

Sumário

Editorial	03
Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas/ Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências Evelina Chapman	07
Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências - EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS Roberta Moreira Wichmann, Eliana Carlan, Jorge Otávio Maia Barreto	18
Rapid response for evidence-informed health policy/ Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências Michelle M. Haby, Rachel Clark.....	32
Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências Jorge Otávio Maia Barreto, Tereza Setsuko Toma	43
Onde encontrar as evidências para informar as políticas de saúde? Carmen Verônica Mendes Abdala	50
Revisões sistemáticas de intervenções complexas em saúde pública: o exemplo da cultura de segurança do paciente Marcus Tolentino Silva, Taís Freire Galvão	57
Elaboración y Adaptación de guías de práctica informadas por la evidencia en América Latina y el Caribe/ Elaboração e adaptação de Protocolos Clínicos informados por evidência na América Latina e Caribe Ludovic Reveiz, Carlos E. Pinzón, Alonso Carrasco-Labra, Romina Brignardello-Petersen, Iván D. Florez, Ángela V. Pérez, Janaina Sallas, Francisco Becerra-Posada	65
Relações entre medicina baseada em evidências e jornalismo Patrícia Aline dos Santos, Maria Conceição da Costa	87
Opções para uma política de controle da diabetes mellitus tipo 2 em Franco da Rocha-SP Bruna Florença Cardoso, Magna Fraga Vitório, Naiana Fernandes Silva, Taís Rodrigues Tesser, Tatiane Ribeiro Silveira, Tereza Setsuko Toma, Maritsa Carla de Bortoli	95

Síntese de Evidências sobre Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Município de Franco da Rocha, São Paulo

Carolina Médici de Figueiredo, Inayá da Silva Duarte, Luciana C. Alves dos Santos, Luciana de Mendonça Freire, Tatiane Aparecida Rocha Marcelo, Sonia Isoyama Venancio 105

Opções para uma política de saúde visando à redução de prescrições inadequadas de antidepressivos

Aline A. V. Ribeiro, Cristina M. S. Gomes, Raquel J. Lima, Ricardo A. Botelho, Lígia R. Pupo, Maria L. Salum e Moraes..... 113

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no município de Porto Feliz - SP

Emiliana Maria Grandó Gaiotto, Sonia Isoyama Venancio..... 121

Relato de experiência da implantação de um Grupo de Evidência em um município de médio porte do estado de São Paulo

Emiliana Maria Grandó Gaiotto, Sonia Isoyama Venancio..... 132

Avaliação de Tecnologias de Saúde: Informes científicos

Uma revisão rápida sobre revisões rápidas

Tereza Setsuko Toma, Amanda Cristiane Soares 142

Análise de custo-minimização do uso do Top Maternal e do Berço de Calor Radiante para manutenção da temperatura de recém-nascidos saudáveis na primeira hora de vida

Rosemeire Sartori de Albuquerque, Corintio Mariani Neto, Ana Aparecida Sanches Bersusa, Cátia Alves da Nóbrega, Hanna Souza Queiroz, Elisabete Ozeki 152

Editorial

Estar bem informado é melhor do que estar mal informado. No que diz respeito à formulação e implementação de políticas e programas de saúde isso é mais verdadeiro ainda. O *know-do gap* (ou lacuna conhecer-fazer) na saúde tem sido um desafio que muitas iniciativas têm enfrentado, visando reduzir o distanciamento entre o conhecimento científico e a tomada de decisão nas práticas políticas e de gestão dos sistemas de saúde, bem como em face da deliberação social e formação da opinião pública sobre temas e problemas de saúde relevantes.

No contexto dos esforços para que o conhecimento científico seja incorporado de forma equilibrada, sistemática e transparente ao processo de tomada de decisão, a **tradução do conhecimento** (no inglês, *knowledge translation*) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo **dinâmico e interativo** de síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhoria da saúde de indivíduos e populações por meio da provisão de serviços e produtos efetivos na saúde¹. Traduzir é transpor de uma língua a outra², mas também significa produzir entendimento, explicitar, tornar transparente uma ideia, encerrando um processo comunicativo. Por isso, a tradução do conhecimento constitui um mecanismo de alta relevância para fortalecer os processos

comunicativos entre pesquisadores, tomadores de decisão e a sociedade civil.

A premissa de que a tomada de decisão dos governos e a deliberação social estejam cada vez mais bem informadas pelas evidências científicas constitui o cerne de um esforço global, chancelado pela OMS, para apoiar a construção e o fortalecimento das plataformas de tradução do conhecimento³. Nesse contexto, a **Rede para Políticas Informadas por Evidências** (*Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet*) é uma iniciativa formada por países de todas as regiões do globo, cujo objetivo é promover o uso das evidências científicas na formulação e implementação de políticas de saúde, mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet, portanto, promove as Políticas Informadas por Evidências (PIE), uma abordagem para favorecer que a tomada de decisão na formulação e implementação de políticas de saúde seja bem informada pelas melhores evidências, globais e locais, de forma sistemática e transparente. No Brasil, a rede é coordenada pelo Ministério da Saúde e conta com grupos de trabalho instalados em instituições de ensino e pesquisa, incluindo o Instituto de Saúde de São Paulo, de gestão e do terceiro setor.

Esta edição do Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é pioneira por atender aos temas da

¹ WHO. Bridging the “Know-Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health, 10–12 October 2005. World Health Organization, 2006. Contract No.: WHO/EIP/KMS/2006.2.

² Houaiss, Antônio; Villar, Mauro. Dicionário Houaiss Eletrônico. v. 3, 2009.

³ World Health Assembly. Resolution on health research. Disponível em: http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf 2005.

tradução do conhecimento e das **PIE**, e apresenta o resultado da virtuosa colaboração existente na EVIPNet Brasil, cujos atores, grupos e instituições estão unidos pelo objetivo de apoiar essa iniciativa no país.

Os artigos que integram esta edição do BIS percorrem duas vertentes complementares. A primeira voltada aos aspectos conceituais e metodológicos das PIE, os quais contribuem para as discussões que se instalam e se amplificam cada vez mais no Brasil em cenários tanto acadêmicos quanto da gestão. A segunda vertente apresenta resultados da aplicação dos conceitos e métodos na produção de sínteses de evidências e estudos de avaliação de tecnologias em saúde sobre temáticas de alta relevância para a saúde pública, bem como estudos de caso voltados ao desenvolvimento de plataformas de tradução do conhecimento, tanto em nível local como nacional.

Chapman (em espanhol e português) aborda os principais aspectos relacionados à tradução do conhecimento para a formulação de políticas e processos de tomada de decisão, desde conceitos metodológicos, evolução desses conceitos ao longo do tempo, modelos e estratégias para facilitar estes processos, importância da implementação e das considerações sobre equidade, e necessidade de monitoramento e avaliação desses cursos de ação.

Wichmann e colaboradores relatam a experiência de implementação do plano de ação da EVIPNet Brasil, descrevendo suas atividades de capacitação, suporte ao desenvolvimento da rede, produtos de tradução do conhecimento e difusão e disseminação. Discutem sua relevância para a consolidação da iniciativa como uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS.

Haby e Clark (em inglês e português) discutem a relevância e limitações dos programas de respostas rápidas para subsidiar políticas

informadas por evidências. Os programas de respostas rápidas são propostos para facilitar o uso da evidência científica por meio do trabalho compartilhado entre pesquisadores e gestores.

Barreto e Toma apresentam os principais aspectos das ferramentas *SUPPORT - Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* - para elaboração de políticas de saúde informadas por evidências. Essas ferramentas são especialmente úteis para equipes que queiram produzir, com o máximo rigor, documentos conhecidos como sínteses de evidências para lidar com problemas relevantes para a saúde pública.

Abdala aborda o acesso e uso das evidências para informar os processos de formulação de políticas e tomada de decisões em saúde, e o desafio que se apresenta aos formuladores de políticas e tomadores de decisão sobre onde buscar estas evidências em um universo de milhões de documentos. No artigo são apresentadas as principais fontes de informação onde essas evidências podem ser encontradas.

Silva e Galvão apresentam conceitos e métodos de interpretação de evidências científicas de intervenções complexas avaliadas em revisões sistemáticas. As intervenções complexas são uma constante no âmbito das PIE e geralmente envolvem também mudanças de comportamentos entre seus objetivos. As revisões sistemáticas são estudos secundários utilizados para a proposição de opções para lidar com um determinado problema de saúde prioritário. Para contextualizar a localização e avaliação crítica de revisões sistemáticas sobre intervenções complexas, os autores nos trazem um cenário de fortalecimento de cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Revez e colaboradores abordam os componentes, vantagens e desvantagens da adoção dos Protocolos Clínicos, assim como o processo

de desenvolvimento e seus efeitos nos países da América Latina e do Caribe. Os autores nos mostram que o processo de elaboração de Protocolos Clínicos fortaleceu-se durante a última década, a partir da sua institucionalização no setor público, favorecendo a efetividade da padronização da prestação de serviços de saúde.

Santos e Costa analisam as mudanças na área da saúde que se inter-relacionam com o campo do jornalismo, com enfoque na Medicina Baseada em Evidências. Essas práticas vão além da produção e uso do conhecimento científico chegando também às atividades de popularização do conhecimento sobre saúde, inclusive no jornalismo.

Cardoso e colaboradores apresentam uma síntese de evidências elaborada no âmbito do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, com o objetivo de apoiar a elaboração de uma política de saúde para o controle da diabetes mellitus tipo 2 em Franco da Rocha, um problema de alta relevância para o sistema de saúde local.

Figueiredo e colaboradores também apresentam uma síntese de evidências desenvolvida no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, com o objetivo de apoiar a gestão municipal de saúde de Franco da Rocha na tomada de decisões para o enfrentamento da mortalidade materna, que além de ser relevante para o nível local, também representa uma problemática nacional de grande complexidade.

A síntese de evidências apresentada por **Ribeiro e colaboradores**, também elaborada no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, tem o intuito de contribuir para uma política de redução de prescrições de antidepressivos no âmbito local.

Gaiotto e Venâncio apresentam os principais resultados de uma síntese de evidências desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, voltada à redução da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz. Em outro artigo essas autoras descrevem a experiência de implantação de um Núcleo de Evidências em um município de médio porte no Estado de São Paulo e as etapas de desenvolvimento junto a uma equipe multiprofissional para a definição e caracterização de um problema de saúde prioritário para a elaboração de uma síntese de evidências.

Na seção “Avaliação de Tecnologias de Saúde – Informes Científicos” são apresentados dois artigos. **Toma e Soares** discutem as revisões rápidas empregadas no contexto da tomada de decisões em saúde. Apesar da crescente discussão em torno das revisões rápidas nos últimos anos, ainda não há um consenso da comunidade internacional quanto à definição desse termo, ao tempo de execução desse tipo de estudo, à padronização de uma metodologia e suas aplicações. **Albuquerque e colaboradores** relatam os resultados da análise econômica, custo-minimização, sobre a assistência ao recém-nascido na primeira hora de vida com uso do Top maternal em comparação ao berço de calor radiante.

Esta é certamente uma edição especial do BIS, por abordar uma temática cuja discussão ainda está insuficientemente presente nas práticas acadêmicas e de gestão, e também por trazer um conjunto de resultados da aplicação dos conceitos e métodos de tradução do conhecimento para as PIE. Esperamos que nossos leitores se sintam informados, envolvidos e motivados pelas discussões, resultados e experiências apresentadas.

**Tereza Setsuko Toma, Instituto de Saúde
Jorge Otávio Maia Barreto, Fiocruz, Brasília**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 17 – Nº 1 – Junho 2016
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Tereza Setsuko Toma
Jorge Otávio Maia Barreto

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas

Revisão Ortográfica
Dante Pascoal Corradini

Diagramação
Vanessa Merizzi

Editoração, CTR Impressão e Acabamento
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Conselho editorial

Amanda Cristiane Soares – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Carmen Campos Arias Paulenas - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Katia Cibelle Machado Pirota – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Lígia Rivero Pupo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Monique Borba Cerqueira - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

Sílvia Regina Dias Médici Saldiva - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas

Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências.¹

Knowledge translation mechanisms for Evidence-Informed Policies formulation

Evelina Chapman^{II}

Resumen

Este artículo discute y propone algunos conceptos metodológicos sobre traducción de conocimientos para la formulación de políticas y los procesos decisorios, la evolución en el tiempo de algunos conceptos clave, modelos y estrategias para facilitar los procesos. La importancia de la implementación y las consideraciones de equidad y la necesidad de monitoreo y evaluación de estos cursos de acción.

Palabras clave: Traducción de Conocimiento, Políticas Informadas por Evidencias, implementación, equidad, EVIPNet.

Abstract

This paper discusses and proposes some methodological concepts of knowledge translation for policy and decision making processes, the evolution over time of key concepts, models and strategies to facilitate these processes. Also discusses the importance of implementation, considerations of equity and the need for monitoring and evaluation of these courses of action.

