

Uso da evidência qualitativa para informar decisões no Brasil e na região da América Latina¹

Using qualitative evidence to inform decisions in Brazil and the Latin American region

Jorge Barreto^{II}, Simon Lewin^{III}

Resumo

O interesse em como fortalecer o uso de evidências de pesquisa em processos de tomada de decisão teve um rápido crescimento em muitos cenários. A formulação de políticas informadas por evidências tornou-se amplamente institucionalizada no setor da saúde e também vem sendo implementada em muitas outras áreas de política social. A evidência qualitativa – dados empíricos extraídos de pesquisa que utiliza métodos qualitativos de coleta e análise de dados – pode desempenhar um papel crítico na formulação de políticas informadas por evidências porque esse tipo de evidência pode capturar as opiniões e as experiências daqueles afetados por uma intervenção ou opção. A evidência qualitativa também tem o potencial de humanizar os processos de tomada de decisão, e pode ajudar a garantir que as intervenções e as opções selecionadas para abordar problemas de saúde e sociais sejam bem aceitas pelos atores, viáveis de serem implementadas e não piores iniquidades ou acesso a direitos. Este artigo discute acerca da evidência qualitativa e como pode ser usada para informar decisões, especialmente no contexto brasileiro. Apresentamos diversos estudos de caso que mostram como a evidência qualitativa pode informar o desenvolvimento de políticas para questões-chave dos sistemas de saúde. Então, discutimos sobre o que precisa ser feito no Brasil e na região para fortalecer o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Abstract

Interest in how to strengthen the use of research evidence in decision-making processes has grown rapidly in many settings. Evidence informed policy making has now become widely institutionalised within the health sector and is also being implemented within many other areas of social policy. Qualitative evidence – empirical data drawn from research that uses qualitative methods of data collection and analysis – can play a critical role in evidence informed policy making because such evidence can capture the views and experiences of those affected by an intervention or option. Qualitative evidence also has the potential to humanise decision making processes, and can help ensure that the interventions or options selected to address health and social concerns are acceptable to stakeholders, feasible to implement and do not worsen inequities or access to rights. This paper discusses qualitative evidence and how it can be used to inform decisions, especially in the Brazilian context. We present several case studies showing how qualitative evidence can inform policy development for key health systems questions. We then discuss what needs to be done in Brazil and the region to strengthen the use of qualitative evidence in decision making.

¹ Tradução do original em inglês: Kássia Fernandes de Carvalho

^{II} Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br e jorgeomaia@hotmail.com), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília, Brasil.

^{III} Simon Lewin (simonarnold.lewin@fhi.no), Centre for Informed Health Choices and Division of Health Services, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Noruega; Health Systems Research Unit, South African Medical Research Council, Cidade do Cabo, África do Sul; Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Noruega.

Introdução

Em muitos cenários, vemos o rápido crescimento do interesse em como fortalecer o uso de evidências de pesquisa em processos de tomada de decisão. Uma ampla variedade de iniciativas nessa área tem sido implementada atualmente,^{1,2} envolvendo formuladores de políticas e outros atores nos âmbitos internacional, nacional e subnacional. Essas iniciativas são acompanhadas pelo crescimento do número de publicações sobre a tradução do conhecimento.^{1,3,4} A abordagem do uso de evidências de pesquisa, amplamente conhecida como “formulação de políticas informadas por evidências”, é baseada em processos e plataformas de tradução do conhecimento que promovem o uso de métodos sistemáticos e transparentes e também adotam uma comunicação efetiva, abordagens participativas, e o uso de evidências globais e locais para informar decisões.⁵

A formulação de políticas informadas por evidências talvez tenha sido institucionalizada de forma mais ampla no setor da saúde. Entretanto, a abordagem vem sendo gradualmente adotada em outras áreas de política social, com base no aprendizado obtido durante anos no setor da saúde, e ajudando a expandir a visão do uso mais amplo da evidência para informar processos de formulação de políticas para o sistema social e outros sistemas.⁶⁻⁸

Implementar a formulação de políticas informadas por evidências é um desafio significativo porque o processo de contextualização e adaptação das evidências para intervenções e opções precisa levar em consideração as opiniões, as experiências e os interesses dos atores. Colocar tais abordagens participativas em prática em sistemas de atenção à saúde e assistência social é complexo em razão da variedade de potenciais atores, da necessidade de articular vários

interesses diferentes, da necessidade de uma mediação qualificada e do tempo demandado. Temos sugerido que a evidência qualitativa pode desempenhar um papel crítico na formulação de políticas informadas por evidências porque essa evidência pode capturar as opiniões e as experiências daqueles afetados por uma intervenção ou opção. Tal evidência pode complementar as opiniões dos atores que participam diretamente nos processos de política e pode auxiliar a responder a questões – como a aceitação e a viabilidade de intervenções – que são geralmente pouco abordadas em estudos quantitativos comparativos, utilizados para avaliar os efeitos de intervenções clínicas ou de políticas.⁹⁻¹¹

