

GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA À TOMADA DE DECISÃO GERENCIAL

Sany Mesquita de Carvalho Mangroo¹; Sérgio Bruno dos Santos Silva²; Maurino Bertoldo Silva³; Layza Pedrosa Braz Marinho⁴; Guilherme Francisco Mendonça⁵; Gênesis Ribeiro Leite⁶; Arthur Silva Pereira⁷

¹Mestre em Healthcare Management, MUST University. E-mail: sanymangroo@yahoo.com.br

²Pós-Graduado em Medicina do Trabalho, Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: sergiobrunod3@gmail.com

³Graduado em Psicologia, UNIVALE. E-mail: maurinobertoldo@yahoo.com.br

⁴Graduada em Biomedicina, Universidade Maurício de Nassau (Uninassau). E-mail: layzamarinho15@gmail.com

⁵Graduado em Medicina, Centro Universitário de Maringá (Unicesumar). E-mail: guilherme.mendonca@hotmail.com

⁶Tecnólogo em Radiologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Piauí (CEFET-PI). E-mail: ribeiro.genesis@gmail.com

⁷Graduado em Enfermagem, Centro Universitário de Juazeiro do Norte (Unijuazeiro). E-mail: arthur_silva@hotmail.com

RESUMO

CONSAUDE

A incorporação de evidências científicas à gestão dos serviços de saúde pode qualificar decisões, reduzir variações injustificadas de prática e orientar mudanças organizacionais, desde que exista capacidade institucional para transformar conhecimento em ação. Este estudo teve como objetivo analisar como a utilização de evidências científicas contribui para a tomada de decisão e o aprimoramento da gestão nos serviços de saúde. Realizou-se revisão integrativa, orientada pela questão: como a utilização de evidências científicas pode contribuir para a tomada de decisão e para o aprimoramento da gestão nos serviços de saúde? A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, em 18 de agosto de 2026, com descritores relacionados à gestão em saúde, serviços de saúde e prática/medicina baseada em evidências. Foram identificados 227 registros; após deduplicação, triagem e elegibilidade, 11 estudos compuseram a amostra principal. Os achados indicam que as evidências contribuem para decisões gerenciais ao estruturar critérios explícitos, apoiar políticas, orientar reorganização de processos, promover padronização assistencial e subsidiar avaliação de desempenho. Entretanto, a efetividade dessa incorporação depende de liderança, cultura organizacional, competências para busca e interpretação, mecanismos de tradução do conhecimento, disponibilidade de tempo e integração entre pesquisadores, gestores e profissionais. Conclui-se que a gestão baseada em evidências é mais efetiva quando institucionalizada como processo contínuo, contextualizado e articulado à governança dos serviços.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Medicina Baseada em Evidências; Política Informada por Evidências; Serviços de Saúde; Tomada de Decisões Gerenciais.

ABSTRACT

The incorporation of scientific evidence into health service management can improve decision-making, reduce unjustified variation in practice, and guide organizational change when institutions have the capacity to translate knowledge into action. This study aimed to analyze how the use of scientific evidence contributes to decision-making and the improvement of health service management. An integrative review was conducted, guided by the question: how can scientific evidence contribute to decision-making and management improvement in health services? The search was performed in the Virtual Health Library on August 18, 2026, using descriptors related to health management, health services, and evidence-based practice/medicine. A total of 227 records were identified; after deduplication, screening, and eligibility assessment, 11 studies comprised the main sample. The findings indicate that evidence contributes to managerial decisions by structuring explicit criteria, supporting policies, guiding process reorganization, promoting care standardization, and informing performance assessment. However, effective incorporation depends on leadership, organizational culture, skills for searching and interpreting evidence, knowledge-translation mechanisms, available time, and integration among researchers, managers, and health professionals. Evidence-based management is therefore more effective when institutionalized as a continuous, context-sensitive process integrated into service governance.

Keywords: Evidence-Based Medicine; Evidence-Informed Policy; Health Services; Health Services Administration; Management Decision-Making.

1 INTRODUÇÃO

A tomada de decisão em serviços de saúde envolve múltiplas demandas, recursos limitados e necessidade de conciliar qualidade, eficiência e necessidades da população. O uso sistemático de evidências científicas oferece base para tornar escolhas mais explícitas, verificáveis e comparáveis. A medicina baseada em evidências busca aproximar o melhor conhecimento disponível das decisões em saúde e também tem sido relacionada à eficiência e à qualidade dos serviços (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021). Em perspectiva gerencial, análises estruturadas podem orientar escolhas sobre organização, supervisão, recursos e políticas, como demonstrado por Kroeger e Hernandez (2003).