Keywords: knowledge translation, evidence-informed policymaking, implementation, equity, EVIPNet.

Introducción: conceptos clave

Se encuentran diferentes definiciones sobre lo que es una política pública. Quizás la que más se acerca a lo que pretendemos conceptualizar como Política Informada por Evidencias (PIE) es aquella “intervención del Estado,

Resumo

Este artigo discute e propõe alguns conceitos metodológicos sobre tradução do conhecimento para a formulação de políticas e processos de tomada de decisão, a evolução ao longo do tempo de alguns conceitos-chave, modelos e estratégias para facilitar estes processos. Aborda também a importância da implementação, das considerações sobre a equidade e da necessidade de monitoramento e avaliação desses cursos de ação.

Palavras-chave: Tradução de conhecimento, políticas informadas por evidência, implementação, equidade, EVIPNet.

Introdução: conceitos-chave

Existem diferentes definições de uma política pública. Talvez a que mais se aproxima do que queremos conceituar como Políticas Informadas por Evidências (PIE) seja esta: “intervenção do Estado, expressa em uma decisão ou

^{II} Evelina Chapman (evelinachap@gmail.com) es Doctora en Salud Publica, Master en Epidemiología Clínica. Vice ministra de salud de Buenos Aires, Argentina.

¹ Tradução: Jorge Otávio Maia Barreto.

expresada en una decisión o conjunto de decisiones de una autoridad pública, que considera un análisis técnico – racional para un tema determinado y una finalidad específica, que sigue un procedimiento formal, todo lo cual se da en el contexto de un intenso proceso político de confrontación y articulación de intereses”⁵. Incorpora a esta definición el reconocimiento el rol que juega el debate en el proceso de política pública y que lleva a comprender los intereses que promueven los actores que participan de el y que se cerrará con la decisión de política pública. Esta claro que estos conceptos no mencionan la incorporación de las evidencias para su elaboración pero es una definición que nos aproxima.

Quando hablamos de evidencia en primer lugar hablamos de ciencia y en el ámbito de la salud hay que interpretarla con relación a las nociones de “pruebas” y racionalidad. También sabemos que la ciencia no es estática ni una simple fórmula. El rango de contar con evidencia va desde no disponer de ninguna evidencia hasta contar con evidencia irrefutable.⁷ El punto central de todas las definiciones de “evidencia” es que mientras es construida necesita ser observada y verificada de manera independiente. Este concepto no presupone poner un tipo de investigación por encima de otro sino que esta destacando la importancia de asegurarse que la evidencia utilizada para informar la practica, los programas y las políticas –en nuestro caso-, hayan tenido un proceso de escrutinio.¹⁷ Evidencia entonces, es mucho más que la investigación, incluye una gran cantidad de información contextual. No debemos ver la evidencia como una forma de poner fin a los debates de salud sino más bien como una manera de elevar el nivel de diálogo en torno a decisiones importantes. En este sentido hablar de políticas ‘informadas por evidencias’ es mas adecuado que hablar de políticas ‘basadas en evidencias’.

conjunto de decisões tomadas por uma autoridade pública, que considera uma análise técnica-racional para uma determinada questão e uma finalidade específica, que segue um procedimento formal, no contexto de um processo político intenso de confronto e articulação dos interesses”.⁵ Esta definição incorpora o reconhecimento do papel que o debate desempenha no processo de formulação da política pública e leva à compreensão dos interesses que os atores envolvidos promovem e que irão influenciar a decisão dessa política. É claro que estes conceitos não mencionam a incorporação de evidência para o seu desenvolvimento, mas é uma definição que nos leva mais perto disso.

Quando falamos de evidências, em primeiro lugar, estamos nos referindo à ciência e no campo da saúde deve-se interpretar esse conceito de forma articulada com as noções de “prova” e racionalidade. Também sabemos que a ciência não é estática ou uma fórmula simples. Você pode ter situações que variam desde não ter nenhuma evidência até ter evidências irrefutáveis.⁷ O ponto central das definições de “evidência” é que seja possível garantir a observação e verificação independentes durante sua produção. Este conceito não pressupõe sobrepor um tipo de pesquisa a outro, mas salienta a importância de que esteja assegurado que a produção de evidências para informar práticas, programas e políticas – no nosso caso – teve um processo de validação.¹⁷ Evidência, então, é muito mais do que apenas a pesquisa, que inclui muitas informações contextuais. Não devemos olhar para as evidências como uma forma de pôr fim às discussões de saúde, mas sim como um meio de elevar o nível do diálogo sobre decisões importantes. Neste sentido, é mais adequado falar de políticas “informadas por evidências” do que “baseadas em evidências”.

Também é importante saber que as evidências por si mesmas não são suficientes

También es importante saber que la evidencia por sí sola no es suficiente para la toma las decisiones, vamos a tener que conciliar muy bien la evidencia proveniente de investigaciones científicas, la 'evidencia global' – es decir, la mejor evidencia disponible alrededor del mundo– y la evidencia proveniente de los decisores –evidencia coloquial - que serán para nosotros los expertos para la decisión política. El decisor conoce de manera mas informal las evidencias, combina e interpreta hechos, entonces la opinión de expertos podemos considerarla más que sólo evidencia y es fundamental su inclusión en los procesos decisorios.¹⁴

El proceso de traducción de conocimiento para las políticas sanitarias

El conocimiento adquirido gracias a las investigaciones y la experiencia sirve poco si no se traduce en acciones.¹⁸ Estas acciones implican utilizar ese conocimiento (evidencias) en la práctica médica, en la gestión, las políticas y las decisiones relacionadas con el sistema de salud. La traducción de conocimiento ha surgido como un paradigma para responder a muchos de los problemas planteados por el desfase que existe todavía entre la teoría y la práctica, y para tratar de superar esta brecha.¹⁸ Para que la evidencia sea útil a los tomadores de decisión, la misma debe ser buscada, recuperada, evaluada y empaquetada a modo de opciones de intervención en políticas dirigidas al sistema de salud.¹

Existen diversos factores que determinarían el uso de las evidencias por parte de los decisores. Por una parte tenemos factores relacionados con las características del conocimiento desde el momento que no toda la evidencia es igualmente convincente y por otra, factores relacionados con

para a tomada de decisão, é preciso conciliar muito bem os resultados da investigação científica – "evidência global" – ou seja, a melhor evidência disponível na literatura mundial, e a evidência manejada nos contextos de decisão pelos decisores – "evidência local" – que, para nós, serão considerados como especialistas na decisão política. O tomador de decisão conhece de maneira mais informal as evidências locais, combina e interpreta os fatos, assim, a opinião destes especialistas pode ser considerada como mais do que apenas "evidência", e sua inclusão nos processos de tomada de decisões é essencial.¹⁴

O processo de tradução do conhecimento para políticas de saúde

O conhecimento produzido pela pesquisa científica serve pouco se não se traduz em ações.¹⁸ Estas ações implicam a aplicação do conhecimento (evidências) na prática médica, gestão, formulação de políticas e decisões relacionadas com o sistema de saúde. A tradução do conhecimento tem emergido como um paradigma para responder a muitos dos problemas levantados pelo descompasso ainda existente entre teoria e prática e para tentar superar esta lacuna.¹⁸ Para tornar as evidências úteis para os tomadores de decisão, estas devem ser buscadas e recuperadas, avaliadas e sintetizadas sob a forma de opções de intervenção de políticas dirigidas aos sistemas de saúde.¹

Existem vários fatores que determinam o uso de evidências pelos tomadores de decisão política. Por um lado há fatores relacionados às características do conhecimento científico, incluindo o fato de nem todas as evidências são igualmente confiáveis, e por outros fatores ligados às relações entre decisores, pesquisadores e o contexto.

las interrelaciones entre decisores, investigadores y el contexto.

Habitualmente la evidencia de la investigación científica es más convincente que las observaciones aisladas. Esto se relaciona estrechamente con la clase de observaciones realizadas (tipo de diseño de investigación) y cuán bien fueron realizadas (validez interna). Según Fafard, la evidencia científica es el elemento que mas influencia en la elección de algunos programas/políticas en los cuales los resultados de investigaciones y los procesos de su transferencia son críticos, pero no representan la historia completa y el rol de la evidencia será variable, dependiendo de los procesos de toma de decisiones en el cual la misma es incorporada.³

Es importante también considerar en este proceso los juicios acerca de cuánta confianza puede ponerse en diferentes tipos de evidencia. Estos juicios pueden ser realizados de manera implícita o explícita. En tal sentido, es mejor realizar dichos juicios en forma sistemática y explícita con el fin de prevenir errores, resolver desacuerdos, facilitar la evaluación crítica, y comunicar en forma transparente la evidencia.²

Lo que complica el análisis aún más es que hay diferentes etapas o pasos en el proceso de políticas. En primer lugar, existe la necesidad de delinear y si es posible cuantificar con mayor precisión la naturaleza del problema, una vez que se ha puesto en la agenda política. En segundo lugar, hay una necesidad de identificar la gama de instrumentos u opciones de política que están disponibles y su posible efectividad. Por último, existe la necesidad de trazar el proceso de implementación mediante la exploración de lo que se requieren como son los recursos financieros, de gestión y organización.⁸

Los diferentes tipos de políticas y diferentes etapas del proceso decisorio va a necesitar diferentes tipos de evidencias, incluyendo evidencias

Geralmente as evidências científicas são mais confiáveis do que observações isoladas. Isto está intimamente relacionado com o tipo de observações feitas (delineamento da pesquisa) e como estas observações foram realizadas (validade interna). De acordo com Fafard, a evidência científica é o elemento de maior influência na escolha de alguns programas/políticas em que os resultados da pesquisa e seus processos de transferência são críticos, mas não representam toda a história e o papel das evidências será variável, dependendo dos processos de tomada de decisão na qual elas estão incorporadas.³

É importante também considerar nestes processos o julgamento sobre quanta confiança pode ser depositada nos diferentes tipos de evidência científica. Esses julgamentos podem ser feitos de maneira implícita ou explícita. Neste sentido, é melhor fazer esses julgamentos de modo sistemático e transparente, a fim de prevenir erros, resolver divergências, facilitar a avaliação crítica e a comunicação com os interessados.²

Esta análise se torna ainda mais complicada porque existem diferentes fases ou etapas do processo político. Em primeiro lugar, há necessidade de delinear e, se possível, quantificar mais precisamente o problema a ser abordado e sua natureza, uma vez que se alcançou sua inserção e priorização na agenda política. Em segundo lugar, há necessidade de identificar a gama de opções de políticas disponíveis e seus potenciais efeitos. Finalmente, há necessidade de planejar a implementação, mediante a exploração e identificação dos fatores e recursos necessários, relacionados com os arranjos organizacionais, de gestão e financeiros, por exemplo.⁸

Os diferentes tipos de políticas e diferentes fases da tomada de decisão requerem diferentes tipos de evidências, incluindo evidências sobre a aplicabilidade ou aceitabilidade política de uma intervenção ou conjunto de intervenções.

sobre la aplicabilidad o la aceptabilidad política de una política. En general, cuando buscamos la efectividad de una intervención u opción política pensaremos más en revisiones de ensayos clínicos aleatorizados. Si pensamos en la implementación de opciones de política nos enfocaremos más en estudios cualitativos que permitan abordaje de barreras y facilitadores de estos procesos. En este punto es importante pensar en pluralismos metodológicos y no en antagonismos paradigmáticos.

¿Cómo funciona la evidencia y la toma de decisiones en el mundo real?

Pongamos un ejemplo de intervenciones efectivas (provenientes además de investigaciones consideradas de alta calidad como son los ensayos clínicos y las revisiones sistemáticas) pero que ‘fracasaron’ en su implementación – y resultado esperado– por no tener en cuenta la ‘evidencia’ de contexto.

El mismo está relacionado a un programa de manejo de malaria (paludismo) en Perú. Los autores de esta investigación refieren que hay escasez de literatura científica que describa el éxito de las políticas sobre los programas de control de paludismo en los cuales el cambio de una droga por otra comprobada científicamente más efectiva, constituye solo una parte del proceso. Una investigación cualitativa a través de entrevistas en profundidad, grupos focales y revisión de documentos trató de comprender el complejo proceso realizado en Perú para intervenir sobre el problema del aumento de la resistencia a las drogas antimaláricas. Se identificaron los problemas inherentes al fracaso, se generaron evidencias locales para justificar el cambio de política, se aprovechó el cambio político favorable y facilitador, y en conjunto todo se trasladó a un mejor control de la enfermedad en el país.¹⁹ El cambio

Em geral, quando olhamos para o potencial de efeitos de uma intervenção ou opção de política, vamos pensar mais em revisões sistemáticas de ensaios randomizados e controlados. Se pensarmos na implementação das intervenções e opções de políticas, estaremos mais focados em estudos qualitativos, que permitirão o aporte de informações relacionadas com as barreiras e facilitadores dos processos de implementação. Neste ponto, é importante pensar em pluralismo metodológico e não em antagonismos paradigmáticos.

