consertos e compras	“Decidimos se compensa consertar ou comprar outro equipamento” (CS3)

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro evidencia a diversidade de interações institucionais que compõem a dinâmica decisória na farmácia hospitalar. As decisões não ocorrem de forma isolada, mas envolvem trocas entre diferentes profissionais, o que reforça a lógica colaborativa das organizações de saúde. A presença de decisões assistenciais, colegiadas e técnico-administrativas demonstra que o processo decisório se dá em múltiplas camadas, articulando aspectos clínicos, operacionais e estratégicos. Esse cenário corrobora a importância das interações interpessoais como fonte de apoio para decisões mais seguras e integradas.

O quadro 22, apresenta como as interações articulam-se à análise de evidência, delineando as práticas de atualização, validação e seleção das evidências para apoiar decisões técnicas e gerenciais na farmácia hospitalar.

Quadro 22 - Como e porquê das decisões baseadas em evidências via interações profissionais e multiprofissionais na farmácia hospitalar.

COMO OCORRE A INTERAÇÃO	PORQUÊ OCORRE A INTERAÇÃO
Decisão colegiada com lideranças, reuniões de comissão multiprofissional	Para assegurar legitimidade, respaldo institucional e evitar decisões isoladas em contextos complexos e de alta responsabilização assistencial
Contato direto ou intermediado via enfermagem, setor técnico, ou liderança	Dificuldades de acesso direto aos prescritores; limitações organizacionais; urgência clínica e necessidade de segurança imediata ao paciente
Discussões formais e informais (por telefone, reuniões, mensagens, WhatsApp)	Comunicação hospitalar fragmentada; sobrecarga de trabalho; rotatividade de médicos residentes; evitar falhas de informação
Aprendizado prático nas interações multiprofissionais (enfermagem, medicina, engenharia clínica)	Necessidade de articular conhecimento técnico formal com conhecimento tácito dos profissionais na linha de frente
Decisão conjunta sobre recursos e manutenção técnica (ex.: conserto de equipamentos)	Implicações diretas sobre segurança e continuidade da assistência; decisões técnico-administrativas afetam o abastecimento e a farmacovigilância
Reuniões setoriais e multiprofissionais para pactuar protocolos e novas rotinas	Atender políticas de humanização e participação colegiada (PNH, SUS); garantir adesão multiprofissional e integração intersetorial
Decisão emergencial assistencial em plantão (ex.: ajuste posológico imediato)	Contexto de urgência hospitalar; prevenir risco clínico ao paciente; resolver situações imprevisíveis em turnos de menor disponibilidade
Utilização de ferramentas informais para decisões rápidas (chamadas telefônicas, mensageria)	Limitações tecnológicas e burocráticas de sistemas hospitalares públicos; necessidade de resposta rápida diante da imprevisibilidade

Fonte: elaborado pela autora.

As análises das interações profissionais e multiprofissionais do quadro 22 refere-se aos contextos e às razões pelas quais essas práticas acontecem da forma que acontecem. As interações transversais observadas na farmácia hospitalar não apenas condicionam, mas provocam as decisões. A lógica decisória, nesse contexto, é tecida por conexões e negociações com diferentes setores, evidenciando um modelo organizacional em sistema e adaptativo.

A farmácia emerge como elo de articulação técnica e assistencial, posicionando-se como catalisadora de mudanças que emergem da base, e não apenas da alta gestão. A análise dessas interações mostra que, em sistemas adaptativos como o hospital, as decisões ganham sentido na medida em que se tornam viáveis em sistema, operando como pontes entre áreas, e não como atos isolados e, que para isso, seguem fases do processo decisório, como de análises das fontes de evidências.

4.4.2 Análise das fontes de evidências

Na farmácia hospitalar, as práticas de decisão revelaram um ambiente complexo em que interagem conhecimentos científicos, dados organizacionais, experiências práticas e pressões contextuais. Ou seja, os tomadores de decisão da farmácia hospitalar demonstraram recorrer a uma variedade de fontes de evidência.

Além disso, o uso de sistemas internos como o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e o Sistema de Informações Gerenciais de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP) da EBSERH expressa as bases de dados das evidências predominantemente utilizadas pelos gestores e demais profissionais envolvidos no processo decisório, as evidências organizacionais. Acerca das evidências organizacionais, a entrevistado fala: "Às vezes só precisa olhar os exames dos pacientes, essas coisas, mas tá tudo no AGHU" (FD1). Em outra fala, "Os indicadores a gente alimenta no AGHU. Os dados a gente preenche no formulário e depois passa para o AGHU (FD1).

Com relação ao VIGIHOSP, "todos os colaboradores usam o VIGIHOSP. A entrevistada relata que "[...] qualquer notificação. Seja de material, de medicamento, de desvio. Você coloca ali [...] algum problema do material. Que ele tá quebrado. Ou tá com algum problema [...]". "É com o VIGIHOSP que eu vou fazer a reclamação do material com o fornecedor. Porque eu tenho que ter a evidência para mostrar para o fornecedor que aquilo está com má qualidade" (CU1). No que diz respeito a dispensação de medicamentos, "[...] fica registrada no sistema, ou para o paciente ou para o setor" (FCD1). Tais práticas corroboram a noção de que a EBMgt se ancora na capacidade da organização em transformar informações em conhecimento aplicável (Choo, 2003; Straus *et al.*, 2009).

Avaliação da confiabilidade e atualização das fontes de evidência:

A avaliação da confiabilidade das evidências no contexto da farmácia hospitalar se manifesta por meio de combinações reconhecimento técnico-científico, familiaridade com a fonte e confiança organizacional. As decisões são orientadas tanto por evidências científicas validadas (como bases *Micromedex* e *UpToDate*), quanto por vínculos interpessoais e a credibilidade atribuída a colegas e sistemas internos. Esse padrão de uso e avaliação conecta-se ao que Mele, Compagni e Cavazza (2013) definem como arranjo relacional e normativo da governança baseada em evidências: para além do conteúdo técnico, importa o valor atribuído à fonte e à rede que a sustenta. A confiança, nesse caso, opera como mediadora da evidência, e não apenas como consequência dela.

A avaliação de confiabilidade também está relacionada a credibilidade e legitimidade da fonte de evidência. A seleção da evidência também é afetada pela confiança no emissor: “No caso aqui, se eu estou usando indicadores, é a fonte do indicador. Então, eu vou usar o nosso sistema. Ele é validado. Se ele é validado, então, esse dado não é frágil. Esse dado é um dado real (CS2)”. Por exemplo, “é os prontuários, que é a consulta médica. Então foi o médico que atendeu o paciente e colocou aqueles dados ali. Ou então os exames que estão registrados lá na AGHU. Foi feito ali no laboratório, pela equipe daqui. Então...” (FCD3).

Há credibilidade atribuída a fontes internacionais, legislações específicas e experiências de colegas: “Existem livros internacionais que são bem confiáveis. Tem uma credibilidade mundial” (FCD2). Na fala da chefia, “Não dá para você tomar decisões no escuro. Quanto maior o nível de informação, melhor. Informação de qualidade, fidedigna” (CS2). Essa confiança é determinante na etapa de julgamento da aplicabilidade e validade das informações, conforme apontado no modelo dos 6 A’s (Barends *et al.*, 2014) e na literatura sobre processos deliberativos baseados em evidência (Fishkin, 2002). Ainda assim, é necessária a análise humana, pois,

Às vezes é uma falha humana que gera um relatório com pouca confiabilidade. [...] um exemplo do AGHU: o médico faz uma consulta, ele precisa concluir essa consulta no sistema. Muitas vezes ele fez a consulta, porém ele não concluiu a consulta no sistema. Aí eu gero um relatório [...] pacientes atendidos. Vai me gerar lá 100 pacientes atendidos. Só que tem um tanto de pacientes que foram atendidos que não entraram ali porque o médico não concluiu a consulta no sistema (CD1).

Conforme relatado pelo profissional entrevistado, é nesse aspecto que a experiência se mostra fundamental para evitar distorções nos relatórios gerados pelo sistema de informações. Quanto as evidências científicas, como bases de dados reconhecidas internacionalmente (*Micromedex*, *UpToDate*), foram referenciadas como padrão ouro por diversos entrevistados:

No caso, quando a gente pensa nas tomadas de decisões técnicas, a nossa base que a gente usa são livros, considerado para a gente padrão ouro. Outros são os nossos sites de busca, que é o *Micromedex*, que é o *UpToDate*, que são bases de dados já validadas e reconhecidas como fontes de evidências confiáveis (CS2).

Quadro 23 - Avaliação da confiabilidade das fontes de evidência.

FONTE DE EVIDÊNCIA	AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE	JUSTIFICATIVA	PROFISSIONAL
<i>Micromedex</i> , <i>Update</i> , bulários	Reconhecimento técnico-científico internacional	Fontes internacionalmente validadas, fontes atualizadas, segurança na prescrição	FCD2, FCD4, FC1
Informações técnicas e organizacionais	Fidedignidade, rastreabilidade	Evitar ruído de informação e garantir legitimidade na decisão	CS2, CD
Relatórios internos, históricos e protocolos	Confiabilidade institucional	Evidências baseadas na experiência organizacional acumulada	FGM1, FD1, FC

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro 23 evidencia que a confiabilidade das evidências está fortemente associada ao reconhecimento organizacional e científico das fontes consultadas. Os profissionais priorizam bases validadas como *Micromedex* e *UpToDate*, valorizando critérios como atualização, fidedignidade e fundamentação bibliográfica. Essa busca por confiabilidade demonstra uma preocupação concreta com a legitimidade do conteúdo usado na decisão, reforçando o papel das evidências técnico-científicas na sustentação das práticas clínicas e na mitigação de riscos.

Complexidade decisória:

A complexidade decisória na farmácia hospitalar está relacionada à natureza da demanda, ao tempo disponível e à interdependência entre estruturas organizacionais. Situações que envolvem risco clínico, desabastecimento, inovação ou decisões táticas exigem articulação entre raciocínios distintos, combinando análise técnica com ação sob pressão. Essa dinâmica reforça o entendimento de Simon (1977) sobre decisões estruturadas e semiestruturadas, além disso, a análise indica que o processo decisório

não é puramente racional: as evidências são utilizadas dentro de uma racionalidade situada, que alterna entre análise deliberada (sistema 2) e ação intuitiva (sistema 1), como propõe Kahneman (2012).

Em emergências ou incerteza, a experiência substitui momentaneamente o uso formal de evidências, funcionando como uma heurística de ação válida e necessária, ao passo que também se alinha à lógica dos SACs (Stacey, 1996), nos quais a previsibilidade é limitada e as decisões emergem da interação entre múltiplos fatores e sujeitos. O processo decisório, nesses casos, demanda capacidade de adaptação e julgamento contextual, revelando como o uso de evidências é condicionado pelas circunstâncias e pela maturidade organizacional.

Quadro 24 - Complexidade decisória.

DEMANDA/PROBLEMA	FORMA DA DECISÃO	ELEMENTOS INFLUENCIADORES	PROFISSIONAL
Necessidade de resposta imediata x análise aprofundada	A decisão varia conforme o contexto	Nível de complexidade e urgência	CS2
Implantação de sistema no centro cirúrgico	Processo coletivo e prolongado	Planejamento, pactuação, análise	CU3
Falta de medicamento oncológico	Ação imediata com posterior adequação	Resposta emergencial e planejamento futuro	FGM1
Situações imprevisíveis	Ação imediata ou busca de evidência, conforme tempo disponível	Tempo, criticidade, segurança do paciente	FCD4

Fonte: elaborado pela autora.

As decisões na farmácia hospitalar se ajustam à complexidade das situações enfrentadas, combinando análises técnicas com respostas rápidas. O quadro 24 demonstra que o processo decisório não segue um modelo único, mas é influenciado pela urgência, impacto clínico e possibilidade de planejamento. A presença de decisões deliberativas em contextos estratégicos e de decisões intuitivas em cenários emergenciais reflete a lógica dos SACs (Stacey, 1996), nos quais a flexibilidade e a sensibilidade ao contexto orientam o uso das evidências. O quadro 25 apresenta a relação entre nível decisório e a heurística do sistema 1 e 2 na tomada de decisão e uso da evidência.

Quadro 25 - Relação entre nível decisório, heurística do sistema 1 e 2 na tomada de decisão com apoio do uso da evidência.

NÍVEL DECISÓRIO	SISTEMA PREDOMINANTE	USO DA EVIDÊNCIA	CONTEXTO	CITAÇÃO
Operacional	Intuitivo e direto (sistema 1)	Base em experiência, dados registrados no sistema, confiabilidade tácita	Substituição rápida por desabastecimento; triagem em situações emergenciais	FCD1, FD1, CU2
Tático	Combinado (intuição + análise racional)	Uso de indicadores, protocolos, e pactuação entre setores	Implantação de sistema de controle de estoque, revisão de fluxos logísticos	CU3, CS1, FGM1
Estratégico	Deliberativo (sistema 2)	Análise de dados amplos, evidências normativas e técnicas, documentos institucionais	Reestruturação de serviços, pactuação com fornecedores, auditorias internas	CD1, CS2, CD

Fonte: elaborado pela autora.

A análise do quadro 25 sugere a presença simultânea de estilos racionais e intuitivos dentro organização da farmácia hospitalar do HUCAM. A farmácia hospitalar opera como espaço de mediação entre múltiplos tempos, saberes e urgências, utilizando evidências conforme a possibilidade real de uso no momento decisório.

Fatores determinantes para a decisão:

O estilo decisório dos profissionais entrevistados é fortemente influenciado por fatores como experiência prévia, tipo de problema, pressão de tempo e estrutura de suporte disponível. Tais elementos modulam a escolha entre decisões intuitivas e deliberativas, conforme o modelo dual proposto por Kahneman (2012), em que o sistema 1 opera de forma rápida e automática, enquanto o sistema 2 exige reflexão e análise. A predominância de um ou outro estilo não está associada apenas à função ocupada, mas ao modo como cada sujeito interpreta a situação e utiliza os recursos e evidências disponíveis. Além disso, a percepção de urgência e a familiaridade com o contexto favorecem estilos mais diretos, enquanto decisões com maior impacto institucional tendem a ser mais participativas e fundamentadas. Isso demonstra a importância do alinhamento entre capacidade decisória, acesso à evidência e objetivos de governança institucional.

Por exemplo, observou-se de forma recorrente que os fatores determinantes para a tomada de decisão estão condicionados à natureza da demanda e do tempo de resposta disponível:

depende da demanda. Tem demanda que a gente vai sentar, vai analisar e vai avaliar um processo [grifo nosso]. Por exemplo, implantação de um sistema de controle de estoque no centro cirúrgico. A gente formou um grupo de trabalho, demoramos alguns meses para se chegar no processo” (CU3).

aqui [a decisão] precisa ser rápida e direta. Rápida no gatilho como diz o outro. Senão a onda leva [grifo nosso]. É porque aqui a demanda nossa é muito grande, eu falo muito isso com a Cintia. É produção, aí eu fico listando as coisas e eu vou ticando, quando fico com muita coisa sem ticar eu começo a ficar agoniado. Eu sei que aqui os problemas aparecem entendeu? Aí que eu falo que temos que trabalhar da forma mais planejada possível, porque aqui os problemas já são muitos. Os problemas aparecem entendeu? Não tem jeito. Então se eu não tenho as coisas o máximo possível organizada e planejada e preparado né, aí juntou uma coisa com a outra, no final virou uma loucura entendeu, uma doideira (CS1).

O nível de complexidade e **a minha própria experiência, né? Pra aquilo ali. Porque quando é algo que eu já tenho uma expertise maior, então isso facilita na tomada de decisão** [grifo nosso], na agilidade dessa questão. Agora, **se é algo que eu, de repente, preciso pesquisar, entender melhor**, conversar com mais pessoas pra poder entender e tudo mais, ou ouvir outras opiniões, **isso acaba demorando mais, né?** [grifo nosso] pra tomada de decisão (CD1).

Nos relatos descritos as análises envolveram a natureza da demanda e a agilidade na resposta, expressando a característica emergencial hospitalar. No contexto de uma demanda mais urgente há uma fala marcante, “Ah, eu tenho que decidir [...], mas a pessoa está em uma situação emergencial, eu não tenho o que pensar. Ah, você tem que resolver o problema. [...] A gente está aqui por eles. Então, para mim, é a prioridade (FCD1). Segundo a entrevistada, a experiência também contribuiu de maneira significativa, “Hoje em dia, muito mais rápido. É muito tempo fazendo a mesma coisa. Então você viu, a experiência” (FCD2). A profissional recorre à intuição fundamentada na experiência, articulando saberes tácitos para sustentar a tomada de decisão. Essa prática evidencia um movimento típico de contextos de incerteza, nos quais o conhecimento prático adquirido no cotidiano substitui momentaneamente as diretrizes formais ou protocolos normativos. O Quadro 26 apresenta com maiores detalhes os fatores determinantes que influenciam as decisões, bem como os tipos de decisão que costumam ser adotados.

Quadro 26 - Fatores determinantes da natureza decisória.

FATORES DETERMINANTES	INFLUÊNCIAS NO ESTILO DECISÓRIO	DECISÃO	PROFISSIONAIS
Urgência, experiência e autonomia	Respostas diretas e orientadas à resolução	Operacional e emergencial	CD1, FGM1, FD1
Tempo disponível e tipo de problema	Alternância entre análise e ação	Técnica e logística	CU2, CU3
Conhecimento técnico e relação com a equipe	Decisões baseadas em protocolo e escuta ativa	Assistencial e multiprofissional	FC1, CS2

Fonte: elaborado pela autora.

Os estilos decisórios variam de acordo com fatores como experiência, criticidade da situação, tipo de demanda e tempo disponível. O quadro mostra que, em contextos operacionais ou emergenciais, a tomada de decisão tende a ser direta e baseada em experiência acumulada. Já em situações de menor urgência, há espaço para consultas mais aprofundadas e uso de protocolos. Esses elementos apontam para um modelo decisório dinâmico, onde o estilo é moldado por fatores contextuais e subjetivos, reforçando a importância da capacidade adaptativa dos gestores no uso das evidências.

Instrumentos de organização e interpretação das fontes de evidência:

Diversos entrevistados mencionaram instrumentos como planilhas internas, painéis de indicadores e sistemas automatizados, o que evidencia a existência de um modelo de gestão da informação local. Tais instrumentos são essenciais para a organização e interpretação das evidências, como discutido por Mintzberg (1976) no modelo processual da decisão. Como afirmam os entrevistados, “A gente registra tudo que faz. É uma planilha bem completa, tudo é documentado, porque precisamos disso para gerar indicadores” (FC1) e, “A gente tem painel de gestão à vista” (CS1).

As práticas de gestão com base em evidência também ocorrem de maneira deliberada, “Ela tem umas metodologias. Não acontecem todas com muita frequência. Mas são situações que a gente tem que ter como plano B para resolver determinado tipo de situações que podem acontecer” (FGM1). Percebe-se que existe algum nível de preparação prévia, o que pode permitir decisões rápidas mesmo em contextos complexos, ou seja, rapidez com base em conhecimento acumulado ou protocolos informais. Por exemplo, na gestão dos gases medicinais, atua-se com insumos essenciais e emergenciais, onde a falha pode afetar diretamente a assistência à vida.

Ressalta-se, ainda que haja estrutura, alguns processos dependem fortemente da experiência tácita dos profissionais, revelando o papel das evidências dos praticantes, como reforça um entrevistado: “É no dia a dia. Normalmente não fica acessando, não. Já está na prática” (FCD3). Sobre o desabastecimento que é um dos fatores críticos do serviço da assistência farmacêutica, o profissional precisar de experiência para ter uma resolutividade do problema, “se é substituível, se, não é? Então, qual é o risco de o paciente ficar sem, ou vai ter outra alternativa, [...] às vezes não tem alternativa. Então, o paciente vai ficar sem, ou a gente tem que ir buscando outras alternativas” (CU2). Esse cenário exemplifica os SACs (Stacey, 1996), onde decisões emergem da interação entre conhecimento formal e saber prático.

Para alguns, o planejamento de organização das evidências ainda é uma dificuldade para que elas estejam disponíveis para qualificar a tomada de decisão.

Porque como é uma situação que pode se mudar a qualquer momento, a gente tem uma margem média de consumo. Mas pode acontecer, por exemplo, como já aconteceu, e não avisar para o setor. Essa questão de você ter mudanças é interessante que se tenha planejamentos, principalmente dos setores envolvidos. Nós somos só distribuidores. Mas a gente não é a linha de frente do processo. Ou seja, se vai aumentar a demanda, não é eu que vou descobrir, a não ser quando se troca muito cilindro. Mas os setores em si, o que acontece? Às vezes há uma campanha de cirurgias, não avisa a nós para a gente talvez pensar em alguma maneira de se estocar mais. Até porque é difícil você pensar nisso, porque a gente tem uma quantidade de cilindros, então a [empresa] [...] tem que ceder mais cilindros. Então não é tão rápido fazer esse tipo de trabalho (FGM1).

No caso relatado houve uma urgência e a necessidade de agir sem todas as evidências organizacionais previstas ou consolidadas, então foi uma tomada de decisão diante de uma demanda imprevisível por quem fornece os gases medicinais. Após a descrição dos aspectos relacionados a análise das evidências, o quadro 27 apresenta as categorias relacionadas ao uso de evidência e o porquê elas ocorrem.

Quadro 27 - Como e porquê do uso de determinada evidência na farmácia.