A relação entre produção científica e decisão, entretanto, não é automática. Almeida e Báscolo (2006), ao revisarem a literatura sobre uso de resultados de pesquisa na formulação e implementação de políticas, destacaram que modelos lineares de transferência do conhecimento simplificam excessivamente o processo decisório. Abordagens mais recentes atribuem maior peso ao contexto político e institucional, às

relações entre atores e à forma como o conhecimento é produzido, interpretado e negociado. Essa compreensão é especialmente relevante para a gestão em saúde, pois uma evidência metodologicamente consistente pode ter baixa repercussão prática quando não existem canais institucionais de tradução, competências para sua interpretação ou condições organizacionais para sua implementação.

Experiências brasileiras mostram que mecanismos intermediários podem aproximar evidência e decisão. A EVIPNet Brasil desenvolveu capacitações, sínteses de evidências e diálogos deliberativos com o propósito explícito de promover decisões informadas por evidências na formulação e implementação de políticas de saúde; em 2013, a rede envolveu dezenas de instituições e participantes em ações de capacitação e expansão de núcleos de evidências (Dias; Barreto; Souza, 2014). Em outro campo decisório, a análise de 281 demandas judiciais por medicamentos permitiu construir categorias baseadas em registro sanitário, diretrizes, alternativas terapêuticas e suporte científico, consideradas úteis para gestores e para o Judiciário na avaliação das solicitações (Figueiredo; Osorio-de-Castro; Pepe, 2013). Esses exemplos indicam que a contribuição da ciência para a gestão depende não apenas da existência de estudos, mas de sua conversão em critérios, instrumentos e processos decisórios utilizáveis.

A incorporação das evidências também é condicionada por fatores internos aos serviços. Em estudo qualitativo envolvendo 50 profissionais de prevenção de doenças crônicas em Austrália, Brasil, China e Estados Unidos, Budd *et al.* (2018) identificaram barreiras como falta de tempo, carga de trabalho, insuficiência de competências para desenvolver e implementar intervenções baseadas em evidências, cultura organizacional pouco favorável e escassez de pessoal; as parcerias foram descritas como facilitadoras. No Brasil, Schneider, Pereira e Ferraz (2018), ao avaliarem 112 profissionais da Estratégia Saúde da Família, observaram reconhecimento da importância da prática baseada em evidências, mas também predominância da experiência clínica, limitações de conhecimento para busca científica, elevada demanda, dificuldades com língua estrangeira e falta de apoio gerencial. Dessa forma, a qualidade da decisão não depende apenas do acesso à informação, mas da infraestrutura organizacional que permite utilizá-la.

A implementação de evidências também pode repercutir na qualidade dos processos assistenciais. Em hospital colombiano, uma diretriz para bronquiolite aumentou diagnósticos e tratamentos adequados e reduziu exames e medicamentos selecionados, sem mudança significativa nos desfechos clínicos avaliados (Henao-Villada; Sossa-Briceño; Rodríguez-Martínez, 2016). Em hospitais argentinos, Karolinski *et al.* (2009) encontraram uso limitado e variável de práticas respaldadas por evidências. Cruz-Cuevas *et al.* (2023) também observaram baixa e heterogênea adesão a recomendações para doenças crônicas em Bogotá, mostrando que recomendações disponíveis não garantem incorporação à prática.

A questão central, portanto, não se restringe a saber se há evidências disponíveis, mas como elas são selecionadas, traduzidas, institucionalizadas e utilizadas na governança dos serviços. A produção científica pode apoiar decisões sobre políticas, tecnologias, fluxos, protocolos, qualidade e organização do trabalho, mas sua contribuição é mediada por liderança, capacidade técnica, cultura institucional, disponibilidade de recursos e adequação ao contexto. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a utilização de evidências na gestão e na tomada de decisão em serviços de saúde, identificando suas principais contribuições, os mecanismos de incorporação ao processo gerencial e as barreiras que limitam sua aplicação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida para reunir, organizar e sintetizar evidências relacionadas à utilização do conhecimento científico na gestão de serviços de saúde. A revisão foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: como a utilização de evidências científicas pode contribuir para a tomada de decisão e para o aprimoramento da gestão nos serviços de saúde? O tema central foi delimitado como a utilização de evidências científicas na gestão e na tomada de decisão em serviços de saúde.