Como funcionam as evidências na tomada de decisão real?

Tomemos um exemplo de intervenções eficazes (a partir de pesquisas, consideradas de alta qualidade, tais como ensaios randomizados controlados e revisões sistemáticas), mas que “fracassaram” em sua implementação – e, portanto, no resultado esperado – por não considerarem as “evidências” contextuais.

O mesmo está relacionado ao exemplo de um programa de enfrentamento da malária, no Peru. Os autores desta pesquisa referem escasez de literatura científica descrevendo o sucesso de programas de controle de malária, em que a substituição de um medicamento por outro mais eficaz, cientificamente comprovado, foi apenas uma parte do processo. Uma pesquisa qualitativa, que usou entrevistas em profundidade, grupos focais e análise documental, abordou o processo complexo realizado no Peru buscando entender o problema do aumento na resistência às drogas antimaláricas. Foram identificados problemas inerentes ao fracasso do programa e evidências locais foram produzidas para apoiar mudanças na política, e a partir daí tudo mudou para um melhor controle da doença no país.¹⁹ A mudança na política e a melhoria nos resultados

en la política –y la mejora en resultados- de tratamiento de malaria en el Perú se produjeron muy rápidamente - en comparación con otros países - en donde la investigación cualitativa sobre el contexto de aplicación jugó un rol muy importante.

Dijimos también que los procesos de traducción de conocimientos también dependerán de la interface entre investigadores y decisores. Innvaer y col. realizaron una revisión sistemática con el propósito de describir las percepciones de los decisores sobre el uso de la evidencia científica en los procesos de decisiones realizadas en los distintos niveles del sistema de salud. El estudio identificó que entre las barreras más frecuentes fueron la ausencia de contacto personal entre decisores e investigadores, la falta de relevancia u oportunidad de la investigación, la desconfianza mutua entre investigadores y decisores y los conflictos de poder y presupuestarios.⁶ Las conclusiones de esta revisión sistemática contribuyeron de manera importante al diseño de las mejores estrategias para facilitar los procesos de traducción de conocimiento.

Entre estas estrategias se puede mencionar la inclusión de un modelo para la formulación de políticas informadas liderado por John Lavis y publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ en el cual se toman en cuenta cinco elementos: a) el “clima” para las PIE, que implica contar con marcos regulatorios, normas, resoluciones e incluso legislaciones para apoyar el uso de investigación; b) empuje de la evidencia -“Push”- como por ejemplo la producción de resúmenes de revisiones sistemáticas existentes y su disseminación; c) la captura de evidencias -“Pull”- a través del acceso a las revisiones sistemáticas existentes, evaluaciones económicas, resúmenes de evidencias para política, etc.; d) mecanismos facilitadores de la incorporación de evidencias -“Pull”

de controle da malária no Peru ocorreu muito rapidamente, em comparação com outros países, e a pesquisa qualitativa voltada à compreensão de elementos contextuais da implementação desempenhou um papel muito importante.

Dissemos que os processos de tradução de conhecimento dependerão também da interface entre pesquisadores e tomadores de decisão. Innvaer et al. realizaram uma revisão sistemática a fim de descrever as percepções dos tomadores de decisão sobre o uso de evidência científica nos processos de tomada de decisão em diferentes níveis do sistema de saúde. O estudo identificou, entre as barreiras mais comuns, a falta de contato pessoal entre decisores e pesquisadores, a falta de relevância ou oportunidade da pesquisa científica, a desconfiança recíproca entre pesquisadores e tomadores de decisão e conflitos de poder e por recursos orçamentários.⁶ As conclusões desta revisão sistemática contribuíram significativamente para definir as melhores estratégias para facilitar os processos de tradução de conhecimento.

Estas estratégias incluem um modelo para a formulação de políticas informadas, liderada por John Lavis, o qual foi publicado pela Organização Mundial da saúde (OMS)⁹ e que aborda cinco elementos: a) “ambiente” para as PIE, que implica contar com marcos regulatórios, normas, resoluções e mesmo legislação para apoiar o uso do conhecimento científico produzido pela pesquisa; b) impulsionar as evidências (*Push*), como, por exemplo, a produção de sumários executivos de revisões sistemáticas e sua divulgação; c) extrair ou adquirir evidências (*Pull*), por meio do acesso a revisões sistemáticas, avaliações econômicas, sínteses de evidência para políticas, etc.; d) mecanismos de apoio à incorporação da evidência (*Pull*), mediante a formação ou capacitação para potenciais usuários do conhecimento produzido pela pesquisa científica; e) tradução

– a través de capacitación y/o formación de los usuarios de investigaciones; e) traducción de conocimiento e intercambio - uso de diálogos para deliberar los documentos de política elaborados entre decisores, investigadores y representantes de la sociedad civil interesados en los resultados de implementación de estas políticas, a modo de colaboración más estrecha entre ellos (Figura 1).

De estas estrategias mencionadas, aquellas que tienen evidencia empírica que las respaldan son fundamentalmente las enmarcadas en los mecanismos de empuje (*Push*), facilitación de uso de evidencias y mecanismos de atracción (*Pull*). Ejemplos de ello son el uso de mensajes específicos y dirigidos a personas interesadas y la capacitación en uso de evidencias. También la difusión de información

do conhecimento e intercâmbio – uso de diálogos deliberativos, para discutir as sínteses de evidências para políticas, entre decisores, investigadores e representantes da sociedade civil interessada nos resultados da implementação dessas políticas, por meio de uma colaboração mais estreita entre eles (Figura 1).

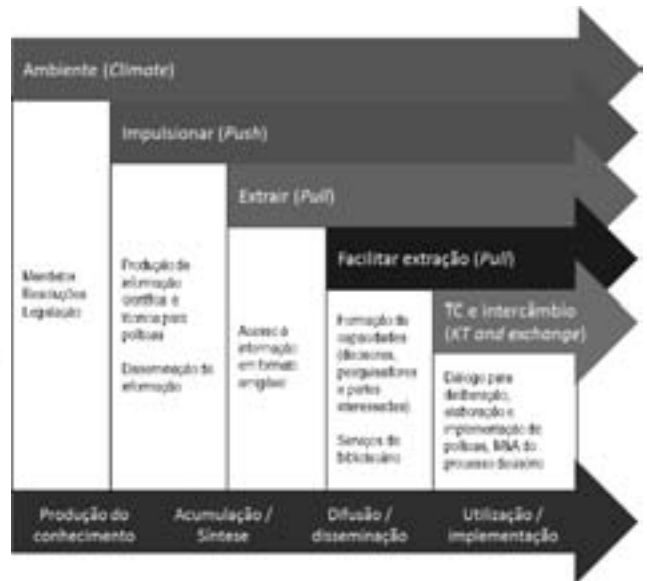
Das estratégias mencionadas, existem evidências empíricas que respaldam fundamentalmente as relacionadas com ações para impulsionar (*Push*) e facilitar o uso de evidências e mecanismos de extração (*Pull*). Exemplo disto é o uso de mensagens específicas e direcionadas aos grupos interessados e a formação/capacitação para o uso de evidências, e também a disseminação *online* de informações relevantes, mediante boletins que sintetizem evidências e apresentem opções de intervenções multifacetadas.

Figura 1: Propuesta de modelo para facilitar la traducción de conocimiento (TC) en PIE



Adaptado de Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization, 2012.⁹

Figura 1: Proposta de modelo para facilitar a tradução do conhecimento em PIE



Adaptado de: Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization, 2012.⁹

(evidencias) relevante a través de Internet como por ejemplo el uso de boletines con evidencia sintetizada y algunas intervenciones multi-facetadas. Actividades como facilitar el clima y/o intercambio todavía necesitan mas evidencia de efetividade. La mayor parte de estas estrategias fueron usadas en procesos de traducción de conocimientos en el campo de la practica pero muy poco en procesos de las PIE.^{2,10,12,13,16}

¿Cómo se implementan las opciones elegidas para la política?

El proceso de implementación de una política debería ser planificado cuidadosamente y también podría ser conducido de mejor manera si es informado por evidencias.^{4,11} Casi siempre estaremos hablando de implementar opciones de políticas en un contexto complejo en el cual hay que tener en cuenta los distintos niveles, organizaciones, y personas involucradas de manera individual o colectiva en los procesos. La implementación siempre implica cambios, no existe un método estándar para identificar las barreras para el cambio. Este proceso se realiza muchas veces de manera informal y asistemática en el cual las barreras, serán identificadas por informantes clave del proceso. Hace falta analizarlas para poder buscar y encontrar toda la evidencia disponible para no implementar en contexto de incertidumbre. Las investigaciones cualitativas globales y locales ayudaran a identificar y también a abordarlas. Puede recurrirse a lluvias de ideas estructuradas, a encuestas, existen también marcos teóricos y listas de chequeo sobre los cuales, los expertos pueden orientar. Cuando hablamos del sistema de salud exclusivamente tenemos niveles de análisis de barreras en los usuarios, los profesionales, el nivel organizacional y el propio sistema de salud.

Outras atividades, como facilitar o ambiente e/ou intercâmbio, ainda precisam de mais evidências para que se reconheça sua efetividade. A maioria destas estratégias foi usada em processos de tradução conhecimento no campo de práticas clínicas, mas pouco em processos de PIE.^{2,10,12,13,16}

Como são implementadas as opções escolhidas para a política?

O processo de implementação de uma política deve ser cuidadosamente planejado e poderia ser mais bem conduzido ao ser informado por evidências.^{4,11} Quase sempre falaremos sobre como implementar opções em contextos complexos, onde se deve levar em conta diferentes níveis, organizações e indivíduos envolvidos nos processos, de forma individual ou coletiva. A implementação sempre implica mudanças e não há um método padrão para identificar as barreiras para que estas mudanças aconteçam. Isto é feito frequentemente de maneira informal e asistemática, em que as barreiras serão identificadas por informantes-chave no processo. Faz falta analisar melhor as barreiras, a fim de que se possa buscar e encontrar todas as evidências disponíveis que apoiem a redução das incertezas da implementação. As pesquisas qualitativas globais e locais vão ajudar a identificar e lidar com as barreiras à implementação. É possível recorrer à chuva de ideias estruturada, sondagens de opinião, e também a quadros teóricos de referência e listas de verificação. Neste aspecto, os especialistas no tema abordado podem orientar sobre as alternativas disponíveis. Quando falamos do sistema de saúde exclusivamente, haverá níveis de análise de barreiras quanto aos usuários, profissionais, nível organizacional e do próprio sistema de saúde.

¿Porque considerar la equidad?

Un aspecto importante que merece un párrafo aparte son las consideraciones de equidad. Las desigualdades deben analizarse siempre, tanto en el planteamiento del problema, las opciones que se consideraran y los aspectos de la implementación. Si una política va a generar alguna desigualdad debería desestimarse o buscar alternativas que minimicen este efecto. Por ejemplo, si voy a pensar en una intervención que implique uso de mensajes a través de teléfonos celulares debo pensar en la disponibilidad de los mismos en todos los grupos de población a intervenir como así también en la capacidad de comprensión de textos. Existen también marcos^{III} que nos pueden orientar las evaluaciones de los posibles impactos que la opción de una política o un programa puede tener sobre las poblaciones más desfavorecidas y la equidad.¹⁵

No es tarea fácil encontrar evidencia acerca de los impactos de la mayoría de las políticas de salud en las inequidades. Algunas estrategias son por ejemplo, los análisis por subgrupos buscando diferencias en las revisiones sistemáticas o en estudios individuales cuando no encontramos las primeras. De hecho, muchas políticas pueden tener efectos relativos similares en lugares más desfavorecidos y en cualquier otro lugar. Una segunda estrategia es mirar las diferencias de los efectos absolutos y no solo los efectos relativos. Al saber que es muy probable que la evidencia en este campo será limitada, es importante asegurarse que el monitoreo y las evaluaciones de los impactos sobre la equidad sean tan estrictos como sea posible, para garantizar que se logren los efectos deseados y se eviten los efectos adversos no deseados, usando para ello indicadores

^{III} <http://www.nccmt.ca/resources/search/234>

Por que considerar a equidade?