CATEGORIA	COMO SE MANIFESTA NA PRÁTICA	POR QUE OCORRE
Organização e interpretação	Planilhas, consulta a bases de dados (AGHU, VIGIHOSP), consulta a legislações, apoio técnico, indicadores, painéis visuais	Necessidade de leitura sistematizada e confiável para orientar decisões com impacto assistencial
Instrumentos de acesso às fontes de evidência	Bases científicas, sistemas (AGHU, VIGIHOSP), planilhas, experiência	Reduzir incertezas em contextos complexos e dinâmicos
Avaliação da confiabilidade	Fontes reconhecidas, vínculos de confiança	Garantir legitimidade e segurança das decisões
Atualização das evidências	Revisão anual/bianual de POPs e manuais; às vezes desatualizados	Exigência institucional, mas limitada por cultura e tempo
Determinantes do estilo decisório. Ex.: uso da experiência	Conhecimento tácito e decisões práticas sem consulta a fontes	Agilidade, rotinas já consolidadas, falta de tempo ou ausência de protocolo específico

Fonte: elaborado pela autora.

A análises apresentadas nos quadros 26 e 27 demonstraram que o processo decisório na farmácia hospitalar é significativamente orientado por evidências múltiplas, sendo possível perceber uma gestão híbrida, entre decisões técnico-operacionais e gerenciais, que se sustenta tanto na estrutura formal quanto em saberes tácitos. O uso de fontes variadas, a valorização de sistemas internos, a importância da atualização documental e a credibilidade das informações se revelam elementos estruturantes da EBMgt local.

Conforme Rousseau e Gunia (2016), a competência para o uso das melhores evidências disponíveis é essencial para o aprimoramento da prática de gestão em saúde. Na farmácia hospitalar, essa competência é tensionada por desafios típicos de organizações complexas, mas se expressa em práticas concretas que buscam garantir decisões mais seguras, informadas e ajustadas à realidade hospitalar. Os dados aqui analisados sinalizam que, embora ainda haja espaço para aprimoramentos, há avanços concretos na incorporação de práticas baseadas em evidências no cotidiano da farmácia hospitalar para a tomada de decisão segura.

Outro aspecto importante quanto a análise das evidências diz respeito à frequência de atualização dos documentos institucionais utilizados nos processos de trabalho e que direcionam as decisões. Entrevistados destacam práticas de revisão periódica de

POPs e manuais, reconhecendo que desatualizações impactam negativamente a qualidade das decisões: “Eles são atualizados de dois em dois anos. A gente precisa passar por um processo de revisão” (CU3). De maneira pontual, o entrevistado CD1 discorre que “Às vezes você pega um documento feito lá atrás, foi aprovado, passou por todas as instâncias, mas hoje está completamente desatualizado” (CD1). Conforme argumentam Rousseau, Manning e Denyer (2008), o uso de evidências deve ser sistemático para reduzir ambiguidade decisória. Quando isso não ocorre, há risco de decisões equivocadas, como também reconhece a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (OPAS, 2015), ao defender o uso racional e atualizado de evidências para garantir intervenções custo-efetivas.

A análise das evidências demonstra que os gestores não apenas acessam fontes diversas, mas também avaliam sua confiabilidade, atualidade e aplicabilidade. Isso confirma a adoção consciente e criteriosa de evidências no processo decisório.

4.4.3 Tomada de decisão final

A tomada de decisão final e sua consequente implementação representam os momentos culminantes e mais críticos do processo decisório na gestão da farmácia hospitalar. É nesse ponto que o raciocínio técnico, o julgamento clínico, os dados organizacionais e os condicionantes contextuais se convertem em ação. Na perspectiva da EBMgt, segundo Barends, Rousseau e Briner (2014), uma decisão sólida exige mais do que evidências confiáveis: requer a capacidade de contextualizar, avaliar riscos e garantir a execução estratégica da escolha tomada.

A decisão final não é apenas um fechamento técnico, mas uma ação estratégica em que há necessidade constante de equilíbrio entre múltiplos fatores institucionais e assistenciais. Um dos padrões encontrados diz respeito à tentativa contínua dos gestores em equilibrar exigências técnicas com as necessidades dos colaboradores: “A gente consegue conciliar essas coisas. [...] Às vezes não vai ser o que eu queria, não vai ser o que você queria, mas vai ser uma terceira alternativa ali, que vai conseguir contemplar”. Como evidenciam as falas dos entrevistados, essa decisão é produto de avaliações que envolvem tanto a segurança do paciente quanto a proteção da organização diante de riscos legais, financeiros e operacionais.

Segundo o entrevistado CS1: “O que eu mais peso sempre é tentar conciliar o menor risco assistencial com o menor risco administrativo [...], que ação a gente vai tomar que minimize o desabastecimento e também me traga o mínimo de risco administrativo.” Essa lógica deliberativa corresponde ao que Mintzberg (1976) descreve como abordagem adaptativa-incremental, baseada em ciclos de avaliação e ajustes, e está alinhada à noção de sistemas complexos não-lineares (Stacey, 1996), nos quais as decisões se estruturam a partir de múltiplas pressões concorrentes. A complexidade também emerge da tentativa de conciliar o racional técnico com a realidade humana, como aponta o entrevistado CD1: “Eu tento, dentro do máximo possível, convergir a necessidade do trabalho com a necessidade da pessoa”.

Tal conciliação evidencia uma racionalidade prática, que incorpora dimensões técnicas e sensíveis, tal como defendido por Schön (1983) em seu conceito de profissional reflexivo e Kahneman e Frederick (2002) representando o sistema 2, reflexivo, controlado, deliberado e mais lento. Esse equilíbrio entre técnica e humanização exige decisões adaptativas.

Outro eixo relevante identificado nas entrevistas foi o uso da experiência como critério secundário para resolver situações de incerteza, especialmente em contextos emergenciais ou lacunas de evidências técnicas, o julgamento clínico assume papel central: A farmacêutica exemplifica: “a gente ter uma marca farmacêutica e que não traz descrito o uso intratecal [...] Só que aí a gente vai olhar e ver qual é a constituição química [...] é igual a outra (FCD2)”. Então nesses casos, a experiência serviu como fator determinante, para que a farmacêutica pudesse ser utilizada. Essa decisão ilustra o uso do conhecimento tácito e da analogia com experiências passadas, prática comum em contextos de incerteza. Em vez de ignorar a ausência de bula, os profissionais acionam o raciocínio clínico baseado em repertórios prévios, conduta coerente com o modelo da gestão baseada em evidências, que reconhece a experiência como uma das fontes válidas de evidência. Essa forma de decisão é reconhecida por Rousseau e Gunia (2016) como inevitável em contextos de urgência, nos quais o tempo de resposta exige confiança no saber tácito.

Importante ressaltar que, mesmo nesses casos, os profissionais não abandonam a racionalidade: a experiência é mobilizada como apoio ao raciocínio, e não como justificativa instintiva ou isolada, como adverte a entrevistada CS2: “A experiência só

vale quando você já vivenciou uma situação parecida”. Essa fala reforça o modelo de decisão baseado em evidências múltiplas, onde a experiência é uma das fontes, mas não substitui a análise crítica dos dados.

Quadro 28 - Fatores prioritários na tomada de decisão final.

FATORES PRIORITÁRIOS NA DECISÃO	CITAÇÕES	PARA QUEM SE DECIDE
Risco assistencial vs. risco administrativo	“Tento conciliar os dois riscos” (CS1)	Paciente e gestão hospitalar
Conciliação técnica x necessidades humanas	“Achar um meio termo entre necessidade do serviço e das pessoas” (CD1)	Equipe e usuários
Experiência como apoio à análise racional	“A experiência não deve ser instinto” (CS2)	Profissionais e segurança institucional
Ações sob incerteza com base em julgamento clínico	“É igual a outra, então usa” (FCD2)	Paciente (atenção imediata à demanda)
Teoria vs. prática institucionalizada	“Não vou seguir o que seria só uma referência técnica” (CD1)	Paciente e coerência do processo

Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 28 apresenta os principais fatores considerados na decisão final, evidenciando como os profissionais equilibram riscos, demandas humanas, experiências e contextos institucionais. As decisões articulam técnica e prática, refletindo julgamentos situados voltados à segurança do paciente, à coerência dos processos e às necessidades da equipe.

A análise também revelou uma diversidade de estilos decisórios (Quadro 29) presentes nos diferentes níveis da farmácia hospitalar. Como propõe Mintzberg (1973), as decisões gerenciais podem adotar estilos variados, o conceitual, administrativo, interpessoal e fazedor, dependendo das demandas, do contexto e do comportamento do decisor. A fala do entrevistado CU3 retrata esse ambiente diverso de estilos decisórios ao responder sobre sua abordagem de trabalho:

Acho que tem tudo isso, **só que assim, eu não sou um super-homem que eu faço isso tudo sozinho não, entendeu?** [grifo nosso] é equipe como um todo. [...], a gente não tem jeito, a gente precisa criar solução, a gente precisa resolver conflitos, e lidar com o conflito a gente lida diariamente, aqui todo dia a gente vai ter conflito para lidar. Distribuir recursos, materiais, equipe, foi o que eu te falei, o gerenciamento de equipe, que às vezes a gente precisa fazer, e negociar com as outras áreas, a gente tem que fazer para organização de processos, esse também é rotineiro.

Quadro 29 - Estilos decisórios identificados na farmácia hospitalar e suas implicações.

ESTILO DECISÓRIO	CARACTERÍSTICAS	CONTEXTOS	CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES	CITAÇÕES
Conceitual	Foco em planejamento estratégico, estruturação de mudanças e visão sistêmica.	Situações que envolvem expansão de serviços, planejamento setorial ou reestruturação organizacional.	Contribui com inovação e sustentabilidade; pode ter baixa aderência ao ritmo operacional cotidiano.	“Estou trabalhando para que sejam mais estruturais. [...] Implementar uma mudança de cultura” (CD1)
Administrativo	Organização de processos, gestão de recursos, controle e normatização.	Gestão de estoque, compras, planejamento orçamentário, controle de indicadores.	Garante estabilidade e padronização; pode engessar ações em situações excepcionais.	“Organizar os processos para evitar decisões rápidas. [...] Foco é estruturar os fluxos” (CU3)
Interpessoal	Mediação de conflitos, apoio à equipe, escuta ativa e articulação entre setores.	Relações interprofissionais, gestão de equipe, coordenação de fluxos entre farmácia, enfermagem e corpo clínico.	Favorece o clima organizacional e a integração; pode ser sobrecarregado em contextos de crise ou carência de pessoal.	“A gente depende de todos e eles também dependem da gente” (FCD1)
Fazedor (operacional)	Decisões rápidas, foco na ação imediata, resolução de problemas urgentes.	Situações emergenciais, plantões, unidades críticas (ex.: pronto-socorro).	Garante continuidade assistencial; tende a improvisar e pode negligenciar a análise sistemática.	“Na minha função atual, eu tô de fazedor. [...] Resolver rapidamente os problemas” (FD1)

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro 29, demonstrou como os estilos decisórios se aplicam, o que contribui e os limites associados. A coexistência dos estilos no ambiente da farmácia hospitalar sugere uma lógica híbrida de gestão, em que diferentes formas de raciocínio coexistem e se complementam, permitindo decisões mais adaptadas à complexidade do ambiente hospitalar.

No que refere-se a estrutura organizacional facilitar ou não o uso de evidências, apesar das formais individuais eficazes, os profissionais apontam fragilidades estruturais da organização que comprometem a efetividade do uso da evidência que qualifica as

decisões. Entre elas, destaca-se a ausência de um sistema robusto de formalização de processos e da produção técnico-científica interna:

eu **sinto muita falta da gente conseguir talvez ter essa coisa mais da evidência no dia a dia de trabalho** [grifo nosso], ter manuais ou uma postura mais com relação a essas, todo arcabouço científico, no sentido de que a gente está no hospital universitário. **Considerando que a gente está no hospital universitário, e como hospital universitário isso devia ter um DNA** [grifo nosso], uma coisa assim, sabe, **não apenas no residente, no interno, no professor que está aqui, no preceptor que está ali** [grifo nosso], mas isso devia ser uma coisa, assim, que todo mundo tivesse uma mentalidade mais voltada para trabalhar essas questões lá (CD1).

O Quadro 30 apresenta exemplos das barreiras no uso de evidências como apoio à decisão, atribuídas às dificuldades das estruturas organizacionais.

Quadro 30 – Impacto das barreiras estruturais na decisão baseada em evidências.

BARREIRA	DESCRIÇÃO	IMPACTO	CITAÇÃO
Falta de sistema oficial de comunicação	Comunicação informal baseada em WhatsApp e telefone pessoal, sem canais institucionais.	Riscos de ruído, ausência de registro e insegurança na comunicação clínica e administrativa.	“A gente deveria ter um modo de comunicação no hospital. Que não fosse por WhatsApp. [...] Isso não é oficial” (FC1)
Deficiências tecnológicas	Sistemas não integrados ou pouco responsivos às necessidades da farmácia hospitalar.	Dificuldade de acessar e extrair dados que possam sustentar decisões.	“O AGHU ainda não suporta muitos processos que a gente precisa colocar nele” (FCD1)
Carência de produção técnico-científica institucional	Ausência de incentivo e rotina para sistematizar, divulgar ou institucionalizar práticas bem-sucedidas.	Perda de experiências acumuladas, falta de memória organizacional e invisibilidade de boas práticas.	“A intenção é pegar [...] o que a gente estava fazendo de legal e mandar para congresso. Mas é muito isolado” (CD1)
Falta de planejamento estruturado	Reformas, ampliações e mudanças operacionais são feitas sem dados prévios ou análise de impacto.	Aumento do risco assistencial e sobrecarga logística por ausência de previsão e preparo.	“A demanda de cilindros já é de rotina, e mesmo assim aumentam leitos sem planejar com antecedência” (FGM1)

Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 30 evidencia barreiras estruturais organizacionais que comprometem a eficácia da tomada de decisão. A ausência de comunicação organizacional, aliada à precariedade tecnológica, à desvalorização do conhecimento produzido internamente e à falta de planejamento, resulta em riscos assistenciais e administrativos, além de perdas de conhecimento e sobrecarga para as equipes.

As entrevistas indicam que a decisão na farmácia hospitalar articula critérios técnicos, administrativos, assistenciais e humanos. Apesar da valorização do uso de evidência, persistem dificuldades organizacionais como ausência de padronização, sistemas de apoio e canais formais de comunicação. Em contrapartida, destaca-se a postura adaptativa dos tomadores de decisão. A experiência emerge como heurística útil em contextos de incerteza, desde que integrada ao raciocínio técnico e às diretrizes institucionais (March, 1994; Weick, 1995). Com a decisão tomada, partisse para como essas decisões são implementadas na prática, considerando seus instrumentos e limitações.

4.4.4 Implementação da decisão

Uma decisão apenas se realiza plenamente quando é implementada de forma eficaz. A etapa de execução da decisão é onde o conteúdo decisório se converte em rotinas operacionais. A implementação das decisões na farmácia hospitalar configura um processo multifacetado, que articula planejamento, ação direta, negociação transversal e adaptação às condições organizacionais e operacionais.

A tomada de decisão ganha seu sentido completo no momento da implementação, porque o que os profissionais relatam não é simplesmente uma dificuldade de decidir, mas sim o fato de que mesmo quando a decisão já foi tomada ou está em vias de ser tomada, sua implementação pode ter dificuldades para prosseguir os trâmites baseados em evidência, por falta de tempo, estrutura, previsibilidade, insumos etc., ou seja, a evidência está disponível, mas não é possível operacionalizá-la da forma idealizada. Isso é um problema de implementação, não apenas de decisão.

As situações de urgência, a complexidade intersetorial e o impacto imediato das decisões sobre o cuidado ao paciente exigem ações rápidas, frequentemente baseadas em julgamento clínico, articulação entre profissionais e conhecimento experiencial. A fala do gestor é particularmente reveladora nesse sentido: “Na pandemia, foi criado um comitê de crise pra fazer as avaliações das tomadas de decisão, porque era algo que impactaria todo mundo. Ninguém sabia o que fazer e era uma tentativa” (CU3).

A ideia de que “ninguém sabia o que fazer” (CS1) não aponta ignorância técnica, mas sim o reconhecimento de que as evidências disponíveis não davam conta da urgência e da incerteza do contexto. Trata-se de uma condição que Weick (1979) descreve como ambiguidade informacional em ambientes de alta complexidade, em que a ação precede muitas vezes a sistematização do conhecimento.

Esse cenário evidencia o que Simon (1955) chamou de racionalidade limitada: os profissionais tomam decisões com base nas informações disponíveis no momento, mas dentro de condições imperfeitas de tempo, recurso e estrutura.

Em outras palavras, a evidência existe, mas não pode ser sempre aplicada como prescrevem os manuais. Isso não representa falha, mas sim a expressão de uma racionalidade que é adaptativa, coletiva e situada, e que deve ser reconhecida como legítima e necessária. Essa observação é metodologicamente relevante por demonstrar que, na farmácia hospitalar, mesmo em setores com alto grau de qualificação técnica, a tomada de decisão é forçada a renunciar à aplicabilidade pura das evidências em prol da viabilidade prática da ação.

Esta observação reforça que a implementação de decisões não é apenas uma etapa técnica de execução, mas um espaço de disputa entre o que é prescrito e o que é possível. Reconhecer isso é essencial para compreender os limites da gestão baseada em evidências quando aplicada em organizações públicas com prestação de serviços sob pressão. Por exemplo, nem sempre há tempo ou recursos para ações coletivas. Em muitos casos, a implementação exige improviso e soluções criativas, como apontado: “Vamos fazer uma compra emergencial [...] ou ver na rede EBSEPH se outro hospital tem esse medicamento para emprestar” (CD1).

O Quadro 31 apresenta exemplos de como a decisão é colocada em prática em contextos sob pressão.

Quadro 31 – Práticas da tomada de decisão em contextos sob pressão.

CONTEXTO DIFICULDADE IMPLEMENTAÇÃO	LIMITES DE USO DA EVIDÊNCIA	PRÁTICA OPERACIONAL	CITAÇÃO
Gestão de crise	Incerteza generalizada	Criação de comitê e decisões por tentativa	“Na pandemia, foi criado um comitê de crise pra fazer as avaliações das tomadas de decisão, porque era algo que impactaria todo mundo. Ninguém sabia o que fazer e era uma tentativa” (CU3)
Urgência assistencial: decisões clínicas sob pressão	Tempo reduzido	Ação imediata, sem tempo para consulta técnica	“Se chegar um residente que eu preciso de um antibiótico e o paciente chegou aqui, eu preciso fazer. Eu não tenho que pensar. Eu tenho que ir lá e resolver essa demanda.” (FCD1) / “Decisão de plantão é assim, não tem muito o que conversar. A gente precisa resolver com o que tem” (CU1)
Adaptação técnica imediata com base na experiência	Produto adquirido não era compatível com a prescrição	Substituição com base no conhecimento e no que está disponível	“Nós duas, automaticamente, trocamos pelo soro glicosado.” (FCD2) / “Eu vejo o que tem aqui, penso no que dá pra substituir e faço o que for possível” (FGM1)
Gestão emergencial de insumos	Tempo insuficiente para consultar fontes formais	Padronização rápida sem mediação formal	“A gente padronizou, tipo, rapidamente, um outro tipo de insulina.” (CU2) / “Não dá tempo de você sentar, pegar a RDC, conversar com a ANVISA” (FC1)

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro 31 contém situações recorrentes nas quais a aplicação da evidência formal é inviável não por desconhecimento, mas por limites operacionais, pressões temporais ou contextos emergenciais. A resposta dos profissionais indica que a experiência clínica, o julgamento técnico e a ação coletiva operam como heurísticas legítimas, adaptando a evidência formal em nome da assistência segura e contínua.

No contexto da farmácia hospitalar, os dados da pesquisa revelam que, apesar dos limites impostos por estruturas organizacionais fragilizadas e pela informalidade de processos, como os descritos na seção de tomada de decisão, há um esforço contínuo para garantir que as decisões se traduzam em práticas concretas, por meio de instrumentos como planos de ação, comunicação direta, delegação de tarefas.

Uma das constatações centrais da pesquisa é a variedade de formatos de implementação, que vão desde a execução direta pelo próprio tomador da decisão, até planos de ação distribuídos entre equipes e grupos de trabalho.

Em muitos casos, decisões técnicas são imediatamente operacionalizadas pelo profissional, especialmente nos plantões e nas farmácias-satélites, evidenciando um modelo descentralizado e ágil, porém altamente dependente do conhecimento tácito individual. Uma das entrevistadas, descreve um modelo colegiado de governança: “Temos um colegiado gestor [...] ali são colocadas as situações e as decisões são tomadas juntos. A partir dali, define-se como será implementada a ação” (CS2). Essa estrutura se aproxima do modelo deliberativo proposto por Fishkin (2002), em que a participação plural fortalece a legitimidade da ação institucional.

De outras formas, o entrevistado CU3 descreve que,

Muitas [decisões] a gente coloca em ação, [...] até com a sobrecarga da equipe, mas muitos também a gente faz a distribuição, destina para a pessoa que vai fazer aquela ação. Só para tentar exemplificar aqui na farmácia, a gente dividiu a dispensação em quatro grupos de trabalho. A gente tem um grupo que vai avaliar os processos de análise farmacêutico, a gente tem um grupo que vai avaliar os processos da separação e distribuição, a gente tem um grupo que vai avaliar os processos do fracionamento e a gente tem um grupo que vai avaliar os processos de controle de estoque. **Aí esse grupo tem representantes de cada plantão e eles são os responsáveis por verificar e ter um olhar mais próximo daquilo no dia a dia** [grifo nosso]. Tendo uma necessidade de alteração, a gente entra, [...] para poder avaliar aquele processo e ver o que pode ser feito para modificar e melhorar. Então assim, a gente destina, a gente dá a demanda para que os colaboradores façam.