A busca foi realizada em agosto de 2026 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores e termos relacionados a gestão em saúde, administração de serviços, serviços de saúde e prática/medicina baseada em evidências. A estratégia

empregada foi: ("Gestão em Saúde" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Serviços de Saúde") AND ("Prática Baseada em Evidências" OR "Medicina Baseada em Evidências"). O conjunto recuperado continha registros provenientes de diferentes fontes indexadas na BVS, com predominância de LILACS e MEDLINE. Entre os estudos efetivamente utilizados na síntese principal e no apoio à discussão, foram identificadas as bases MEDLINE, LILACS, BDS e BIMENA.

Não foi aplicado recorte temporal inicial. Foram considerados registros em português, inglês e espanhol. Para a amostra principal, incluíram-se artigos de periódico com relação direta com a questão de pesquisa e informações suficientes, no título, resumo e metadados, para identificar objetivo, abordagem, contexto e achados sobre decisão, gestão, implementação, reorganização de serviços ou melhoria de processos. Excluíram-se documentos não classificados como artigos, duplicatas, publicações sem aderência temática, registros sem informação suficiente e estudos restritos a aspectos clínicos sem conexão identificável com gestão ou implementação.

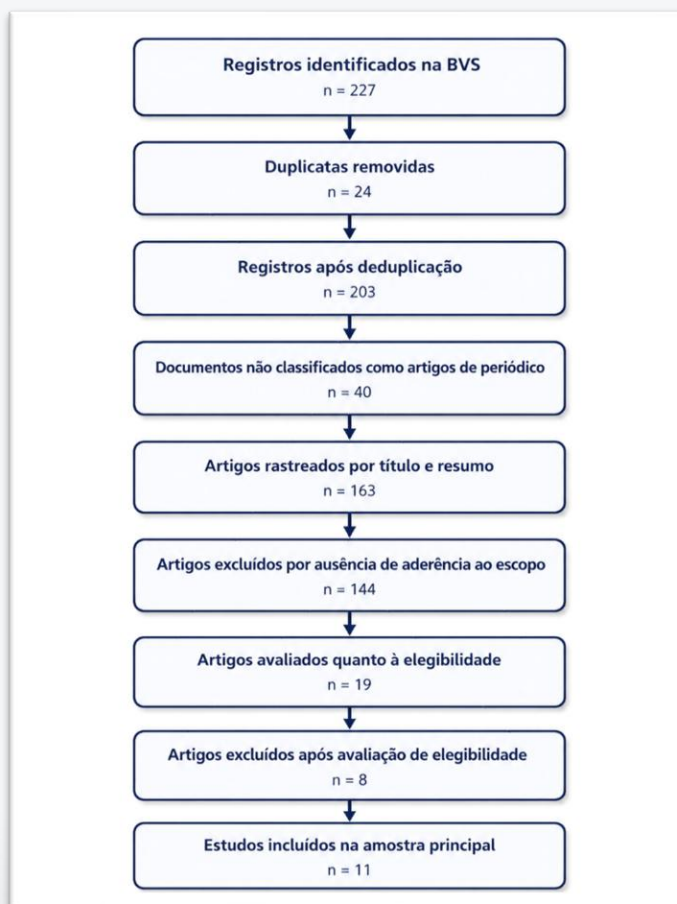
Inicialmente foram identificados 227 registros. A de duplicação por título normalizado removeu 24 ocorrências repetidas, permanecendo 203 registros únicos. Antes do rastreio temático, 40 documentos não classificados como artigos de periódico foram excluídos, resultando em 163 artigos submetidos à leitura de títulos e resumos. Nessa etapa, 144 foram excluídos por ausência de aderência suficiente à questão de pesquisa ou por não fornecerem elementos relevantes sobre uso de evidências em decisões, gestão ou implementação. Dezenove artigos foram considerados tematicamente elegíveis. Destes, 11 responderam diretamente à questão de pesquisa e constituíram a amostra principal.

A extração de dados da amostra principal foi organizada em matriz contendo autor e ano, base de dados, país ou contexto, tipo de estudo, objetivo, população ou material analisado, principais resultados, limitações identificáveis a partir das informações disponíveis e contribuição para a revisão. A análise crítica considerou a clareza do objetivo, a coerência entre o desenho descrito e os resultados apresentados, a pertinência dos achados para a questão de pesquisa e os limites explicitados nos resumos.

