

Área temática: **Administração geral**

Título do trabalho: **Informação e Processo de Tomada de Decisão: Uma Abordagem da Racionalidade nas Prescrições Médicas**

AUTORES

RAFAEL MENDES LUBECK

SENAC-RS

rafalubeck@yahoo.com.br

WAGNER JUNIOR LADEIRA

Universidade Federal do Rio Grando do Sul

wjladeiea@ea.ufrgs.br

JACIANE CRISTINA COSTA

Universidade Federal do Rio Grando do Sul

jccosta@ea.ufrgs.br

Resumo

O estudo da tomada de decisão não é algo novo no campo administrativo. Porém, nas últimas décadas a compreensão do comportamento humano no ato da decisão tornou-se fundamental, devido o aumento de informações disponíveis. Desse modo, faz-se necessário analisar o processo de decisão e as informações que o constroem. Dentro deste contexto, o estudo descreve e analisa o processo de tomada de decisões nas prescrições feitas por médicos, tendo como finalidade expor de maneira clara, como estes organizam o processo decisório. Para isto, em uma amostra de duzentos e nove médicos, foi construída uma segmentação, baseada em três *clusters*. Nestes agrupamentos foram feitas análises comparativas das tomadas de decisão e das informações que as fundamentam. As bases conceituais para analisar o processo decisório na prescrição médica foram desenvolvidas a partir das abordagens de Simon (1965), Mintzberg et al. (1976) e Howard (1988).

Abstract

The study of the decision taking something new in the administrative field is not. However, in the last decades the understanding of the human behavior in the act of the decision became basic, due the increase of available information. In this way, one becomes necessary to analyze the process of decision and the information that construct it. Inside of this context, the study it describes and it analyzes the process of taking of decisions in the lapsings made for doctors, having as purpose to display in clear way, as these organize the power to decide process. For this, in a sample of two hundred and nine doctors, a segmentation based on three clusters was constructed. In these cluster comparative analyses of the taking of decision and the information had been made that base them. The conceptual bases to analyze the power to decide process in the medical lapsing had been developed from the boardings of Simon (1965), Mintzberg et al. (1976) and Howard (1988).

Palavras-chave: tomada de decisão, informações, prescrição médica

Key-words: taking of decision, information and medical lapsing

1. Introdução

A crescente sofisticação da gestão do risco, a compreensão das variações do comportamento humano e o avanço tecnológico cresceram no último século, respaldado por melhorias nos processos cognitivos que levam ao aumento das estratégias baseadas no processo decisório (FANG, 2006).

Diante da imperfeição do processo decisório, as teorias sobre este tema sempre buscaram um jeito de atingir resultados que, se não são ideais, fossem ao menos aceitáveis (BUCHANAN e O'CONNELL, 2006).

O entendimento do processo decisório é um tema relevante nos estudos organizacionais (MILLER et. al, 2004). No entanto, este não é um estudo novo no campo administrativo (HOWARD, 1988). Os estudos que analisam o processo de tomada de decisão ultrapassam centenas de anos do pensamento prático e filosófico sobre as incertezas da decisão (HOWARD, 1988).

Os modelos de tomada de decisão mais comuns utilizados no meio acadêmico e empresarial são desenvolvidos com a finalidade de resolver problemas da forma mais rápida e racional. Dentro deste contexto, o presente artigo pretendeu analisar o processo de decisão e as informações que o constroem.

O estudo descreve e analisa o processo de tomada de decisão na prescrição feitas por médicos, no estado do Rio Grande do Sul, tendo como finalidade expor de maneira clara, como estes organizam o processo decisório. Para isto, em uma amostra de duzentos e nove médicos, foi construída uma segmentação, baseado em três *clusters*, sendo feita uma análise das tomadas de decisão e as informações que as fundamentam.

As bases conceituais para analisar o processo decisório na prescrição médica foram desenvolvidas a partir das abordagens de Simon (1965), Mintzberg et. al (1976) e Howard (1988).

2. Referencial Teórico

O processo decisório individual aparentemente é uma questão importante no campo da administração (FANG, 2006). Os procedimentos para formular, extrair e avaliar o problema da decisão pode ser visualizado como um dos centrais na área administrativa. A tentativa de formular estratégias ajuda a encontrar alternativas criativas para o ato da decisão (HOWARD, 1988).

Os estudos da análise de decisão foram originados a centenas de anos atrás no pensamento filosófico (HOWARD, 1988) e embora estes não tenham evoluído, nunca saíram do centro dos debates organizacionais (MILLER et. al, 2004).

Dentro da análise de decisão alguns conceitos são fundamentais entre eles: informação e raciocínio.

A informação pode ser entendida como o que se sabe sobre determinada situação (CAMPOMAR e IKEDA, 2006). Já o raciocínio pode ser visualizado como a combinação de vários fatores, onde se pode dizer que os principais são: inteligência, experiência e conhecimento técnico sobre a situação que requer a decisão (CAMPOMAR e IKEDA, 2006; KOTTEMANN e REMUS, 1989).