A evidência qualitativa, então, tem o potencial de humanizar os processos de decisão e ajudar a garantir que as intervenções e as opções selecionadas para abordar problemas de saúde e sociais sejam bem aceitas pelos atores, viáveis de serem implementadas e não piorem iniquidades ou acesso a direitos. Entretanto, esse tipo de evidência ainda não é sistematicamente utilizado em processos de política na maioria dos cenários. O conhecimento da existência dessa lacuna tem levado diversos grupos de pesquisa a desenvolver métodos para apoiar um uso mais amplo da evidência qualitativa na tomada de decisão.¹²⁻¹⁶ Muitos grupos também estão intensificando esforços no sentido de construir um ambiente que seja aberto ao uso dessa evidência para informar decisão para diferentes questões de política.

Neste artigo, introduzimos o conceito de “evidência qualitativa” e discutimos como ela pode ser usada para informar decisões no Brasil. Para tanto, apresentamos diversos estudos de caso que mostram como a evidência qualitativa pode ser usada para informar o desenvolvimento de políticas para questões-chave dos sistemas de saúde. Então, discutimos o que precisa ser

feito pelos atores no Brasil e na região para fortalecer o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Formulação de políticas de saúde informadas por evidências no Brasil

Nos últimos anos, a institucionalização de processos sistemáticos e transparentes para o desenvolvimento de diretrizes de prática clínica cresceu no Brasil, especialmente na gestão de novas tecnologias em saúde pelo Ministério da Saúde.¹⁷⁻¹⁸ Atualmente, o Ministério da Saúde usa a abordagem GRADE para orientar o desenvolvimento de novas diretrizes relacionadas à priorização de tecnologias em saúde e outros processos de cuidados complexos, como o parto normal e o manejo de doenças crônicas.¹⁸⁻¹⁹

Paralelamente, a questão sobre como implementar diretrizes de prática clínica informadas por evidências vem recebendo uma atenção crescente no Brasil. Há um interesse particular nas barreiras e nos facilitadores para a implementação, como a acessibilidade das recomendações das diretrizes; a facilidade para sua aplicação; em que medida existe propriedade de uma diretriz pelos provedores de cuidados em saúde e outros atores; e o ambiente organizacional, incluindo a extensão do apoio institucional e os recursos humanos.

No Brasil, nós, assim como outros grupos, estamos envolvidos em várias iniciativas recentes a fim de construir capacidade para adotar uma abordagem sistemática e transparente que inclua a evidência qualitativa como subsídio para a tomada de decisão. Essas atividades incluem o treinamento em métodos de síntese de evidências qualitativas e na implementação da abordagem GRADE-CERQual para avaliar o grau de confiança a depositar na evidência proveniente de revisões de pesquisa qualitativa.²⁰ Também

estamos traduzindo e disseminando materiais-chave necessários para o fortalecimento da capacidade (ver os exemplos)^{21,22}. Embora as opiniões dos atores sobre o valor da evidência qualitativa para informar processos de tomada de decisão sejam ainda muito variadas no país, há um crescente interesse institucional e acadêmico nos princípios e métodos para incorporar esse tipo de evidência. Consideramos que isso demonstra uma demanda para o fortalecimento da capacidade e o compartilhamento de experiências nessa área.

O que é evidência qualitativa?

A pesquisa qualitativa objetiva descrever o mundo social e explorar as percepções e as experiências das pessoas sobre o mundo social. Isso inclui as percepções e as experiências das pessoas sobre saúde e doença, serviços de cuidados em saúde e de assistência social, instituições, o ambiente construído e outros aspectos do mundo social. A pesquisa qualitativa também visa explicar e interpretar o mundo social pelo desenvolvimento de hipóteses, teorias e modelos.² Os métodos de coleta de dados que a pesquisa qualitativa primária comumente utiliza são discussões de grupos focais, entrevistas individuais, observações e análise de documentos. Estudos qualitativos usam um grande número de diferentes abordagens de análise de dados, mas muitas envolvem a análise de texto (como transcrição de entrevista e documentos) para identificar os principais temas ou categorias.