Quadro 32 - Responsabilidade da implementação das decisões.

FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLO	CITAÇÃO
Execução direta da decisão	O próprio profissional decide e executa, especialmente em plantões e contextos críticos	Ação tomada no momento da necessidade	“Sou eu mesmo.” (FD1)
Comunicação verbal imediata	Transmissão da decisão ocorre oralmente, entre pares, sem registros formais	Encaminhamento célere baseado em alinhamento prévio	“É de maneira verbal [...] a gente dá um encaminhamento já direto de uma forma já célere.” (CS1)
Comunicação informal no cotidiano	Contato direto, proximidade entre profissionais permite decisões rápidas	Confiança e agilidade superam a formalização	“A gente trabalha muito na pessoa mesmo.” (FCD1)

Fonte: elaborado pela autora.

Essa forma de implementação revela um padrão de ambientes de alta rotatividade e pressão assistencial. Embora favoreça agilidade, apresenta riscos quanto à

rastreabilidade e à uniformidade dos processos, evidenciando a fragilidade de protocolos formalizados na rotina.

Acerca dos instrumentos de apoio à implementação das decisões tomadas, embora as decisões muitas vezes dependam de ações rápidas e informais, os profissionais também relatam o uso de instrumentos organizacionais formais (Quadro 33), como planos de ação, POPs, registros via e-mail e ciência formal por assinatura. Tais instrumentos são acionados conforme a complexidade e o impacto da decisão, sinalizando um uso seletivo da formalização.

Quadro 33 - Instrumentos de formalização utilizados na implementação da decisão.

INSTRUMENTO DE FORMALIZAÇÃO	FINALIDADE	UTILIZAÇÃO
Plano de ação	Distribuição de tarefas e responsabilidades	Implantação de mudanças estruturadas ou transversais
POPs	Padronização de rotinas e garantia de conformidade	Atividades recorrentes e de manutenção
Termo de ciência com assinatura	Garantir que o colaborador foi informado da decisão	Mudanças que afetam fluxos operacionais
E-mail e planilhas	Registro e disseminação de decisões e alertas	Troca de marca, itens zerados, alertas de estoque

Fonte: elaborado pela autora.

As formas de execução são diversas, desde a delegação de tarefas por meio de planos de ação até a execução direta por farmacêuticos ou comunicação via WhatsApp (não institucionalizado). Apesar da informalidade, tais canais se tornam instrumentos de agilidade, embora careçam de padronização e registro, como alertado: “Todo mundo trabalha com WhatsApp. Mas não é oficial” (FC1). Esses mecanismos refletem a tentativa de reduzir a assimetria de informação e o risco de falhas na execução, uma vez que a efetividade da implementação depende não apenas da decisão tomada, mas da sua tradução comunicacional.

Quando há falta de estrutura, práticas como a comunicação informal e a execução direta de tarefas revelam uma capacidade organizacional adaptativa, em que os profissionais mobilizam soluções práticas para garantir a continuidade do trabalho. Essas estratégias refletem formas de governança adaptativa, que emergem para suprir lacunas institucionais por meio de coordenação flexível e responsiva.

A pesquisa evidencia que a comunicação entre setores é peça-chave para a implementação bem-sucedida da decisão. Em um hospital com setores e processos de trabalho interdependentes, decisões isoladas tendem a gerar descompassos. Os gestores relatam o uso combinado de reuniões presenciais, aplicativos como WhatsApp, Teams e registros eletrônicos, mesmo quando não formalizados institucionalmente: “Todo mundo trabalha com WhatsApp. Até os médicos” (FC1).

Essa constatação reforça a necessidade de desenvolver canais oficiais, interoperáveis e rastreáveis, como preconizado por diretrizes da OMS (WHO, 2018, para assegurar que decisões críticas possam ser executadas com segurança e continuidade.

Com relação a abrangência e temporalidade das decisões tomadas na farmácia hospitalar, a variação desses aspectos demonstra a necessidade de compreender a implementação da decisão não apenas como um ato único, mas como um processo que afeta múltiplos níveis do sistema hospitalar. Conforme os dados analisados, o alcance das decisões pode ser classificado em três dimensões principais:

Curto prazo: voltadas ao atendimento direto ao paciente, com impacto assistencial imediato; **Médio prazo:** associadas à continuidade e eficiência dos serviços, envolvendo fluxos e rotinas que sustentam a assistência; **Longo prazo:** relacionadas a mudanças estruturais e institucionais, com efeito sobre a sustentabilidade da organização. Essa categorização permite relacionar a natureza das decisões ao seu tempo de maturação e à abrangência dos seus resultados, conforme proposto por autores como Mintzberg (1976) e Stacey (1996), que destacam a importância de alinhar prazos de decisão com a complexidade do sistema. O quadro 34, apresenta exemplos relatados pelos entrevistados.

Quadro 34 - Prazo e abrangência das decisões implementadas na farmácia.

PRAZO	ABRANGÊNCIA	DECISÃO	CITAÇÃO
Curto prazo	Assistencial direto ao paciente	Substituição de medicamento, ajuste de dose ou forma farmacêutica diante de indisponibilidade imediata	“É de imediato” (FD1)
		Manutenção emergencial de equipamentos essenciais à terapia	“Alguns equipamentos precisam de manutenção periódica” (CS3)
Médio prazo	Continuidade e eficiência da assistência	Planejamento do abastecimento com base em consumo médio, pactuações intersetoriais	“As decisões são mais técnicas e envolvem continuidade do serviço” (CS3)

		Implementação de fluxos que garantem acesso a medicamentos e adesão ao tratamento	“Estamos juntos com o paciente nessa missão” (FCD3)
Longo prazo	Estrutura organizacional e impacto institucional amplo	Redimensionamento de serviços, revisão de cultura organizacional, decisões com efeito sobre todo o hospital	“Todas as decisões da farmácia impactam o hospital como um todo” (CS2)
		Integração do setor em esforços cirúrgicos ampliados, suporte estrutural à assistência hospitalar	“É sempre importante que a gente esteja envolvido. Por ser um serviço transversal” (CS2)

Fonte: elaborado pela autora.

Esse quadro 34 sistematizou o entendimento de que a implementação da decisão varia não apenas quanto aos meios, mas também quanto a abrangência da decisão. A heurística de implementação não substitui a decisão, mas orienta a forma como ela é executada. Os gestores e demais profissionais envolvidos no processo decisório eles sabem o que seria o ideal. Mas implementam o exequível, muitas vezes com base na memória, na experiência ou em consulta rápida com pares.

Esta seção reforça que a capacidade de implementar a decisão sob pressão não é apenas uma parte operacional, mas um aspecto que deve ser analisado criticamente. E isso é especialmente relevante para a farmácia hospitalar, por lidar diretamente com segurança do paciente. O reconhecimento dos aspectos tratados, por exemplo, dos prazos é fundamental para o planejamento da execução e o monitoramento dos resultados esperados.

4.4.5 Avaliação de resultados

A avaliação de resultados configura-se como uma etapa que consolida o processo decisório baseado em evidências, porque fecha o ciclo, retornando ao gestor informações sobre os efeitos das decisões tomadas; ela gera retroalimentação, pois, os resultados avaliados podem produzir novas evidências organizacionais, que serão usadas em futuras decisões; e ela consolida a racionalidade do processo, dando legitimidade a ele. Para Barends, Rousseau e Briner (2014), a lógica da gestão baseada em evidências só se completa quando há monitoramento e análise dos impactos reais das decisões implementadas.

No contexto da farmácia hospitalar, a avaliação dos resultados das decisões não se limita à mensuração de indicadores quantitativos: ela envolve ajustes operacionais, devolutivas clínicas, intervenções gerenciais corretivas, feedbacks múltiplos e práticas de melhoria contínua que atravessam tanto a lógica assistencial quanto a gerencial. O ponto de maior destaque desta seção está na consolidação da farmácia como um setor estrategicamente produtor de evidências organizacionais, ao articular a geração de indicadores, a leitura de resultados assistenciais e a devolutiva sobre decisões implementadas.

Essa avaliação, no entanto, não segue um único modelo padronizado. Pelo contrário, ela se manifesta de forma difusa e adaptativa, refletindo o grau de maturidade organizacional e o caráter multifacetado das decisões na farmácia hospitalar. Como indicam Stacey (1996) e Weick (1998), ambientes organizacionais complexos não permitem avaliações simples e unidimensionais. A análise do HUCAM mostra que o efeito de uma decisão é frequentemente interpretado a partir de evidências clínicas (como a adesão do paciente ao tratamento), operacionais (como o cumprimento de metas de abastecimento) ou até mesmo por meio de ausências, como a não ocorrência de erros ou reclamações.

Embora as práticas da gestão baseada em evidências estejam presentes na farmácia hospitalar por exigência normativa, elas são tensionadas na prática por limitações estruturais e pela predominância de mecanismos informais. Ainda assim, a farmácia hospitalar se consolida como produtora e sistematizadora de evidências organizacionais.

Avaliação por indicadores:

A avaliação mais recorrente no HUCAM está associada à produção e monitoramento de indicadores organizacionais. Esses indicadores avaliam desde o desempenho operacional (ex. taxa de abastecimento, desperdício de materiais, superabastecimento), até questões clínicas e assistenciais, como uso racional de antimicrobianos e número de intervenções realizadas. “A farmácia acaba sendo um banco de dados do hospital. Muitos indicadores gerenciais a gente fornece os dados. A análise desses indicadores nem sempre é nossa” (CS2). Essa fala revela a

ambiguidade da função avaliativa: ainda que a farmácia gere dados valiosos, nem sempre ela participa diretamente da análise crítica dos resultados.

Ainda nesse campo dos indicadores, o entrevistado CD1 destaca o efeito financeiro e clínico do uso de antimicrobianos como um dos focos da avaliação: “O antibiótico tem um peso gigante. [...] Como faz para diminuir o consumo? Precisa reduzir a taxa de infecção. Isso é trabalho da CCIH com o PS. Então a decisão na farmácia depende de outras áreas também”. Esse trecho esclarece a interdependência entre decisões e resultados em sistemas de saúde, conforme defendido pela OPAS (2015), que aponta a necessidade de articulação intersetorial para se alcançar efeitos desejáveis, especialmente na prevenção de eventos adversos e no uso racional de medicamentos.

A produção de evidências decorre como desdobramento direto das decisões implementadas, muitas vezes viabilizando monitoramento organizacional, justificativas para compras, melhoria na prescrição médica ou negociação com fornecedores.

Quadro 35 - Exemplos de evidências geradas após as decisões.

CATEGORIA	ANÁLISE	CITAÇÃO
Indicadores de abastecimento	A farmácia acompanha a cobertura de estoque, taxa de superabastecimento e taxa de sucesso de compras, tornando-se eixo central do planejamento logístico	“Hoje em dia, ele está em torno de 98%. O nosso abastecimento de hospitais é um percentil bem alto” (CU1)
Indicadores clínicos e de segurança	A farmácia fornece dados sobre erros de prescrição, uso de antibióticos e interações medicamentosas, sendo base para a atuação da CCIH e da equipe médica	“A farmácia acaba sendo um banco de dados do hospital [...] quantidade de erros de prescrição [...] uso racional de antibióticos” (CS2)
Indicadores estatísticos de consumo	Métricas como coeficiente de variabilidade, taxa de itens zerados e média de consumo são utilizadas para prevenir desabastecimento e justificar aditivos contratuais	“Começa a consumir 30, 40 de Dipironas por mês [...] existe um cálculo que você faz utilizando o coeficiente [...]” (CD1)
Indicadores exigidos pela EBSEH	O setor também coleta dados de prescrição errada e itens dispensados errados, para monitoramento oficial exigido pela sede	“A gente faz a coleta de dados e a disponibilização dos resultados mensalmente” (CU3)

Fonte: elaborado pela autora.

Como descrito, o uso de indicadores como forma de retroalimentação da decisão aparece com destaque. Contudo, a produção e uso desses indicadores não está

isenta de tensões. Sua atuação vai além da execução e contribui antecipando problemas e ajustando políticas internas com base em evidência própria, não apenas em normas externas. O Quadro 36 apresenta exemplos de indicadores e resultados decorrentes das decisões implementadas.

Quadro 36 - Resultados e aspectos observados a partir das decisões implementadas.

INDICADORES/RESULTADOS	ANÁLISE	CITAÇÃO
Produção de indicadores gerenciais e clínicos	A farmácia consolida-se como fonte de dados para diferentes setores do hospital, inclusive para decisões médicas e administrativas. Essa atuação reforça a importância da articulação entre as áreas técnicas e clínicas na produção de evidência institucional	"A farmácia acaba sendo um banco de dados do hospital. Por exemplo, aqui a gente consegue ver a quantidade de erros de prescrição [...] também da quantidade dos antibióticos que estão sendo prescritos" (CS2)
Avaliação por desempenho de compras	Indicadores de taxa de sucesso em licitações são utilizados para orientar decisões futuras, revelando um uso estratégico da informação gerada internamente	"Os índices de planejamento e taxas de sucesso giram em torno de 80%. O que não está ruim também. Tipo, a cada 10 cancela 2." (CS1)
Fragilidades na padronização	A inexistência de alguns processos validados, por estarem ainda em desenvolvimento, compromete a confiabilidade das decisões e gera dependência da experiência profissional, considerada de menor robustez técnica	"a gente está muito nessa fase de organizar os processos para evitar de ter que tomar decisões rápidas, né? É isso que a gente está focando hoje" (CU3) "Se a gente não tem esse protocolo, esse processo validado, fica muito a cargo da experiência [...] a experiência profissional acaba sendo o nível mais baixo de confiabilidade" (CU3)

Fonte: elaborado pela autora.

Podemos analisar a partir desse conjunto de resultados que a qualidade da decisão depende da qualidade da evidência disponível, mas também da capacidade organizacional de sistematizá-la, incluindo o a forma mais eficaz de utilizar os indicadores. No caso do HUCAM, há avanços importantes, mas persistem lacunas na formalização e integração dos dados, uma vez que os sistemas de tecnologias da informação também deixam de oferecer suporte adequado.

Avaliação de eficácia decisória:

Diversos instrumentos são utilizados na farmácia hospitalar para avaliar os resultados das decisões, entre eles: formulários de intervenções farmacêuticas, relatórios de consumo, VIGIHOSP (para reações adversas), prontuários, atas de colegiados, checklists, protocolos e planilhas eletrônicas. “A gente anota tudo: intervenção, devolutiva do médico, se o erro foi corrigido. Tudo fica registrado” (FD1). “Tem o relatório de utilização, quais pacientes utilizaram, quanto consumiu. Isso é auditado pelo Ministério da Saúde” (CS2).

A existência desses registros cumpre papel estratégico não apenas para avaliação interna, mas também para prestação de contas e controle social, princípios defendidos pela OMS e incorporados nas diretrizes da EBSEH para os hospitais universitários.

Exemplos das modalidades de avaliação e os instrumentos de avaliação utilizados são apresentados a seguir (Quadro 37), respectivamente com os efeitos resultados das decisões implementadas.

Quadro 37 - Indicadores e resultados observados a partir das decisões implementadas.

AVALIAÇÃO	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	EFEITOS
Indicadores institucionais	Taxa de abastecimento, desperdício, custo de antibióticos	Eficiência operacional, redução de infecções, impacto no orçamento
Feedback clínico e assistencial	Conversas com equipe, retorno do paciente	Avaliação da adesão, ajuste de condutas, suporte à equipe multiprofissional
Correções e retroalimentações	Reavaliação de processos, revisão de decisões anteriores	Melhoria contínua, aprendizado institucional
Registros documentais	Formulários, relatórios, prontuários, VIGIHOSP	Rastreamento de efeitos, prestação de contas, base para auditorias e planejamento
Ausência de devolutivas estruturadas	Relatos de ausência de retorno	Dificuldade de mensurar impacto real e reconhecer ações bem-sucedidas

Fonte: elaborado pela autora.

A avaliação de resultados no contexto da farmácia hospitalar do HUCAM evidencia que os efeitos das decisões são múltiplos, mediados por instrumentos técnicos,

interpretações situacionais e feedbacks informais. A prática avaliativa é, assim, não apenas um fim do processo decisório, mas também seu motor de renovação constante.

Medidas corretivas:

Para além da leitura de indicadores, os profissionais relatam práticas de correção contínua com base nos efeitos percebidos. Segundo o entrevistado CS3: “Uma aquisição que foi insuficiente, ela retorna para a solicitação novamente. A decisão é retroalimentada”. Uma chefia no mesmo plano de decisão também relata a necessidade de revisão permanente: “Revisita o processo, porque não está dando certo. [...] Às vezes você combina uma coisa, depois vê que está acontecendo outra.” (CS2). Como complementa a entrevistada, “[...] você toma a decisão naquele momento e faz uma análise posterior. Foi a melhor decisão? Se não, volta atrás e reveja” (CS2). Isso indica que o efeito esperado nem sempre se confirma, exigindo revisão de processos e readequações operacionais. Assim, o ciclo da decisão não se encerra com sua execução, mas é constantemente redimensionado, como propõe a abordagem de SACs (Stacey, 1996). Esse ciclo de autoavaliação contínua é um dos pilares da qualidade na gestão hospitalar e está em consonância com a proposta de melhoria contínua sustentada pela OPAS (2015) e pelas práticas de governança em saúde baseadas em evidências.

Feedbacks sobre os efeitos das decisões:

Segundo as informações obtidas por meio das entrevistas, a maioria dos retornos avaliativos após a implementação das decisões ocorre de forma corretiva e informal, como um ciclo de melhoria contínua. São ajustes realizados a partir de falhas percebidas, reclamações pontuais ou efeitos não previstos.

A avaliação de efeitos também se dá por meio de feedbacks, formais ou informais, provenientes dos profissionais, setores técnicos ou dos próprios pacientes. Esses feedbacks muitas vezes não estão registrados de forma sistemática, mas são fundamentais para perceber os impactos reais das suas próprias decisões. “Se o paciente der algum feedback, é porque o tratamento está funcionando, ou não. A gente tenta apoiar a equipe médica nesse sentido” (FCD3). “O feedback que vem é: não ficou bom dessa forma. Aí a gente ajusta” (FCD1).

Os relatos mostram que o efeito não é apenas quantificável, mas também sentido e interpretado nas interações cotidianas. A literatura em avaliação de políticas públicas na saúde (Donabedian, 2003; Hartz; Silva, 2005) reforça que as avaliações mais completas integram dados objetivos e percepções dos usuários e profissionais. Entretanto, também foi mencionada a ausência de retorno estruturado: “A devolutiva só vem se dá errado. Quando dá certo, ninguém fala nada” (CU1). Essa ausência de feedback positivo aponta para uma cultura institucional mais reativa do que propositiva. O Quadro 38 apresenta os feedbacks relatados pelos entrevistados.

Quadro 38 - Feedback de avaliação da implementação da decisão.

FEEDBACK	ANÁLISE	CITAÇÃO
Ajustes operacionais	Muitos processos são revisados após serem implementados e observados em uso real	“A decisão é tomada e continua o processo de melhoria contínua. E revisita se for necessário” (CS2)
Correção por falhas percebidas	Problemas operacionais ou comunicacionais levam à reavaliação das entregas	“Uma manutenção que foi malfeita, ela volta de novo para a manutenção” (CS3)
Feedback verbal	Em vez de indicadores formais, utiliza-se retorno direto e informal entre os pares	“Na prática, mais o feedback. O feedback informal” (FCD2)
Comunicação devolutiva	Os profissionais buscam manter uma escuta aberta como instrumento de correção	“Eu quero que você seja bem franco [...] para que a gente consiga estar melhorando” (CD1)

Fonte: elaborado pela autora.

Esse modelo descentralizado de avaliação revela uma governança cíclica, que permite ajustes dinâmicos a partir da prática real. Um dos dados mais relevantes inferidos é que a farmácia hospitalar, além de implementar decisões, produz evidências internas de alta relevância estratégica, atuando como centro de inteligência organizacional. Ao mesmo tempo, destaca-se que a maioria dos feedbacks é corretiva, demonstrando uma cultura organizacional voltada ao ajuste pós-implementação, mais do que à prevenção.

No entanto, há lacunas, especialmente na sistematização de feedbacks positivos e na apropriação crítica dos dados por todos os envolvidos. O fortalecimento de uma cultura avaliativa propositiva, que não se limite à correção de erros, mas reconheça acertos e produza sentido coletivo sobre os efeitos das ações, serve para consolidar uma gestão baseada em evidências robusta e transformadora, como defendem a

OPAS (2015) e a literatura internacional sobre EBMgt (Barends *et al.*, 2014; Rousseau; Gunia, 2016).

Impactos decorrentes da gestão baseada em evidências na farmácia hospitalar:

As análises da pesquisa revelaram que muitas decisões se concentram nos bastidores organizacionais, contudo, sua repercussão final é frequentemente avaliada pelo impacto percebido no paciente. Além do impacto percebido no paciente, o Quadro 39 apresenta mais dois exemplos de impactos da gestão baseada em evidências.

Quadro 39 – Impacto na assistência e no valor gerado pela decisão com apoio a decisão.