Um aspecto importante que merece um parágrafo separado são as considerações sobre a equidade. As desigualdades devem ser testadas sempre, tanto na abordagem do problema quanto nas intervenções que serão consideradas e nos aspectos de implementação. Se uma política pode produzir desigualdades, deveria ser desencorajada ou substituída por alternativas para reduzir ou anular este efeito. Por exemplo, se uma intervenção envolver o uso de mensagens através de telefones celulares, é preciso pensar na disponibilidade desta tecnologia em todos os grupos de população, bem como na capacidade de compreensão de textos. Há também quadros de referência^{II} que podem guiar avaliações dos impactos potenciais que a opção de uma política ou um programa pode ter sobre as populações mais desfavorecidas e equidade.¹⁵

Não é fácil encontrar evidências sobre os impactos das políticas de saúde nas desigualdades. Algumas estratégias são, por exemplo, análises de subgrupo, procurando por diferenças nas revisões sistemáticas ou em estudos individuais quando não encontramos as primeiras. Na verdade, muitas políticas podem ter efeitos similares relativos em lugares mais pobres e em qualquer outro lugar. Outra estratégia é olhar para as diferenças dos efeitos absolutos e não só os efeitos relativos. Sabendo que é provável que as evidências neste campo sejam limitadas, é importante assegurar que as avaliações de impactos sobre a equidade sejam tão rigorosas quanto possível, para garantir os efeitos desejados e evitar efeitos adversos e indesejados, usando para isso

^{II} <http://www.nccmt.ca/resources/search/234>

adecuados y sus de los gradientes sociales y mediciones de cambio.¹⁹

Consideraciones finales

Como reflexión final se puede decir que las políticas informadas por evidencias (PIE) deben ser procesos sistemáticos y transparentes para acceder, evaluar, adaptar y aplicar la evidencia científica. En estos procesos de PIE un concepto clave es que no estamos pensando en convertir a los investigadores en decisores o vice versa. La producción de conocimiento y evidencias desde cada actor es bastante diferente. Los investigadores usan el método científico, fundamentalmente y los decisores utilizan el conocimiento tácito y la experiencia. La idea es que ambos conforman un cuerpo de evidencia que será fundamental para la toma de decisiones y en definitiva, tan importante como ello es medir y evaluar lo que decidimos e implementamos para saber si nuestras decisiones fueron adecuadas y justas.

Por ultimo mencionar que existen iniciativas globales que propician los procesos de traducción de conocimiento en políticas como lo es la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet) de la OMS. El capítulo regional de la misma fue lanzado en las Américas a través de la OPS-OMS en 2007 y ha tenido diferentes desarrollos^{III}. Un ejemplo importante es el ocurrido en Brasil y parte del mismo es descrito en este número especial.

^{III} <http://www.paho.org/portalinvestigacion/EVIPNet>

indicadores apropiados e o monitoramento de seus gradientes sociais e mudanças.¹⁹

Considerações finais

Como reflexão final, pode-se dizer que as PIE devem ser processos sistemáticos e transparentes para o acesso, avaliação, adaptação e aplicação de evidências científicas. Nestes processos, um conceito-chave é que não se trata de converter pesquisadores em tomadores de decisão ou vice-versa. A produção de conhecimento e evidências no âmbito do contexto de cada ator é bastante diferente. Pesquisadores usam principalmente o método científico, e decisores usam o conhecimento tácito e a experiência. A ideia é que ambos compõem um conjunto de evidências que será fundamental para informar a decisão e, definitivamente, tão importante como a decisão é medir e avaliar o que foi decidido e implementado, para saber se as nossas decisões foram apropriadas e justas.

Finalmente, é importante mencionar que existem iniciativas globais que incentivam a tradução do conhecimento em processos de política, tais como a Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet). O componente regional da rede foi lançado nas Américas através da Organização Pan-Americana de Saúde, em 2007, e teve vários desenvolvimentos^{IV}. Um exemplo importante é o que ocorreu no Brasil e parte dela é descrita nesta edição especial.

^{IV} <http://www.paho.org/portalinvestigacion/EVIPNet>

Referencias

1. Bosch-Capblanch X, Lavis JN, Lewin S, Atun R, Røttingen J-A, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: rationale for and challenges of guidance development. *PLoS Med* 2012;9(3):e1001185. doi:10.1371/journal.pmed.1001185.
2. Dobbins M, Hanna SE, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer SL, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implement Sci*. 2009;4:61.
3. Fafard P. Evidence and healthy public policy: insights from health and political sciences. Canada: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. 2008. Disponible en: <http://www.ncchpp.ca>
4. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Research Policy and Systems*. 2009 [acceso 20 abr 2016];7(Suppl 1):S6 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.]. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf>
5. Gambi MO. Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas. Chile: Departamento de Gobierno y Gestión Pública del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile; 2007. (Documentos de trabajo, 11). [acceso 1 abr 2016]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos_%20Basicos_Politicas_Publicas.pdf?sequence=1
6. Invaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health Policymakers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Rs Policy*. 2002; 7(4):239-44.
7. IOM -Institute of Medicine. Environmental health sciences decision making: risk management, Evidence, and Ethics: Workshop Summary. Washington, DC: National Academies; 2009
8. Klein R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003;96(9):429-31.
9. WHO-World Health Organization. Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course; 2012.
10. LaRocca R, Yost J, Dobbins M, Ciliska D, Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:751
11. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem. *Health Research Policy and Systems*; 2009[acceso en 20 abr 2016];7(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S5. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s5.pdf>
12. Moore G, Redman S, Haines M, Todd A. What works to increase the use of research in population health policy and programmes: a review. *Evidence & Policy*. 2011;7:277-305
13. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;Issue 9:Art. No. CD009401.
14. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Res Policy Syst*. 2009;7 (Suppl 1):S1. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S1.
15. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Research Policy and Systems*; 2009[acceso 20 abr 2016];7(Suppl 1):S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf>
16. Perrier L, Mrklas K, Lavis JN, Straus SE. Interventions encouraging the use of systematic reviews by health policymakers and managers: a systematic review. *Implement Sci*. 2011;6:43.
17. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 47(1):81-90.
18. The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems. In: The Ministerial Summit on Health Research, Mexico City; 2004. Nov 16-20. [acceso 20 abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/rpc/summit/agenda/en/mexico_statement_on_health_research.pdf
19. Williams HA, Vincent-Mark A, Herrera Y, Chang OJ. A retrospective analysis of the change in anti-malarial treatment policy: Peru. *Malar J*. 2009;8:85.

Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS

Consolidation for Evidence-Informed Policy Network - EVIPNet Brazil: report of the national experience of building a knowledge translation platform for Brazilian Public Healthcare System (SUS)

Roberta Moreira Wichmann^I, Eliana Carlan^{II}, Jorge Otávio Maia Barreto^{III}

Resumo

Esse artigo relata a experiência de implementação do plano de ação da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil), descrevendo suas atividades, de janeiro/2013 a março/2016, e discutindo sua relevância para a consolidação da iniciativa como uma plataforma de tradução do conhecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizado um estudo de caso, utilizando abordagem descritiva. Os dados foram coletados junto à Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, mediante análise dos relatórios anuais e pela consulta direta à coordenação da rede no Ministério da Saúde. Foram identificadas atividades em quatro categorias: atividades de capacitação, suporte ao desenvolvimento da rede, produtos de tradução do conhecimento e difusão e disseminação. As atividades de maior relevância incluem capacitações para aplicação das Ferramentas SUPPORT, cursos de pós-graduação *lato-sensu* e *online*, lançamento de chamada pública para apoio a projetos, elaboração de sínteses de evidências, organizações de diálogos deliberativos, publicação de artigos científicos, manutenção de portal na internet, atuação nas redes sociais virtuais e participação em eventos científicos e de gestão. Os resultados mostraram o crescimento sustentado das atividades da EVIPNet Brasil e sugerem que a rede está em processo de consolidação como plataforma de tradução de conhecimento no Brasil.

Palavras-chave: Políticas Informadas por Evidências, Tradução do conhecimento, EVIPNet Brasil.

Abstract

This article examines the implementing of the action plan for Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet Brazil), describing its activities from January/2013 to March/2016 and discussing its relevance to the consolidation of the initiative as a knowledge translation platform for the Brazilian Public Healthcare System (SUS). A case study was written using a descriptive approach. The data were collected by the Executive Secretary of EVIPNet Brazil, by analyzing the annual reports and directly consulting the coordination of the Network in the Brazilian Ministry of Health. The study identifies activities in four categories: training activities, support to the development of the network, knowledge translation products and diffusion and dissemination activities. The most relevant activities include capacity building for implementation of the SUPPORT tools, *lato-sensu* graduate and online courses, public call press-release to support projects, building summaries (Evidence Brief for Policy), deliberative dialogues organizations, scientific articles publication, website maintenance, performance in virtual social networks and participation in scientific and management events. The results showed sustained growth of the activities of EVIPNet Brazil and suggest that the network is becoming a robust instrument of knowledge translation in Brazil.

Keywords: Evidence-Informed Policy, knowledge translation and EVIPNet Brazil.

^I Roberta Moreira Wichmann (roberta.wichmann@saude.gov.br e rowichmann@gmail.com) é Bacharel em Economia, mestre e doutora em Economia, consultora do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Professora visitante da Universidade de Brasília (UnB), no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde.

^{II} Eliana Carlan (eliana.carlan@saude.gov.br e eliana.carlan@gmail.com) é Bacharel em Biblioteconomia, mestre em Ciência da Informação, consultora do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

^{III} Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br e jorgeomaia@hotmail.com) é Bacharel em Direito, mestre e doutor em Políticas Públicas, pesquisador em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Brasília.

Introdução

Em maio de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) exortou seus Estados membros a estabelecer ou fortalecer mecanismos para apoiar e promover o uso do conhecimento científico no âmbito de sistemas e políticas de saúde.¹³

Na prática moderna de saúde pública é amplamente aceito que as evidências científicas podem apoiar políticas mais efetivas, com melhor custo-benefício e mais resultados, favorecendo também a transparência na tomada de decisão e *accountability*.⁴

As Políticas Informadas por Evidências (PIE) referem-se ao uso sistemático e transparente da evidência de pesquisa, juntamente com outros elementos importantes, – contexto, aceitabilidade das partes interessadas, viabilidade da implementação e equidade.^{2,11}

A tradução do conhecimento (*knowledge translation*) foi definida pela OMS como a síntese, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento científico para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para melhorar a saúde das pessoas.^{3,14} A tradução do conhecimento procura abordar os desafios para o uso de evidências científicas, a fim de reduzir a lacuna entre a evidência gerada e a tomada de decisão (tradução do conhecimento para a ação). O termo “tradução do conhecimento” tem sido usado para descrever a gama de estratégias para abordar as barreiras para as tomadas de decisões baseadas em evidências.¹

A Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – surgiu a partir de iniciativa da OMS com o objetivo de promover o uso de evidências científicas na formulação e implementação de políticas, programas e serviços de saúde, mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil.

A coordenação da EVIPNet no Brasil é realizada por sua Secretaria Executiva, sediada na

Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (CGGC/Decit/SCTIE/MS). A EVIPNet atua como uma plataforma de tradução do conhecimento, um mecanismo facilitador da incorporação dos resultados de produção científica para a obtenção de políticas públicas de saúde mais efetivas. A EVIPNet Brasil foi reconhecida no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.636/GM/MS, de 7 de outubro de 2009,⁵ que instituiu e definiu as atribuições do seu conselho consultivo, como uma resposta concreta à convocatória mundial da OMS. Em 12 de setembro de 2013, a composição do conselho consultivo da EVIPNet Brasil foi atualizada pela Portaria nº 2.001/GM/MS,⁶ para incluir todas as secretarias do Ministério da Saúde (MS), juntamente às demais entidades integrantes da rede, a saber: Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil (OPAS/OMS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS), Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (Conasems), Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia/ Conselho Nacional de Saúde (CICT/CNS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A EVIPNet Brasil, desde sua criação em 2007, vem contribuindo no âmbito regional com a EVIPNet Américas, bem como com a EVIPNet Global, mediante diferentes ações, especialmente para a disseminação e intercâmbio das lições aprendidas e estratégias desenvolvidas no Brasil, registrando-se para este fim atividades tais como participações em congressos, reuniões e eventos internacionais, organização de oficinas de capacitação nos métodos para apoiar as PIE e de diálogos deliberativos de políticas, promoção do uso da evidência científica nos processos de formulação e implementação de políticas de saúde, produção de sínteses de evidências e de diálogos de políticas e articulação

nacional das instituições-membros que compõem a rede e instituições parceiras.

A EVIPNet Brasil é atualmente integrada por 16 Grupos de Trabalho (GT), sendo que 12 destes grupos consistem nos denominados Núcleos de Evidência (NEv), uma configuração adotada pela rede para garantir maior institucionalidade aos processos de implementação dos grupos. Os detalhes sobre os GT da EVIPNet Brasil são apresentados na Tabela 1. Os NEv e os GT exercem basicamente as mesmas funções como membros da rede, diferenciando-se apenas pela forma como foram institucionalizados à EVIPNet Brasil. Esses grupos colaboradores são formados

por representantes das instituições-sede, pesquisadores e profissionais especializados na área da saúde com a atribuição de replicar os cursos de capacitação, produzir sínteses de evidências para políticas e organizar diálogos deliberativos, utilizando as Ferramentas *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (Ferramentas SUPPORT),⁷ principal referencial metodológico da EVIPNet.