A síntese foi conduzida de forma descritiva e crítica. Os achados foram agrupados por proximidade conceitual em três eixos: a) evidências como suporte a decisões gerenciais e políticas; b) condições organizacionais, liderança e capacidade de implementação; e c) evidências como instrumento para padronização, qualidade e reorganização dos processos assistenciais. Um quarto eixo integrativo foi utilizado para discutir a passagem da produção científica à institucionalização do conhecimento. O fluxo de seleção foi representado em modelo adaptado do PRISMA, preservando os números efetivamente obtidos nas etapas de identificação, deduplicação, rastreo e composição da amostra.

2.1 Fluxograma de seleção dos estudos

Figura 1 – Fluxograma adaptado de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 11 estudos da amostra principal foram publicados entre 2003 e 2023 e abrangeram contextos da América Latina, África, Caribe, América do Norte, Ásia e Oceania. Cinco registros da amostra principal estavam indexados em MEDLINE, cinco em LILACS e um em BDS. Os delineamentos incluíram análise de serviços, estudos documentais, relato de caso, estudo descritivo com dados secundários, investigação quase-experimental, estudo antes/depois, análise de experiência de gestão, pesquisa qualitativa e estudo transversal. Em conjunto, os estudos examinaram diferentes pontos da cadeia que conecta produção científica e decisão: geração de informação sobre desempenho, sínteses e redes de tradução, critérios para decisões complexas, liderança, capacidade institucional, cultura organizacional, implantação de diretrizes e monitoramento da adesão a recomendações.

3.1 Caracterização dos estudos incluídos

O quadro 1 sintetiza as características dos 11 estudos que responderam diretamente à questão de pesquisa e compuseram a amostra principal. Os dados apresentados foram limitados às informações explicitadas nos títulos, resumos e metadados bibliográficos disponíveis.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na amostra principal

Autor/Ano	Base	País/Contexto	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra/População	Principais resultados	Limitações	Contribuição para a revisão
Kroeger; Hernandez (2003)	MEDLINE	México	Multimétodos	Comparar provedores para apoiar política	Inquéritos, entrevistas, grupos focais e documentos	Supervisão, comunicação e análise conjunta associadas a melhor desempenho	Não informada	Análise de serviços apoia decisão gerencial
Figueiredo <i>et al.</i> (2013)	LILACS	Brasil	Documental	Analisar demandas judiciais por medicamentos	281 ações judiciais	Seis categorias; evidência útil para decisões fora das listas públicas	Não informada	Crítérios explícitos para decisão complexa
Dias <i>et al.</i> (2014)	LILACS	Brasil	Relato de caso	Descrever ações da EVIPNet	34 instituições; 193 participantes	Capacitação, sínteses e diálogo apoiam políticas informadas	Descritivo	Infraestrutura de tradução do conhecimento
Angulo-Tuesta <i>et al.</i> (2016)	LILACS	Brasil	Descritivo	Avaliar impacto de pesquisa	128 projetos	Produção e formação avançaram; impacto decisório foi modesto	Dados secundários	Mostra lacuna pesquisa-decisão
Edwards <i>et al.</i> (2016)	MEDLINE	4 países	Quase-experimental	Avaliar hubs de liderança	Distritos/instituições ; 12 hubs	Resultados mistos; sustentabilidade requer integração formal	Controle ausente na África do Sul	Liderança e governança importam
Henao-Villada <i>et al.</i> (2016)	MEDLINE	Colômbia	Antes/depois	Avaliar diretriz para bronquiolite	662 pré; 703 pós	Melhor processo; redução de exames/medicações; sem efeito clínico	Sem grupo controle	Padronização modifica processos
Fonseca <i>et al.</i> (2017)	BDS	Angola	Experiência	Examinar gestão da APS em cooperação	Projeto ProForsa 2011-2014	Formação e evidências associadas a transformação do serviço	Experiência	Evidência contextualizada na APS
Budd <i>et al.</i> (2018)	MEDLINE	4 países	Qualitativo	Explorar fatores contextuais	50 profissionais	Tempo, carga, expertise, cultura e pessoal foram barreiras; parcerias facilitaram	N=50	Condições organizacionais modulam uso