A evidência qualitativa trata de dados empíricos extraídos de pesquisa que utiliza métodos qualitativos de coleta e análise de dados. A evidência qualitativa inclui evidências que emergem de estudos qualitativos primários individuais assim como evidências dos achados de sínteses de evidências qualitativas (às vezes chamadas

de revisões sistemáticas de estudos qualitativos primários – uma forma de pesquisa secundária). As opiniões individuais e outros tipos similares de informações anedóticas não são, em si, consideradas evidências qualitativas, pois não são embasadas na coleta e análise sistemática de dados, o que é uma parte integral de um processo de revisão. Dados quantitativos que são expressos em palavras também não são considerados evidências qualitativas. Assim como com outros tipos de evidência, há ferramentas disponíveis para avaliar as limitações metodológicas e a confiabilidade das evidências qualitativas. Essas avaliações são frequentemente parte da preparação desse tipo de evidência para uso em tomada de decisão – por exemplo, a abordagem GRADE-CERQual pode ser utilizada para avaliar o grau de confiança a depositar em achados provenientes de sínteses de evidências qualitativas.^{14,20}

Em alguns cenários, as evidências de sínteses de evidências qualitativas servem agora como subsídios em processos de tomada de decisão, junto com evidências sobre os efeitos de diferentes intervenções ou opções e evidências sobre o uso de recursos ou custos.¹⁰ Por exemplo, a evidência qualitativa vem sendo utilizada para desenvolver diretrizes clínicas e orientações para os sistemas de saúde.^{12,13,15} A evidência qualitativa também vem sendo cada vez mais utilizada em ferramentas de apoio à decisão, tais como as abordagens GRADE que traduzem evidências em decisões,^{15,24,25} os resumos de evidências para formulação de políticas²⁶ e as avaliações de tecnologias em saúde (ATS).^{27,28} Como temos observado,^{11,15} para a evidência qualitativa informar a tomada de decisão para cuidados em saúde e assistência social, ela precisa percorrer os elementos do *ecossistema da evidência* (Figura 1). Como outros

Figura 1. O ecossistema para a evidência qualitativa (adaptado de Lewin et al.¹⁵)



tipos de evidência, a evidência qualitativa precisa passar de forma integrada entre os *produtores de evidências* (aqueles que realizam pesquisa qualitativa primária); os *sintetizadores de evidências* (aqueles que conduzem sínteses de evidências qualitativas); os *processadores e os disseminadores de evidências* (aqueles que produzem produtos de decisão informada por evidências, como as diretrizes e as ATS); e os *implementadores de evidências* (aqueles que são responsáveis pela implementação de decisões informadas por evidências, tais como gestores de programas, e aqueles envolvidos na prestação e na utilização dos serviços de saúde, como os provedores de serviços e o público).^{11,29} As conexões entre cada estágio do ecossistema são críticas para garantir o fluxo da evidência e sua tradução em decisões e ações para aprimorar a política e a prática.³⁰ O modelo conceitual é útil para analisar a ocorrência de gargalos em relação à produção de e à demanda por evidências, e para identificar o que poderia ser necessário para abordá-los.

Estudos de caso sobre como a evidência qualitativa pode ser utilizada para informar decisões

Diretrizes de doenças crônicas no Brasil - o caso da hipertensão arterial

No Brasil, diretrizes de prática clínica estão disponíveis para tratamentos farmacológicos para as doenças não transmissíveis mais prevalentes, incluindo a hipertensão arterial. De acordo com um estudo recente, o rigor metodológico e a transparência dessas diretrizes são inadequados. Ao utilizar a ferramenta AGREE II (do inglês, *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation instrument*), a avaliação classificou como de qualidade baixa dezesseis das 26 diretrizes de prática clínica, sendo que nenhuma foi classificada como de qualidade alta.³¹ Nenhuma diretriz de

prática clínica foi recomendada para implementação em serviços de saúde sem modificação (77% não foram recomendadas de forma alguma). O estudo também mostrou que o desenvolvimento das diretrizes não levou em consideração as preferências dos pacientes, e que não foram fornecidas informações suficientes quanto a um número de outros passos críticos no processo das diretrizes. A avaliação concluiu que os profissionais de saúde brasileiros devem se preocupar sobre a qualidade das diretrizes nacionais de prática clínica para o tratamento de doenças não transmissíveis selecionadas.

Esses resultados demonstram a necessidade de aperfeiçoar o processo de desenvolvimento de diretrizes no Brasil, inclusive por meio do uso de evidências qualitativas relevantes. Um exemplo ilustrativo é fornecido pelos “Cadernos de Atenção Básica” - uma coleção de diretrizes de cuidados primários que descrevem as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para o cuidado de pessoas com hipertensão arterial.³² Uma virtude dessas diretrizes é que utilizam a abordagem GRADE para a avaliação dos pontos fortes das recomendações.³³ Entretanto, as diretrizes não parecem ter levado em consideração evidências qualitativas. A inclusão dessas evidências poderia ter ajudado a garantir que as discussões do grupo de diretrizes fossem informadas pelas experiências de pacientes e provedores de cuidados em saúde. Elas poderiam também ter contribuído para priorizar as questões a serem abordadas pelas diretrizes, definir seu escopo e avaliar a aceitação e a viabilidade das intervenções clínicas consideradas.^{10,12,13,15} As evidências qualitativas ainda poderiam ter auxiliado a identificar barreiras de implementação das recomendações das diretrizes na atenção primária. Por exemplo, ao se discutir como o cuidado deve ser implementado, as diretrizes simplesmente observam que isso deve