Muitas das vezes, as pessoas baseiam suas escolhas em várias alternativas. A regra do processo-decisório é relativamente incerta e conflitante com o seu contexto. A necessidade da escolha nas opções cria conflitos para o próprio tomador de decisão (LIN e WANG, 2007).

A tomada de decisão é um processo composto de fases que levam a identificação de soluções, avaliação de alternativas de ação e implementação de um plano preferido (NUTT, 1993).

Segundo estudos de Mintzberg *et. al* (1976) muitas decisões individuais podem ser programadas, mesmo que na realidade pareçam não programadas.

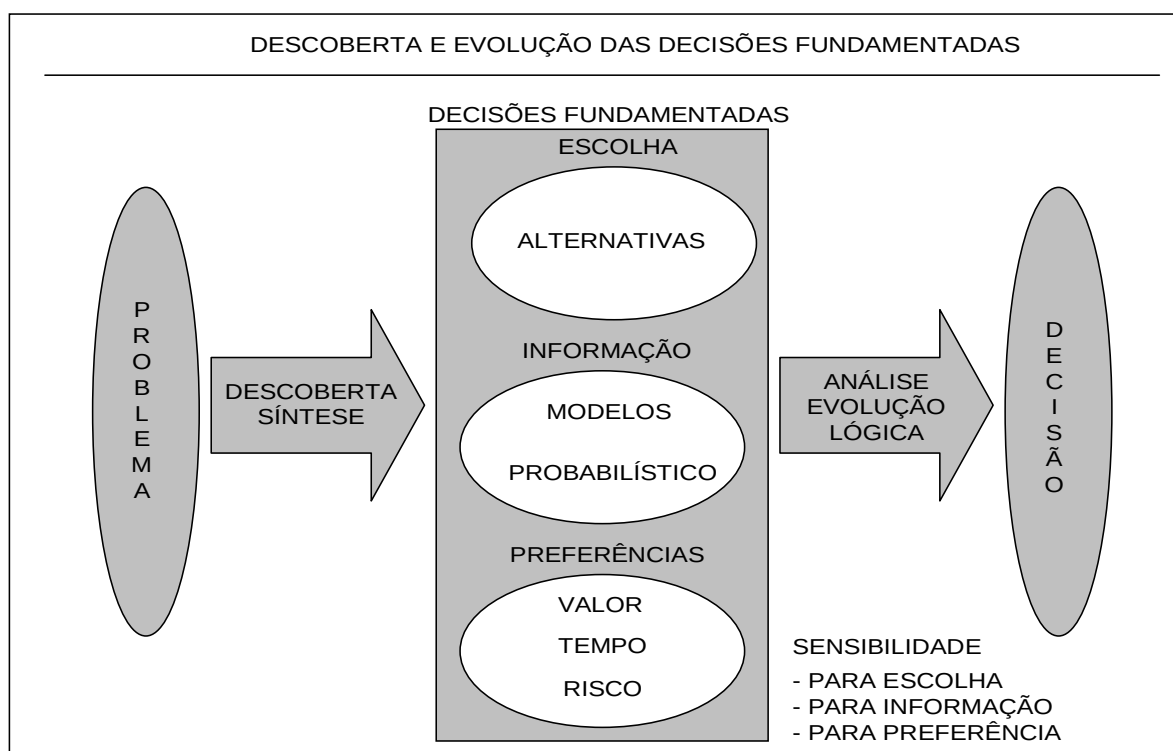
Em sua forma mais básica, o modelo racional de escolha segue a suposição cotidiana que comportamento humano tem algum propósito (EISENHARDT e ZBARACKI, 1992).

A racionalidade na tomada de decisão é uma questão central (MILLER *et. al*, 2004). As opções de escolha em uma tomada de decisão podem ser reflexo de um ato racional, mesmo esta sendo pautada em interesses próprios.

O processo decisório racional só pode ser considerado se os meios forem escolhidos corretamente para atingir as finalidades adequadas. As conseqüências reais que sucedem determinada escolha dependem do grau de racionalidade e objetividade (SIMON, 1965).

Para Simon (1965, p. 63), “a racionalidade ocupa-se da seleção de alternativas de comportamento preferidas de acordo com algum sistema de valores que permite avaliar as conseqüências desse comportamento”.

A tomada de decisão, conforme Howard (1988) pode ser fundamentada em um modelo que leva em conta o problema e a decisão (vide figura 01). As decisões fundamentadas são segmentadas nas etapas: escolha, informação e preferências.



Fonte: Howard (1988).

A função do conhecimento no processo decisório, tem por objetivo determinar antecipadamente as conseqüências das estratégias alternativas (SIMON, 1965). O modelo de Howard (1988) tem a intenção de oferecer uma síntese do processo de decisão.

De acordo com este modelo, atores entram em situações de decisão com objetivos conhecidos. Estes objetivos determinam o valor das possíveis conseqüências de uma ação (LOVALLO e KAHNEMAN, 2003).