Autor/Ano	Base	País/Contexto	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra/População	Principais resultados	Limitações	Contribuição para a revisão
Schneider <i>et al.</i> (2018)	LILACS	Brasil	Quantitativo	Analisar PBE na ESF	112 profissionais	Dificuldades de busca, demanda, idioma e apoio gerencial	Um município	Competência e apoio da gestão são necessários
Uzuelli <i>et al.</i> (2019)	MEDLINE	Brasil	Relato	Descrever reforma hospitalar	Rede pública do DF	Reorganização, integração, planejamento e gestão do conhecimento	Sem comparador	Evidência em macro-organização
Cruz-Cuevas <i>et al.</i> (2023)	LILACS	Colômbia	Transversal	Medir adesão a diretrizes	177 médicos; 3.747 prontuários	Adesão global 42% e alta variação	Transversal	Necessidade de monitoramento e implementação

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3.2 Evidências como suporte a decisões gerenciais e políticas

Os estudos convergem ao mostrar que a evidência científica se torna gerencialmente relevante quando é transformada em informação estruturada para uma decisão concreta. Kroeger e Hernandez (2003) combinaram inquéritos domiciliares, avaliações de satisfação, entrevistas, grupos focais e análise documental para comparar dois provedores de saúde destinados a populações pobres no México. A investigação apontou diferenças de desempenho e relacionou melhores resultados organizacionais a elementos como supervisão, comunicação regular, análise conjunta de dados e monitoramento populacional. A contribuição central para a gestão está na demonstração de que a análise sistemática dos serviços permite identificar componentes organizacionais associados a eficiência e efetividade, produzindo base empírica para decisões sobre desenho e funcionamento do sistema.

No Brasil, Figueiredo, Osorio-de-Castro e Pepe (2013) aplicaram critérios de evidência a um problema de elevada complexidade decisória: as demandas judiciais por medicamentos. A avaliação de 281 processos considerou indicação terapêutica, presença em listas públicas, registro sanitário, conformidade com diretrizes, alternativas disponíveis e suporte por evidência científica. A organização das demandas em seis categorias ofereceu uma estrutura explícita para orientar gestores e atores do sistema de justiça. O estudo ilustra uma função importante da gestão baseada em evidências: tornar os critérios de decisão transparentes e reproduzíveis, especialmente quando há pressão por incorporação de tecnologias ou financiamento de intervenções fora das rotinas estabelecidas.

A experiência da EVIPNet Brasil evidencia outro mecanismo: a criação de infraestrutura de tradução do conhecimento. Dias, Barreto e Souza (2014) descreveram ações de capacitação, produção de sínteses de evidências e diálogo deliberativo voltadas

à formulação e implementação de políticas. O valor gerencial dessas estratégias reside em organizar a interface entre produção científica e decisão, reduzindo a distância entre pesquisadores, técnicos e gestores. Essa interpretação é consistente com Almeida e Báscolo (2006), para quem a utilização de resultados de pesquisa não ocorre como transferência linear de um produto científico acabado; ela é influenciada pelo processo político, pelas instituições e pelas interações entre atores. Assim, sínteses, núcleos de evidências e espaços deliberativos funcionam como mecanismos institucionais que tornam o conhecimento mais acessível ao processo decisório.

O estudo de Angulo-Tuesta, Santos e Natalizi (2016) reforça que produzir pesquisa não garante repercussão proporcional sobre decisões. Ao avaliar 128 projetos financiados sobre mortalidade e morbidade maternas no Brasil, os autores observaram avanços em produção científica e formação de recursos humanos, mas impacto modesto na dimensão de informação à tomada de decisão. A predominância de documentos institucionais e normas entre as citações dos documentos da Rede Cegonha e a presença limitada dos projetos financiados evidenciaram uma lacuna entre investimento em pesquisa e incorporação ao ciclo de políticas. Para a gestão, esse achado sugere a necessidade de planejar desde a produção do conhecimento estratégias de disseminação, síntese, interlocução e utilização dos resultados.

3.3 Condições organizacionais, liderança e capacidade de implementação

A segunda categoria mostra que a principal barreira não é necessariamente a ausência de evidência, mas a capacidade de incorporá-la à rotina institucional. Budd *et al.* (2018), em entrevistas com 50 profissionais de prevenção de doenças crônicas de quatro países, identificaram poucos usos de repositórios de intervenções baseadas em evidências no local de trabalho. Periódicos científicos foram citados como canal frequente de acesso, enquanto pares profissionais eram percebidos como fonte particularmente útil. Entre as barreiras apareceram falta de tempo, sobrecarga, insuficiência de expertise, cultura organizacional pouco favorável e carência de pessoal; parcerias foram apontadas como facilitadoras. Esses elementos revelam que a decisão baseada em evidências exige capacidade organizacional, não apenas acesso bibliográfico.