ser informado pelas necessidades da pessoa e o grau de risco, bem como sua capacidade para aderir e a motivação para o autocuidado (p. 42). Entretanto, nossa busca rápida na base de dados de revisões sistemáticas Epistemonikos^{IV} identificou duas sínteses de evidências qualitativas relevantes para o cuidado de pessoas com hipertensão.^{34,35} Os desenvolvedores das diretrizes em questão poderiam se embasar neste tipo de síntese, ou poderiam utilizar esses achados como um ponto de partida para uma síntese atualizada para informar as diretrizes e auxiliar fechar a lacuna entre “o saber e o fazer”.

O crescimento das intervenções digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde - a telemedicina no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recentemente lançou recomendações informadas por evidências sobre como os países podem utilizar intervenções digitais, acessíveis via celulares e *tablets*, para fortalecer os sistemas de saúde e melhorar os serviços essenciais e a saúde das pessoas.³⁶ Nessa diretriz, a OMS recomenda o uso da telemedicina de cliente para provedor para complementar a prestação presencial de serviços de saúde e também recomenda o uso da telemedicina de provedor para provedor. Ambas as intervenções são recomendadas em cenários onde segurança do paciente, privacidade, rastreabilidade, responsabilização e segurança podem ser monitorados.

No Brasil, a telemedicina é vista como uma ferramenta importante para abordar desafios-chave dos sistemas de saúde. Isso inclui garantir a cobertura de diagnóstico para apoiar os cuidados em saúde primários em regiões isoladas e melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços básicos de saúde nas cidades. Um

estudo com foco na expansão da telemedicina no país destacou que essas tecnologias constituem uma área estratégica para inovação e para incluir avanços tecnológicos de outras áreas.³⁷ O estudo sugere que as intervenções digitais em saúde podem ajudar a democratizar o acesso a serviços de saúde pela integração de regiões remotas com serviços centrais de saúde. Entretanto, as estratégias digitais no Brasil não devem ser implementadas de forma que ignorem as várias diferenças entre as regiões e os grupos populacionais, particularmente porque essas disparidades podem impactar o acesso das pessoas a serviços de saúde de qualidade.

Consideramos que a evidência qualitativa pode desempenhar um papel importante no planejamento da implementação das intervenções digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde e pode ajudar a garantir que essas estratégias de implementação não ampliem as disparidades. Um programa de telemedicina implementado em uma área remota no Estado de Rondônia, no Norte do Brasil, com o propósito de promover a inclusão de comunidades de difícil acesso, fornece um exemplo interessante a esse respeito.³⁸ Nesse programa, a telemedicina foi utilizada para fornecer às comunidades acesso à informação, cuidados médicos e palestras sobre promoção e prevenção da saúde. O projeto mostrou que a telemedicina pode melhorar o acesso a serviços de saúde, inclusive para populações mais isoladas ou marginalizadas. Aqueles que descrevem o programa sugerem que isso, por sua vez, facilitou a reintegração social de grupos que estavam em desvantagem devido ao isolamento geográfico e também ajudou a disseminar informações-chave de saúde.³⁸ Nesses programas, a evidência qualitativa poderia ser utilizada para identificar fatores que afetam a implementação das intervenções e apoiar o desenvolvimento de guias de implementação para o projeto. Evidências relevantes estão disponíveis em uma síntese de evidências qualitativas conduzida

^{IV} www.epistemonikos.org

para a recente diretriz de intervenções digitais da OMS.^{36,39} Essa síntese explorou as percepções e as experiências de provedores de cuidados em saúde em relação ao uso de tecnologias digitais para a saúde, e incluiu achados sobre grupos desfavorecidos e de difícil acesso.

Vacinação contra o HPV e a “hesitação vacinal” no Brasil

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil, que inclui crianças e adolescentes, é amplamente visto como um sucesso. O programa de vacinação contra o HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano) foi iniciado pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2014 para adolescentes do sexo feminino com idade entre nove e quatorze anos, e ampliado em 2017 para adolescentes do sexo masculino com idade entre onze e quatorze anos. Como em muitos outros programas de vacinação contra o HPV, a hesitação vacinal é um problema para o programa no Brasil. A hesitação vacinal foi definida como uma demora na aceitação, ou recusa, de vacinas recomendadas e disponibilizadas em serviços de saúde, um fenômeno que varia ao longo do tempo e conforme a localização e os tipos de vacinas.^{40,41} Embora a hesitação vacinal não seja um problema novo no Brasil ou na região, trata-se de uma preocupação cada vez mais importante para os gestores e os pesquisadores brasileiros na área da imunização.