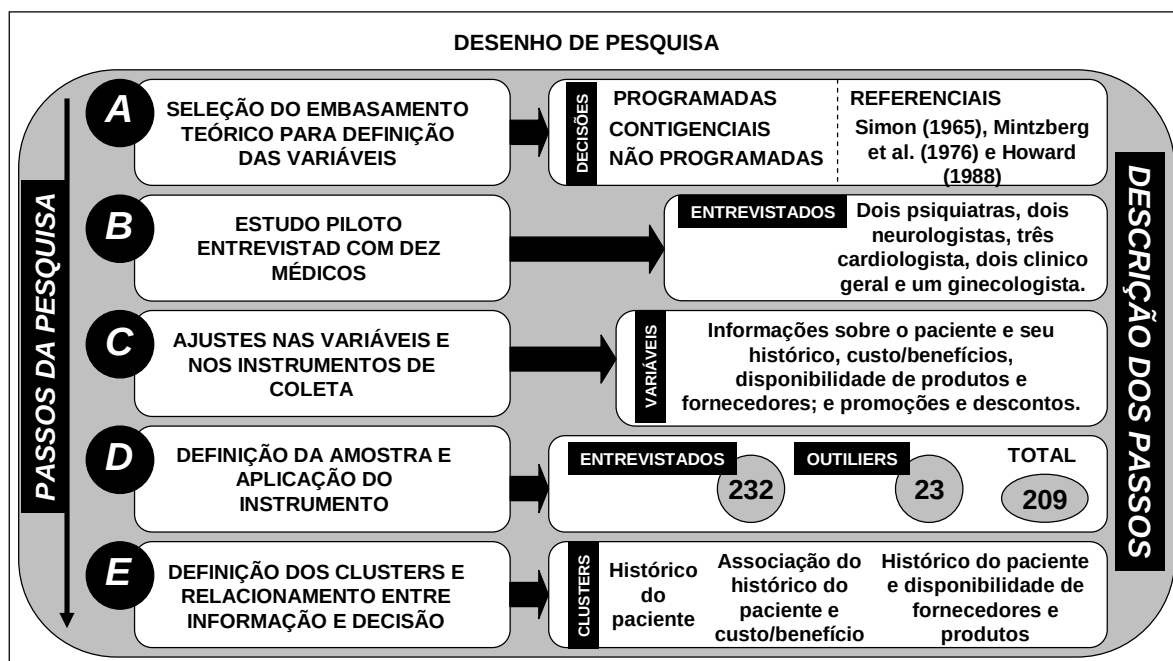
A avaliação das alternativas durante a tomada de decisão é investigada para descobrir as táticas que o tomador usou e como estas táticas influenciam a complexidade da resposta (NUTT, 1998).

A geração de alternativas pode ser entendida como uma das etapas mais complicadas do processo decisório. Para se almejar um resultado satisfatório na tomada de decisão é imprescindível um bom conjunto de alternativas (ADELMA et. al, 1995).

As informações para a tomada de decisão não se encontram de forma clara e precisa na tomada de decisão. Estas aparecem dispersas e mal estruturadas, dificultando o uso somente de critérios racionais (MINTZBERG et. al, 1976).

3. Métodos

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto deste artigo foi desenvolvida uma sistemática que esta representada no desenho de pesquisa, que tem cinco passos básicos.



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

a) Seleção do embasamento teórico para definição das variáveis.

Para definição das variáveis de análise foram pesquisados livros e artigos que analisavam a interação entre informações e processos decisórios. Dentro desta etapa foram selecionados três autores centrais: Simon (1965), Mintzberg et al. (1976) e Howard (1988).

Nesta etapa o modelo de descoberta e evolução das decisões fundamentadas de Howard (1988) foi redefinido dentro dos conceitos de decisões programadas e não-programadas de Mintzberg et al. (1976).

Mintzberg et al. (1976), em seu estudo sobre comportamentos gerenciais, constatou que os gerentes não aparentam utilizar uma abordagem totalmente racional nas suas tomadas de decisão. Ao contrário, os gerentes fazem julgamentos baseados em alguns sentimentos.

Decisões programadas são aquelas repetitivas e rotineiras, não sendo necessárias tratá-las novamente cada vez que elas acontecerem (SIMON, 1965).

As decisões não-programadas, definidas por Simon (1965), de decisões desestruturadas, são aquelas que no início do processo decisório tem-se pouco conhecimento da situação de decisão, qual o caminho a ser seguido, e as possíveis soluções. Este tipo de decisão envolve acontecimentos inesperados, levando um período maior de tempo até que se chegue à escolha final (MINTZBERG et al., 1976).

De acordo com a abordagem contingencial, o significado da incerteza origina-se na percepção de que quanto maior a incerteza na tomada de decisão, mais informações são processadas. Decisões contingenciais são aquelas que demonstram situações diferentes, baseadas em grau amplo de incerteza.

b) Estudo piloto – entrevista com dez médicos

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas com médicos com o objetivo de promover um maior conhecimento, por parte do pesquisador, do contexto da pesquisa e também para verificar junto aos médicos a aplicabilidade das variáveis selecionadas para o estudo. A realização dessa etapa contribuiu com informações para a elaboração do instrumento de coleta de dados (questionário).