IMPACTO	ANÁLISE	CITAÇÃO
Foco no paciente como critério de validação	O impacto positivo na assistência é percebido como critério maior de sucesso. Isso revela uma racionalidade orientada pelo valor público, como propõem Moore (1995) e Hartz (2009)	"Impacta o paciente. No final das contas, se você não tem os processos estruturados, baseados em evidências, quem vai sofrer é o paciente" (CU3)
Valor agregado pelas decisões	A melhoria da qualidade e a redução de ruídos nos processos decisórios são interpretadas como ganhos institucionais relevantes	"A gestão baseada em evidências ajuda a tomar melhores decisões e gerar resultados melhores" (CD1)
barreiras estruturais	Limitações da gestão pública impactam a implementação e avaliação de decisões, exigindo habilidades políticas dos gestores	"O gestor público tem que ter poder de negociação que supere várias ferramentas. Porque você não tem essas ferramentas" (CU3)

Fonte: elaborado pela autora.

Os resultados reforçam a relevância de considerar o paciente como referência final para as decisões, mesmo em áreas administrativas. Depreende-se que a avaliação não se encerra em indicadores; ela se completa na percepção de valor entregue à sociedade. A avaliação dos resultados das decisões na farmácia mostra que diferentes lógicas, técnica, organizacional e simbólica, orientam as práticas avaliativas. A evidência é útil, mas só se efetiva quando conectada à dinâmica organizacional. Destaca-se o papel da farmácia como produtora e mediadora de evidências, contribuindo para uma gestão orientada por dados, mesmo diante de limitações. Isso reforça sua posição estratégica entre a decisão e a geração de valor público.

A próxima seção aprofundará um aspecto igualmente determinante: as preferências dos tomadores de decisão. Compreender como comportamentos individuais influenciam o processo decisório permitirá completar a análise da abordagem

organizacional em uso e evidenciar o papel da subjetividade na gestão pública da saúde.

4.5 PREFERÊNCIA POR FONTES DE EVIDÊNCIA DOS GESTORES E DEMAIS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA TOMADA DE DECISÃO NA FARMÁCIA HOSPITALAR

A análise das diferentes etapas do processo decisório na farmácia hospitalar do HUCAM, desde o início do processo, passando pela coleta e análise de fontes de evidências, tomada de decisão, implementação das decisões e avaliação dos resultados, revela padrões consistentes de preferência por determinadas fontes de evidência. Entender essas preferências permite compreender os fundamentos técnicos, organizacionais e culturais que orientam o uso do conhecimento na prática da gestão em saúde, em particular, na farmácia.

Barends, Rousseau e Briner (2014) apontam que o uso de múltiplas evidências, deve ser equilibrado e criterioso. No entanto, em contextos organizacionais complexos como os hospitais universitários, as preferências dos gestores não são neutras. Elas estruturam-se com base na disponibilidade, legitimidade organizacional, aplicabilidade prática e no tempo de resposta necessário à decisão. A análise dos dados da farmácia hospitalar evidencia que há uma predominância do uso de evidências organizacionais, seguidas pelas científicas, e, de forma complementar, pelas experiências profissionais e contribuições das partes interessadas.

Predominância das evidências organizacionais:

As evidências organizacionais, sistemas internos, relatórios de indicadores, planilhas, POPs, painéis de gestão e normas institucionais, são amplamente utilizadas em quase todas as etapas decisórias. Elas são valorizadas principalmente por sua acessibilidade, legitimidade organizacional e capacidade de resposta operacional imediata, como demonstram as falas dos entrevistados. “A gente registra tudo que faz. É uma planilha bem completa... tudo é documentado... porque precisamos disso para gerar indicadores” (FC1). “A farmácia acaba sendo um banco de dados do hospital. Muitos indicadores gerenciais a gente fornece os dados” (CS2). “É com o VIGIHOSP

que eu vou fazer a reclamação do material com o fornecedor. Porque eu tenho que ter a evidência para mostrar para o fornecedor que aquilo está com má qualidade” (CU1). Esse padrão reforça a noção de que, no ambiente da gestão hospitalar, as decisões precisam ser defendidas com base em evidências formalmente reconhecidas e auditáveis, conforme recomendam a OPAS (OPAS, 2015) e a OMS, que incentivam o uso sistemático de dados organizacionais para promover qualidade, segurança e eficiência.

Uso das evidências científicas:

Embora valorizadas por sua robustez, as evidências científicas são mais frequentemente utilizadas em decisões clínicas e técnicas, principalmente pelos farmacêuticos de linha assistencial. Bases como *UpToDate*, *Micromedex*, Bula do MS, manuais de conduta terapêutica e protocolos clínicos foram referidos como padrão ouro para embasar decisões específicas de tratamento ou intervenção farmacêutica. “No caso, quando a gente pensa nas tomadas de decisões técnicas, a nossa base que a gente usa são livros, considerado para a gente padrão ouro. Outros são os nossos sites de busca, que é o *Micromedex*, que é o *UpToDate*” (CS2).

Essa limitação ao uso especializado pode ser interpretada como uma consequência da fragmentação entre os espaços da decisão gerencial e técnica. Ainda que a literatura sobre EBMgt, como Rousseau e Gunia (2016), defenda o uso integrado de diferentes fontes de evidência, os dados sugerem que a base científica nem sempre circula nos espaços decisórios estratégicos. Isso aponta para um desafio: como ampliar a circulação das evidências científicas além do uso técnico, integrando-as às decisões de planejamento, aquisição e gestão de risco.

Evidência da experiência profissional:

As evidências provenientes da experiência dos profissionais aparecem nas falas dos entrevistados como elemento de suporte, especialmente quando há urgência, ausência de documentos ou situações já conhecidas pela equipe. A experiência só vale quando você já vivenciou uma situação parecida [...], mas não que a experiência te leve a tomar decisões” (CS2). “No dia a dia, normalmente não fica acessando não. Já está na prática” (FCD3). Ou seja, o uso da experiência não é reconhecido pelos participantes da pesquisa como dominante, sendo muitas vezes considerado por eles

como uma forma de atalho cognitivo apenas quando outras fontes não estão disponíveis.

Contudo, o reconhecimento da experiência como fonte de evidência é compatível com a abordagem de Sackett *et al.* (1996) e Barends *et al.* (2014), que a reconhecem como um dos pilares da EBMgt. A própria fala dos entrevistados evidencia que a prática é hierarquizada por eles, com maior prestígio conferido às fontes documentais formais. Ainda assim, em situações emergenciais ou sem protocolo disponível, o julgamento clínico e administrativo é imprescindível, o que reforça a importância de práticas reflexivas baseadas na vivência.

Interações com partes interessadas:

As interações com equipes assistenciais, setores administrativos, fornecedores e outras partes institucionais são fontes importantes de evidência, sobretudo nas etapas de início do processo, validação de problemas e avaliação dos resultados. Contudo, essas interações não são sistematicamente tratadas como evidência formal, sendo muitas vezes consideradas como parte do diálogo organizacional: “A gente passa para área assistencial: olha, esse item está crítico” (FGM1). “A devolutiva só vem se dá errado. Quando dá certo, ninguém fala nada” (CU1).

Essas falas indicam que, embora relevantes, as evidências relacionais constitutivas dos arranjos organizacionais são subutilizadas ou pouco valorizadas como componentes analíticos do processo decisório, o que limita sua potencialidade para uma avaliação mais participativa. A literatura de governança em saúde (Fishkin, 2002; Hartz, 1997) destaca a importância de incorporar essas vozes como evidência, especialmente no campo da saúde pública, onde os processos são interdependentes e colaborativos.

O quadro 40, apresenta a preferência por fontes de evidências no processo decisório na farmácia hospitalar.

Quadro 40 - Preferência por fontes de evidência no processo decisório.

CATEGORIAS	FONTE DE EVIDÊNCIA PREDOMINANTE	JUSTIFICATIVA DA PREFERÊNCIA	CITAÇÃO
Início do processo	Organizacional	Acessibilidade, padronização e resposta rápida	“Painel de gestão à vista” (CS1)
Análise de evidências	Científica + Organizacional	Segurança técnica combinada a dados operacionais	“A gente usa muito o <i>UpToDate</i> (FCD4)
Tomada de decisão final	Organizacional + Experiência prática	Legitimidade institucional com apoio no julgamento empírico	“A experiência só vale se vivenciou situação parecida” (CS2)
Implementação	Organizacional	Execução baseada em rotinas e fluxos validados	“Cada ação tem um responsável” (CD1)
Avaliação de resultados	Organizacional + Partes interessadas	Indicadores + feedbacks da equipe assistencial	“A farmácia fornece muitos dados” (CS2)

Fonte: elaborado pela autora.

A análise do processo decisório revela que os gestores e profissionais da farmácia hospitalar do HUCAM têm uma preferência funcional e contextualizada por fontes de evidência organizacionais, devido à sua praticidade, legitimidade e articulação com os fluxos dos processos de trabalho organizacional. As bases científicas são reconhecidas por sua qualidade técnica, mas restritas às decisões técnicas-clínicas. Já a experiência profissional e as evidências relacionais são consideradas complementares, mas não determinantes, indicando uma hierarquia implícita entre as fontes de evidências. Esse padrão de preferência revela tanto a racionalidade prática da gestão quanto os desafios para construir uma cultura organizacional que valorize de maneira equitativa todas as evidências disponíveis, como propõem Barends *et al.* (2014), Rousseau e Gunia (2016) e a própria OPAS. A ampliação do acesso, a capacitação crítica para uso de evidências e a integração entre setores são caminhos para fortalecer uma prática de EBMgt mais robusta, inclusiva e efetiva nas organizações hospitalares.

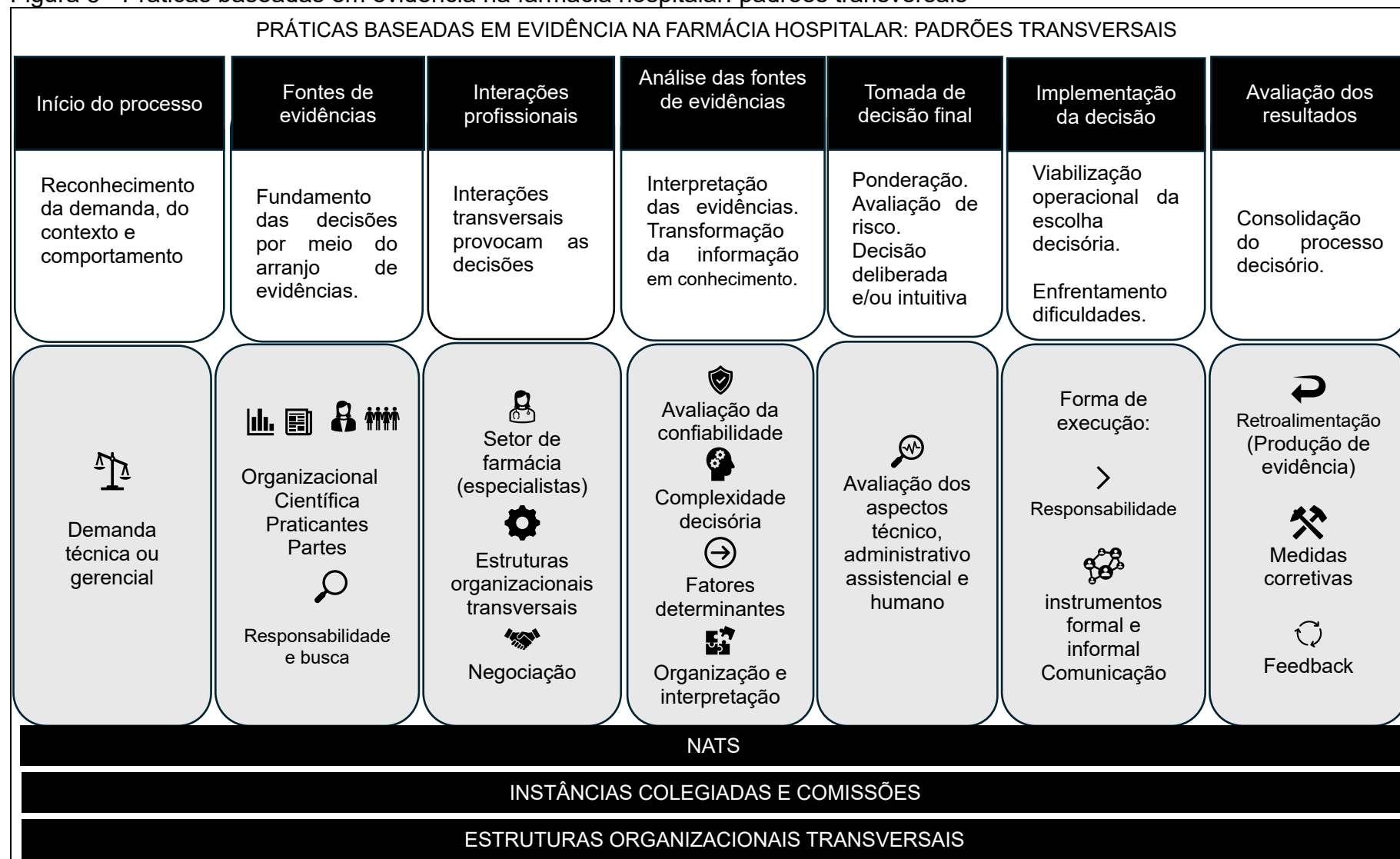
4.6 PRÁTICAS DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA DOS GESTORES E DEMAIS PROFISSIONAIS NA FARMÁCIA HOSPITALAR: PADRÕES TRANSVERSAIS EMERGENTES

O aprofundamento na análise das categorias anteriores sobre as práticas da gestão baseada em evidência dos gestores e demais profissionais permitiu identificar padrões transversais que perpassaram as diferentes etapas do processo decisório da farmácia hospitalar. Tais padrões revelam como, mesmo diante de decisões com naturezas diversas: técnicas, gerenciais, assistenciais ou logísticas, certos comportamentos por fontes de evidência e formas de interação organizacional tendem a se repetir, constituindo suas preferências. A análise dos padrões transversais, portanto, visou capturar essas regularidades, tensões e complementaridades que estruturam as práticas decisórias orientadas por evidências na gestão hospitalar.

A transversalidade dos padrões observados é compatível com a proposta metodológica da EBMgt, que, segundo Barends, Rousseau e Briner (2014), deve ser compreendida não como uma sequência linear de ações, mas como um ciclo dinâmico em que múltiplas fontes de evidência articulam-se conforme a natureza da decisão e o contexto organizacional. Nesse sentido, o que se observou no HUCAM foi a coexistência de abordagens deliberativas e intuitivas (Kahneman, 2012) e improvisadas (Weick, 1998), bem como uma forte influência das estruturas organizacionais transversais.

A Figura 5 retoma, de forma conceitual, as etapas que compõem a gestão baseada em evidências e oferece uma síntese ilustrativa do processo decisório. Essas etapas são mediadas por estruturas organizacionais transversais, como instâncias colegiadas, comissões técnicas e o NATS. Este último se destaca como uma instância com potencial para apoiar decisões e fomentar inovações, embora, até o momento, não haja articulação concreta com o setor da farmácia.

Figura 5 - Práticas baseadas em evidência na farmácia hospitalar: padrões transversais



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise das etapas que compõem a gestão baseada em evidências, foi possível observar que um dos padrões mais consistentes foi a predominância de evidência organizacional como base primária para decisões gerenciais e operacionais, independentemente da posição hierárquica do profissional. As falas dos entrevistados reforçam essa tendência: “A farmácia acaba sendo um banco de dados do hospital. Muitos indicadores gerenciais a gente fornece os dados” (CS2). “A gente registra tudo que faz. É uma planilha bem completa, tudo é documentado, porque precisamos disso para gerar indicadores” (FC1). Essa ênfase nas evidências organizacionais pode ser explicada por sua disponibilidade imediata, legitimidade organizacional e capacidade de respaldar decisões auditáveis, conforme recomenda a OPAS (2015) e a OMS (2021), no fortalecimento da gestão informada por dados em organizações de saúde.

Por outro lado, há um padrão de subutilização das evidências científicas, mesmo entre profissionais com alto nível de formação técnica especializada, como os farmacêuticos. Embora as bases *Micromedex* e *UpToDate* sejam reconhecidas como fontes confiáveis, seu uso é mais frequente em decisões clínicas específicas, e não como base cotidiana do processo decisório. A entrevistada FCD4, comenta: “A gente usa muito o *UpToDate*. É mais na parte de compatibilidade medicamentosa, nas situações críticas.” Esse comportamento indica que, embora haja reconhecimento técnico da validade científica, a cultura organizacional e as condições operacionais favorecem a centralidade das evidências organizacionais.

Outro padrão recorrente está na valorização da experiência profissional como elemento de suporte à decisão, sobretudo nas etapas iniciais do processo e em situações de incerteza ou ausência de protocolo. A fala do entrevistado CD1 evidencia essa perspectiva: “Isso já está introjetado, mas tenho consciência de que minhas ações estão pautadas nisso que aprendi [...] seja formação acadêmica, seja várias complementações que a gente vai fazendo ao longo da vida.” Esse exemplo reforça a proposta de Sackett *et al.* (1996), que inclui o julgamento clínico ou gerencial como uma das quatro fontes legítimas da EBMgt. Contudo, essa valorização tende a ser complementar, e não central, sendo mobilizada especialmente em decisões urgentes, conforme observado também por Stacey (1996) na teoria dos SACs.

A análise também revelou uma tensão sistemática entre a agilidade necessária em contextos emergenciais e a rastreabilidade exigida pelos protocolos organizacionais.

A entrevistada FCD4 do PS/UTI relata: “Mesmo que seja uma emergência, a gente precisa da prescrição. Porque [o paciente] pode até morrer, dependendo da situação. Mas a gente precisa registrar e ter esse controle”. Esse padrão manifesta-se em diferentes unidades, especialmente nas farmácias-satélites, onde decisões precisam ser tomadas com rapidez, muitas vezes com base em julgamentos situacionais e interações com outros setores.

A relação entre tempo de cargo e segurança na tomada de decisão também emergiu como padrão. Profissionais mais antigos demonstram maior autonomia e segurança na mobilização de múltiplas fontes de evidência, enquanto os mais novos tendem a seguir protocolos com maior rigidez. A entrevistada CU1, com função de chefia e experiência consolidada, comenta: “A gente já sabe quando vai faltar, o que precisa ser acionado... você não espera o protocolo te dizer”.

Além disso, observa-se uma fragmentação decisória em setores transversais, em que decisões são tomadas isoladamente mesmo quando afetam toda a farmácia. A ausência de comunicação formalizada entre setores e a dependência de ferramentas informais, como WhatsApp, compromete a fluidez e a integração das decisões. No relato do entrevistado FGM1 demonstra que: “A devolutiva só vem se dá errado. Quando dá certo, ninguém fala nada.” Esse padrão revela um desafio para o avanço da cultura deliberativa preconizada por Fishkin (2002), que pressupõe ciclos de retroalimentação entre os atores institucionais.

Os padrões transversais identificados demonstram que a prática da gestão baseada em evidência na farmácia hospitalar está estruturada por fatores culturais, organizacionais e operacionais, os quais favorecem o uso de evidências organizacionais e a experiência prática, mas ainda limitam a integração plena de evidências científicas e a institucionalização de processos intersetoriais deliberativos.

O quadro 41, apresenta a relação da frequência temática e recorrência entre entrevistados dos padrões transversais na gestão baseada em evidência.

Quadro 41 - Frequência temática e recorrência entre entrevistados dos padrões transversais na gestão baseada em evidência.

PADRÃO TRANSVERSAL	NÚMERO DE CITAÇÕES	NÚMERO DE PARTICIPANTES	FINALIDADE	TRECHO CITADO	CÓDIGOS DOS ENTREVISTADOS
Uso predominante de evidências organizacionais	27	13	Utilizadas em quase todas as etapas, devido à legitimidade e praticidade	“A gente registra tudo que faz. É uma planilha bem completa...” (FC1)	CD1, CU1, CU2, CS1, CS2, FCD1, FCD2, FCD3, FC1, FGM1, FD1, CS3, CU3
Subutilização das evidências científicas	11	7	Usadas pontualmente em decisões clínicas específicas	“A gente usa muito o <i>UpToDate</i> [...] nas situações críticas” (FCD4)	FCD2, CU1, FCD1, FCD3, FC1, CU2, FCD4
Valorização da experiência profissional como fonte complementar	18	10	Apoio decisório em contextos de incerteza	“Isso já está introjetado [...] com base no que aprendi” (CD1)	CD1, CU1, CU2, FCD1, FCD2, FC, CS1, CS2, CU3, FGM1
Tensão entre rastreabilidade e agilidade	9	6	Presença de conflito entre urgência clínica e formalidades institucionais	“Mesmo que seja emergência, tem que ter prescrição” (FCD4)	FCD4, CU1, FCD1, FCD2, CS2, FD1
Maior autonomia associada ao tempo de cargo	7	5	Experiência influencia diretamente na flexibilidade do processo	“A gente já sabe o que precisa ser acionado” (CU1)	CU1, CU2, CS1, CD1, CS3
Fragmentação entre áreas transversais	8	5	Falta de comunicação compromete decisões sistêmicas	“Devolutiva só vem se dá errado” (FGM1)	FGM1, CU2, FCD3, FCD1, CS1

Fonte: elaborado pela autora.

A análise do Quadro 41 identificou seis padrões transversais na gestão baseada em evidências na farmácia hospitalar. Destaca-se o uso predominante de evidências organizacionais (27 citações), seguido da subutilização das evidências científicas (11 citações), geralmente em decisões clínicas específicas. A experiência profissional é valorizada como fonte complementar (18 citações), especialmente em situações de incerteza. Há tensão entre rastreabilidade e agilidade (9 citações), refletindo conflito entre formalidades e urgência clínica. A maior autonomia vinculada ao tempo de cargo (7 citações) reforça o papel da experiência, enquanto a fragmentação entre áreas (8 citações) aponta para falhas na comunicação e integração decisória.