O objetivo deste artigo é descrever as atividades de expansão da EVIPNet Brasil, no período de janeiro de 2013 a março de 2016, e discutir sua relevância para a consolidação da iniciativa como uma plataforma de tradução do conhecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 1 – Grupos de Trabalho e Núcleos de Evidências até Dezembro de 2015

Instituição sede	Cidade	UF	Tipo	Ano de criação
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Piripiri	PI	NEv*	2010
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Sobral	CE	NEv	2013
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Recife	PE	NEv	2013
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)	Brasília	DF	NEv	2013
Departamento de Gestão de Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DGITS/SCTIE/MS)	Brasília	DF	GT**	2013
Escola de Saúde Pública (ESP)	Belo Horizonte	MG	NEv	2013
Instituto Nacional de Cardiologia (INC)	Rio de Janeiro	RJ	NEv	2014
Instituto Nacional do Câncer (INCA)	Rio de Janeiro	RJ	NEv	2014
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Belo Horizonte	MG	NEv	2014
Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP)	São Paulo	SP	NEv	2014
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Brasília	DF	NEv	2014
Departamento de Atenção Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS)	Brasília	DF	GT	2014
Escola de Saúde Pública	Fortaleza	CE	NEv	2014
Universidade Regional do Cariri	Cariri	CE	NEv	2014
Hospital do Coração (HCor)	São Paulo	SP	GT	2015
Instituto Saúde e Sustentabilidade (ISS)	São Paulo	SP	GT	2015

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

* Núcleo de Evidências, ** Grupo de Trabalho.

Método

Trata-se de um estudo de caso, que utiliza uma abordagem descritiva para apresentar as atividades desenvolvidas pela rede EVIPNet Brasil no período de janeiro de 2013 a março de 2016. Os dados foram coletados junto à Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, por meio da análise documental dos relatórios anuais de atividades e outros relatórios técnicos, bem como consulta direta aos envolvidos com as atividades de coordenação da rede no Ministério da Saúde.

Resultados

As atividades desenvolvidas pela EVIPNet Brasil ao longo do período analisado podem ser classificadas em quatro categorias: atividades de capacitação, atividades de suporte ao desenvolvimento da rede, desenvolvimento de produtos de tradução do conhecimento e atividades de difusão e disseminação. A seguir são detalhados os aspectos mais relevantes destes grupos de atividades da rede.

Atividades de capacitação

Verificou-se que a EVIPNet Brasil tem atuado em frentes diversificadas, incluindo estratégias de capacitação presencial e a distância, bem

como abrangendo diferentes níveis de formação, do curso de curta duração à pós-graduação.

Capacitação nas Ferramentas SUPPORT para Políticas Informadas por Evidências – cursos e oficinas de curta duração

Os cursos e oficinas para produção, avaliação, disseminação e uso de sínteses de evidências constitui abordagem promissora na integração e contextualização de evidências de pesquisa no processo de tomada de decisão. A metodologia guia adotada pela EVIPNet é rigorosa e transparente e segue os seguintes passos: 1) a definição e caracterização de um problema de alta prioridade relacionado à política, serviços ou aos sistemas de saúde; 2) a definição de opções para seu enfrentamento; 3) a identificação de barreiras e facilitadores para a implementação das opções de enfrentamento. A síntese de evidências para políticas deve responder à necessidade e ao contexto do tomador de decisão. Os cursos e oficinas são ministrados por especialistas em tradução do conhecimento.

No período entre 2013 e 2015 foram capacitadas pelo menos 532 pessoas nos métodos para apoiar as PIE adotados pela EVIPNet Brasil, mediante 26 oficinas presenciais, com duração de 16 a 32 horas, envolvendo representantes de 113 instituições locais, estaduais e nacionais, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Atividades de Capacitação nas Ferramentas SUPPORT, 2013-2015

Local	Tipo de atividade	Instituições parceiras na realização (*)	Número de oficinas / reuniões	Número de instituições participantes	Número de participantes nas atividades
Brasília – DF	Oficina/Oficina 1ª Chamada/Oficina Internacional/Reunião Técnica/oficina estratégica	MS ^a /Mercosul ^b , Fiocruz ^c , Fepecs ^d	10	37	189
Belo Horizonte – MG	Oficina	UFMG ^e , AMMG ^f	2	10	46
Fortaleza – CE	Oficina	ESP ^g /URCA ^h	1	8	22
Maputo/Moçambique	Oficina Internacional	UEM ⁱ	1	3	15
Recife – PE	Oficina	SMS ^j , IMIP ^k	2	12	56
Rio de Janeiro – RJ	Oficina/Reunião Técnica	INC ^l , INCA ^m , Fiocruz ⁿ	5	15	93
São Paulo – SP	Oficina	HCor ^o , IS/SES-SP ^p , BIREME ^q	3	17	64
Sobral – CE	Oficina	SMS ^r , EFSF ^s	2	11	47
Totais			26	113	532

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

(*) ^a Ministério da Saúde; ^b Mercado Comum do Sul; ^c Fundação Oswaldo Cruz; ^d Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; ^e Universidade Federal de Minas Gerais; ^f Associação Médica de Minas Gerais; ^g Escola de Saúde Pública; ^h Universidade Regional do Cariri; ⁱ Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique); ^j Secretaria Municipal de Saúde de Recife; ^k Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; ^l Instituto de Cardiologia; ^m Instituto Nacional do Câncer; ⁿ Fundação Oswaldo Cruz; ^o Hospital do Coração; ^p Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; ^q Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; ^r Secretaria Municipal de Saúde de Sobral; ^s Escola de Formação em Saúde da Família.

Curso de Especialização em Gestão de Políticas Informadas por Evidências

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio da EVIPNet Brasil, propôs e planejou, em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP-HSL), um curso de pós-graduação *Lato-Sensu* (especialização) em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (ESPIE). Este curso é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde, Hospital

Sírio-Libanês, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e teve o objetivo de apoiar a qualificação dos gestores e outros atores envolvidos no processo decisório em saúde, mediante uso sistemático e transparente do conhecimento científico. O curso foi lançado em 2015 e está direcionado para os formuladores

de políticas e tomadores de decisão de alto e médio mando dos governos municipal, estadual e federal, gestores de sistemas locais de saúde, apoiadores da gestão de saúde, pesquisadores interessados na temática e membros do controle social da saúde. O curso visa contribuir para superar as barreiras do chamado *know-do-gap*, ou o abismo entre a teoria e a prática nas políticas públicas para a saúde, especialmente o conhecimento científico e os processos de formulação e implementação das políticas. Sua carga horária é de 360 horas, com apoio de uma plataforma virtual interativa e facilitadores de aprendizagem. A primeira edição do ESPIE incluiu 400 alunos, selecionados localmente e distribuídos em dez turmas, sendo oito no Brasil (Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte, Vitória, Brasília, Goiânia, Fortaleza e Manaus), uma na Argentina (Córdoba) e uma no Uruguai (Montevideú). A escolha das cidades se deu considerando a distribuição geográfica e o histórico favorável de cursos do Hospital Sírio-Libanês, juntamente com a necessidade de suporte local para o desenvolvimento do curso e foi validada junto aos parceiros institucionais. A oferta de turmas do ESPIE em países latino-americanos foi possível pela parceria com o OIAPSS, representado pelo Conasems.

Curso Introdutório para Políticas Informadas por Evidências (*online*)

Em 2015, foi desenvolvida e lançada pela EVIPNet Brasil, em parceria com a Bireme/OPAS/OMS, a primeira edição do curso *online* introdução às PIE (<http://www.aulas.cvspbrasil.fiocruz.br/>), que teve por objetivo promover a cultura do uso de evidências na tomada de decisão em sistemas, programas e serviços de saúde, oferecendo subsídios às áreas técnicas para formação de políticas informadas pelas melhores evidências científicas e desenvolvimento de competências para obter, avaliar, adaptar e aplicar os achados

científicos nas decisões políticas em saúde. O curso, com duração de 80 horas, tem o objetivo de envolver gestores de sistemas e serviços de saúde, seus apoiadores técnicos pesquisadores e membros da sociedade civil, interessados em abordar os processos de tradução do conhecimento e as PIE. O curso é totalmente *online* e conta com tutoria especializada, sendo estruturado em nove módulos que operam de forma articulada entre conteúdo, exercícios de fixação, estudos de casos reais e sugestões de leitura. Ao final da primeira edição do curso, 106 participantes foram capacitados nas Ferramentas SUPPORT. Nesse mesmo ano, houve a segunda edição do curso que contou com 600 inscritos. As atividades foram encerradas em janeiro de 2016.

Atividades de suporte à rede

Primeira Chamada Pública EVIPNet Brasil para apoio a projetos de PIE

Em agosto de 2014, a EVIPNet Brasil, através da sua Secretaria Executiva, sediada no Decit/SCTIE/MS e em parceria com a OPAS no Brasil, publicou a sua primeira Chamada Pública para suporte a projetos de PIE, com o objetivo de selecionar propostas para concessão de apoio financeiro a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências, visando ao fortalecimento do SUS e a integração entre a pesquisa e a tomada de decisão em saúde. O valor global da Chamada foi de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) advindos de recursos do Termo de Cooperação nº47 – MS/OPAS. Foram recomendados dez projetos e oito finalizaram o processo de contratação, mediante carta acordo (Tabela 3). Cada projeto foi contemplado com R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), e entre os resultados esperados estavam incluídos quatro produtos: 1) uma

síntese de evidências para políticas de saúde; 2) organização de um diálogo deliberativo sobre políticas de saúde informado pelas sínteses de evidências referidas no item anterior e organizado com base nas Ferramentas SUPPORT; 3) elaboração de uma síntese de diálogo deliberativo

sobre políticas de saúde, desenvolvida com base nas Ferramentas SUPPORT; e 4) realização de uma capacitação no âmbito local para o uso das Ferramentas SUPPORT para políticas informadas por evidências, incluindo no mínimo vinte participantes.

Tabela 3 – Projetos da Chamada Pública EVIPNet

Tema do projeto	Instituição
Adequação das ações de prevenção e controle da hipertensão arterial para a realidade do município de Angra dos Reis	Instituto Nacional de Cardiologia (INC)
Diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas através do ultrassom morfológico fetal e da triagem neonatal pelo teste do coraçãozinho	Instituto Nacional de Cardiologia (INC)
Aperfeiçoamento da atenção à pessoa com doença falciforme na região metropolitana de São Paulo	Instituto de Saúde de São Paulo (IS/SES- SP)
Desenvolvimento na primeira infância	Instituto de Saúde de São Paulo (IS/SES- SP)
Implantação do núcleo de evidências para políticas públicas de saúde na Fiocruz-BSB	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em saúde (FIOTEC)
Avaliação do impacto em saúde e sua valorização em gastos públicos decorrentes da poluição atmosférica no estado de São Paulo no período de 2006 a 2013 e revisão de medidas de mitigação das emissões de poluentes	Instituto Saúde e Sustentabilidade (ISS)
Programa de controle da hanseníase informado por evidências para o fortalecimento do SUS	Universidade Regional do Cariri (URCA)
A efetividade das intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos serviços hospitalares de urgência	Instituto de Saúde de São Paulo IS/SES-SP e Hospital do Coração (HCor)

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

Desenvolvimento de produtos de tradução do conhecimento

Sínteses de Evidências para Políticas de Saúde

As sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisas globais e locais para informar deliberações sobre políticas e programas de saúde, incluindo a descrição de um problema relevante de saúde pública, opções informadas por evidências para enfrentar o problema, estratégias de implementação e considerações sobre a equidade.

Os temas para a produção de sínteses de evidências são definidos pela priorização a partir das necessidades reais dos sistemas locais e nacionais de saúde; no entanto, todos os níveis de gestão do sistema de saúde poderiam usufruir do acesso às fontes de informações (transparência) e da sistematização do processo de tomada de decisão para favorecer o uso das evidências em articulação com aspectos contextuais, tais como valores sociais, recursos e demais fatores intrínsecos à tomada de decisão política.