No total foram dez médicos entrevistados, mais especificamente dois psiquiatras, dois neurologistas, três cardiologistas, dois clínicos gerais e um ginecologista.

c) Ajuste nas variáveis e nos instrumentos de coleta

O objetivo desta etapa foi apurar a aplicabilidade das variáveis levantadas e apurar a existência de variáveis não identificadas. Nesta fase os resultados da segunda etapa foram utilizados para ajustar as variáveis e o instrumento.

O grupo de variáveis ficou estabelecido com os seguintes itens: informações sobre o paciente e seu histórico, custo/benefícios, disponibilidade de produtos e fornecedores; e promoções e descontos. No total foram formuladas trinta e duas perguntas a serem repassadas a próxima amostra.

d) Definição da amostra e aplicação do instrumento

Para se construir uma pesquisa quantitativa a definição da amostra é um fator importante (DOWING e CLARK, 2000). Para Mendenhall (1998), amostra é um subconjunto selecionado da população. Uma população seria um conjunto que representaria todas as dimensões de interesse da pesquisa.

A amostra foi selecionada com um total de 232 médicos no estado do Rio Grande do Sul, sendo que foram utilizados 209 para a segmentação dos *clusters*; 23 foram considerados *outliers* (entrevistados que não se encaixaram nos três *clusters* formados).

No total foram questionados, 40 psiquiatras (17,2%), 34 neurologistas (14,7%), 32 ginecologistas (13,8%), 18 dermatologistas (7,8%), 47 cardiologistas (20,3%), 12 otorrinos (5,2%), 4 proctologistas (1,7%), 2 oncologistas (0,9%), 7 cirurgiões vasculares (3,0%), 4 pneumologistas (1,7%) e 2 urologistas (0,9%).

e) Definição dos *clusters* e relacionamento entre informação e decisão

Definido e aplicado os questionários a amostra foi segmentada em agrupamentos de acordo com análise de *cluster*, realizada no programa *SPSS for Windows* 14.0. Estes agrupamentos demonstram as informações centrais para a tomada de decisão. Os agrupamentos e o relacionamento entre informação e decisão serão detalhados no item 4.

A análise de *cluster* pode ser usada para reduzir a população de uma amostra em específico, menores grupos. Se pudermos entender as atitudes de uma população identificando os principais grupos dessa população, então reduzimos os dados de toda população em perfis de um número de grupo (HAIR et al., 1998).

De acordo com Hair et al. (1998), a análise de cluster é uma técnica multivariada que agrupa indivíduos ou objetos em grupos de maneira em que os objetos de um mesmo grupo são mais similares entre si do que em outros grupos. O seu objetivo central tem por base a maximização da homogeneidade dos objetos dentro de cada agrupamento e ao mesmo tempo maximizar a heterogeneidade entre os agrupamentos.

4. Resultados

A análise de cluster gerou três agrupamentos que são explicados a seguir. Oportunamente esta análise forneceu as informações necessárias para o entendimento do processo decisório nas prescrições médicas.

a) Cluster 1 - Histórico do paciente

Este *cluster* é formado pela opinião de quarenta e cinco entrevistados e traz como principal característica a tomada de decisão centrada no histórico do paciente. A denominação dada a este *cluster* é histórico do paciente.

Como alternativa para as escolhas nas decisões fundamentadas pelo agrupamento observa-se que a prioridade envolve características do produto, com poucas opções de fornecedores envolvidos. Demonstrando que a alternativa foco para a decisão é o histórico do paciente e outras variáveis que interfere neste, como alergias e, principalmente, efeitos colaterais. Essas escolhas de alternativas são responsáveis pelas decisões programadas.

Apesar do número de fornecedores influenciar nas escolhas, este vem condicionado diretamente ao histórico do paciente, ou seja, o médico deste *cluster* só prescreve uma variedade de fornecedores, tão somente, se estiver ligado diretamente ao tratamento do paciente.

Como alternativas secundárias nota-se características dos produtos associados ao custo/benefício. Estas são as escolhas que originam as decisões contingenciais. Como não habituais surgem à facilidade para encontrar o produto e disponibilidades de outros produtos similares, que são as que originam as decisões não programadas.

Observa-se na pesquisa que muitas das decisões são programadas. Este conceito foi cunhado por Simon (1965) e declara que as decisões programadas são repetitivas e rotineiras, não sendo necessárias tratá-las novamente cada vez que elas acontecerem. No caso do *cluster* 1, para os entrevistados, muitas prescrições são similares, já que os pacientes trazem os mesmos sintomas, fazendo com que o processo decisório, seja pautado por número semelhante de informações e escolhas, caracterizando assim decisões programadas.

No entanto, ocorrem decisões contingenciais, que demonstra situações diferentes. Neste tipo de decisão a tomada de decisão é acompanhada pela incerteza, sendo necessários utilizar as informações primárias.

No que tange as informações necessárias para a tomada de decisão, estas se assemelham às alternativas da escolha, focando no histórico do paciente, seguida de informações como o desenvolvimento de novos produtos e marcas; serviços oferecidos pelos fornecedores e custo/benefício dos medicamentos.