A implementação da campanha da vacina contra o HPV pelo Ministério da Saúde levou a muitas controvérsias na imprensa e em outros meios de comunicação. A comunicação oficial do governo sobre o programa focou nas vantagens e nos riscos da vacina e nos procedimentos de vacinação. Entretanto, os meios de comunicação levantaram questões relacionadas aos riscos sociais e éticos e às implicações da vacinação contra o HPV, inclusive os valores das pessoas

quanto a essa intervenção. A comunicação do governo não respondeu ativamente a essas preocupações públicas na primeira fase da vacinação contra o HPV (que focou na primeira dose da vacina). Mais tarde, o Ministério da Saúde tentou responder a essas preocupações por meio de uma nova estratégia de comunicação, mas sem considerável sucesso. Relatos sobre os efeitos adversos emergiram mais proeminentemente durante a segunda fase, com foco na segunda dose da vacina para todos que foram vacinados na primeira fase. Esses relatos contribuíram para reduzir a cobertura da vacinação.⁴²

Como melhor comunicar com o público sobre a vacinação contra o HPV é, portanto, uma preocupação-chave no contexto brasileiro. A evidência qualitativa tem o potencial de informar a implementação de estratégias de comunicação para abordar as barreiras-chave de vacinação que foram identificadas por meio de pesquisa local.^{43,44} Entretanto, uma revisão de escopo de revisões sistemáticas publicada recentemente com foco na comunicação com adolescentes, pais e outros atores em torno à vacinação contra o HPV para adolescentes destacou um número reduzido de estudos relevantes provenientes de países de baixa e média renda.⁴⁵ Nesse caso, então, uma pesquisa qualitativa primária seria necessária para apoiar o desenvolvimento de estratégias de comunicação relevantes para o Brasil.

Fortalecendo o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão no Brasil e região

Como parte de uma abordagem mais abrangente para aprimorar como as organizações apoiam o uso de evidências de pesquisa para informar a formulação de políticas,⁴⁶ os seguintes passos podem auxiliar a fortalecer a capacidade organizacional particularmente no uso da evidência qualitativa (Quadro 1).

Quadro 1. Passos para fortalecer a capacidade organizacional para o uso da evidência qualitativa

1. Avaliar a capacidade da organização para usar a evidência qualitativa para informar a tomada de decisão
2. Fortalecer a capacidade em plataformas de tradução do conhecimento existentes para encontrar, avaliar e utilizar evidências qualitativas
3. Aumentar o conhecimento sobre o que é uma síntese de evidências qualitativas, por que ela é uma abordagem válida e confiável e como os achados podem ser utilizados nos processos de decisão
4. Desenvolver mecanismos de priorização para pesquisa qualitativa, com base em e informados por lacunas de conhecimento identificadas por meio de sínteses de evidências qualitativas, consultas públicas e processos de decisão

1. Avaliar a capacidade da organização para usar a evidência qualitativa para informar a tomada de decisão: a capacidade para interpretar e utilizar a evidência qualitativa varia amplamente entre as organizações, e é provável que seja baixa em muitos lugares, pois o uso sistemático da evidência qualitativa na tomada de decisão é relativamente novo. Um passo-chave no fortalecimento da capacidade é avaliar as capacidades existentes, por exemplo, para encontrar e interpretar evidências qualitativas em relação a questões políticas.
2. Fortalecer a capacidade em plataformas de tradução do conhecimento existentes – colaborações entre tomadores de decisão, produtores e sintetizadores de evidência, representantes da sociedade civil, implementadores de evidência e outros atores para implementar a formulação de políticas informadas por evidências⁴⁷ – para encontrar, avaliar e utilizar evidências qualitativas:
 - As plataformas de tradução do conhecimento podem desempenhar um papel-chave no desenvolvimento e apoio de um ecossistema para a evidência qualitativa na região. Por exemplo, essas plataformas

podem ajudar a construir demandas entre os usuários de políticas para evidências qualitativas; podem incorporar evidências qualitativas em produtos de apoio à decisão, como resumos de evidências para políticas e diretrizes; e podem disseminar esses produtos para implementadores de evidência e outros atores (Figura 2). Isso requer que essas plataformas construam suas capacidades em pelo menos duas áreas. Primeiramente, elas precisam fortalecer sua capacidade para *encontrar, realizar e utilizar* sínteses de evidências qualitativas, incluindo a realização de avaliações de confiança na evidência, utilizando abordagens como a GRADE-CERQual.¹⁴ Em segundo lugar, as plataformas precisam fortalecer sua capacidade para empacotar evidências qualitativas para a tomada de decisão, incluindo tornar essas evidências acessíveis utilizando formatos de entrada em camadas e linguagem simples.^{13,15}