Resultado semelhante foi observado por Schneider, Pereira e Ferraz (2018) na Atenção Primária brasileira. Embora 112 profissionais considerassem a prática baseada em evidências fundamental, o uso cotidiano permanecia mais centrado na experiência clínica, e os participantes relataram dificuldades para buscar evidências, alta demanda assistencial, barreiras linguísticas e falta de apoio da gestão. A implicação é direta: serviços que desejam institucionalizar decisões baseadas em evidências precisam prever tempo protegido, educação permanente, acesso a bases, apoio técnico e liderança que legitime o uso do conhecimento científico como parte do trabalho, e não como atividade adicional desconectada das responsabilidades assistenciais.

A liderança, por sua vez, pode criar condições para mudança, mas não substitui a institucionalização. Edwards *et al.* (2016) avaliaram hubs de liderança voltados à incorporação de práticas de enfermagem informadas por evidências em quatro países. Foram observadas melhorias em alguns indicadores de práticas, políticas do trabalho e garantia da qualidade, além de aumento da capacidade percebida pelos participantes dos hubs; contudo, os resultados foram mistos e a análise multivariada em parte dos países não confirmou efeitos consistentes. Os autores concluíram que os hubs precisariam estar integrados às autoridades distritais e a estruturas formais para ganhar sustentabilidade. Portanto, iniciativas de liderança tendem a ser mais efetivas quando possuem mandato, recursos e vínculo com a governança institucional.

Estudos complementares reforçam que implementação depende de condições institucionais. Hoagwood *et al.* (2006) destacaram liderança, adequação ao contexto, atenção aos processos de implementação, sustentabilidade e articulação com stakeholders. Murray *et al.* (2006) apontaram influência das características do sistema e do local. Fajardo Flores e Alger (2019) descrevem a pesquisa de implementação como campo voltado a transportar conhecimento efetivo para cenários reais e enfrentar barreiras que impedem intervenções sustentadas por evidências de alcançar escala.

Na experiência de cooperação analisada por Fonseca, Figueiredo e Porto (2017), a gestão da Atenção Primária foi tratada como espaço em que decisões cotidianas deveriam ultrapassar o senso comum e ser reforçadas por evidências científicas contextualizadas. O programa de formação descrito no projeto Angola-Brasil-Japão foi

associado à possibilidade de transformar aspectos gerenciais, clínicos e estruturais dos centros de saúde. O estudo reforça a importância de combinar formação, contexto local e reflexão sobre os processos de trabalho, evitando tratar a evidência como recomendação abstrata desconectada das condições concretas do serviço.

3.4 Padronização, qualidade e reorganização dos processos assistenciais

A terceira categoria reúne estudos em que a evidência é incorporada a protocolos, monitoramento e reorganização de processos. Henao-Villada, Sossa-Briceño e Rodríguez-Martínez (2016) compararam 662 casos antes e 703 após a implantação de uma diretriz para bronquiolite em hospital de Bogotá. Após a intervenção, aumentou a proporção de diagnóstico e tratamento adequados e diminuíram diversos exames e medicamentos considerados desnecessários, embora não tenha sido demonstrada melhora significativa nos desfechos clínicos avaliados. O resultado é relevante para a gestão porque mostra que evidência e padronização podem modificar comportamento profissional e uso de recursos mesmo quando o efeito sobre desfechos finais não é imediatamente detectável. Dessa forma, indicadores de processo e de resultado devem ser monitorados conjuntamente.

Cruz-Cuevas *et al.* (2023) evidenciaram o problema inverso: a presença de diretrizes sem adesão adequada. Em sete instituições de Bogotá, 177 médicos e 3.747 prontuários foram avaliados em relação a recomendações para doenças crônicas; a adesão global foi de 42%, com grande variação entre doenças e recomendações. A baixa adesão sinaliza que a publicação de recomendações, isoladamente, não garante mudança de prática. Karolinski *et al.* (2009) encontraram padrão semelhante em nove hospitais públicos argentinos, com utilização limitada e variável de práticas maternas e perinatais baseadas em evidências. Esses achados sustentam a necessidade de sistemas de implementação e auditoria capazes de identificar onde ocorre a ruptura entre recomendação e prática.