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

Informações não programadas nas decisões deste agrupamento são caracterizadas pela existência de produtos alternativos (como genéricos); disponibilidade de medicamento na secretária de saúde; tempo do produto no mercado; linguagem simples dos produtos e explicações na bula.

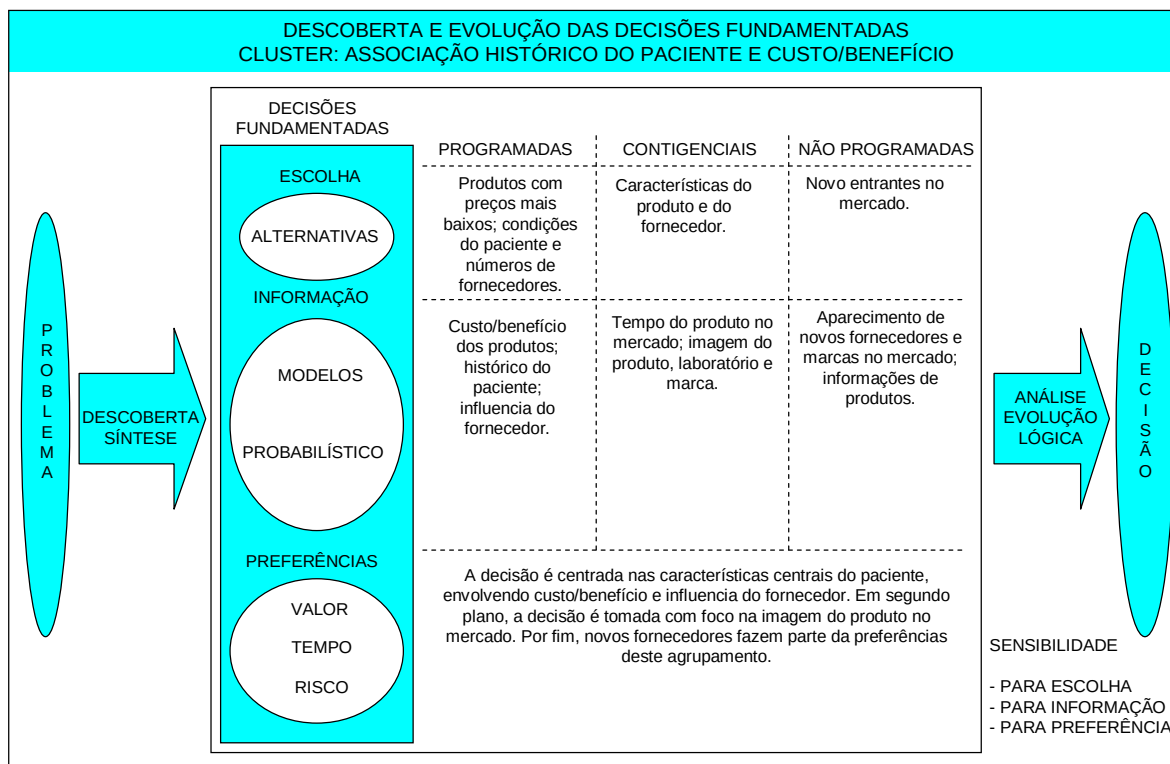
As preferências na decisão deste agrupamento não sofrem interferência do número de produtos e fornecedores no mercado. A decisão é tomada com base nos pacientes e nos seus sintomas. Nenhuma outra preferência teve fator crítico. Em segundo plano surgem aspectos como custo/benefício e desenvolvimento de novos produtos, como fatores de influenciam a decisão. Por fim, aparece a diversidade de produtos e sua disponibilidade para atender os pacientes.

b) Cluster 2 – Associação do histórico do paciente e custo/benefício

Este *cluster* é formado pela opinião de noventa e oito entrevistados e traz como principal característica a tomada de decisão centrada no histórico do paciente e no custo/benefícios da prescrição. A denominação dada a este *cluster* é associação histórico do paciente e custo/benefício.

As alternativas que influenciam no processo decisório deste *cluster* estão voltadas para produtos com preços mais baixos, histórico do paciente e influencia direta do fornecedor. O número de fornecedores esta associada ao custo baixo dos produtos, ou seja, a escolha deste agrupamento esta associado ao baixo custo ofertado pelos fornecedores de produtos.

Em um segundo momento aparece características dos produtos e o número de fornecedores, seguidos das alternativas não habituais como novos entrantes no mercado.



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

As informações centrais que alimentam o processo decisório relacionam-se com o custo/benefício do produto prescrito pelos entrevistados. Estas são consideradas as informações que geram o processo decisório programado.

As informações contingências referem-se diretamente as alternativas de características do produto e do fornecedor, que são: tempo do produto no mercado, imagem do produto, laboratório e marca. As informações não habituais são os surgimentos de novos fornecedores/marcas no mercado e informações de produtos.

Semelhante às informações a tomada de decisão tem como preferências as características centrais do paciente, envolvendo custo/benefício e influência do fornecedor. Em segundo plano, a decisão é tomada com foco na imagem do produto no mercado. Por fim, novos fornecedores fazem parte das preferências deste agrupamento.