Três sínteses de evidências para políticas foram finalizadas e publicadas no período

analisado, abordando os temas da Mortalidade perinatal (2012⁸ e 2013⁹) e da promoção uso de evidências científicas na tomada de decisão (2014¹⁰). Atualmente, outras duas sínteses estão sendo desenvolvidas pelos GT sediados no Ministério da Saúde, abordando a judicialização da saúde no Brasil (DGTIS/SCTIE/MS) e adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas (DAF/SCTIE/MS). Quatro outras sínteses estão sendo desenvolvidas pelo NEv do Instituto de Saúde de São Paulo/SES/SP sobre os temas saúde mental, diabetes, mortalidade perinatal e mortalidade materna, além de três sínteses em desenvolvimento pelo NEv do Instituto Nacional do Câncer (Inca) sobre os temas estratégias de detecção precoce do câncer de lábio e cavidade, estratégias de diagnóstico precoce do câncer de colorretal e avaliação de estratégias de comunicação para detecção precoce do câncer de mama. O Instituto Saúde e Sustentabilidade finalizou em março de 2016 uma síntese sobre os efeitos da poluição atmosférica sobre a saúde no estado de São Paulo. Os detalhes sobre esta produção da EVIPNet Brasil são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Estágio do Desenvolvimento das Sínteses de Evidências para Políticas

Tema da síntese de evidências	Estágio de desenvolvimento, mar/2016	Instituição responsável pelo desenvolvimento
Mortalidade perinatal	Publicada	Decit/SCTIE/MS ^a
Reduzindo a mortalidade perinatal	Publicada	Decit/SCTIE/MS ^a
Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão	Publicada	Decit/SCTIE/MS ^a
Redução da poluição atmosférica e consequente melhoria da saúde no estado de São Paulo-SP	Em processo editorial para publicação	ISS ^g
Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas	Em revisão	DAF/SCTIE/MS ^b
Adequação das ações de prevenção e controle da hipertensão arterial para a realidade do município de Angra dos Reis-RJ	Em revisão	INC ^d
Diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas através do ultrassom morfológico fetal e da triagem neonatal pelo teste do coraçãozinho	Em revisão	INC ^d
Estratégias para abordar a judicialização da saúde no Brasil	Em desenvolvimento	DGTIS/SCTIE/MS ^c
Estratégias de atenção às pessoas portadoras de tuberculose em situação de rua	Em desenvolvimento	Fiocruz-DF ^e
Aperfeiçoamento da atenção às pessoas portadoras de doença falciforme na região metropolitana de São Paulo-SP	Em desenvolvimento	IS/SES-SP ^f
Desenvolvimento na primeira infância	Em desenvolvimento	IS/SES-SP ^f
A efetividade das intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos serviços hospitalares de urgência	Em planejamento	IS/SES-SP ^f
Programa de hanseníase informado por evidências para o fortalecimento do SUS	Em desenvolvimento	URCA ^h

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

^a Departamento de Ciência e Tecnologia/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde; ^b Departamento Atenção Farmacêutica/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde; ^c Departamento de Gestão de Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; ^d Instituto Nacional de Cardiologia; ^e Fundação Oswaldo Cruz; ^f Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; ^g Instituto Saúde e Sustentabilidade; e ^h Universidade Regional do Cariri.

Diálogos Deliberativos de Políticas de Saúde

A etapa seguinte à produção de sínteses de evidências inclui a organização de diálogos sobre políticas de saúde, também chamados de diálogos deliberativos, os quais podem ser realizados em diferentes níveis – local ou global – e com audiências diversas para a disseminação das principais questões relacionadas ao tema da síntese previamente desenvolvida.

O diálogo deliberativo permite uma discussão em nível organizacional e social sobre o problema, opções de políticas e sua implementação incluindo representantes da política, academia, gestão e sociedade. Tem como objetivos subsidiar a tomada de decisão articulando as evidências globais com as visões, as experiências e o conhecimento tácito dos interessados pelas decisões relacionadas ao problema local e disseminar a melhor evidência para a compreensão e enfrentamento do problema. O NEV de Piripiri foi pioneiro na realização de Diálogos Deliberativos locais no âmbito da EVIPNet, tendo organizado e realizado, em 2011, o diálogo sobre “Prevenção e controle da Dengue no espaço urbano”.¹²

No plano nacional, a Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil organizou e realizou dois diálogos deliberativos nacionais sobre as sínteses “Reduzindo a mortalidade perinatal” e “Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão”. Em fevereiro de 2016, o Instituto Saúde e Sustentabilidade em parceria com a Secretaria Executiva da EVIPNet realizou o diálogo deliberativo sobre a síntese de evidência “Reduzindo a emissão do poluente atmosférico – material particulado – no ambiente urbano em benefício da saúde”. A proposta do Instituto foi de desenvolver um documento-síntese que trouxesse evidências sobre o impacto da poluição atmosférica sobre a saúde da população.

Artigos publicados

Em adição às atividades institucionais da EVIPNet Brasil, entre 2012 e 2015, foram publicados pelo menos cinco artigos abordando a temática das PIE e desenvolvidos no âmbito da rede, publicados em quatro diferentes periódicos da área da saúde (Tabela 5).

Tabela 5 – Artigos Publicados

Título	Periódico
Curso Uso de evidências na gestão municipal da saúde: uma experiência pioneira	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 7, n. 23, p. 122-126, 2012.
Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí	Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013. ^a
Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso	Revista Panamericana de Salud Pública, v. 36, n. 1, p. 51, 2014. ^b
Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências	Ciência e Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014. ^c
Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão	Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 3, p. 316-322, 2015. ^d

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

Número de acessos ao artigo no portal SciELO: ^a1.841; ^b1.226; ^c819 e ^d218.

Atividades de difusão e disseminação

Portal da EVIPNet Brasil e redes sociais virtuais

A EVIPNet Brasil conta com um portal (<http://brasil.evipnet.org>) para divulgação e comunicação de trabalhos colaborativos juntamente com os membros da rede. No portal EVIPNet podemos encontrar conteúdos sobre a descrição institucional da rede e do Conselho Consultivo; relatórios anuais; notícias sobre as atividades desenvolvidas pela rede; *links* para metodologia: versão digital das Ferramentas SUPPORT, artigos sobre as Ferramentas SUPPORT na BVS e curso *online* de políticas informadas por evidências; *links* para as versões digitais das sínteses de evidências publicadas; *links* para indicadores de saúde de diversas fontes (DataSUS, IDSUS, SVS/Aids, SAGE e OPAS); *links* para pesquisa de evidências de diversas fontes (REBRATS, BVS, Health Evidence, Health Systems Evidence e Rx for Change); agenda das atividades da EVIPNet Brasil; conteúdo das oficinas e capacitações; participações em eventos; atas de reuniões; *links* para os vídeos de entrevistas realizadas pela EVIPNet Brasil, *links* para as redes sociais e localização, contato e informações dos Núcleos de Evidências. Além disso, a rede possui outros canais de comunicação no Facebook, YouTube, LinkedIn, Twitter, Instagram e Flickr. A página do Facebook possuía 681 curtidas até o momento deste estudo, sendo 71% mulheres e 29% homens em 14 diferentes países com média de 300 visualizações por postagem e 2.385 visitas à página nos últimos 30 dias (dados de 15/03/2016). O Twitter possui 44 seguidores. Existem 1.412 fotos publicadas no Flickr com 461 visualizações, 3 fotos publicadas

no Instagram e 5 seguidores, 11 contatos no LinkedIn e 90 vídeos disponíveis no canal do YouTube com 2.237 visualizações.

Congressos e conferências

Diferentes atividades de difusão e disseminação são desenvolvidas pela EVIPNet Brasil para promover e divulgar amplamente a rede junto a diferentes públicos (tomadores de decisão e seus apoiadores, profissionais de saúde, pesquisadores e membros da sociedade civil organizada), além de contribuírem com os processos de disseminação e tradução do conhecimento. Para isso, a Secretaria Executiva da EVIPNet apoia a participação de seus representantes em congressos e conferências nacionais e internacionais, com o objetivo de proferir palestras, participar de mesas-redondas e outras formas de apresentação, incluindo trabalhos orais e pôsteres (Tabela 6).

Já em fevereiro de 2016, foi realizado em São Paulo um curso avançado para bibliotecários, em parceria com a Bireme/OPAS. Considerando-se o reforço, ampliação e integração entre a EVIPNet e Bireme/OPAS, esta oficina representou um marco positivo adicional ao capacitar bibliotecários que integram os Grupos de Trabalho e os Núcleos de Evidências da rede, para facilitar a busca e acesso às bases de dados, bem como na avaliação crítica para a seleção (inclusão ou exclusão) de estudos para a identificação de evidências voltadas ao apoio da tomada de decisão em saúde. Como resultado desta oficina foi criado no Facebook um grupo de bibliotecários da EVIPNet Brasil, para troca de informações e experiências (<https://www.facebook.com/groups/592797897595029/>).

Tabela 6 – Participação da Rede de Políticas Informadas por Evidências EVIPNet Brasil em Eventos

1. Congressos Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems – (Gramado/RS, 2010; Brasília/DF, 2011; Maceió/AL, 2012; Brasília/DF, 2013; Serra/ES, 2014; Brasília/DF, 2015).
2. X Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência através da organização da mesa-redonda “Comunicação para a decisão política em saúde” (Brasília/DF, 2013).
3. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um projeto possível” através da organização da oficina “EVIPNet Brasil: Política informada por evidências” (Belo Horizonte/MG, 2013).
4. Conferência de comemoração dos 15 anos da Rede SciELO (São Paulo/SP, 2013).
5. 13ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI, Brasília/DF, 2013).
6. Seminário Brasileiro de Prevenção Quaternária em Atenção Primária à Saúde (Curitiba/PR, 2013)
7. Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS: Integração entre Conhecimento Científico e Políticas de Saúde através da organização do painel “Oportunidades para a gestão da saúde: evidências para a tomada de decisão” (Brasília, 2013).
8. Seminário “Evidências Científicas nas políticas de saúde”, promovido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (Belo Horizonte, 2013).
9. Reunião do Conselho Consultivo (Brasília, 2013).
10. 12ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA e o 4º Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (Gramado/RS, 2014).
11. 13ª Conferência Internacional sobre Comunicação Pública da Ciência e Tecnologia, divulgando a metodologia com a apresentação do trabalho “Using deliberative dialogue to translate scientific evidence: the Evidence-Informed Policy Network Brazil’s case” (Salvador/BA, 2014).
12. Organização do seminário internacional “Evidências Científicas para a tomada de decisão em políticas e programas de saúde” realizado em parceria com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias (Rebrats) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Brasília/DF, 2014).
13. Recepção de visita técnica de membros do Centro Nacional de Excelência Tecnológica em Salud (Cenetc) da Cidade do México (Brasília/DF, 2014).
14. Participação na “Reunião do Comitê Diretivo da EVIPNet Global” e da “Oficina de Trabalho da Organização Mundial de Saúde” (Genebra/Suíça, 2014).
15. Divulgação e participação da EVIPNet Brasil no evento “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: resultados e avanços de pesquisas estratégicas para o SUS”. Na ocasião, foi lançado o primeiro curso online sobre Políticas Informadas por Evidências (Brasília/DF, 2014).
16. Encontro Anual da Conferência Internacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTAi) com os painéis: “EVIPNet Brazil and the experience of the Evidence Centers” e “How to enhance the use of evidence in decision-making? Evidence-informed options for health policies” (Washington/DC, 2014)
17. Encontro Anual da Conferência Internacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTAi) com os painéis: “The knowledge translation process and the EVIPNet Brazil”; “Cost effectiveness analysis of TAVI compared to standard treatment of symptomatic aortic stenosis in patients at high surgical risk” e “Health Economic Assessment in the MERCOSUR: Strategic Actions and Cooperation to Produce and Exchange Scientific Knowledge” (Oslo/Noruega, 2015).

18. I Colóquio de Análise de Redes Aplicadas e Prospecção Tecnológica, Fiocruz (Brasília/DF, 2015).
19. I Congresso Norte e Nordeste de Saúde Baseada em Evidências, Centro de Convenções do Cariri (Crato/CE 2015).
20. I Congresso da Região Norte de Saúde Baseada em Evidências (Sobral/CE, 2015).
21. Participação no PesquisaSUS – 1º Encontro científico de pesquisas aplicadas às políticas públicas em saúde, Fiocruz (Brasília/DF, 2015).
22. 1º Fórum pernambucano de avaliação de tecnologias em saúde (Recife/PE, 2015).
23. Seminário Avaliação de Tecnologias e Inovação em Saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão (São Paulo/SP, 2015).

Fonte: Secretaria Executiva da EVIPNet Brasil, Decit/SCTIE/MS.

Próximos passos

A continuidade das seguintes atividades da EVIPNet Brasil está prevista para 2016: capacitações presenciais para aplicação das Ferramentas SUPPORT; Curso Introdutório em Políticas Informadas por Evidências *online* (3ª edição); Curso Introdutório para o Uso de Estudos de Avaliação Econômica nas PIE; Curso Avançado para Bibliotecários, com foco na busca e recuperação de evidências para subsidiar processos de tomada de decisão em saúde; oficinas para produção de sínteses de evidências para políticas de saúde; reuniões técnicas para a sensibilização, capacitação e matriciamento de novos grupos de trabalho; Diálogos Deliberativos sobre Políticas de Saúde, com base nas sínteses de evidências em desenvolvimento pelos grupos de trabalho da rede; divulgação da EVIPNet em eventos científicos e de gestão da saúde; lançamento do segundo edital de Chamada Pública para apoio a projetos de PIE da EVIPNet Brasil; apoio à criação de novos Núcleos de Evidências e Grupos de Trabalho; publicação

de sínteses de evidências; publicação de artigos científicos e pelo menos duas reuniões do Conselho Consultivo.