A qualidade das próprias ferramentas de evidência também interfere na decisão. Pantoja *et al.* (2012), ao avaliarem 60 diretrizes clínicas chilenas com o instrumento AGREE, encontraram melhor desempenho no domínio de escopo e propósito e pontuação particularmente baixa em aplicabilidade. Isso indica que uma recomendação pode ter

objetivo claro e ainda assim apresentar limitações para operacionalização nos serviços. Para o gestor, avaliar a qualidade metodológica e a aplicabilidade de diretrizes é parte da decisão baseada em evidências, porque evita transformar documentos normativos em regras automáticas sem análise de viabilidade, recursos, contexto e mecanismos de implementação.

Estratégias simples de apoio à decisão também podem gerar ganhos. A revisão Cochrane de Pantoja *et al.* (2019), com 63 estudos, concluiu que lembretes manuais em papel provavelmente produzem pequenos a moderados aumentos em indicadores de adesão profissional quando usados isoladamente, embora permaneça incerteza sobre desfechos dos pacientes e sobre o benefício adicional em combinação com outras estratégias. O achado orienta escolhas gerenciais de implementação e reforça a necessidade de avaliar resultados locais.

No nível organizacional, Uzuelli *et al.* (2019) descreveram reforma da atenção hospitalar no Distrito Federal orientada por gestão baseada em evidências e instrumentos regulatórios. A reorganização de serviços de emergência, atenção ambulatorial secundária, regulação e estrutura organizacional foi associada à integração entre profissionais, redesenho do modelo assistencial, planejamento e gestão do conhecimento. Embora o relato não permita isolar efeitos causais, ele demonstra que a evidência pode atuar como referência para decisões de macro-organização do serviço, articulando regras, processos e estruturas em vez de permanecer restrita à decisão clínica individual.

3.5 Da produção científica à institucionalização do conhecimento

A síntese indica quatro vias complementares pelas quais a evidência contribui para a gestão: produzir informação confiável sobre desempenho; transformar conhecimento em critérios de decisão; criar condições organizacionais para implementação; e monitorar os efeitos das mudanças. Sem diagnóstico, tradução, capacidade institucional e avaliação, a recomendação científica tende a perder força no processo decisório.

Gestão baseada em evidências não significa substituir julgamento gerencial por resultados de pesquisas. Almeida e Báscolo (2006) destacam a natureza política e institucional da decisão, enquanto Budd *et al.* (2018) e Schneider, Pereira e Ferraz (2018) mostram que contexto, recursos e cultura organizacional moldam o uso do conhecimento.

A evidência deve integrar decisões que também consideram viabilidade, capacidade instalada e necessidades da população, tornando o fundamento científico da escolha explícito e passível de revisão.

Os estudos permitem delinear um ciclo de melhoria: identificar o problema com dados locais, formular a questão, buscar e avaliar evidências, adaptá-las ao contexto, implementar com liderança e apoio, monitorar processos e resultados e revisar a decisão. Conforme Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho (2021), a medicina baseada em evidências busca melhorar eficiência e qualidade; aplicada à gestão, essa lógica favorece aprendizado organizacional contínuo, em vez de decisões isoladas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a utilização de evidências científicas contribui para a tomada de decisão e para o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde quando o conhecimento é convertido em informação aplicável a problemas concretos de organização, qualidade, incorporação de tecnologias, padronização de práticas e formulação de políticas. Os estudos analisados mostram contribuições em diferentes níveis: análises de serviços podem revelar fatores associados a melhor desempenho; critérios baseados em evidências podem aumentar a transparência de decisões complexas; redes de tradução do conhecimento podem aproximar pesquisa e políticas; diretrizes e estratégias de implementação podem modificar processos assistenciais; e reformas organizacionais podem utilizar evidências como referência para redesenhar fluxos e estruturas.

Entretanto, disponibilidade de pesquisa não é sinônimo de utilização. Tempo, carga de trabalho, competência para busca e interpretação, cultura organizacional, apoio gerencial e sustentabilidade institucional condicionam a incorporação das evidências. Assim, a gestão baseada em evidências requer governança que integre liderança, capacitação, tradução do conhecimento, participação de diferentes atores e monitoramento contínuo dos resultados.