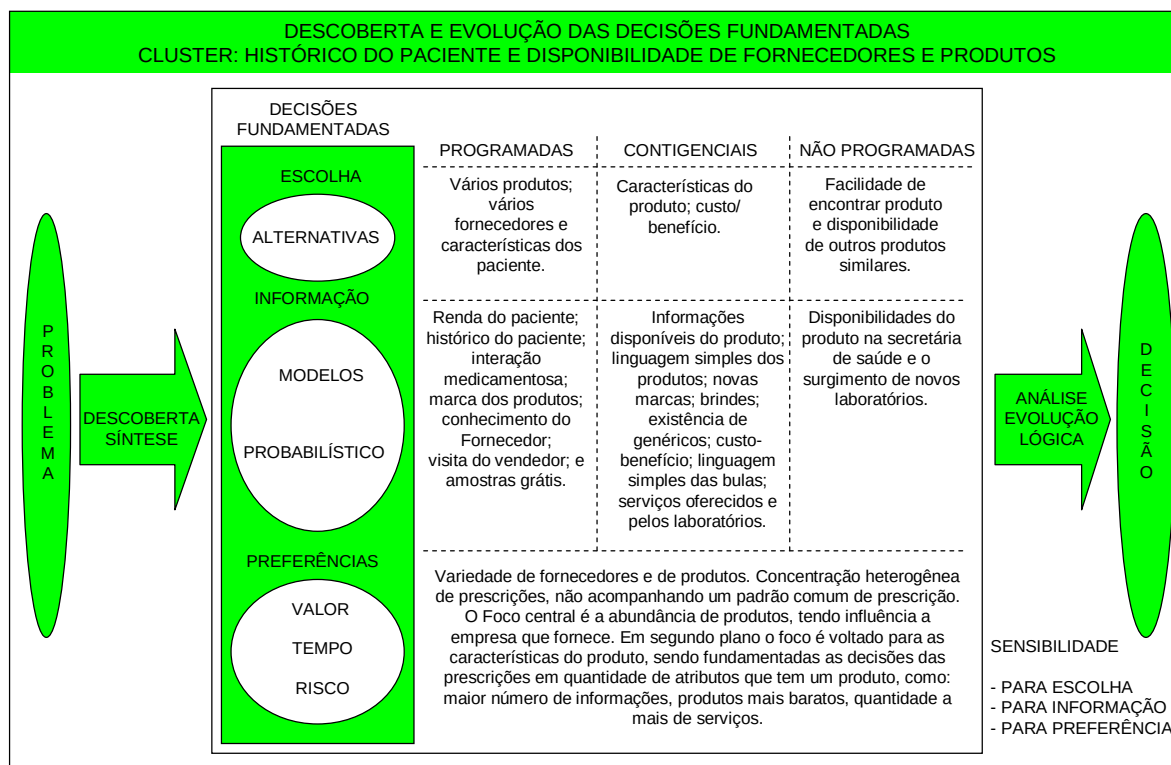
Simon (1965) entende que em situações que prevalece a incerteza e envolve abordagens cognitivas, seria levada em conta a racionalidade do processo, além da racionalidade das ações escolhidas. Este processo ocorre no momento em que os entrevistados demonstram que a decisão é composta de um conjunto de alternativas.

Neste cluster, é possível notar que o processo de decisão racional sofre uma influência maior de um número de variáveis de informação. Para os entrevistados, esse conjunto de informação pode ser enumerado cronologicamente, segundo as seguintes prioridades: características centrais do paciente, custo/benefício, fornecedores e imagem de mercado.

c) *Cluster 3* - Histórico do paciente e disponibilidade de fornecedores e produtos

Este *cluster* é formado pela opinião de sessenta e seis entrevistados e traz como principal característica a tomada de decisão centrada no histórico do paciente, com a disponibilidade de fornecedores e produtos. A denominação dada a este *cluster* é histórico do paciente e disponibilidade de fornecedores e produtos.

As alternativas de escolha deste agrupamento levam em consideração a disponibilidades de produtos e fornecedores existentes no mercado e o histórico do paciente. Em segundo plano encontram-se as características dos produtos e custo/benefício. Como alternativas não habituais são encontradas a facilidade de encontrar produtos e disponibilidades de produtos similares no mercado.



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

As informações programadas necessárias para a tomada de decisão envolvem características como: renda do paciente, interação medicamentosa, marcas dos produtos, conhecimento do fornecedor, visita do vendedor e amostras grátis.

Como informações contingenciais este agrupamento prioriza linguagem simples dos produtos, novas marcas, brindes, existência de genéricos, linguagem simples das bulas, serviços oferecidos pelos laboratórios. Como não programadas às informações referenciadas foram disponibilidade do produto na secretária de saúde e o surgimento de novos laboratórios.

As preferências deste agrupamento enfocam diretamente variedade de fornecedores e de produtos. O Foco central é a abundância de produtos, tendo influência à empresa que fornece. Em segundo plano o foco é voltado para as características do produto, sendo fundamentadas as decisões das prescrições em quantidade de atributos que tem um produto, como: maior número de informações, produtos mais baratos e quantidade a mais de serviços.