Considerações finais

Os resultados demonstraram o crescimento sustentado das atividades da EVIPNet Brasil e sugerem que a rede está em processo de consolidação como plataforma de tradução de conhecimento no Brasil. Chama a atenção o investimento em atividade de capacitação, em diferentes níveis de complexidade, bem como a expansão dos grupos colaboradores da rede no país, destacando-se os diferentes perfis institucionais envolvidos.

O monitoramento e avaliação dos resultados da EVIPNet Brasil serão necessários para a identificação dos impactos da iniciativa sobre o contexto da tomada de decisão na formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil. Sugere-se que a experiência da EVIPNet Brasil seja mais investigada, a fim de que sejam

produzidos subsídios para apoiar o avanço das plataformas de tradução do conhecimento e consolidação das PIE em todo o mundo.

Agradecimento

Os autores agradecem a colaboração de Juliana Ronconi pela coleta de informações sobre a EVIPNet Brasil no portal e nas redes sociais.

Referências

1. Armstrong R, Waters E, Dobbins M, Anderson L, Moore L, Petticrew M, et al. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. *Implementation Science*. 2013; 8; 121.
2. Carter R, Vos T, Moodie M, Haby M, Magnus A, Mihaloopoulos C. Priority setting in health: origins, description and application of the Australian Assessing Cost-Effectiveness initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2008; 8: 593-617.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006; 26:13-24.
4. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*. 2009;7; Suppl 1; 11.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.636/GM/MS, de 7 de outubro de 2009. Institui e define atribuições do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil. *Diário Oficial da União*. 8 out 2009; Seção 1:90.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.001/GM/MS, de 12 de setembro de 2013. Institui e define atribuições do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil. *Diário Oficial da União*. 13 set 2013; Seção 1:63.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ferramenta SUPPORT para a

elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista 'Health Research Policy and Systems'. Brasília (DF); 2010. [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/livro/>

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2012. [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: http://cms.evipnet.org/wp-content/uploads/2015/10/Si%CC%81ntese-Mortalidade-perinatal_FINAL1.pdf

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2013. [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/03/Reduzindo-a-mortalidade-perinatal-WEB.pdf>

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília (DF); 2013. [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: <http://cms.evipnet.org/wp-content/uploads/2014/12/WEB-S%C3%ADntese-tomada-de-Decis%C3%A3o.pdf>

11. 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*. 2009; 7; Suppl 1; S1.

12. Secretaria Municipal de Piripiri. Reporte de diálogo deliberativo síntese de evidências nº 01/2011: prevenção e controle da dengue no espaço urbano. 2011. [acesso em 15 mar 2016] Disponível em: http://cms.evipnet.org/wp-content/uploads/2013/01/Di%C3%A1logo_Deliberativo_Dengue_NEv_Piripiri_2012_12_10.pdf

13. WHO – World Health Organization. Resolutions and other actions of the 58th world health assembly of interest to the PAHO Executive Committee. Genebra; 2005. [acesso em 7 mar 2016]. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/ce/ce136-25-e.pdf>.

14. WHO – World Health Organization. Bridging the “Know-Do” Gap. In: Meeting on Knowledge Translation in Global Health; 2005 Oct 10–12; Genebra: WHO; 2006. [acesso em 7 mar 2016]. Disponível em: http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf

Rapid response for evidence-informed health policy

Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências¹

Michelle M. Haby^{II}, Rachel Clark^{III}

Abstract

It is widely accepted that health interventions underpinned by research evidence will be more effective than those that are not. However, in health policy making, with its non-linear decision making processes and competing political drivers, the use of research evidence to inform decisions is not straightforward. Often cited barriers include limited access to high quality research and poor relevance and timeliness of research; whilst improved collaboration and relationships between academics and decision makers have been cited as important facilitators of the use of research evidence.

Rapid response programs have been initiated in order to overcome these barriers. They seek to facilitate the use of research evidence by ensuring timely and relevant provision of research and through close working relationships between researchers and decision makers. A program typically works to provide synthesized research evidence in a short timeframe. Rapid reviews of the literature are key products. At present there is wide variation in how such products are developed and little empirical evidence on how shortcuts in the review process might impact on review findings.

Whilst rapid response programs and their products are potentially an important mechanism for supporting evidence-informed health policy decisions, these strategies need to be tested empirically.

Keywords: Rapid review; rapid response; evidence-informed policy

Resumo

É reconhecido amplamente que as intervenções de saúde sustentadas pelas evidências de pesquisa serão mais efetivas do que aquelas que não são. Entretanto, na formulação de políticas de saúde, com seus processos decisórios não lineares e motivações políticas concorrentes, o uso de evidências científicas para informar a tomada de decisão não é um processo fácil. As barreiras geralmente citadas incluem acesso limitado a pesquisas de alta qualidade e baixa relevância e oportunidade de pesquisas, enquanto a maior colaboração e relação entre pesquisadores e tomadores de decisão foram citadas como um importante facilitador para o uso das evidências científicas.

Programas de respostas rápidas foram iniciados para superar essas barreiras e facilitar o uso da evidência científica, assegurando a provisão do acesso a resultados de pesquisas relevantes e oportunas e através do trabalho compartilhado entre pesquisadores e gestores. Um programa normalmente funciona para prover sínteses de evidências científicas em um curto período de tempo. Revisões rápidas da literatura são produtos-chave. Atualmente há uma grande variação em como tais produtos são desenvolvidos e poucas evidências empíricas sobre como atalhos no método podem impactar nos achados das revisões.

Enquanto programas de resposta rápida e seus produtos são potencialmente um mecanismo importante para apoiar as políticas de saúde informadas por evidências, essas estratégias ainda precisam ser testadas empiricamente.

Palavras-chave: Revisão rápida, repostas rápidas, políticas informadas por evidências

^{II} Michelle M. Haby (haby@unimelb.edu.au) is PhD, Professor, Department of Chemical and Biological Sciences, University of Sonora, Hermosillo, Sonora, Mexico.

^{III} Rachel Clark (rachel.x.clark@phe.gov.uk) DrPH student, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, England.

¹ Tradução: Maritsa Carla de Bortoli. Revisão: Jorge Otávio Maia Barreto.

Introduction

Health interventions underpinned by research evidence are more likely to be effective than those that are not. They are also expected to offer better value for money, greater transparency in decision making and greater accountability.⁸ Evidence from research can help to ensure that no harm will come from the implementation of an intervention; that the intervention will be effective in achieving its intended outcomes; that the intervention will not increase health inequalities; and will maximize the use of available resources.⁸

In relation to clinical care it is widely accepted that decisions by health professionals should be based on the best available research evidence as well as clinical expertise.²⁹ This concept has been labelled evidence-based medicine or evidence-based practice and has become an important part of the training of new health professionals. For decisions about patient care, the best available evidence is usually systematic reviews of randomized controlled trials. The Cochrane Collaboration, started by Archie Cochrane in 1992 (<http://www.cochrane.org/>), is the most well-known producer of these systematic reviews, and these are also used as a basis for a range of products, including clinical practice guidelines and health technology assessments.

When it comes to the use of evidence in decisions relating to health policy the field has a shorter history and is less well-developed. Policy decision making is also much more complicated, partly due to the non-linear nature of policy making⁵ and the need to consider a range of factors when making policy decisions – such as context, acceptability to stakeholders and feasibility of implementation.^{5,7,12} This field is generally

Introdução

Intervenções de saúde sustentadas por evidências de pesquisas terão maior probabilidade de ser efetivas do que aquelas que não são. Também se espera que ofereçam mais eficiência, maior transparência em processos decisórios e mais responsabilização na prestação de contas.⁸ Evidências de pesquisas podem ajudar a assegurar que nenhum dano ocorrerá pela implantação de uma intervenção, que as intervenções serão efetivas em alcançar suas metas almejadas, que as intervenções não aumentarão as iniquidades em saúde, e que os recursos disponíveis serão otimizados.⁸

Em relação aos cuidados clínicos é amplamente aceito que as decisões de profissionais de saúde devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, bem como na experiência clínica.²⁹ Este conceito tem sido rotulado como “medicina baseada em evidência” ou “prática baseada em evidência” e se tornou parte importante da capacitação de novos profissionais de saúde. Para decisões sobre o cuidado com o paciente, as melhores evidências disponíveis são geralmente as revisões sistemáticas de ensaios randomizados controlados. A *Cochrane Collaboration*, fundada por Archie Cochrane em 1992 (<http://www.cochrane.org/>), é a mais conhecida produtora dessas revisões sistemáticas, que também são usadas como base para uma gama de produtos, incluindo guias de prática clínica e avaliações de tecnologias de saúde.

Quando se trata do uso de evidências nas decisões relacionadas às políticas de saúde, o campo tem uma história mais recente e também é menos desenvolvido. A tomada de decisões na formulação de políticas é algo muito mais complexo, em parte por causa de sua natureza não linear⁵ e da necessidade de considerar uma variedade de fatores – como contexto, aceitabilidade das partes interessadas e viabilidade da implementação.^{5,7,12} Este campo é geralmente rotulado como Políticas

labelled evidence-informed policy or evidence-informed decision making.

While systematic reviews and related products (e.g. health technology assessments and evidence briefs for policy) are also important for decision-making in relation to health policy, attention has recently focused on the need to make these products available in a much shorter period of time. As such, various producers of systematic reviews and related products have begun to utilize methods for rapid reviews of the research evidence. Further, both producers and users of systematic reviews have begun setting up rapid response programs to respond to the needs of decision-makers for rapid access to the best available evidence. One well-known example of such a program in the Americas Region is the McMaster Health Forum Rapid Response Program in Canada (www.mcmasterhealthforum.org/policymakers/rapid-response-program). The main product or products of rapid response programs vary but generally take the form of 'rapid reviews', which can be thought of as a variation of a systematic review and is conducted in a shortened timeframe.¹³

In this paper we explain why decision-making in relation to health policy is different to practice and how the use of research evidence in policy-making can be facilitated. We then present what is currently known about rapid response programs and rapid reviews.

Decision-making in relation to health policy

Policy making is typically messy. While the health policy literature offers 'ideal' models or theories to explain the policy making process that are usually linear or cyclical,² these rarely apply in practice.⁵ The reality is that policy decisions are more likely to be driven by opportunities, relationships and other influences rather than an explicit

Informadas por Evidências (PIE) ou tomada de decisão informada por evidências.

Enquanto as revisões sistemáticas e produtos relacionados (por exemplo, avaliações de tecnologias de saúde e sínteses de evidências para políticas) são importantes para a tomada de decisão nas políticas de saúde, a atenção recentemente se voltou para a necessidade de tornar esses produtos acessíveis em um prazo muito mais curto. Como tal, vários produtores de revisões sistemáticas e produtos relacionados começaram a utilizar métodos para revisões rápidas da evidência científica. Além disso, tanto produtores quanto usuários das revisões sistemáticas começaram a montar programas de respostas rápidas para responder às necessidades dos tomadores de decisão para acesso rápido à melhor evidência disponível. Uma experiência muito conhecida de tais programas nas regiões das Américas é o Programa de Respostas Rápidas do *Health Forum* da Universidade de McMaster, no Canadá (www.mcmasterhealthforum.org/policymakers/rapid-response-program). O principal produto, ou produtos, de programas de respostas rápidas variam, mas geralmente tomam a forma de "revisões rápidas", que podem ser consideradas como uma variação das revisões sistemáticas, mas elaboradas num prazo mais curto.¹³

Neste artigo explicamos por que a tomada de decisão em relação às políticas de saúde é diferente da prática clínica e como o uso de evidências científicas na formulação de políticas pode ser facilitado. Apresentamos o que é atualmente conhecido por programas de respostas rápidas e métodos de revisões rápidas.