4. 7 LIMITAÇÕES NA ADOÇÃO DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA

Apesar do reconhecimento da importância da EBMgt no cotidiano da farmácia hospitalar, as entrevistas revelaram um conjunto relevante de desafios organizacionais, operacionais, humanos e tecnológicos que dificultam sua adoção plena e sistemática. Esses limites evidenciam a tensão entre o ideal normativo da EBMgt e as condições concretas de gestão nos hospitais públicos. Como afirmou o entrevistado CU3, “se a gente não tem esse protocolo, esse processo validado, fica muito a cargo da experiência”. A entrevistada CS2 complementa ao destacar que **“fazer gestão no serviço público é um desafio ainda maior e que muitas vezes é necessário convencimento e envolvimento que supere várias ferramentas”** [grifo nosso]. A fala do entrevistado CU3 revela as práticas reais de uso de evidências no campo da saúde pública do hospital investigado:

Às vezes a falta de um processo estabelecido, porque se você tem um processo estabelecido, um protocolo terapêutico que seja indicando, informando que aquela evidência, que aquela literatura científica é aquilo, ok, você tem ali pactuado, acordado entre as unidades, os atores envolvidos, o que se deve fazer. **Se a gente não tem esse protocolo, esse processo validado, fica muito a cargo da experiência [...] não deixa de ser uma evidência** [grifo nosso], mas a gente só parte para a experiência profissional quando a gente entra naqueles níveis de evidências, de literatura, **a experiência profissional acaba sendo o nível mais baixo de confiabilidade** [grifo nosso]. [...] No final, se você não tem os processos estruturados, baseados em evidências, quem vai sofrer é o paciente.

As limitações relatadas pelos entrevistados foram agrupadas em sete categorias analíticas principais, que expressam limites estruturais, organizacionais, humanos e contextuais para a consolidação da EBMgt no ambiente hospitalar público (Quadro 42):

Quadro 42 - Limitações nas práticas de uso das evidências.

LIMITAÇÕES	EXEMPLOS	OCORRÊNCIAS	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
Fragilidades organizacionais e normativas	Falta de processos de trabalho validados; Inobservância de documentos; Falta de planejamento e compartilhamento de informações	5	4
Dificuldades comunicacionais e de articulação	Limitações nos canais de comunicação; falhas na transmissão das informações; desarticulação das evidências	8	5
Infraestrutura e entraves operacionais	Limitações tecnológicas; morosidade processual	6	4
Déficit e sobreposição de recursos humanos	Sobrecarga de trabalho e déficit de pessoal; conflito entre funções assistenciais e administrativas	13	5
Cultura organizacional e resistências internas	Dificuldades nas interações com equipes	2	2
Falta de suporte e governança institucional	Falta de apoio da gestão superior; limitações da gestão pública	7	4
Condições externas e imprevisibilidade	Fatores externos à organização	3	1

Fonte: elaborado pela autora.

Esses agrupamentos ajudam a compreender que os desafios à gestão baseada em evidência não são meramente operacionais, mas se estendem a aspectos estruturais da administração pública, cultura organizacional e contexto externo. Como relatou o entrevistado FGM1: “A parte administrativa nossa, para a gente fazê-la de perfeitas condições, a gente tem que largar um pouco o assistencial e ir para o administrativo.” Quanto ao contexto externo, o entrevistado CS1, apontou ainda que muitos entraves escapam ao controle organizacional: “Eu não controlo quem entra nos processos licitatórios, [...] empresas ruins que entram, [...] greve de caminhoneiros, [...] Covid, enchente [...]”. Cabe ressaltar as limitações sobre fragilidades organizacionais e normativas apresentadas no quadro 42, como a inexistência de alguns processos validados, por estarem ainda em desenvolvimento, as quais reforçam a necessidade de intervenções que ampliem a formação em EBMgt. O objetivo dessas intervenções é garantir o acesso a recursos informacionais e promover a integração entre áreas gerenciais, técnicas e de ensino.

Dentre as diversas limitações identificadas nas entrevistas, duas se destacaram pelo volume de menções e pela transversalidade entre funções e setores: o déficit e a sobreposição de recursos humanos e as dificuldades comunicacionais e de articulação intersetorial. Esses elementos, ainda que operem em níveis distintos, interferem diretamente na capacidade organizacional de acessar, interpretar e utilizar evidências de forma sistemática. Sua recorrência nos relatos reforça que as dificuldades enfrentadas não são apenas técnicas ou individuais, mas organizacionais e estruturais, elementos-chave na análise da governança da EBMgt em contextos hospitalares públicos (Rousseau; Gunia, 2016).

A escassez de profissionais, somada à acumulação de funções assistenciais e administrativas, configura um entrave concreto ao uso deliberado das evidências. Os relatos evidenciam que, frequentemente, profissionais que deveriam estar alocados em atividades de supervisão, análise ou gestão técnica também assumem funções operacionais como dispensação, controle de estoque e execução de rotinas. Isso compromete o tempo necessário para análise crítica de dados, leitura de fontes atualizadas ou discussão colegiada das decisões.

A segunda limitação amplamente mencionada refere-se à qualidade dos canais de comunicação entre profissionais de setores distintos. Profissionais apontam a fragmentação da informação, a rotatividade dos médicos residentes, a ausência de protocolos de comunicação formal e a sobrecarga como causas da perda ou distorção das evidências geradas no cotidiano. A limitação principal apontada pelos entrevistados refere-se à rotatividade dos residentes médicos, que, embora ocorrendo em outras áreas do hospital, exerce impacto significativo nas práticas da assistência farmacêutica. Devido à dificuldade de contato ocasionada pela ausência de canais eficientes de comunicação e pela alta rotatividade entre as especialidades médicas, o enfermeiro assume a função de mediador, o que pode ocasionar distorções na comunicação. Portanto, se a informação não circula de maneira contínua e confiável, ela deixa de orientar a tomada de decisão.

O quadro 43 apresenta os principais exemplos citados pelos entrevistados sobre o déficit e a sobreposição de recursos humanos e as dificuldades comunicacionais.

Quadro 43 - Principais limitações nas práticas de uso da evidência.

LIMITAÇÃO	DESCRIÇÃO	CITAÇÕES
Déficit de pessoal e sobreposição de funções	Escassez de profissionais e acúmulo de tarefas assistenciais e administrativas dificultam o uso sistemático das evidências	“Era pra eles contratar técnico pra ficar dispensando e a gente ficar supervisionando, fazendo análise de prescrição [...] Só que não tem um técnico de farmácia pra ficar dispensando. Aí a gente acaba que fica dispensando” (FD1) “Nossa demanda hoje é como você viu, sou eu e [a colega] pra tudo. [...] A gente trabalha o tempo todo” (FCD2) “as pessoas não sabem o que significa fazer, qual é o nosso escopo de trabalho. Não só da farmácia clínica, da farmácia [...]. Porque às vezes a gente é demandado para coisas que a gente não tem gerência sobre aquilo, e às vezes aquilo que é para a gente fazer, eles falam, não, isso daí não precisa você fazer, não” (FC1). “eles realmente não entendem o processo da farmácia, assim, sabe? Às vezes, muitas vezes, eles acham que é uma coisa menor. E não é, né? Porque daqui sai muito dinheiro. E toda instituição, empresa, mas mesmo que sendo pública, ela precisa do dinheiro. E esse recurso que é escasso, ele tem que ser bem gerenciado” (FC1). “Por falta de profissionais, igual eu acabo fazendo um pouco de assistência também. Então, eu não dedico toda a minha carga horária somente à gestão” (CS2)
Dificuldades comunicacionais e desarticulação	Falhas na comunicação entre setores, ausência de protocolos de repasse de informações e rotatividade de médicos residentes afetam a circulação da evidência	“É muito ruim a questão de passar informações. Porque você fala tudo para uma equipe. Daqui a seis meses, troca. Não é passado. Então você tem que repetir. Essa coisa da repetição é cansativa” (FCD1) “eu acho que o principal problema é a comunicação” (FC1) “O residente não tem um local fixo pra ele ficar. Fica sabe? Em vários locais diferentes. Então, assim, as pessoas no hospital não atendem telefone, normalmente. Então, o WhatsApp é a forma mais eficaz” (FC1). “Tem o Teams, que tenta-se às vezes, mas nem todo mundo fica na frente do computador” (FD2) “Há falhas nos setores, há falhas na nossa estrutura [...] A gente não consegue focar 100% só na tarefa em si de gases medicinais” (FGM1)

Fonte: elaborado pela autora.

Portanto, a adoção da EBMgt na farmácia hospitalar, embora existente, se dá de modo fragmentado e sob forte influência das limitações, por exemplo, acima listadas. Consolidar essa prática exige ações articuladas de planejamento, apoio organizacional, valorização da cultura científica e melhoria nos processos e estruturas de gestão. Compreender essas dificuldades e solucioná-las tem potencial de ampliar a efetividade da gestão baseada em evidências na prática da farmácia hospitalar.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar como o uso de evidências é adotado pelos gestores da farmácia hospitalar em seus processos de tomada de decisão, com base no caso do hospital universitário, o HUCAM, no contexto da farmácia hospitalar. Para cumprir tal finalidade, nesta seção, estão descritas a resposta ao problema de pesquisa, as contribuições teóricas, práticas e sociais, as limitações do estudo e as sugestões para pesquisas futuras.

Ao longo do estudo, foram descritas sete etapas que estruturam o processo decisório com apoio em diferentes fontes de evidência: início do processo, identificação das fontes, interações com profissionais e multiprofissionais, análise das fontes de evidência, tomada de decisão final, implementação da decisão e a avaliação dos resultados. A análise dessas etapas revelou práticas complexas e interdependentes (Stacey, 1996) que desafiam modelos lineares de gestão e expõem a farmácia hospitalar como um ponto de articulação em um sistema organizacional composto por múltiplos sujeitos, nas práticas da gestão baseada em evidência.

5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA

Constatou-se que a gestão da farmácia hospitalar do HUCAM adota práticas de decisão gerencial fortemente apoiadas em evidências organizacionais, enquanto as evidências científicas são utilizadas em segundo plano nas decisões técnicas. O estudo também revela que a preferência por evidências organizacionais pode implicar na subutilização das evidências científicas nas instâncias gerenciais, restringindo sua aplicação ao campo clínico. Embora bases como *UpToDate* e *Micromedex* sejam amplamente reconhecidas pelos farmacêuticos, seu uso permanece concentrado em situações técnicas específicas, como validação de prescrições ou escolha de terapias medicamentosas. A experiência profissional é utilizada apenas de maneira complementar na tomada de decisão.

Desse modo, o uso das evidências varia conforme o tipo de demanda e o contexto organizacional, influenciando o comportamento adotado nas abordagens de trabalho. Essa abordagem reflete a lógica da racionalidade limitada (Simon, 1977). A decisão é tomada com base nas informações e tempo disponíveis e nos recursos acessíveis.

Essa racionalidade destaca que o comportamento humano alterna entre dois sistemas de pensamento, rápido e intuitivo e lento e analítico Kahneman (2012).

No que se refere à predominância das evidências organizacionais na rotina da farmácia hospitalar, destacam-se os POPs, que orientam os processos de trabalho; os protocolos, ainda que utilizados de forma limitada, uma vez que se concentram na área clínica, uma vez que os processos da farmácia hospitalar são voltados à assistência com forte componente administrativo; e os indicadores, que abrangem todos os setores analisados no campo de investigação.

Parte desses indicadores é oficial, vinculada à EBSEH, enquanto outra parte é específica do HUCAM, sendo ambos amplamente alimentados pelos profissionais e utilizados para subsidiar a decisão, exercendo forte influência nas escolhas gerenciais e/ou técnicas. Esses documentos internos são amplamente utilizados pelos profissionais e são considerados fontes legítimas para fundamentar as decisões. A prevalência dessas evidências justifica-se, em parte, pela sua acessibilidade, auditabilidade e institucionalização, especialmente em contextos que demandam rastreabilidade e prestação de contas, como é o caso dos hospitais públicos vinculados à rede EBSEH.

Os aspectos identificados sobre os indicadores são relevantes por estarem relacionados ao grau de *accountability* (Abrucio, 1997) esperado das atividades governamentais no período pós-reforma gerencial. O monitoramento desses indicadores ocorre por meio de planilhas manuais e sistemas informatizados, como o AGHU e o VIGIHOSP. Dessa forma, esses sistemas de informação, juntamente com as interações interprofissionais, funcionam como pontos de comunicação, ainda que muitas vezes fragmentados devido à alta rotatividade de médicos residentes.

A valorização das evidências organizacionais vai de encontro as propostas de autores como Choo (2003) e Barends, Rousseau e Briner (2014), que reconhecem a importância dos sistemas internos de informação para a consolidação de uma cultura decisória orientada por dados. No HUCAM, o uso dessas evidências confere legitimidade às decisões e permite uma resposta mais ágil e contextualizada às demandas gerenciais e técnicas. A Figura 6 ilustra de maneira objetiva os padrões transversais identificados na EBMgt desenvolvida na farmácia hospitalar do HUCAM.

Figura 6 - Padrões transversais na gestão baseada em evidência na farmácia hospitalar.



Fonte: elaborada pela autora.

A Figura 6 ilustrou os resultados da pesquisa com relação aos padrões transversais na gestão baseada em evidências na farmácia hospitalar e, como analisado ao longo do estudo, esses padrões estão associados a natureza relacional do processo decisório na farmácia hospitalar. A pesquisa evidenciou que as decisões raramente são individuais: elas são construídas coletivamente em instâncias formais (como colegiados e comissões) e informais (como interações por telefone, mensagens instantâneas ou reuniões *ad hoc*).

A CFT, por exemplo, exerce um papel normativo e técnico que fundamenta a seleção de medicamentos, processo composto por multiprofissionais e deliberação baseada em evidências. Essas análises reforçam a proposição de Fishkin (2002) sobre PDEs, nos quais a participação de diferentes sujeitos institucionais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e gestores, confere legitimidade e robustez às decisões. Assim, as interações multiprofissionais identificadas no HUCAM contribuem para decisões fundamentadas e seguras ao paciente. A gestão baseada em evidências, portanto, não é apenas um ato técnico, e a comunicação intersetorial revela-se tão relevante quanto os documentos técnicos para garantir a efetividade das decisões.

Com relação a análise da etapa de avaliação de resultados, os dados revelam que, na farmácia hospitalar, as decisões não se encerram na implementação: elas são constantemente revistas à luz de indicadores operacionais, *feedbacks* da equipe e efeitos observáveis nos pacientes. Tal percepção reforça a necessidade de ajustes táticos contínuos. Práticas como a revisão de POPs, análise de consumo de antimicrobianos e o monitoramento de indicadores de abastecimento são exemplos de como a avaliação é incorporada à lógica decisória.

Esse movimento de retroalimentação contínua na etapa de avaliação de resultados, está em consonância com o modelo de melhoria contínua defendido pela OPAS (2015) e com os princípios da EBMgt, que pressupõem o uso sistemático de dados para revisar, ajustar e aperfeiçoar decisões já tomadas. Contudo, a avaliação ainda é marcada por assimetrias. Enquanto indicadores formais são valorizados, os *feedbacks* qualitativos, especialmente os positivos, são raramente sistematizados ou reconhecidos institucionalmente.

Além disso, a multiplicidade de instrumentos de avaliação (prontuários, checklists, relatórios, sistemas informatizados) mostra que a farmácia hospitalar opera como uma central de evidências, um verdadeiro *hub* de dados que alimenta decisões em diferentes níveis da organização hospitalar. Essa capacidade de gerar, interpretar e aplicar evidências reforça o papel articulador da farmácia na governança clínica e gerencial dos hospitais universitários.

5.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

A primeira contribuição teórica a partir da análise das etapas que compõem a gestão baseada em evidência, foi a constatação de que um dos padrões mais consistentes foi a predominância da evidência organizacional como base primária para decisões gerenciais e operacionais, independentemente da posição hierárquica do profissional. Apenas de maneira complementar ao uso predominante das evidências organizacionais, há o uso de outras fontes. Esse padrão reforça o argumento de Choo (2003) sobre a centralidade dos sistemas internos de informação na construção do conhecimento organizacional, especialmente em contextos de alta complexidade, como os hospitais universitários.

O estudo apresentou como segunda contribuição teórica que a confiabilidade da evidência é avaliada não apenas por sua origem técnica, mas pela credibilidade do sistema que a sustenta, conforme propõem Mele, Compagni e Cavazza (2013). Acredita-se que por isso, há o uso predominante das evidências organizacionais, pois eles creditam alta confiabilidade aos dados e informações registradas nos sistemas de informação tecnológicos pelos colaboradores do hospital. A articulação da farmácia operando como elo gerencial-técnico-político se dá por meio das rotinas, sistemas (AGHU e o VIGIHOSP), que permitem agilidade e rastreabilidade, painéis de gestão à vista e planos de contingência para desabastecimento ou urgências clínicas.

A terceira contribuição central da pesquisa foi demonstrar que o uso de evidências não é um ato técnico isolado, mas um processo social e de estruturas organizacionais transversais sustentado por interações colaborativas, confiança e pela capacidade dos gestores de operar sob incerteza. funcionando como instrumentos de gestão colegiada em contextos complexos, típicos de SACs (Stacey, 1996). Como o uso da

evidência não é um ato isolado, há uma predominância de decisões semiestruturadas, como propõe Simon (1977), com estilos decisórios que alternam entre o sistema intuitivo o deliberativo (Kahneman, 2012).

A quarta contribuição teórica trata do campo da gestão hospitalar, ao esclarecer a complexidade que envolve a adoção da EBMgt na farmácia hospitalar. Ao contrário de modelos idealizados que pressupõem um processo linear e racional de decisão, os resultados desta dissertação evidenciam que a prática gestora no ambiente hospitalar é marcada por tensões constantes entre a normatividade técnica, as restrições operacionais e a imprevisibilidade dos cenários clínico-assistenciais. Assim, a institucionalização da EBMgt requer mais do que treinamentos técnicos ou protocolos de consulta a bases de dados: exige mudanças estruturais, desenvolvimento de competências analíticas, redes de apoio técnico-científico e, sobretudo, uma cultura organizacional que valorize a tomada de decisão informada.

A quinta contribuição teórica está associada as descobertas sobre as limitações na adoção da EBMgt na farmácia hospitalar. Ao mapear as fontes de evidência e as práticas de uso, foi possível identificar limitações organizacionais, operacionais, humanas e tecnológicas que dificultam a adoção plena e sistemática da evidência. Esses resultados sobre os desafios da administração pública gerencial, particularmente no que se refere à consolidação de instrumentos de gestão e controle em ambientes institucionais ainda marcados por descontinuidade e assimetrias de poder (Filgueiras, 2017). A Figura 7 apresenta, de forma mais ilustrativa, os resultados dos Quadros 41 e 42, por meio de uma representação sistêmica que representa as limitações à adoção da EBMgt em um contexto organizacional transversal.

Figura 7 - Representação sistêmica das limitações à adoção da EBMgt nas estruturas organizacionais transversais da farmácia hospitalar.



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que no centro da figura está a gestão baseada em evidências como eixo estruturante e ao redor, distribuem-se as limitações como nós conectados, com setas que demonstram suas interrelações, representando a complexidade dos sistemas adaptativos (Stacey, 1996), a transversalidade e a interconexão entre as limitações à adoção da gestão baseada em evidência. Em vermelho, são destacadas as limitações mais frequentemente citadas, e que interferem diretamente na capacidade organizacional de acessar, interpretar e utilizar evidências de forma sistemática.

Por fim, o estudo revelou que embora exista uma cultura organizacional favorável ao uso de evidências, ainda há lacunas quanto a esse aspecto. Também, que há a subutilização de espaços como o NATS e as limitações em sistemas de informação, especialmente, para a produção de relatórios técnicos e para a comunicação intersetorial. Ainda assim, as decisões são amplamente sustentadas por dados,

práticas reflexivas e pactuações intersetoriais, consolidando um modelo de EBMgt (Barends *et al.*, 2014; Rousseau, 2006) contextualizado e aplicável à realidade dos hospitais públicos brasileiros.

5.2.1 Contribuições teóricas do modelo de sete etapas

O encadeamento das sete etapas utilizadas na descrição e análise dos resultados (início do processo, fontes de evidências, análise das fontes, interações profissionais e multiprofissionais, tomada de decisão final, implementação das decisões e avaliação dos resultados), fundamentado no modelo entrada–processo–saída–resultado, permitiu compreender como as decisões são estruturadas e transformadas em ações que geram impactos mensuráveis na assistência e na gestão da farmácia hospitalar.

Uma das contribuições mais elucidativas da pesquisa foi a constatação de que a etapa de implementação funciona como ponto de inflexão entre o planejamento e o efeito concreto das decisões baseadas em evidências na farmácia hospitalar. É nesse momento que as decisões deixam de ser apenas planejadas para serem efetivamente executadas, podendo a evidência aplicada ganhar ou perder força conforme sua operacionalização.

Embora as sete etapas mapeadas formem um fluxo contínuo, é na implementação que se revela a maturidade organizacional para transformar decisões em ações com impacto assistencial e organizacional. Por isso, é fundamental que a decisão seja viável dentro do sistema, ou seja, compatível com a estrutura, cultura, processos de trabalho e tempos da organização, pois é essa compatibilidade que determina seu sucesso ou fracasso no cotidiano institucional.