O consenso como uma atividade central de alguns processos decisórios, não é visto no caso dos entrevistados deste cluster. Observa-se que o ato de decisão neste caso é isolado e não ocorre na prática consulta previa a outras pessoas sobre o que deve se prescrever.

Os entrevistados procuram utilizar regras práticas quando se encontram em situações de decisão, principalmente se essa possuir um grau elevado de incerteza. Como March e Simon (1963) argumentam em alguns modelos comportamentais prescritos não há uma busca pela maximização de ganhos, mas sim, por elementos de satisfação dentro de uma racionalidade limitada.

4.1 Informações e racionalidade no processo decisório dos *clusters*

Na primeira etapa da pesquisa buscou-se o entendimento do conceito informação em um conjunto de dez médicos entrevistados. A intenção central era observar como os entrevistados definiam, obtinham e usavam as informações no seu processo decisório.

As informações foram definidas, de acordo com os respondentes, como um agrupamento de dados que possuem significados e utilidades, dentro de um contexto específico.

Os entrevistados diferiram os termos conhecimento e informação na tomada de decisão. O conhecimento é a combinação de estudos teóricos com a vivência prática dos médicos.

Foi relatado pelos entrevistados que os médicos que usam a informação de maneira adequada e aperfeiçoa continuamente seus conhecimentos tem uma tendência maior em ter uma tomada de decisão coerente.

Para os entrevistados, a transformação de dados em informações é algo complexo, pois requer uma abordagem subjetiva do tomador de decisão. Desse modo, dificilmente as informações podem ser mensuradas, o que afeta diretamente a qualidade do aperfeiçoamento das decisões.

A informação torna-se para estes *clusters* o ponto central para a tomada de decisão, não existindo para os entrevistados a relação dos processos de adivinhação através da intuição e do ato decisório. De acordo com Wfu e Tamu (2006), “nem o oposto de racionalidade, nem um processo aleatório de adivinhação, a intuição corresponde a pensamentos, conclusões ou escolhas produzidas inteiramente, ou em parte, por meio de processos mentais subscientes”.

A racionalidade dentro do processo decisório racional só pode ser considerada se os meios forem escolhidos corretamente para atingir as finalidades adequadas. As suas consequências reais dependem diretamente da escolha e do grau de racionalidade e objetividade (SIMON, 1965).

Simon (1965) argumenta que a racionalidade ocupa-se da escolha de alternativas de comportamento preferidas de acordo com algum sistema de valores que permite avaliar as consequências desse comportamento. No caso dos entrevistados as informações assumem categorias importantes. E dentro dos três *clusters* foram encontradas distribuídas da seguinte maneira (vide tabela).

Informações que fundamentam a decisão dos clusters			
Informações sobre o paciente e seu histórico			
Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Histórico do paciente.
			Suspeita de alergias.
			Efeitos colaterais citados em bulas.
			Experiência da medicação de outros médicos.
Informações sobre o custo/benefício			
Cluster 2	Cluster 3	O preço da medicação.	
		A renda do paciente.	
		Existência de medicamento genérico.	
		Medicação disponível na secretária da saúde.	
Informações sobre disponibilidade de produtos e fornecedores			
Cluster 3		O tempo do produto no mercado.	
		Interação medicamentosa.	
		Desenvolvimento de um novo produto.	
		A imagem do produto.	

	Produtos com explicações detalhadas na bula.
	Informações disponíveis na internet.
	Informações disponibilizadas pelos vendedores.
	Linguagem simples dos produtos.
	Marca do medicamento.
	Conhecimento sobre o laboratório.
	Novas marcas.
	Novos laboratórios.
Informações sobre promoções e descontos	
Outliers	Amostras grátis do produto.
	Brindes dos produtos.
	Serviços oferecidos pelos laboratórios.
	Visita do representante.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

O conjunto de decisões que determinam o comportamento a ser exigido em determinado período de tempo é chamado de estratégia (SIMON, 1963). Sempre que se seleciona determinada estratégia, deve-se ficar atento às conseqüências que ocorrerão.

O objetivo da decisão racional consiste em selecionar entre várias estratégias aquela que é composta por um conjunto preferido de conseqüências. Estas estratégias são formadas através de informações. Porém, há informações que não fornecem subsídios para essas estratégias. Observa-se que a categoria *outliers*, refere-se às informações que não são utilizadas pelos médicos entrevistados para prescreverem, no caso informações sobre produtos e descontos.

5. Considerações Finais

A tentativa de entender o processo pela qual se dá o ato da decisão tem por objetivo determinar antecipadamente a melhor escolha com relação às alternativas a serem adotadas.

Nota-se que o ato da decisão relaciona-se diretamente com o tempo, com a disponibilidade e a capacidade humana de processar informações. O número excessivo de informações existentes no mundo faz com que as decisões se tornem mais complicadas. O modelo racional permite entender decisões do ponto de vista das informações e das opções de escolha.

Esta pesquisa permite observar como a experiência dos entrevistados está inserida no processo decisório e, como, as informações disponíveis interferem diretamente no ato da prescrição médica.