- Tornar rotineiro o uso de evidências qualitativas pode requerer mudanças na cultura organizacional em relação ao uso de evidências. Isso pode incluir o fortalecimento

da capacidade para interpretar essas evidências e estabelecer procedimentos organizacionais que apoiem seu uso nas decisões. Quando apropriado, as plataformas de tradução do conhecimento poderiam incorporar as evidências qualitativas em seus procedimentos de operação padrão para responder a solicitações de resumos de evidências para formulação de políticas, diretrizes, orientações para os sistemas de saúde e outros produtos da tradução do conhecimento. Isso pode ajudar a garantir que os métodos sistemáticos e transparentes

sejam utilizados, as lacunas em capacidade sejam identificadas e que os métodos sejam aprimorados ao longo do tempo.

- O fortalecimento da capacidade para interpretar e utilizar evidências qualitativas precisa ser ampliado para toda a variedade de atores, incluindo representantes da sociedade civil que podem ser envolvidos nos processos de decisão. A inclusão da evidência qualitativa nos processos de decisão pode aumentar os custos iniciais e o tempo necessário para produzir os produtos de apoio à decisão. Porém,

Figura 2. O ecossistema para a evidência qualitativa e como as plataformas de tradução do conhecimento podem desenvolver e apoiá-lo (adaptado de Lewin et al.¹⁵).



o uso da evidência qualitativa tem o potencial de aumentar substancialmente a adequação das opções políticas selecionadas e a probabilidade do sucesso da implementação. Isso porque esse tipo de evidência pode identificar fatores contextuais e outros que podem afetar a aceitação e a viabilidade das opções políticas e sua implementação. Com o tempo, é provável que esses benefícios ultrapassem os custos iniciais envolvidos.

3. Aumentar o conhecimento sobre o que é uma síntese de evidências qualitativas, por que ela é uma abordagem válida e confiável e como os achados podem ser utilizados nos processos de decisão: a síntese de evidências qualitativas é um método-chave para reunir as melhores evidências qualitativas disponíveis sobre um tópico, com vistas a informar a tomada de decisão. Esforços são necessários para aumentar o conhecimento e construir demandas entre os usuários de políticas e outros atores para esse produto. A maioria dos usuários de políticas quer informações sobre a aceitação e a viabilidade de opções políticas, e sobre considerações de implementação, mas muitos não estão conscientes do papel que os achados provenientes das sínteses de evidências qualitativas podem desempenhar em fornecer tais evidências.
4. Desenvolver mecanismos de priorização para pesquisa qualitativa, com base em e informados por lacunas de conhecimento identificadas por meio de sínteses de evidências qualitativas, consultas públicas e processos de decisão. Isso também ajuda a reduzir o desperdício de pesquisas qualitativas.⁴⁸⁻⁵⁰

O fortalecimento do uso da evidência qualitativa para a tomada de decisão também aumenta o número de desafios. Primeiramente, há

uma capacidade limitada globalmente e na região para realizar sínteses de evidências qualitativas, avaliar a confiança nos achados dessas sínteses e, de forma mais geral, apoiar o uso de evidências qualitativas na tomada de decisão. A colaboração entre organizações, regiões geográficas e setores pode ajudar a abordar isso, e estruturas como a Iniciativa Global de Sínteses de Evidências (GESI, do inglês, *Global Evidence Synthesis Initiative*)^v e a Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet, do inglês, *Evidence Informed Policy Network*)^{vi} podem desempenhar um papel importante em reunir produtores e usuários de evidências e outros atores. Em segundo lugar, métodos para empacotar evidências qualitativas para uso na tomada de decisão ainda estão evoluindo^{9-13,15,51,52} e estudos são necessários para compreender qual a melhor forma de se fazer isso para diferentes tipos de questões e produtos de apoio à decisão. A evidência qualitativa precisa ser apresentada de maneira que seja acessível, sem simplificar demais e eliminar aspectos-chave de contexto e teoria que são importantes para interpretar essas evidências.⁵³ Finalmente, esforços são necessários para construir a capacidade dos usuários de políticas e outros atores para interpretar e utilizar as evidências qualitativas. Esses esforços poderiam se basear nas iniciativas existentes em muitos cenários para promover e apoiar a formulação de políticas informadas por evidências. Acreditamos que a colaboração local, nacional e global seja crítica para garantir que a evidência qualitativa seja utilizada de forma mais ampla para informar a tomada de decisão na saúde e em outros setores.