Como limitação, a análise baseou-se nas informações bibliográficas e nos resumos disponibilizados, sem acesso ao texto integral de todos os artigos, o que impediu avaliação metodológica formal e análise aprofundada de risco de viés. Recomenda-se institucionalizar apoio à síntese de evidências, capacitação, adaptação contextual,

auditoria e feedback. Pesquisas futuras devem comparar modelos de governança e implementação e seus efeitos sobre eficiência, qualidade, equidade e resultados assistenciais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia; BÁSCOLO, Ernesto. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad Saude Publica*, v. 22 Suppl, p. S7-19; discussion S20-33, 2006.

ANGULO-TUESTA, Antonia; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; NATALIZI, Daniel Alves. Impact of health research on advances in knowledge, research capacity-building and evidence-informed policies: a case study on maternal mortality and morbidity in Brazil. *São Paulo med. j.*, v. 134, n. 2, p. 153-162, 2016. DOI: 10.1590/1516-3180.2015.01530211.

BUDD, Elizabeth L. *et al.* A qualitative exploration of contextual factors that influence dissemination and implementation of evidence-based chronic disease prevention across four countries. *BMC Health Serv Res*, v. 18, n. 1, p. 233, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3054-5.

CRUZ-CUEVAS, José David *et al.* Adherence to evidence-based recommendations for chronic noncommunicable diseases: a multicenter cross-sectional study of Bogotá physicians. *MedUNAB*, v. 26, n. 2, p. 213-250, 2023. DOI: 10.29375/01237047.4802.

DIAS, Raphael Igor; BARRETO, Jorge Otávio Maia; SOUZA, Nathan Mendes. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev. panam. salud pública*, v. 36, n. 1, p. 50-56, 2014. DOI: 10.1590/S1020-49892014000600008.

EDWARDS, Nancy *et al.* The impact of leadership hubs on the uptake of evidence-informed nursing practices and workplace policies for HIV care: a quasi-experimental study in Jamaica, Kenya, Uganda and South Africa. *Implement Sci*, v. 11, n. 1, p. 110, 2016. DOI: 10.1186/s13012-016-0478-3.

FAJARDO FLORES, Carlos José; ALGER, Jackeline. Investigación de la implementación: características y oportunidades para su práctica. *Rev. méd. hondur*, v. 87, n. 2, p. 85-89, 2019.

FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antonio de; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Evidence-based medicine: a brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021. DOI: 10.1590/S0104-59702021000100004.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; PEPE, Vera Lúcia Edais. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad. saúde pública*, v. 29, supl. 1, p. s159-s166, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013001500014.

FONSECA, Luiz Eduardo; FIGUEIREDO, Maria Cristina Botelho de; PORTO, Celina Santos Boga Marques. Gestão da Atenção Primária: desafio para a cooperação internacional em saúde. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*, v. 22, n. 7, p. 2287-2294, 2017.

HENAO-VILLADA, Ricardo; SOSSA-BRICEÑO, Monica P.; RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, Carlos E. Impact of the implementation of an evidence-based guideline on diagnostic testing, management, and clinical outcomes for infants with bronchiolitis. *Ther Adv Respir Dis*, v. 10, n. 5, p. 425-34, 2016. DOI: 10.1177/1753465816662159.

HOAGWOOD, Kimberly E. *et al.* Implementation of evidence-based practices for children in four countries: a project of the World Psychiatric Association. *Braz J Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 59-66, 2006.

KAROLINSKI, Ariel *et al.* Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *Int J Gynaecol Obstet*, v. 105, n. 2, p. 118-22, 2009. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.01.003.

KROEGER, Axel; HERNANDEZ, Juan Manuel. Health services analysis as a tool for evidence-based policy decisions: the case of the Ministry of Health and Social Security in Mexico. *Trop Med Int Health*, v. 8, n. 12, p. 1157-64, 2003.

MURRAY, Laura K. *et al.* An examination of cross-cultural systems implementing evidence-based assessment and intervention approaches. *Braz J Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 76-9, 2006.

PANTOJA, Tomas *et al.* Manually-generated reminders delivered on paper: effects on professional practice and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 12, p. CD001174, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD001174.pub4.

PANTOJA, Tomás *et al.* Guías de Práctica Clínica en el Régimen de Garantías en Salud: una evaluación crítica de su calidad. *Rev. méd. Chile*, v. 140, n. 11, 2012. DOI: 10.4067/S0034-98872012001100003.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811804.

UZUELLI, Fernando Henrique de Paula *et al.* Remodeling hospital care - an account of experiences in the Federal District of Brazil. *Cien Saude Colet*, v. 24, n. 6, p. 2147-2154, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08612019.