A realidade empírica desta pesquisa demonstrou que o comportamento na tomada de decisão transita entre o campo da racionalidade e da contingência, podendo ser associados em poucos casos a eventos não habituais.

Pode-se perceber que a possibilidade de erro, na opinião dos entrevistados, é muito maior que a de acerto quando se leva em conta as alternativas e informações não habituais. Por isso, para muito dos entrevistados é muito difícil tomar decisões, sem observar as fontes programadas.

De acordo com os entrevistados, para diminuir a probabilidade de tomada de decisões equivocadas, deve-se procurar melhorar as informações e assim, observar as alternativas.

Quanto à experiência na hora da tomada de decisão, a maioria em especial, relata que é preciso precaução. Muitos entrevistados destacaram que a experiência é importante, mais tem que saber como utilizá-la. Esta não pode ser a principal fonte de informações.

Os entrevistados declaram dois pontos interessantes na fase de construção do instrumento de coleta de dados:

- **A decisão envolve relativamente muitos recursos:** O ato da tomada de decisão ocupa-se centralmente da descoberta e seleção de alternativas satisfatórias. Este está relacionado à quantidade de informação e escolhas possíveis. Toda ato decisório envolve risco e incertezas. Quanto maior o número de informações maior o grau de risco e incerteza no processo de decisão.

- **Esperar o resultado para aprender é impraticável:** Ao se tomar a decisão um fator que deve ser fundamental são os conhecimentos técnicos que o médico adquire durante a sua formação. Estes devem ser atualizados de acordo com as novidades e tendências, pois o conhecimento técnico é o mais fácil de ser melhorado, na opinião dos entrevistados.

Pela sua própria característica exploratória, este estudo apresenta limitações, pois foi construído a partir de um conjunto de informações, obtidas em um processo que envolve atos comportamentais dos entrevistados.

O processo decisório é normalmente descrito como cognitivo, mas nem sempre este pode ser definido como um mecanismo lógico, onde há um encadeamento racional, onde a avaliação das alternativas é feita através da reflexão dos tomadores de decisão. No entanto, esta pesquisa procurou contribuir com os estudos que contemplam a tomada de decisão.

Referencial Bibliográfico

ADELMAN, Leonard, GUALTIERI, James e STANFORD, Suzane. *Examining the effect of causal focus on the option generation process: an experiment using protocol analysis*. Organizational behavior and human decision processes. V. 61, p. 54-66, 1995.

BUCHANAN, Leigh e O'CONNELL, Andrew. *Uma breve história da tomada de decisão*. Harvard Business Review, Jan, 2006. p. 20- 29.

CAMPOMAR, Marcos Cortez e IKEDA, Ana Akemi. *Tomada de Decisão e Planejamento de Marketing*. 30º Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. Anais...Salvador-BA, 2006.

DOWNING, D. e J. CLARK. *Estatística aplicada*. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.

EISENHARDT, Kathleen M.; ZBARACKI, Mark J. *Strategic decision making*. Strategic Management Journal. V. 13, 1992, p. 17-37.

FANG, Miao-Ling. *Evaluating Ethical Decision – Making of individual employees in organizations – an integration framework*. Journal of American Academy of Business, Vol. 8, N. 2, 2006. p. 105-113.

HAIR JR, J.F.; R.E. ANDERSON; R.L. TATHAM e W.C. BLACK. *Multivariate Data Analysis*. 5ª ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.

HOWARD, Ronald A. *Decision analysis: practice and promise*. Management Science. V. 34, n 6, 1988. p. 679-695.

LIN, Chien-Huang e WANG, Li-Huei. *The influence of need-for-uniqueness on loss aversion and framing effect*. Journal of American Academy of Business, Vol. 10, N. 2, 2007. p. 138-143.

KOTTEMANN, Jeffrey E. e REMUS, William E. *A study of the relationship between decision model naturalness and performance*. MIS Quarterly. Vol. 13, N. 2, Jun, 1989. p. 171-181.

LOVALLO, Dan; KAHNEMAN, Daniel. *Delusions of success: how optimism undermines executive's decisions*. Harvard Business Review. Vol. 81, n 7, 2003. p. 56-63.

MENDENHALL, W. *Estatística para Administradores*. México: Grupo Editorial Iberoamérica, 1990.

MILLER, Susan J.; HICKSON, David J. e WILSON, David C. *A tomada de decisão nas organizações*. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia e NORD, Walter R. *Handbook de Estudos Organizacionais – Ação e Análise Organizacionais – Volume 3*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 282 – 310.

MINTZBERG, Henry; RAISINGHANI, Duru e THÉORÊT, Andre. *The structure of “unstructured” decision processes*. *Administrative Science Quarterly*. v. 21, 1976, p. 246-275.

NUTT, Paul C. *How decision makers evaluate alternatives and the influence of complexity*. *Management Science*, vol. 44, nº 8, 1998. p. 1148 – 1165.

_____. *The identification of solution ideas during organizational decision making*. *Management Science*, vol. 39, nº 9, 1993. p. 1071 – 1085.

SIMON, Herbert. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro: Usaid, 1965.