Nesse caso, é o conjunto das estruturas transversais que conecta a farmácia hospitalar a setores como logística, engenharia clínica, enfermagem, comissões colegiadas (CFT, CCIH), sistemas de informação (AGHU, VIGIHOSP) e gerências institucionais. É nessa etapa que se evidencia se a decisão: I) tem respaldo organizacional (está pactuada com as gerências?); II) é comunicável e replicável (os setores sabem o que fazer?); III) é tecnicamente viável (há infraestrutura e equipe para executar?); IV) é registrada e rastreável (está documentada nos sistemas?); e V)

é operacionalmente sustentável (funciona no turno da noite, na ausência do gestor?). Essa avaliação multifacetada das decisões dialoga com as reflexões de Tritany e Tritany (2020), que apontam que a implementação efetiva de políticas no setor saúde depende de articulação intersetorial, mecanismos de registro e pactuação formal.

O insight analítico consistiu em perceber que a decisão não é o fim do processo, mas o meio. O ponto final é a implementação, momento em que as estruturas transversais se revelam em pleno funcionamento, atuando como canais de viabilização (ou de limitação) da gestão baseada em evidências na farmácia hospitalar. A etapa de implementação também evidencia como a decisão baseada em evidências pode ser absorvida, ou não, pela cultura e pela estrutura organizacional. Exemplos disso foram os relatos sobre ajustes de rotina na dispensação de quimioterápicos e gases medicinais, que exigem articulação entre setores.

O foco na etapa de implementação revelou que a decisão baseada em evidência, para ser efetiva, precisa ser institucionalmente implementável, operacionalmente exequível e socialmente pactuada. Essa constatação permite inferir que a análise da implementação foi o elemento central para compreender o funcionamento da farmácia hospitalar, não como uma unidade isolada, mas como parte de um sistema orgânico, complexo e adaptativo. Esse entendimento aproxima-se da lógica dos sistemas adaptativos complexos (SACs), conforme explorado por Stacey (1996), e é igualmente sustentado por Choo (2003), que enfatiza a necessidade de sentido compartilhado e aprendizado organizacional na gestão da informação e da ação.

As decisões só se efetivam quando transitam com sucesso pelas estruturas transversais do hospital, muitas vezes invisíveis no organograma, mas que operam com força normativa e técnica, como a CFT, CCIH, engenharia clínica, enfermagem, TI, núcleo de inovação e o próprio NATS (no que lhe cabe). É nessa etapa que o modelo de entrada–processo–saída–resultado se fecha com consistência: a decisão só produz resultado se for, de fato, implementada.

Essas constatações demonstram que a farmácia hospitalar não é apenas um setor técnico ou operacional, mas um instrumento organizacional de articulação entre decisão gerencial, técnica-assistencial e capacidade organizacional. A decisão, portanto, não se encerra quando é tomada, mas sim quando é implementada com

legitimidade, rastreabilidade e impacto. Essa conclusão reforça o argumento de Rynes e Bartunek (2017), que apontam que a efetividade da EBMgt está diretamente relacionada à capacidade das organizações de traduzir evidências em práticas consolidadas, alinhadas às dinâmicas internas e externas.

5.3 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS

A primeira contribuição prática da pesquisa foi fornecer um diagnóstico aprofundado e contextualizado sobre como decisões baseadas em evidências são implementadas na farmácia hospitalar. Esse diagnóstico pode orientar gestores de saúde na adoção de práticas de gestão mais eficazes para integrar evidências no processo decisório, garantindo maior segurança ao paciente, eficiência e equilíbrio financeiro. Conforme destacam Rousseau e Gunia (2016), o uso contínuo das melhores evidências aprimora as competências dos gestores e a prática da gestão. Dessa forma, é possível alcançar o uso racional dos medicamentos com base na relação custo-efetividade, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (OMS, 2004) e em consonância com os princípios da PNAF (Brasil, 2004).

A pesquisa também oferece elementos para valorizar a farmácia hospitalar e seus serviços agregados como centros estratégicos dentro dos hospitais, recomendando maior inserção em espaços como o NATS. Enfatiza-se também a importância de promover visibilidade do trabalho realizado pelos farmacêuticos, que expressaram desapontamento com a baixa valorização e reconhecimento do setor de farmácia no âmbito hospitalar.

As análises do estudo conduziram ao diagnóstico das limitações na adoção da gestão baseada em evidências, abordadas nas seções 4.7 e 5.2, que fundamentam as contribuições teóricas. Com base nessas limitações, foram elaboradas as contribuições práticas: um guia de intervenções para melhorias organizacionais a ser seguido pelos gestores hospitalares. No Quadro 44, são apresentadas as recomendações de intervenção que os gestores podem aplicar para aumentar a eficiência organizacional.

Quadro 44 - Recomendações de intervenção para enfrentar as limitações na adoção da EBMgt por gestores hospitalares.

RECOMENDAÇÃO DE INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	FINALIDADE
Fortalecimento organizacional e normativo	▶ Desenvolver e validar mapeamentos de processos internos com participação multiprofissional ampliada, promovendo maior alinhamento entre os documentos normativos e as práticas reais. ▶ Implantar rotinas de atualização de mapeamento de processos e socialização dos mapeamentos de processos com apoio da alta gestão.	Melhorar a eficiência interna, clareza de responsabilidades e padronização das atividades para melhor integração das estruturas transversais.
Melhoria da comunicação e articulação intersetorial	▶ Criar canais institucionalizados de comunicação entre setores e instâncias decisórias, como plataformas digitais colaborativas, especialmente de mensagens instantâneas. ▶ Fomentar a designação de pontos focais de evidência nos setores, uma pessoa-chave com foco na governança de informações, facilitando a disseminação de informações relevantes e a articulação entre áreas.	Melhorar o planejamento e a articulação entre setores, melhorando a circulação de informações relevantes para a decisão; evitando silos de conhecimento, promovendo uma visão mais integrada e fortalecendo a cultura da EBMgt de maneira descentralizada e contínua.
Aprimoramento da infraestrutura e dos processos operacionais	▶ Investir em sistemas informatizados integrados e de fácil utilização na rotina de trabalho e em ferramentas de suporte à elaboração de relatórios fidedignos à realidade local e de suporte à decisão que agilizem o acesso e a análise de dados. ▶ Promover revisões de processos com foco em desburocratização e redução da morosidade.	Otimizar a gestão da informação, por meio da capacidade organizacional de análise, gestão e tomada de decisão baseada em evidências.

Gestão mais estratégica dos recursos humanos	▶ Planejar dimensionamento adequado de pessoal, considerando as múltiplas funções da farmácia hospitalar, considerando as múltiplas funções da farmácia hospitalar, incluindo as atividades administrativas paralelas às assistenciais. ▶ Redefinir papéis e responsabilidades com base em competências, evitando sobreposição de funções e desgaste da equipe.	Aprimorar a alocação e a gestão de recursos humanos na farmácia hospitalar, promovendo a adequação do quadro de pessoal às demandas assistenciais e administrativas
Transformação da cultura organizacional	▶ Promover formações contínuas em EBMgt e mudança de cultura institucional por meio de gerências clínicas e administrativas engajadas. ▶ Incentivar ambientes de confiança e colaboração entre equipes, reduzindo resistências à adoção de evidências.	Consolidar uma cultura organizacional favorável à gestão baseada em evidências.
Reforço da governança institucional e suporte da alta gestão	▶ Sensibilizar dirigentes para a importância da EBMgt como ferramenta de qualificação da assistência e de uso racional de recursos. ▶ Designar uma pessoa de referência de cada setor como responsável por representar a pauta da EBMgt em reuniões e comissões do hospital.	Fortalecer o comprometimento institucional com a EBMgt, assegurando apoio político-administrativo à sua implementação no contexto da gestão pública e contribuindo para a continuidade das iniciativas, mesmo em contextos de rotatividade de gestores.
Planejamento adaptativo frente a fatores externos	▶ Realizar reuniões regulares com representantes de diversos setores para avaliar o cenário externo atual e ajustar planos, processos e recursos de forma colaborativa e ágil. ▶ Fortalecer a farmácia em redes colaborativas externas, como fóruns regionais ou grupos interinstitucionais de discussão, além da integração já existente com a rede EBSEH.	Aumentar a capacidade da organização de se adaptar proativamente às mudanças e desafios externos, promovendo agilidade, colaboração e resiliência institucional.

Fonte: elaborado pela autora.

O guia de recomendações de intervenções práticas organizado no Quadro 44 abrange desde o funcionamento organizacional e normativo até o planejamento adaptativo frente a fatores externos, o objetivo foca em orientar os gestores hospitalares na melhoria da eficiência, integração e sustentabilidade da EBMgt no contexto das farmácias hospitalares da saúde pública.

4.4 CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

A presente pesquisa oferece uma contribuição social relevante ao dar visibilidade e tornar compreensível o funcionamento da gestão por evidências em um setor estratégico do SUS: a farmácia hospitalar de um hospital universitário público, de porte médio, como o HUCAM. Ao demonstrar como decisões clínicas, logísticas e administrativas são construídas, pactuadas e implementadas com base em evidências, o estudo valoriza o papel dos profissionais da farmácia como agentes centrais na promoção da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e da sustentabilidade do sistema.

Além disso, ao mostrar as limitações enfrentadas para operacionalizar decisões em contextos de escassez, sobrecarga e complexidade, a pesquisa mostra uma realidade cotidiana da saúde pública brasileira, evidenciando o funcionamento da farmácia hospitalar como um SAC (Stacey, 1996). Nesse cenário, torna-se perceptível como os arranjos informais, os fluxos de comunicação intersetorial e os saberes tácitos moldam a prática da decisão, muitas vezes compensando a ausência de rotinas formais. Ao descrever essas dinâmicas, o estudo contribui para o fortalecimento do controle social e da transparência na gestão hospitalar, alinhando-se ao ideal de *accountability* (Bresser-Pereira, 2009) e de racionalidade ampliada nas organizações públicas.

O trabalho também aponta possibilidades para uma cultura organizacional mais colaborativa, técnica e comprometida com a EBMgt, promovendo o uso racional de recursos e o cuidado centrado no paciente, valores centrais do SUS e das políticas de humanização em saúde. Trata-se de uma contribuição alinhada à valorização de processos deliberativos informados e legitimados (Fishkin, 2002) no âmbito da assistência farmacêutica e terapêutica.

Nesse sentido, por meio da sistematização dos resultados e das recomendações práticas elaboradas, o estudo amplia o repertório disponível para gestores públicos comprometidos com a eficiência e a equidade no SUS.

4.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A principal limitação desta pesquisa reside em sua natureza local, centrada em um único hospital universitário. Esse recorte restringe a generalização das observações para outras instituições de saúde, com diferentes estruturas, culturas e níveis de maturidade organizacional. Além disso, embora tenha sido possível compreender, por meio das entrevistas, a diversidade de interpretações atribuídas pelos gestores e demais profissionais envolvidos no processo decisório sobre as práticas de uso da evidência, a realização de observação direta poderia ter contribuído para a triangulação dos dados.

4.6 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Sugerimos, como agenda futura de pesquisa, a investigação das tendências da saúde baseada em valor, ou Value-Based Health Care (VBHC) (Porter; Teisberg, 2006), no contexto das farmácias hospitalares. Considerando que, atualmente, os serviços operam majoritariamente com base em indicadores de volume de atendimento, de procedimentos e de abastecimento de medicamentos, é oportuno pensar a transição para modelos que priorizem os resultados em saúde, a eficiência e a experiência do paciente. Nesse sentido, a experiência do usuário com os serviços de farmácia hospitalar pode se configurar como um dos pilares da transformação dos sistemas de saúde.

A articulação entre EBMgt e VBHC representa uma oportunidade para fortalecer decisões mais centradas em valor. Conforme destacam Rousseau e Gunia (2016), o uso da EBMgt promove o desenvolvimento de competências gerenciais voltadas à identificação, avaliação e aplicação crítica das melhores evidências disponíveis, o que pode alinhar-se aos princípios da VBHC. Em vez de se concentrar apenas no volume,

essa abordagem redireciona os esforços da gestão para aquilo que realmente importa: a melhoria dos resultados em saúde, a segurança e a satisfação dos usuários do SUS.

Além disso, sugere-se a investigação da contribuição dos NATS para o desenvolvimento da EBMgt nos hospitais públicos. Estudos podem examinar como esses núcleos podem apoiar a incorporação de evidências científicas em decisões gerenciais na farmácia, especialmente diante de inovações tecnológicas, novos protocolos terapêuticos e da introdução de medicamentos de alto custo. Essa agenda de pesquisa pode articular a racionalidade técnico-científica aos desafios da sustentabilidade orçamentária e da equidade no acesso ao serviço público brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABELSON, J.; FOREST, P. G.; EYLES, J., SMITH, P.; MARTIN, E.; GAUVIN, F. Deliberations about Deliberative Methods: Issues in the design and evaluation of public participation processes. **Soc Sci Med.**, v. 57, n. 2, p. 239-251, 2003.
- ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, v. 10, p. 5-49, 1997.
- ABRUCIO, F.; LOUREIRO, M. R. Burocracia e ordem democrática: desafios contemporâneos e experiência brasileira. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. (org.). **Burocracias e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea, 2018, cap. 1, p. 23-56.
- ANDERSON, N. H.; SHANTEAU, J. C. Information integration in risky decision making. **Journal of Experimental Psychology**, v. 84, n. 3, p. 441-45, 1970.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.
- AVELAR, J. V. R. **Disputa de frames e hibridismo organizacional: um estudo de caso em um hospital universitário federal**. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado em administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2016.
- BALTUSSEN, R.; JANSEN, M.; OORTWIJN, W. Evidence-Informed Deliberative Processes for Legitimate Health Benefit Package Design – Part I: Conceptual Framework. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 11, n. 10, p. 2319–2326, 2022.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde: Teaching hospitals and the Brazilian Public Health System. **RAS**, v. 12, n. 46, 2010.
- BARENDT, E.; ROUSSEAU, D. M. **Evidence-based management**: How to use evidence to make better organizational decisions. Londres: Kogan Page Publishers, 2018.
- BARENDT, E.; ROUSSEAU, D. M.; BRINER, R. B. **Evidence-Based Management: the basic principles**. Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, Center for Evidence-Based Management (CEBMA). 2014. Disponível em: <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Evidence-Based-Practice-The-Basic-Principles-vs-Dec-2015.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2024.
- BARENDT, E.; VILLANUEVA, J.; ROUSSEAU, D. M. Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: an international survey. **PloS one.**, v. 12, n. 10, 2017.

BARRET, F. J. Coda: creativity and improvisation in organizations - implications for organizational learning. **Organization Science**, v. 9, p. 605-622, 1998.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Making progress in the use of health policies and practices informed by evidence: the Piripiri-Piauí experience. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013.

BENGTSSON, M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis, **Nursing Plus Open**, v. 2, p. 8-14, 2016.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência farmacêutica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 657-685.

BEZZINA, F.; CASSAR, V.; TRACZ-KRUPA, K.; PRZYTLA, S.; TIPURIC, D. Evidence-based human resource management practices in three EU developing member states: Can managers tell truth from fallacy? **European Management Journal**, v. 35, p. 688-700, 2017.

BOND, K. Challenges and Opportunities for Deliberative Processes for Healthcare Decision-Making. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 12, n. 7458, p. 1-4, 2023.

BORTOLI, M. C.; SETTI, C.; LIMA, F. J. S.; DALENOGARE, G. V. Mecanismos e programas de revisão rápida. p. 105-127. 2017. In: TOMA, T. S. et al. (orgs.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Decreto-lei nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. **Emenda constitucional nº. 29 de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato [...] para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: DF, 2000.

BRASIL. **Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta [...] sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização,

avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011b.

BRASIL. **Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília: DF, 2011a.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Brasília, DF: Presidência da República, **2018**.

BRASIL. **Lei nº 14.874, de maio de 2024.** Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília, DF: Presidência da República, 2024c.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, [1990].

BRASIL. **Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de organizações sociais como pessoas jurídicas de direito privado dirigidas para execução de atividades como de ensino, pesquisa científica e de saúde. Brasília: DF, 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público e para instituir e disciplinar o Termo de parceria [...]. Brasília: DF, 1999.

BRASIL. Ministério da educação. **Hospitais universitários.** 2024a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>. Acesso em: 20 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 35 de 14 de janeiro de 1986.** Determina a criação de Comissão de Padronização de Medicamentos nos Hospitais de Ensino, bem como o Documento “Padronização de medicamentos - Manual de Implantação. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a classificação dos NATS:** critérios & resultados. 2024b. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rebrats.saude.gov.br/images/Documentos/2024/classificacao-NATS-2024_final.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004**. Art. 1º. Assunto: Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 285 de 24 de março de 2015**. Brasília. 2015. Assunto: Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2 de 28 de setembro de 2017**. Assunto: Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.283 de dezembro de 2010**. Assunto: Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede ATS**. v. 1, n. 2. 2007b. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/rede_ats2007_n2.pdf. Acesso em: 03 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 140).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a, 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Glossário Temático: economia da saúde. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2005.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 146 de 26 de janeiro de 2021**. Assunto: Altera o Anexo XIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REBRATS. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Assunto: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 4.283 de 30 de dezembro de 2010**. Assunto: Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. 2010d.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial, **Revista do Serviço Público**, ano 47, v. 121, n. 1, 1996.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. São Paulo, Lua nova, n. 45, p. 49-95, 1998.

BRINER, R. B.; BARENDT, E. The Role of Scientific Findings in Evidence-Based HR. SHRM Network, **Spring**, v. 39, n. 2, 2016.

BRINER, R. B.; DENYER, D.; ROUSSEAU, D. M. 2009. Evidence-based management: construct clean-up time? **Acad. Manag. Perspect.**, v. 23, n. 4, p. 19–32, 2009.

CAIRNEY, P. Evidence-based best practice is more political than it looks: a case study of the 'Scottish Approach'. **Evidence & Policy**, v. 13, n. 3, p. 499–515, 2017.

CAMPOS, J. Q. **O hospital e sua organização administrativa**. São Paulo, 1978.

CHILD, J. Strategic choice in the analysis of action: structure organizations and environment. **Organization Studies**, v. 18, n. 1, p. 43-76, 1997.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

CHU, R. A.; WOOD JR, T. Cultura organizacional brasileira pós-globalização: global ou local. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 5, p. 969-991, 2008.

COCHRANE. **About the cochrane library**. John Wiley & Sons, 2024. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-library>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

COFFEY, Amanda. Analysing documents. In: FLICK, Uwe (ed.). **The SAGE handbook of qualitative data analysis**. London: SAGE, 2014, cap. 25, p. 367-379. configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

CRESWELL, J. W. **Research Design - Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches**. SAGE Publications, 2014.

CULYER, A. J. Uso de Processos Deliberativos Baseados em Evidências: aprender fazendo. **Gestão de Política de Saúde Int**, v. 9, n. 6, 263–265, 2020.

DAVIES, P.T. Is evidence-based government possible? *In: 4º Ano Campbell Collaboration Colloquium*, Washington. 2004. Disponível em: <http://www.nationalschool.gov.uk/policyhub/downloads/JerryLeeLecture1202041.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2024.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. *In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F (orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223. **developing countries**. PAHO: Washington D.C., 1989.

DOBROW, M. J.; CHAFE, R.; BURCHETT, H. E. D.; CULYER, A. J.; LEMIEUX-CHARLES, L. **Designing Deliberative Methods for Combining Heterogeneous Evidence: A Systematic Review & Qualitative Scan: A report to the Canadian Health Services Research Foundation**: Ottawa: Canadian Foundation for Healthcare Improvement; 2009.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. *In: CLEGG, S. R.; HARDY, C; NORD, W. Handbook de Estudos Organizacionais*, v. 1, São Paulo: Atlas, 1999.

DRUCKER, P. E. **On the profession of management**. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1998.

DRUCKER, P. What Makes an Effective Executive. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 6, 2004.

DUNCAN, R. B. Characteristics of Organizational Environments and Perceived Environmental Uncertainty. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, n. 3, p. 313-327, 1972.

EL NADI, F. **Organizational Environmental Uncertainties**. 2004.

ELIAS, F. T. S. Avaliação de tecnologias em saúde: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país. 2017. *In: TOMA, T. S. et al. (orgs.). Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

ELSTER, J. **Deliberative Democracy**. Cambridge University Press, 1998.
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Coordenadoria de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde. **Manual do usuário: sistema rede pesquisa**. 2021b.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023**. 2021a.

ETZIONI, A. A. **Comparative analysis of complex organizations**. New York: Free Press, 1961.

EVANS, J. S. B. T.; STANOVICH, K. E. Dual-Process Theories of Higher Cognition: advancing the debate. **Perspectives on Psychological Science**, v. 8, n. 3, p. 223–241, 2013.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**: Previsão, Organização, Comando, Coordenação, Controle. Tradução de Luiz Guilherme Pinto da Rocha. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES. Código de **Ética Profissional do Administrador Hospitalar**. **Informativo Hospitalar Brasileiro**, n.º 4, jul. 1995. Disponível em: https://fbah.org.br/institucional.php?cod_inst=2. Acesso em: 16 de fevereiro de 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Manual do gestor hospitalar**. Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde. p. 439-460. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. (orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, cap. 14, p. 439-460.

FILGUEIRAS SAUERBRONN, F. Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 3, 2017.