^v www.gesiinitiative.com

^{vi} www.who.int/evidence/en/

Conclusão

O uso mais amplo da evidência qualitativa tem o potencial de humanizar a tomada de decisão para a saúde e outros setores. A evidência qualitativa também pode nos ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a saúde e outras áreas, no Brasil e em outros países. Convidamos, portanto, tomadores de decisão, pesquisadores, intermediários do conhecimento e outros atores a buscar ativamente oportunidades em seus contextos para aumentar o uso da evidência qualitativa e construir capacidade para isso.

Agradecimentos

Agradecemos a Claire Glenton pelos comentários à versão preliminar deste artigo, a Sarah Rosenbaum pela produção das figuras, e a muitos outros colegas pelas discussões ao longo dos anos que informaram as ideias aqui apresentadas. Também agradecemos os trabalhos apresentados nas Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências^{vii}, que informaram a seção deste artigo sobre o fortalecimento do uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Financiamento

SL recebe financiamento adicional do Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul. JB recebe financiamento do Ministério da Saúde do Brasil para um projeto de pesquisa sobre o uso da evidência qualitativa na Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Referências

1. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J: A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res* 2014; 14(2).
2. World Health Organization. World report on knowledge for better health. Geneva: WHO; 2004.
3. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK: Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(8):620-628.
4. Pantoja T, Barreto J, Panisset U: Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *Bmj* 2018; 362(k2469).
5. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health research policy and systems.* *BioMed Central* 2009; 7 (1):S1.
6. Cook C, Nichols S, Webb J, Fuller R, Richards R. Simplifying the selection of evidence synthesis methods to inform environmental decisions: a guide for decision makers and scientists. *Biological Conservation.* 2017; 213(A):135-145.
7. Godfrey D, Brown C: How effective is the research and development ecosystem for England's schools? *London Review of Education.* 2018; 16(1):136-151.
8. Stewart R. Using evidence in international development. In: Boaz A, Davies H, Fraser A, Nutley S, editors. *What Works Now?: Evidence-Informed Policy and Practice.* United Kingdom: Policy Press; 2019. paginação do capítulo
9. Glenton C, Lewin S, Gulmezoglu AM: Expanding the evidence base for global recommendations on health systems: strengths and challenges of the OptimizeMNH guidance process. *Implement Sci.* 2016; 11:98.
10. Glenton C, Lewin S, Norris SL. Using evidence from qualitative research to develop WHO guidelines. In: WHO Handbook for Guideline Development. 2nd edn. Edited by World Health Organization. Geneva: WHO; 2016.
11. Lewin S, Glenton C. Are we entering a new era for qualitative research? Using qualitative evidence to support guidance and guideline development by the World Health Organization. *Int J Equity Health.* 2018; 17(1):126.
12. Downe S, Finlayson K, Lawrie TA, Lewin S, Glenton C, Rosenbaum S, Barreix M, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for guidelines: Paper 1 - Using qualitative evidence synthesis to inform guideline scope and develop qualitative findings statements. *Health Research Policy and Systems.* 2019; 17(76).

^{vii} <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-7-supplement-1>

13. Glenton C, Lewin S, Lawrie TA, Barreix M, Downe S, Finlayson K, Tamrat T, Rosenbaum S, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for guidelines: Paper 3 - Using qualitative evidence syntheses to develop implementation considerations and inform implementation processes. *Health Research Policy and Systems*. 2019; 17(74).
14. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas HM, Rashidian A, Wainwright M, Bohren MA, Tunçalp Ö, Colvin CJ, Garside R, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*. 2018;13(1):2.
15. Lewin S, Glenton C, Lawrie T, Downe S, Finlayson K, Rosenbaum S, Barreix M, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 2 - Using qualitative evidence synthesis findings to inform evidence-to-decision frameworks and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2019; 17(75).
16. Noyes J, Booth A, Cargo M, Flemming K, Garside R, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Pantoja T, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series-paper 1: introduction. *Journal of clinical epidemiology*. 2018; 97:35-38.
17. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Manual de elaboração de Diretrizes Clínicas irá preencher lacunas sobre as melhores práticas na elaboração de diretrizes em saúde CONITEC. 2016. Available at: <http://conitec.gov.br/manual-de-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-ira-preencher-lacunas-sobre-as-melhores-praticas-na-elaboracao-de-diretrizes-em-saude>.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília (DF); 2016. Available at: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo. Brasília (DF); 2016. Available at: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
20. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, Noyes J, Booth A, Garside R, Rashidian A. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015; 12(10):e1001895.
21. Glenton C, Lewin S, Norris S. Usando evidências de pesquisa qualitativa para desenvolver diretrizes da OMS. In: WHO Handbook for Guideline Development. 2nd edn. Edited by World Health Organization. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_Handbook-for-Guideline-Development-Chapter-15_Portuguese.pdf
22. Lewin S, Glenton C, Munte-Kaas H, Carlsen B, Colvin C, Gülmezoglu M, Noyes J, Booth A, Garside R, Rashidian A: Uso de Evidência Qualitativa em Decisões para Intervenções Sociais e em Saúde: Uma Abordagem para Avaliar a Confiança em Achados de Sínteses de Evidências Qualitativas (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine* 2015; 12(10):e1001985. Disponível em: <http://bit.do/e1001983SPt>
23. Green J, Thorogood N: Qualitative methods for health research, Fourth edn. London: Sage; 2018.
24. Alonso-Coello P, Schünemann H, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E, Davoli M, Treweek S. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: 1. A systematic and transparent approach to making well-informed healthcare choices: 1. Introduction. *Bmj* 2015.
25. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schunemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, Glenton C, Lewin S, Morelli A, Rada G et al: The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2018; 16(1):45.
26. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 7: Finding systematic reviews. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2009; 7 (1):S7.
27. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, Van Der Wilt GJ, Mozygemba K, Refolo P, Sacchini D, Tummers M, et al. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions. In. Available from: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/> 2016.
28. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *International journal of technology assessment in health care*. 2011; 27(4):384-390.
29. Magic Evidence Ecosystem Foundation. The Evidence Ecosystem: Personalised e Health Solutions. 2019 [Accessed 10 July 2019]. In. Available from: <http://magicproject.org/research-and-tools/the-evidence-ecosystem/>.
30. Shepherd JP. How to achieve more effective services: the evidence ecosystem. In. Cardiff. UK: What Works Network. Cardiff University; 2014. Available at:

- <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/how-to-achieve-more-effective-services-the-evidence-ecosystem/r/a11G0000006z7vXIAQ>.
31. Molino CG, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, de Melo DO. Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency. *PLoS One*. 2016; 11(11):e0166367.
 32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF);2013. Available at http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.
 33. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Group GW: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008; 336(7650):924-926.
 34. Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, Nieuwlaat R: Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS One*. 2014; 9(1):e84238.
 35. Marshall IJ, Wolfe CD, McKevitt C: Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *Bmj*. 2012; 345:e3953.
 36. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019.
 37. Maldonado JM, Marques AB, Cruz A: Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(2):e00155615.
 38. Machado F, Pinto de Carvalhol M, Mataresi A, Mendonça E, Cardoso L, Yogi M, Rigato H, Salazar M. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):247-254.
 39. Odendaal WA, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, Leon N, Daniels K: Healthcare workers' perceptions and experience on using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: qualitative evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(11):CD011942.
 40. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P: Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014; 32(19):2150-2159.
 41. MacDonald NE, Sage Working Group on Vaccine Hesitancy: Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015; 33(34):4161-4164.
 42. Poerschke de Quevedo J, Myrrena I, Moro Wiczorkiewicz A, Invernizzi N: A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação pública oficial e midiática face à emergência de controvérsias. *Rev. Tecnologia e Sociedade*. 2016; 12(24):1-26.
 43. Kops N, Hohenberger G, Bessel M, Correia Horvath J, Domingues C, Kalume Maranhão A, Alves de Souza F, Benzaken A, Pereira G, Wendland E. Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. *Papillomavirus Res*. 2019; 7:123-128.
 44. Mendes Lobão W, Duarte FG, Burns JD, de Souza Teles Santos CA, Chagas de Almeida MC, Reingold A, Duarte Moreira EJ. Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: Parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PLoS One*. 2018; 13(11):e0206726.
 45. Foss H, Oldervoll A, Fretheim A, Glenton C, Lewin S: Communication around HPV vaccination for adolescents in low- and middle-income countries: a systematic scoping overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2019; 8(190).
 46. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2009; 7 (1):S2.
 47. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: a comparative case study. *Health Policy Plan*. 2018; 33(4):539-554.
 48. Chalmers I, Glasziou P: Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009; 374(9683):86-89.
 49. Chalmers I, Glasziou P: Systematic reviews and research waste. *Lancet*. 2016; 387(10014):122-123.
 50. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, Al-Shahi Salman R, Chan AW, Glasziou P: Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014; 383(9912):101-104.

51. Lewin S, Glenton C: Using evidence synthesis in the development of health systems guidance. In: Langlois EV, Daniels K, Akl E, editors. Evidence synthesis for health policy and systems: a methods reader. Geneva: WHO; 2018; 144-148

52. Carroll C: Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guidelines. *Bmj*. 2017; 356:j80.

53. Britten N, Garside R, Pope C, Frost J, Cooper C. Asking More of Qualitative Synthesis: A Response to Sally Thorne. *Qualitative health research*. 2017; 27(9):1370-1376.