FISHKIN, J. S. Deliberative Democracy. In: **The Blackwell Guide to Social and Political Philosophy**. cap. 10, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora Ltda., 2008. (Série Pesquisa; v. 6).

GAMA, R. A.; SILVA, A. T.; ALHO, R. C.; ROMÃO, M. R. S.; CARMO, O. R. F.; RODRIGUES, A. E. S.; OLIVEIRA, R. S.; RODRIGUES, JUNIOR, O. M. Assistência farmacêutica no âmbito hospitalar frente ao uso racional de medicamentos: revisão integrativa. **Research Society and Development**, v. 11, n. 13, p. 1-12, 2022.

GIBSON, G. The social system of emergency medical care. In: NOBLE, J. H. et al. (Eds.) **Emergency Medical Services: behavioral and planning perspectives**. Nova York: **Behavioral Publications**, 1973.

GOMES, R. et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2431-2439, 2015.

GOODMAN, L. Snowball Sampling. **The Annals of Mathematical Statistics**, **Beachwood-Ohio**, v. 32, n. 1. p.148-170, 1961.

GOPINATHAN, U. Evidence-Informed Deliberative Processes for UHC: Progress, Potential and Prudence Comment on “Evidence-Informed Deliberative Processes for

Health Benefit Package Design – Part II: A Practical Guide. **Int J Health Policy Manag**, v. 12, n. 7541, p. 1-4, 2023.

GROHMANN, M. Z.; BATTISTELLA, L. F.; BARATTO, J. S. Competências do gestor hospitalar: estudo em um hospital público brasileiro. **Enfermería Global**, n. 26, p. 209-226, 2012.

HAILEY, D.; MENON, D. A short history of INAHTA. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 15, n. 1, p. 236-242, 1999.

HATCH, M.J. 1999. **Exploring the empty spaces of organizing**: How improvisational jazz helps redescribe organizational structure. *Organization Studies*, v. 20, n. 1, p.75-100.

HATCH, M.J.; WEICK, K. 1998. Critics corner: Critical resistance to the jazz metaphor. *Organization Science*, 9(5):600-604. <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.9.5.600>

HICKSON, D. J.; BUTLER, R. J.; CRAY, D.; MALLORY, G. R.; WISON, D. C. **Top decisions**: strategic decision-making in organizations. Oxford: Basil Blackwell; San Francisco: Jossey-Bass, 1986.

HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes). **Plano Diretor Estratégico 2021–2023**. Vitória: HUCAM e EBSEH, 2021.

HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes). **Relatório de gestão 2022**: hospital universitário Cassiano Antônio Moraes - Hucam UFES. 2022.

HUCAM. **Plano Diretor Estratégico PDE 2024-2028**: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo – Hucam-Ufes. v. 3. 2025.

INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (INAHTA). **The International Network of Agencies for Health Technology Assessment**. 2024. Disponível em: <https://www.inahta.org/>. Acesso em: 26 de abril de 2024.

JESUS, J. M. P.; SANTOS, E. M.; BARROSO, N. P.; SILVA, M. L.; SILVA, D. R. A importância da implementação da comissão de farmácia e terapêutica, em um hospital regional no alto sertão-paraibano. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-10, 2022.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

JOORE, M., GRIMM, S.; BOONEN, A.; WIT, M.; GUILLEMIN, F.; FAUTREL, B. Health technology assessment: a framework. **RMD Open**, v. 6, n. 3, 2020.

KAHNEMAN, D. Maps of bounded rationality: a perspective on intuitive judgment and choice. **Princeton University, Department of Psychology**, Princeton, USA. p. 449-489, 2002.

KAHNEMAN, D. **Rápido e devagar**: duas formas de pensar. Objetiva, 2015.

KAHNEMAN, D.; FREDERICK, S. Representativeness Revisited: attribute substitution in intuitive judgment. *In*: GILOVICH, T.; GRIFFIN, D.; KAHNEMAN, D. (eds.). **Heuristics and Biases**. Cambridge University Press. p. 49–81. 2002.

KAHNEMAN, D.; LOVALLO, D.; SIBONY, O. Before You Make That Big Decision. **Harvard Business Review**, 2011.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Choice, Values, Frames. **American Psychologist**, p. 341-350, 1983.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Teoria do Prospecto: uma Análise da Decisão sob Risco, Econometrica: **Jornal da Sociedade Econométrica**, v. 47, n. 2, p. 263–91, 1979.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. The Psychology of Preferences. **Scientific American**, v. 246, n. 1, p. 160-173, 1982.

KAKEMAM, E.; DARGAHI, H. Competencies Gap in Hospital Management in Tehran, Iran: a Cross-sectional Survey. **J Health Manag.**, v. 21, n. 4, p. 451–464, 2019.

KISSELER, L.; HEIDEMANN, F. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p.479-499, 2006.

KUMAR, R. **Research methodology**: a step-by-step guide for beginners. London: SAGE, 2005.

LIMA, F. M. S.; DAVID, J. P. L.; ASSUNÇÃO-COSTA, L. Avaliação de uma comissão de farmácia e terapêutica de um hospital universitário. **J Assist Farmac Farmacoecon**, v. 4, n. 4, p. 10-20, 2019.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Organizations**. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1958. 262 p.

MARINHO, Ricardo Novaes. **Implicações estruturais e comportamentais na implementação do modelo de gestão da EBSEH em um hospital universitário**. 2016. F. Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-graduação em Administração (dissertação) mestrado. 2016.

MARTELLI, N.; HANSEN, P.; BRINK, H.; BOUDARD, A.; CORDONNIER, A. L.; DEVAUX, C.I. Combining multi-criteria decision analysis and mini-health technology assessment: A funding decision-support tool for medical devices in a university hospital setting. **J Biomed Inform**, v. 59, p. 201-8, 2016.

MAXQDA. **Software for qualitative and mixed methods data analysis**. Versão 2024. Berlin: VERBI Software, 2024. Disponível em: <https://www.maxqda.com>. Acesso em: 11 jul. 2025.

MCDANIEL, R. R. Management strategies for complex adaptive systems sensemaking, learning, and improvisation. **Performance improvement quarterly**, v. 20, n. 2, p. 21-41, 2007.

MCISAAC, W. Reflexions on a month in the life of the Ontario drug benefit plan. **Canadian Medical Association Journal**, v. 150, p. 473-477, 1994.

MCKEE, L; FERLIE, E.; HYDE, P. Organizando e reorganizando: poder e mudança nas organizações de saúde. **Springer**, v. 87, n. 2, 2008.

MCKENNA, K.; LEYKUM, L. K.; MCDANIEL, R. R. The role of improvising in patient care. **Health care management review**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2013.

Meadows DH, Wright D. 2008. Pensando em sistemas: uma introdução. Junção do Rio Branco, VT: Chelsea Green.

MELE, V.; COMPAGNI, A.; CAVAZZA, M. Governing through evidence: a study of technological innovation in health care. **J. Publ. Adm. Res. Theor.**, n. 24, p. 843-77, 2013.

MELO, D. O.; TRINDADE, E. Parecer técnico-científico para inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos. p. 129-144. 2017. In: TOMA, T. S. et al. (orgs.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. O singular processo de coordenação de hospitais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p.110-122, 2003.

MILLER, S.; HICKSON, D.; WILSON, D. A tomada de decisão nas organizações. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C; NORD, W. **Handbook de estudos organizacionais**, v. 3, São Paulo: Atlas, 2004.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. *et al.* The Structure of 'Unstructured' Decision Processes, **Administrative Science Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 246-275, 1976.

MINTZBERG, H. **The Manager's Job: Folklore and Fact**. Harvard Business Review. 1990.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. **The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases**. Londres: Pearson Education, Inc, 2003.

MINTZBERG, H.; WATERS, J. A. Studying deciding: an exchange of views between Mintzberg and Waters, Pettigrew, and Butler. **Organization Studies**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 1990.

MINTZBERG, Henry. **The nature of managerial work**. New York: Harper & Row, 1973.

MINTZBERG, Henry. **The structure of organizations: structures, decisions, and processes**. 1st ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

MITCHELL, M. **Complexidade**: Uma visita guiada. Nova Iorque: Oxford Univ. Press. 2009.

MOREY, M. C.; LUTHANS F. Refining the displacement of culture and the uses of scenes and themes in organizational studies. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 2, p. 219–29, 1985.

MOTA, P. R. **Organizações**: teoria e estrutura organizacional. São Paulo: Atlas, 1995.

NEIRA, A. Gestão hospitalar: elementos do contexto externo e a função do dirigente. **Revista Brasileira de Administração**, Brasília, v. 10, n. 30, p. 22-6, set. 2000.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Ver. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-393.

NUTT, P. C. Comparing Public and Private Sector Decision-Making Practices. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 16, p. 289–318, 2005.

NUTT, P. C.; WILSON, D. C (eds.). **Handbook of decision making**, West Sussex, UK: Wiley, p. 3-29, 2010.

OLIVAS-LUJÁN, M. Evidence-based management: A business necessity for Hispanics. **Business Journal of Hispanic Research**, n. 2, p. 10-26, 2008.

OLIVEIRA, A. R.; MEYER JR., V.; PASCUCI, L. M. Micro Strategies and Hospital Management: An Analysis through the Lens of Complexity. **Revista de Negócios**, v. 22, n. 2, p. 34-47, 2017.

OORTWIJN, W.; KLEIN, P. Addressing Health System Values in Health Technology Assessment: the use of evidence-informed deliberative processes. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 35, n. 2, p. 82–84, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A rede para políticas informadas por evidências (EVIPNet)**. 2024. Disponível em: <https://brasil.evipnet.org/coevi-duplicate-1/>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Uso Racional de Medicamentos**: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica, Brasil: Brasília, 2015.

ORLIKOWSKI, W. J. Improvising organizational transformation over time: a situated change perspective. **Information Systems Research**, v. 7, p. 63-92, 1996.
ou substituição de medicamentos. p. 129-144. 2017. In: TOMA, T. S. et al. (orgs.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

PANERAI, R. B. & PEÑA-MOHR, J. **Health Technology Assesment Methodologies for Developing Countries**. Washington: PAHO, 1989, Pioneira, 1979.

PONDY, L. R. Leadership as a language game. *In*: MACCALL, M. W.; LOMBARDO, M. M. (eds.). **Leadership**: Where else can we go? p.87-99. Durham, North Carolina: duke University Press.1978.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining Health Care**: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006.

PRESTES, A.; CIRINO, J. A. F.; OLIVEIRA, R.; SOUSA, V. (orgs.) **Manual do gestor hospitalar**. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (REBRATS). **NATS**. 2024. Disponível em: <https://rebrats.saude.gov.br/10-institucional/110-os-nats>. Acesso em: 13 de julho de 2024.

ROSA, A. R.; ALVES, M. A. Pode o conhecimento em gestão e organização falar português? **RAE**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 255-264, 2011.

ROUSSEAU, D. M. Is there such a thing as “evidence-based management”? **Acad. Manag. Rev.**, n. 31, p.256–69, 2006.

ROUSSEAU, D. M.; GUNIA, B. C. Evidence-based practice: the psychology of EBP implementation. **Annu. Rev. Psychol.** n. 67, p. 667–92, 2016.

ROUSSEAU, D. M.; MANNING, J.; DENYER, D. Evidence in management and organizational science: assembling the field’s full weight of scientific knowledge through syntheses. **Acad. Manag. Ann.**, n. 2, n. 1, p. 475–515, 2008.

RUNDALL, T. G.; MARTELLI, P. F.; ARROYO, L.; MCCURDY, R. The informed decisions toolbox: tools for knowledge transfer and performance improvement / practitioner application. **Journal of Healthcare Management**, n. 52, p. 325–341, 2007.

RYCROFT-MALONE, J.; SEERS, K.; TITCHEN, A.; HARVEY, G.; KITSON, A.; MCCORMACK, B. What counts as evidence in evidence-based practice? **Journal of Advanced Nursing**, 47, p. 81-90. 2004.

RYNES, S. L.; BARTUNEK, J. M. Evidence-Based management: foundations, development, controversies and future. **Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.**, n, 4, p. 235–61, 2017.

RYNES, S. L.; COLBERT, Colbert, A. E.; BROWN, K. G. ‘HR Professionals’ Beliefs about Effective Human Resource Practices: correspondence between research and practice, **Human Resource Management**, v. 41, p. 149–174, 2002.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M.; GRAY, J. A. M.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence-based medicine: What it is and what it isn’t: It’s about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. **BMJ.**, v. 312, n. 7023, p. 71–72, 1996.

RICHARDSON, W. S. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 71–72, 1996.

SADLER-SMITH, E.; SPARROW, P. R. Intuition in organizational decision making. In G. P. Hodgkinson & W. H. Starbuck (eds.). **The Oxford handbook of organizational decision making**, Oxford, UK: Oxford University Press. p. 305-324, 2008.

SANSONOVE, T. G. B.; WINCKLER, J. M.; DASSO JUNIOR, A. E. O modelo de administração pública gerencial na criação da empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH. 2020. In: BORDIN, R.; ABDALA, P. (orgs.). **Gestão em saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas**. v. 3, 2020.

SANTOS, N. A. A. P. **O Trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. Mestrado em administração. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS. MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO (PPGA). em convênio com UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL – UCS. 1998. 169 f.

SEAMARK, DA; Prodger, E.; Jay, T. (2022). "Response Of UK Community Hospitals I'm The COVID-19 Pandemic: An Appreciative Inquiry. *BMJ Open Quality*. 11: e001958. doi: 10.1136 / bmjoq -2022-001958.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, 2009.

SEIXAS, M. A. S.; MELO, H. T. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, ano 5, n. 9, p. 16-20, 2004.

SHORTELL, Stephen M. e Kaluzny, Arnold D. **Health Care Management: organization design, and behavior**, 2 ed. New York : Delmar, 1993 (c1983).

SILVA, A. S. Participação do público e do paciente na Avaliação de Tecnologias de Saúde no Brasil. 2017. In: TOMA, T. S. et al. (orgs.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

SIMON, H. A. 1955. Behavioral Model of Rational Choice. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 69, n. 1 p. 99–118, 1947, 1955.

SIMON, H. A. A racionalidade do processo decisório em empresas. **Edições Multiplic**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 25-58, 1980.

SIMON, H. A. Invariants of Human Behavior. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 41, p. 1-19, 1990.

SIMON, H. A. Making Management Decisions: the Role of Intuition and Emotion. **Academy of Management Perspective**, v. 1, n. 1, p. 57–64, 1987.

SIMON, H. A.; SCHAEFFER, J. "The game of chess". *In*: Aumann, R. J.; Hart, S. (eds.). **Handbook of Game Theory with Economic Applications**. ed. Amsterdam: **North-Holland**, v. 1, p. 1-17, 1989.

SIMON, H. **Administrative Behavior**: a study of decision-making processes in administrative organizations. New York: Free Press, 2000.

SIMON, Herbert A. **The New Science of Management Decision**. Rev. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.

STACEY, R. D. **Complexity and creativity in organizations**. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers, 1996.

STAKE, R. E. Case studies. *In* N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.), **Strategies of qualitative inquiry**. **Thousand Oaks: Sage Publications Inc.**, p. 445-457, 1998.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAN, I. G. Definindo tradução de conhecimento. **CMAJ**, v. 181, n. 3-4, p. 165-168, 2009.

SUMMERS, C. W. Public sector bargaining: problems of governmental decision making. **U. Cin. L. Rev.**, v. 44, n. 669, 1975.

SWAN, J., CLARKE, A.; NICOLINI, D.; POWELL, J.; SCARBROUGH, H. ROGINSKI, C.; GKEREDAKIS, E.; MILLS, P.; TAYLOR-PHILIPS. **Evidence in Management Decisions (EMD)**: advancing knowledge utilization in healthcare management: final report. Colchester: NIHR. 2012.

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.

TOMA, T. S. et al. (orgs.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. (Temas em saúde coletiva, 22).

TRANFIELD, D.; DENYER, D.; SMART, P. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. **Brit. J. Manag.**, v. 14, n. 3, p. 207-22, 2003.

TRITANY, R. F.; TRITANY, E. F. Uso Racional de Medicamentos para COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020. Suplemento.

TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. Judgment Under Uncertainty: heuristics and biases. **Science**, v. 185, n. 4157, p. 1124-1131, 1974.

VAN MAANEN, J.; BARLEY, S. R. **Occupational communities: Culture and control in organizations**. *Research in Organizational Behavior*, 6, 287-365, 1984.

VIEIRA, A. et al. Escala de competências gerenciais da área da saúde. **Revista de Administração Faces Journal**, v. 18, n. 2, p. 8-27, 2019.

WATSON, Richard T. **Data Management: Databases and Organizations**. 6. ed. Georgia: eGreen Press, Athens, GA. 2013.

WEICK, K. E. Cognitive processes in organizations. **Research in organizational behavior**, v. 1, n. 1, p. 41-74, 1979.

WEICK, K. E. The collapse of sensemaking in organizations: the Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, v. 38, p. 628-652, 1993.

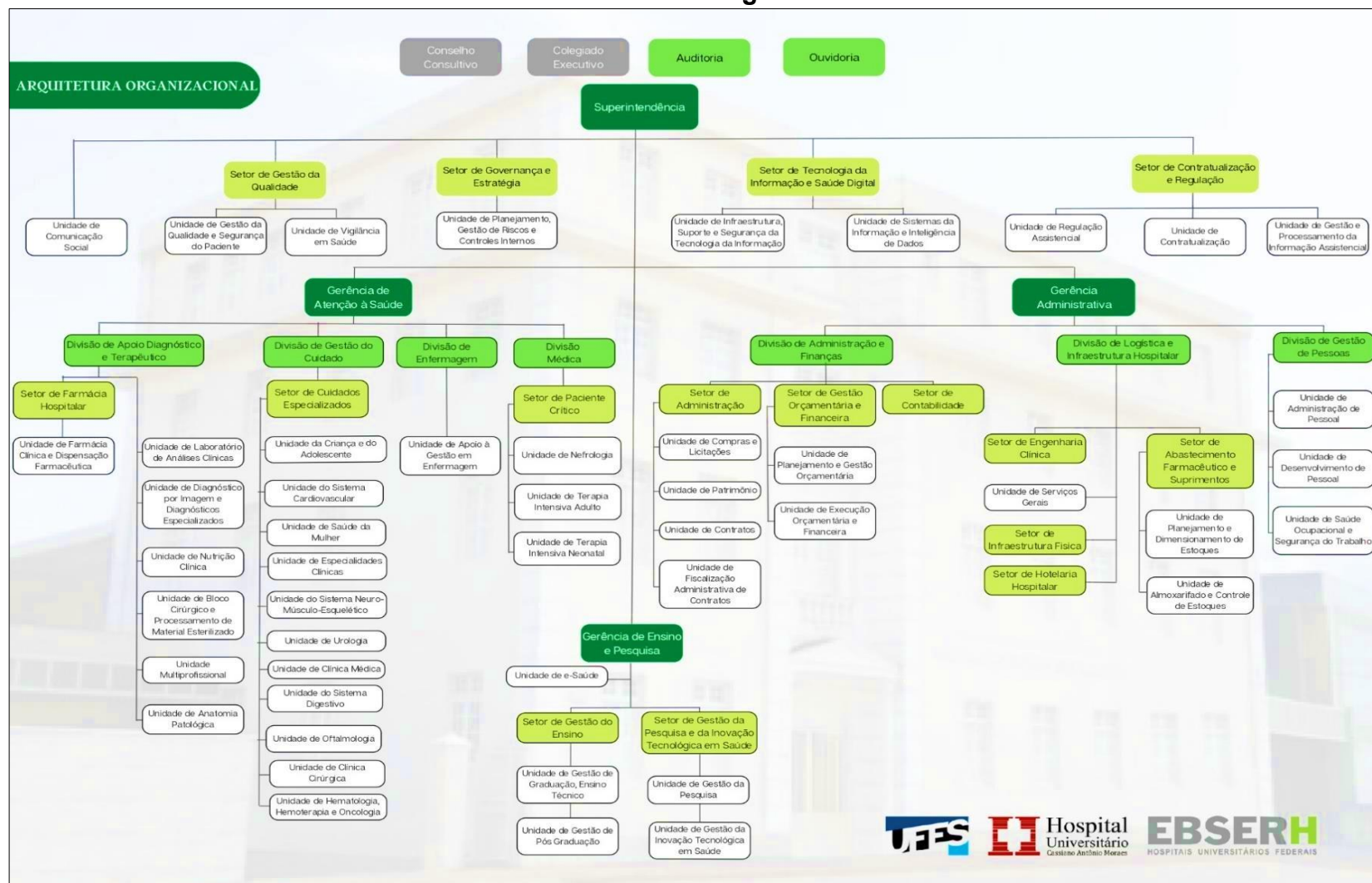
WEICK, K.E. Improvisation as a mindset for organizational analysis. **Organization Science**, v. 9, n 5, p. 543-555, 1998. <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.9.5.543>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sobre a WHO**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

ZOBOLI, E. L. C. P. **A interface entre a ética e administração hospitalar**. 2000. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ZUENKOVA, Y. A.; KISELEV V. D. Padrões de gestão dos gestores de saúde: avaliação na perspectiva da gestão baseada em evidências. **Psicologia organizacional**, v. 12, n. 2, p. 112-126, 2022.

ANEXO A – Estrutura organizacional do HUCAM



Fonte: HUCAM (2021).

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

DADOS DO PARTICIPANTE
Nome
Escolaridade
Tempo de atuação no HUCAM
Cargo atual
Tempo de atuação no cargo atual

1. **Início do processo:** Qual é a primeira abordagem que você adota ao identificar a necessidade de tomar uma decisão na farmácia hospitalar?

2. **Fontes de evidências:** Quais as principais fontes de evidências você consulta inicialmente? por que essas são importantes? Quem busca as fontes? Quais canais de busca por evidências?

3. **Consulta com outros profissionais:** Você envolve outros profissionais no processo de decisão? Em caso afirmativo, como isso ocorre?

4. **Análise das evidências:** Como você analisa e avalia as evidências disponíveis para garantir que sejam relevantes e confiáveis? Na sua prática, suas decisões costumam exigir uma análise mais aprofundada ou uma resposta mais rápida? Por quê?

5. **Tomada de decisão final:** Após reunir e analisar as evidências, como você toma a decisão final? O que pesa mais nesse momento?

6. **Implementação da decisão:** Uma vez tomada a decisão, como ela é implementada na prática? Quem são os responsáveis pela ação? Como ocorre a comunicação decisória?

7. **Avaliação de resultados:** Depois da implementação, como você avalia se a decisão tomada foi eficaz? Quais mudanças e evidências são geradas resultantes da decisão? Quais as dificuldades enfrentadas na prática do uso das evidências?

APÊNDICE B - Fotografias





APÊNDICE C - Lista de categorização de terceira, segunda e primeira ordem do programa MAXQDA

▼ **Códigos**

- AMARELO
 - ▼ Principais tópicos entrevistas
 - ▼ Início do processo
 - Decisões não requerem evidências
 - ▼ 1. Etapas iniciais da análise da demanda - primeira coisa que faz
 - Análise de risco
 - Análise contextual
 - Análise conforme demanda assistencial
 - Verificação se há processo validado/ Padronização
 - ▼ 9. Conhecimento sobre o NATS
 - Sem atividades
 - Conhecimento superficial
 - Desconhecimento
 - ▼ 10. Participação na CFT - Comissão Farm e Terap
 - Presidente da CFT
 - Membro CFT
 - Não membro
 - ▼ 18. Grupo gerencial informacional: Atuação na gestão da informação (Mintzberg)
 - Os três papéis: monitor, disseminador e transmissor de informações
 - Papel de busca ativa informações (monitor)
 - Papel de comunicação interna (disseminador)
 - Papel de transmissão de informações pra fora (porta-voz)
 - ▼ 33. Grupo gerencial decisório: Aspectos envolvidos nas decisões (Mintzberg)
 - Os quatro papéis: empreendedor, solucionador de conflitos, alocador de recursos e negociador
 - Papel de criar soluções (empreendedor)
 - Papel de resolver conflitos e lidar problemas entre pessoas (solucionador de conflitos)
 - Papel de distribuir recursos, materiais, equipe, tempo (alocador de recursos)
 - Papel de negociar com outras áreas, interações para buscar acordos (negociador)
 - ▼ Fontes de evidências
 - ▼ 2. Fontes de evidências mais utilizadas
 - ▼ Evidências científicas
 - Artigos científicos
 - ▼ Listas de compatibilidade medicamentosa
 - Farmácia UpDate
 - Micromedex
 - Protocolo Albert Einstein
 - Literatura (livros)
 - Formação acadêmica
 - ▼ Evidências organizacionais
 - ata
 - Bulário
 - Certificados de manutenção programada
 - Checklist
 - Consumo por área (demanda por área)
 - Contratos
 - Dados dos equipamentos
 - Documentos institucionais
 - ▼ Formulários
 - Formulários passagem de plantão
 - Formulários pedido de kits exames/procedimentos
 - Formulários solicitação antimicrobiano uso restrito
 - ▼ Indicadores como fontes de evidências (busca/utilização)
 - Indicador de itens fracionados
 - Indicador de itens dispensados

- Indicadores como fontes de evidências (busca/utilização)
 - Indicador de itens fracionados
 - Indicador de itens dispensados
 - Indicador de absenteísmo
 - Indicador de previsões de procedimentos
 - Indicador de dados de internação
 - Indicador de controle microbiano
 - Laudos
 - Lista de pacientes para procedimentos (biópsia)
 - Livros
 - Lotes de insumos
- Manuais
 - Manual de compatibilidade em administração endovenosa
 - Manual de conciliação medicamentosa
 - Manual de medicamentos padronizados (listagem)
 - Manual de preparação e administração de injetados
 - Manual em administração endovenosa em Y
 - Mapas cirúrgicos
 - Mapa de processos
 - Notas de empenho
 - Ordens de serviço
- Prescrições médicas
 - Prescrições médicas dispensação
 - Prescrições médicas (análise da conciliação medicamentosa)
 - Prescrições médicas (análise da interação medicamentosa)
 - Prescrições médicas de antirretrovirais padronizados pelo SUS
 - Previsão de atendimentos
 - Pregão
 - Prontuários
 - Quantidade em estoque
 - Registro escrituração (registro da medicação manipulada)
 - Relatórios
 - Requisição de itens de consumo
 - Pedidos de abastecimento
 - Pedidos de padronização
- Planilhas
 - Planilha controle dos gases
 - planilha CCIH
 - Planilha vistoria de validade
 - Políticas internas/nacionais
- POPs
 - POP armazenamento, reposição e devolução de medicamentos
 - POP dispensação de ERM (requisição de materiais)
 - POP dispensação oncohemato
 - POPs engenharia clínica
 - POP farmácia clínica
 - POP gerenciamento de resíduos
 - POP manipulados
 - POP medicamentos vencidos
 - POP medir temperatura de geladeira e de ambiente
 - POP pesquisa clínica
 - POP triagem e análise farmacêutica
 - Tabela de interação medicamentosa
- Evidências dos praticantes
 - Experiência profissional - prática
- Evidências das partes interessadas
 - SAFS Abastecimento /UPDE dimensionamento/ UNAC estoque

- Evidências das partes interessadas
 - SAFS Abastecimento /UPDE dimensionamento/ UNAC estoque
 - Estado/Prefeituras
 - Farmacêuticos
 - Normativas
 - Pacientes
 - Profissionais do hospital - especialistas
 - Sistema de informação de pacientes HIV+ e Tuberculose
 - 8. Como obtém as evidências (quem busca/como chega pra você)
 - Busca proativa por evidências
 - Evidências recebidas na rotina
 - Busca conjunta com chefias
 - Busca conjunta com multiprofissionais
 - 11. Práticas de busca por evidências (ou canais de acesso?)
 - Controle Manual de Informações
 - Internet
 - Sistema tecnológico de Informação Hospitalar
 - Uso da experiência como fonte de evidências
- Análise das evidências
 - 3. Frequência e forma de atualização de documentos
 - Atualizados
 - Desatualizados
 - 12. Instrumentos de organização e interpretação
 - Ferramentas tecnológicas de armazenamento e consulta evidências
 - Modelos de gestão das informações
 - Prática da rotina
 - Bases de dados padrão ouro
 - Com base nas legislações
 - Gestão por indicadores validados
 - Painel de gestão visual de indicadores
 - Participação dos colaboradores
 - Partes interessadas
 - Técnicos especialistas
 - 13. Avaliação da confiabilidade das evidências
 - Fontes credibilidade
 - Confiança por vínculo com a fonte (outro profissional do hospital)
 - Conferência das informações
 - Conhecimento profissional (tácito, da rotina)
 - Estatística
 - Protocolos institucional de administrações
 - 19. Complexidade decisória (Operacional/ Tático/ Estratégico) (Agilidade versus profundidade de análise decisória)
 - Decisões situacionais
 - Decisões rápidas e diretas
 - Decisões de serviço complementar
 - 20. Fatores (determinantes) que influenciam o estilo decisório
 - Condições clínicas do paciente
 - Emergência da decisão
 - Falta de informações completas
 - Desabastecimento
- Interação com outros profissionais
 - 14. Formas de interação multiprofissional (decisões compartilhadas? processo deliberativo coletivo?)
 - Interações com especialidades médicas e não médicas
 - Farmacêuticos
 - Equipe multiprofissional (ex.: chefes de setor, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos etc)
 - Especialidades médicas/residentes
 - Técnicos de farmácia (fracionamento)
 - Técnicos especialistas
 - Interações estruturais/organizacionais

- Interação com outros profissionais
 - 14. Formas de interação multiprofissional (decisões compartilhadas? processo deliberativo coletivo?)
 - Interações com especialidades médicas e não médicas
 - Farmacêuticos
 - Equipe multiprofissional (ex.: chefes de setor, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos etc)
 - Especialidades médicas/residentes
 - Técnicos de farmácia (fracionamento)
 - Técnicos especialistas
 - Interações estruturais/organizacionais
 - Abrangência institucional (cobertura completa do hospital)
 - Controle de qualidade
 - Chefias setores/unidades
 - Interações externas
 - Assistência técnica/manutenção terceirizada
 - Especialistas externos
 - Fornecedores
 - Hospitais Rede EBSERH
 - Ministérios/Estado/Município
 - Universidade/professores/alunos
 - Interações formais (quem participa da decisão para mapear a estrutura coletiva do processo)
 - Grupos de trabalho
 - Abertura de chamado
 - Ateste
 - Reuniões no setor/com chefia
 - Reuniões gestão compartilhada no setor
 - Reuniões Comissões
 - Reuniões com colegiado
 - Treinamentos
 - Interações informais
 - Discussões informais
 - 15. Influências da interação na qualidade da decisão (contribuição do contato/troca de evidências)
 - Decisão multidisciplinar
 - 16. influências político-institucionais
 - Presença de interferências políticas
 - Ausência de interferências políticas
 - Baixa interferências políticas
 - Falta de apoio institucional
 - 4. Processo decisório em decisões (automático ou deliberativo) difíceis/críticas/importante
 - Intuitivo/racional - sistema 1 e 2
 - Intuitivo
 - Racional
 - Consulta dados organizacionais
 - Pesquisa literaturas
 - 31. Grupo gerencial interpessoal: de interação com a equipe
 - Três: Representa equipe, coordena e supervisiona, facilita comunicação
 - Papel de representa a equipe (representante)
 - Papel de coordena e apoia colab (líder)
 - Papel de estabelece conexões/ comunicação setores-unidades (ligação)
 - Tomada de decisão final
 - 6. Fatores prioritários na tomada de decisão (peso)
 - Equilíbrio necessidades técnicas-colaboradores
 - Equilíbrio riscos assistencial-administrativo
 - 5. Peso da experiência profissional
 - Experiência como apoio secundário à decisão
 - Grau de incerteza (em decisões emergenciais)
 - Equilíbrio teoria-prática
 - Exaustividade na busca por evidências
 - 7. Influência da estrutura organizacional (facilita/ não facilita uso evidências)
 - Eficiência logística

- 7. Influência da estrutura organizacional (facilita/ não facilita uso evidências)
 - Eficiência logística
 - Facilita
 - Disponibilidade de evidências
 - Dificuldade de comunicação
 - Disponibilidade de evidências na rotina
 - Ausência/insuficiência de práticas/produção técnico-científico institucional - área adm
 - Dificuldades estrutura física
 - Dificuldades tecnológicas
 - 17. Impactos da rotatividade institucional de pessoal
 - Ausência/Baixa rotatividade no adm
 - Consumo/custo
 - Erros/Processos de trabalho
 - Falta de vínculo
 - Tempo despendido entre treinamento e execução
 - 32. Estilo gerencial: abordagem de trabalho predominante
 - Os quatro: estilo conceitual, administrativo, interpessoal e fazedor
 - Estilo planejar mudanças e estruturar (conceitual)
 - Estilo organizar processos lidar com situações (administrativo)
 - Estilo apoiar equipe ou outros profissionais para alinhar soluções (interpessoal)
 - Estilo resolver rapidamente os problemas e agir imediatamente (fazedor)
- Implementação da decisão
 - 23. Aplicabilidade prática das evidências em decisões sob pressão: emergenciais e complexas
 - Análises da viabilidade imediata
 - Análises de riscos entre áreas
 - Avaliação do risco clínico ao paciente
 - Busca por alternativas (improviso e criatividade diante da imprevisibilidade? criação de soluções?)
 - Consulta aos pares
 - Gestão dos riscos
 - Planejamento de contingências
 - Processo de melhoria contínua
 - 25. Responsabilidade da implementação das decisões tomadas
 - depende da decisão
 - Execução direta de tarefas
 - Delegação de tarefas
 - Planos de ação
 - 26. Instrumentos de comunicação da decisão aos envolvidos
 - Termo de ciência
 - POPs
 - WhatsApp (não institucionalizado)
 - E-mails
 - Processos eletrônicos
 - Reuniões
 - Telefônico
 - Verbal
 - 21. Alcance das decisões tomadas
 - Curto prazo: assistencial: atendimento direto ao paciente
 - Médio prazo: assistencial: continuidade, eficiência ou eficácia da assistência
 - Longo prazo: estrutura organizacional
 - Avaliação de resultados
 - 22. Mudanças geradas pelas decisões
 - Mudanças técnicas e operacionais
 - Adequações técnicas (intervenções farmacêuticas)
 - Ajustes de processos
 - 24. Evidências geradas após a decisão
 - Censo de pacientes internados

- ▼ 24. Evidências geradas após a decisão
 - Censo de pacientes internados
 - Checklists
 - Evolução farmacêutica
 - Fluxogramas
 - ▼ Formulários
 - Formulários de intervenções farmacêuticas
 - Manuais
 - Ofícios
 - POPs
 - Prontuários
 - Qualificação do fornecedor insumo/material/medicamento
 - Registros de processos
 - ▼ Relatórios
 - Relatórios de auditoria
 - Relatórios de consumo de antimicrobianos
 - Relatórios de manutenção
 - Relatório de medicamentos auditados (uso e quantitativo de medicamentos e pacientes que utilizaram)
 - Passagem de plantão
 - Prescrição checada
 - Ticket de controle de dispensação
 - Trabalhos técnicos-científicos
 - Triagem das prescrições
 - ▼ Indicadores gerados (produção das evidências)
 - Número de admissões
 - Antimicrobianos
 - Abastecimento
 - Compras centralizadas
 - Custo das medicações dos quimioterápicos
 - Custo dos antibióticos
 - Descarte de material
 - Dispensações erradas (oficial EBSERH)
 - Disponibilidade dos equipamentos
 - Intervenções aplicadas
 - Intervenções farmacêuticas no quimioterápicos
 - Número de pacientes atendidos
 - Prazo de entrega
 - Prescrições erradas (oficial EBSERH)
 - Sucesso de compras
 - Superabastecimento
 - Tempo de parecer técnico
 - Tempo de reparo
- ▼ 27. Registro de decisões significativas
 - Treinamentos e passagem de plantão
 - Prontuários (registro das intervenções farmacêuticas)
 - atas
- ▼ 28. Feedback sobre os efeitos das decisões
 - Feedback clínico do paciente
 - Ausência de feedback
 - Feedback corretivo
 - Feedback negativo
 - Feedback positivo
 - Feedback formal - reuniões, documentos, planilhas
- ▼ 29. Avaliação da eficácia decisória

- ▼ 29. Avaliação da eficácia decisória
 - Recebimento de feedback
 - Ausência de reclamações
 - Avaliação por indicadores
 - Instrumento de satisfação
- ▼ 30. Adoção de medidas corretivas
 - Ciclo de melhoria contínua
 - Ajustes e correções de processos
 - Notificações de reações adversas
 - Análise de erro de prescrição na triagem, dispensação e/ou no pós atendimento
 - Análise de alternativas eficazes para o abastecimento
 - Melhoria da comunicação
- ▼ 35. Impactos da EBMgt
 - Atendimento ao paciente
 - Melhoria dos resultados
- ▼ 34. Dificuldades gerais para adoção das evidências
 - Falta de processos validados
 - Limitações da gestão pública
 - Sobrecarga de trabalho
 - Limitações canais de comunicação
 - Conflito entre funções assistenciais e administrativas
 - Déficit de pessoal
 - Desarticulação das evidências (falta de compartilhamento entre setores/ unidades)
 - Dificuldades interações com equipes
 - Falhas na transmissão das informações (comunicação)
 - Falta de apoio gestão superior
 - Fatores externos à instituição
 - Falta de planejamento/compartilhamento de informações
 - Inobservâncias de documentos
 - Morosidade processual (processos de trabalho)
 - Tecnológicos

Textos destacados no Word/PDF

 **Conjuntos**

APÊNDICE D – Carta de anuência



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO
Avenida Mal. Campos, nº 1355 - Bairro Santa Cecília
Vitória-ES, CEP 29043-260
- <http://hucam-ufes.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 92/2024/GEP/HUCAM-UFES-EBSEH

Vitória, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: “USO DE EVIDÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES”, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal LORENA LIMA VIANA.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.
5. Informamos que este projeto está autorizado pela Drª Jhuli Keli Angeli, Chefe do Setor da Farmácia e por esta Gerência.
6. Caro pesquisador, a carta de anuência da instituição foi emitida. Para iniciar suas atividades da pesquisa, é necessário aguardar o Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP. Esse documento deverá ser inserido na Plataforma Rede Pesquisa para finalizar o trâmite de autorização do seu projeto no Hucam.

(assinada eletronicamente)

Glaucia Rodrigues de Abreu

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por Glaucia Rodrigues de Abreu, Gerente, em
03/12/2024, às 08:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do
[Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.](#)

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa a ser conduzida por mim, Lorena Lima Viana, inserida no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo, PPGADM/UFES, é autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo e pelo CEP da instituição coparticipante Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa científica intitulada Uso da evidência na Tomada de decisão em Organizações Hospitalares. O objetivo geral deste estudo é examinar como o uso de evidências é adotado pelos gestores de farmácias hospitalares em seus processos de tomada de decisão. O estudo justifica-se por permitir compreender como as evidências são apropriadas e adotadas pelos gestores no contexto da farmácia hospitalar, visando avanços teóricos e práticos para a gestão em saúde. A sua participação será de grande importância devido às informações que pode fornecer para responder ao objetivo do estudo.

A sua participação é voluntária e, lhe é garantida total liberdade em não participar, sem qualquer prejuízo para sua pessoa. Uma vez participando, sempre que quiser poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone e e-mail da pesquisadora do estudo e, se necessário, do Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM.

A sua atuação no estudo será apresentar o campo de atuação dos colaboradores do setor ou unidade sob sua responsabilidade, também, será conceder uma entrevista presencial ou virtual composta de aproximadamente doze (10) perguntas elaboradas por mim, a pesquisadora. A entrevista poderá ser concedida dentro do HUCAM ou em outro local com privacidade e de sua preferência, e, terá o tempo estimado de 60 minutos.

A intenção é que as entrevistas sejam gravadas em áudio e as informações fornecidas ao longo das entrevistas também sejam registradas no caderno de anotações – no caso das gravações em áudio, você terá o direito de autorizar ou não autorizar essas gravações. Durante a pesquisa também poderá haver registro de

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do participante da pesquisa _____

imagens fotográficas relacionadas ao contexto do estudo, e você terá o direito de autorizar ou não esses registros. O propósito das anotações, gravações em áudio ou das imagens fotográficas é permitir coletar com maior precisão as informações fornecidas para a análise dos dados, ilustrações do local e dos resultados ou documentação dos processos.

Eu, a pesquisadora responsável pelo estudo, garanto que os registros no caderno de anotações, os áudios, as imagens fotográficas ou quaisquer dados e informações fornecidos por você serão usados apenas para fins acadêmicos por meio da publicação de dissertação ou de artigo, apresentações ou outros tipos de divulgações científicas.

Esses registros serão guardados em sigilo e os resultados do estudo não serão vinculados ao seu nome. Lhe garanto a supressão dos nomes e a confidencialidade das falas colhidas na entrevista, bem como, te darei acesso aos registros se assim desejar, e a opção de solicitar que determinados trechos ou declarações sejam excluídos. Além disso, será garantido que apenas os membros da pesquisa terão conhecimento das anotações, dos áudios, das imagens ou outros dados e informações levantados, assegurando assim a sua privacidade como participante.

Será garantido a você que os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos conforme estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em que assegura que você como participante se manifeste de maneira autônoma, consciente, livre e informada, a qual te garante, mesmo aceitando participar do estudo, liberdade para parar de responder à entrevista caso se sinta desconfortável, independente do motivo ou até mesmo caso se sinta cansado pelo tempo da entrevista, e, ciente de que, a interrupção do estudo não trará qualquer dificuldade para as suas atividades enquanto profissional do hospital e que receberá a assistência gratuita e integral, em caso de ressarcimento e indenização. Também, será esclarecido que os benefícios do estudo serão contribuir para a literatura científica ao oferecer conhecimento teórico e prático sobre a aplicação da gestão baseada em evidências em organizações hospitalares.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato por telefone comigo, Lorena Lima Viana, Tel. (27) 99937-1157 ou encaminhar e-mail para o endereço lorena.viana@ufes.br. Em caso de denúncias ou problemas com a

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do participante da pesquisa _____

pesquisa também poderá entrar em contato com o CEP, o qual tem como função a proteção dos participantes de pesquisa, O CEP-UFES, Tel. (27) 3145-9820, e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, endereço Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória - ES | CEP 29075-910 ou entrar em contato com o CEP-HUCAM, Tel. (27) 3335-7092, e-mail cep@hucam.edu.br, endereço Av. Mal. Campos, 1355 - Santos Dumont, Vitória - ES, 29041-295.

Após esses esclarecimentos sobre o estudo, afirmo livremente meu consentimento na participação desta pesquisa preenchendo os campos abaixo.

Eu, _____

declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, que uma via deste documento ficará arquivada pela pesquisadora, que a manterá em sigilo por 5 anos.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Vitória, ____ de _____ de 2025.