Tomada de decisão em relação à política de saúde

A formulação de políticas é normalmente confusa. Enquanto a literatura de políticas de saúde oferece modelos ideais ou teorias para explicar

and logical process.¹⁰ One well known theory for the policy process is offered by the political scientist John Kingdon^{5,9,19} According to Kingdon, agenda setting is the first stage in the policy process. The policy agenda is the list of issues or problems to which government officials, or those who make policy decisions (including the voting public), pay serious attention. Moving an idea onto or higher up on that agenda involves three processes (or streams): problems, proposals, and politics. Policy windows or opportunities only open when all three streams converge.⁹ Thus, to move an issue onto the policy agenda requires, for example, that when a problem is identified and there is political will to solve the problem, the policy proposal (or solution) can be quickly offered. Timely research evidence is particularly important here to ensure that the best available evidence is used in the policy proposal. If the research evidence is not available when needed it is more likely that the policy solution will be based on historical experience or lobbying from vested interests. Research evidence is also important for identifying problems so that political attention can be focused on them and solutions (policy proposals) found. The likelihood of successful agenda setting substantially increases if all three elements—problem, proposal, and politics—are linked in a single package.⁹

Policy decisions are also made at various levels. Some scholars categorize policy as “big P” policies (e.g. formal laws, rules, and regulations enacted by elected officials) and “small p” policies (e.g. organizational guidelines, internal agency decisions or memoranda, and social norms guiding behavior).^{3,30} Both types of policy (“big P” and “little p”) can have a significant impact on the health of populations and are important in evidence-informed health policy.

o processo de formulação de políticas que são normalmente lineares ou cíclicos,² os mesmos dificilmente são aplicáveis na prática.⁵ A realidade é que as decisões de políticas são mais propensas a ser dirigidas por oportunidades, relações e outras influências, em vez de processos explícitos e lógicos¹⁰. Uma teoria bem conhecida para o processo político foi formulada pelo cientista político John Kingdon.^{5,9,19} De acordo com Kingdon, o estabelecimento de uma agenda é o primeiro estágio no processo político. A agenda de políticas é uma lista de questões ou problemas aos quais agentes do governo, ou aqueles que tomam as decisões políticas (inclusive os eleitores), devem seriamente prestar atenção. A ascensão ou queda de uma ideia dentro da lista da agenda envolve três processos (ou fluxos): problema, propostas e política. A janela de oportunidades para políticas somente se abrirá quando os três fluxos convergirem.⁹ Assim, para mover uma questão dentro da agenda de políticas é necessário, por exemplo, que uma vez identificado um problema e mobilizada a vontade política para que este seja enfrentado, a proposta de política (ou solução) possa ser rapidamente oferecida. Evidências científicas oportunas são particularmente importantes para garantir que este subsídio seja usado na formulação da proposta de política. Se a evidência científica não está disponível quando ela é necessária, o mais provável é que a solução política seja baseada em experiências históricas ou pressão de interesses particulares. A evidência científica é também importante para identificar problemas, a fim de que a atenção política possa estar focada neles e as soluções (propostas de políticas) sejam encontradas. A probabilidade do sucesso do estabelecimento de uma agenda aumenta substancialmente se todos os três elementos – problema, proposta e política – estão unidos em um pacote único.⁹

As decisões de políticas também são tomadas em vários níveis. Alguns acadêmicos categorizam

Facilitating the use of research evidence for policy

There is a growing literature describing the barriers and facilitators to the use of research evidence for health policy.^{20,22,24-26} The most frequently reported barriers to evidence uptake are poor access to good quality relevant research, and lack of timely and relevant research output.^{25,37} The most frequently reported facilitators are collaboration between researchers and policymakers, improved relationships and skills,²⁵ and research that accords with the beliefs, values, interests or practical goals and strategies of decision makers.²¹ Rapid response programs are a strategy designed to overcome the barriers of timeliness, quality and relevance of the research evidence. They can also act as facilitators to research use as they often include a close working relationship between researchers and decision makers to ensure that the finished product meets the decision-makers' needs.¹⁷ However, the effectiveness of rapid response programs in improving the use of research evidence in health policy decision making has not been tested.¹⁴

Rapid response programs

While there is no formal definition available in the literature, a rapid response program can be thought of as an organized effort by government, academic and/or independent organizations to make the best available research evidence available to policy decision-makers in a shortened timeframe. To describe rapid response programs consideration needs to be given to: 1) the product offered; 2) the strategies utilized to facilitate the uptake of the product into decision-making; and 3) how the program is operationalized to ensure that it runs smoothly.¹⁴ These three things together

as políticas como “políticas com Pê maiúsculo” (por exemplo, leis formais, regras e regulamentações decretadas por pessoas eleitas) e “políticas com Pê minúsculo” (por exemplo, guias organizacionais, memorandos ou decisões internas das agências, e normas de comportamento social).^{3,30} Ambos os tipos de políticas (“Pê maiúsculo” e “Pê minúsculo”) podem ter impacto significativo na saúde das populações e são importantes nas políticas de saúde informadas por evidências.

Facilitando o uso de evidências científicas para políticas

Há um crescimento na literatura que descreve as barreiras e facilitadores para o uso das evidências científicas nas políticas de saúde.^{20,22,24-26} As barreiras mais frequentemente relatadas sobre o uso das evidências são o pouco acesso a pesquisas relevantes e de boa qualidade, e falta de produção científica relevante e oportuna.^{25,37} Os facilitadores mais relatados são a colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão, incremento de relacionamentos e capacidades,²⁵ e o desenvolvimento de pesquisas alinhadas com as crenças, valores, interesses ou metas práticas e estratégias dos tomadores de decisão.²¹ Programas de respostas rápidas são estratégias desenhadas para superar as barreiras de oportunidade, qualidade e relevância das evidências científicas. Eles também podem servir como facilitadores para o uso das pesquisas, uma vez que normalmente incluem uma relação de proximidade entre pesquisadores e tomadores de decisão, a fim de que trabalhem juntos para assegurar que o produto final esteja de acordo com as necessidades reais da tomada de decisão.¹⁷ Entretanto, a efetividade dos programas de respostas rápidas em melhorar o uso de evidências científicas para a tomada de decisão sobre as políticas de saúde ainda não foi testada.¹⁴

will determine if the rapid response program meets its intended purpose, which is to facilitate the use of high quality research in health decision-making.

Current reviews of rapid response programs suggest that one of the defining features in the creation of the products offered by rapid response programs (e.g. rapid reviews) is the close relationship with the end user.¹⁶ We hypothesize that this is likely to increase the use of the reviews in policy decision making as it is known that personal contact between researchers and decision makers is a facilitator of the uptake of evidence.^{18,20,25} Further, the process of conducting rapid reviews is also likely to build skills and trust between researchers and decision makers, both of which are facilitators of the uptake of evidence.^{18,25}

The number of programs offering rapid response services is increasing.^{16,28} Authors of a recent study surveyed 29 rapid response programs internationally.²⁸ Within, and across, these programs there was a wide variation in the program objectives, types of questions answered, and processes and methods used.²⁸ However, none of the rapid response programs surveyed were from Central or South America. This may have been due to language barriers or because such programs don't yet formally exist in this region.

Rapid reviews

The types of products produced by rapid response programs are widely varied.^{17,28} We focus here on products that include a synthesis of the evidence because this is the most widely researched product, most comparable to a standard systematic review (the gold standard) and because we consider it to be the most useful

Programas de resposta rápida

Enquanto não surge uma definição formal disponível na literatura, um programa de respostas rápidas pode ser visto como um esforço organizado de governo, academia e/ou organizações independentes para fazer com que a melhor evidência científica esteja disponível para os tomadores de decisão em um curto prazo. Para descrever os programas de resposta rápida é necessário considerar: 1) o produto oferecido; 2) as estratégias utilizadas para facilitar a assimilação do produto na tomada de decisão; 3) como o programa é operacionalizado para assegurar que funcione facilmente¹⁴. Esses três pontos em conjunto determinarão se o programa de respostas rápidas atende ao seu propósito, que é de facilitar o uso de evidências científicas de alta qualidade na tomada de decisão nas políticas de saúde.

Revisões atuais de programas de respostas rápidas sugerem que uma das características determinantes na criação dos produtos oferecidos (por exemplo, revisões rápidas) é a relação mais próxima ao usuário.¹⁶ Nossa hipótese é que isso possivelmente aumenta o uso das revisões na tomada de decisão política, uma vez que é sabido que o contato entre pesquisadores e tomadores de decisão é um facilitador da assimilação da evidência.^{18,20,25} Adicionalmente, o processo de conduzir revisões rápidas é também capaz de construir capacidades e confiança entre pesquisadores e tomadores de decisão, ambos facilitadores da assimilação das evidências como subsídio da tomada de decisão.^{18,25}

O número de programas que oferecem serviços de resposta rápida vem crescendo.^{16,28} Um estudo recente pesquisou internacionalmente 29 programas de respostas rápidas.²⁸ Houve uma grande variação dentro, e entre, esses programas quanto aos objetivos, tipos de questões respondidas, e métodos e processos

for increasing the use of the best available research in health decision making. This type of rapid product has many names, including rapid review, evidence summary, brief review, rapid systematic review, and rapid health technology assessment. In this paper we use the term 'rapid review' as it is the most widely used term in the published literature.^{32,33}

A rapid review can be defined as “a type of systematic review in which components of the systematic review process are simplified, omitted or made more efficient in order to produce information in a shorter period of time, preferably with minimal impact on quality. Further, rapid reviews involve a close relationship with the end-user and are conducted with the needs of the decision-maker in mind”.¹⁵ Systematic reviews of rapid review methods show that there is significant variety in the methodological approaches or ‘shortcuts’ used in rapid reviews to make them faster than a full systematic review.^{1,11,16,32} Shortcuts taken can also vary within programs, which could be partly due to the preferences of the decision makers and their timelines, but can include: limiting the number of questions; limiting the scope of questions; searching fewer databases; limited use of grey literature; restricting the types of studies included (e.g. English only, most recent 5 years); relying on existing systematic reviews; eliminating or limiting hand searching of reference lists and relevant journals; narrow time frame for article retrieval; using non-iterative search strategy; eliminating consultation with experts; limiting full-text review; limiting dual review for study selection, data extraction and/or quality assessment; limiting data extraction; limiting risk of bias assessment or grading; minimal evidence synthesis; providing minimal conclusions or recommendations; and limiting external peer review.^{1,11,16,32}

utilizados.²⁸ Entretanto, nenhum dos programas de respostas rápidas pesquisados estava na América do Sul ou Central. Isso pode ter se dado devido à barreira de linguagem ou porque tais programas ainda não existem formalmente nessas regiões.

Revisões rápidas

Os tipos de produtos dos programas de respostas rápidas variam amplamente.^{17,28} Nós focamos aqui nos produtos que incluem uma síntese de evidências porque este é o produto mais amplamente pesquisado e comparável ao padrão ouro, a revisão sistemática, bem como porque consideramos que seja a forma mais útil de aprimorar o uso das melhores evidências científicas disponível nas tomadas de decisão das políticas de saúde. Este tipo de produto rápido tem muitos nomes, incluindo revisão rápida, resumo de evidências, revisão resumida, revisão sistemática rápida e avaliação rápida de tecnologias de saúde. Neste artigo utilizaremos o termo “revisão rápida” já que este é o termo mais amplamente utilizado na literatura publicada.^{32,33}

Uma revisão rápida pode ser definida como “um tipo de revisão sistemática em que os componentes do processo da revisão sistemática são simplificados, reduzidos ou tornados mais eficientes com o objetivo de produzir informação em um período mais curto de tempo, preferencialmente com mínimo impacto à qualidade. Ainda, revisões rápidas envolvem uma relação próxima com o usuário final e são elaboradas a partir das necessidades do tomador de decisão.¹⁵ Revisões sistemáticas sobre os métodos usados nas revisões rápidas mostraram que há uma significativa variedade de abordagens metodológicas ou “atalhos” que são utilizados nas revisões rápidas para torná-las mais rápidas que uma revisão completa.^{1,11,16,32} Os atalhos utilizados podem variar dentro dos

While a wide range of ‘shortcuts’ are used to make rapid reviews faster than a full systematic review, there is little empirical evidence of the impact of these shortcuts on the conclusions of either rapid reviews or systematic reviews.¹⁵ Further, there are few comparisons of full and rapid reviews that are available in the literature to be able to determine the impact of the shortcut on the conclusions of the reviews.^{15,34,35} However, producers and users of rapid reviews need to be aware that the choice of ‘shortcuts’ taken for the review will impact on the perceived methodological quality of the review, as assessed by the user³³, as well as by available systematic review quality assessment tools.³¹ Whatever the methods chosen to conduct rapid reviews, authors of systematic reviews of rapid review methods have argued for both users and producers of rapid reviews to increase the transparency of the methods used for each review so that their methodological quality can be assessed.^{6,11,36}

While there is also potential for evidence briefs for policy to be conducted quickly as part of a rapid response program the evidence base or practical experience to support this product is limited. However, rapid reviews produced as part of a rapid response program could be used to inform evidence briefs for policy.

programas, podendo ser parciais, devido às preferências dos tomadores de decisão e seus prazos, mas em geral incluem: limitar o número das questões; limitar o escopo das questões; buscar em menos bases de dados; limitar o uso da literatura cinzenta; restringir o tipo de estudos incluídos (por exemplo, somente em inglês, 5 anos mais recentes); usar as revisões sistemáticas disponíveis; eliminar ou limitar a busca manual de listas de referências ou revistas relevantes; estreitar o recorte temporal da recuperação de artigos; usar estratégias de busca não repetitivas; eliminar a consulta a especialistas; limitar a revisão de textos completos; limitar a análise em duplas na seleção de estudos, extração de dados e/ou avaliação de qualidade; limitar a extração de dados; limitar a avaliação ou classificação do risco de vieses; realizar a síntese de evidências mínimas; prover recomendações ou conclusões mínimas; e limitar a revisão externa por pares.^{1,11,16,32}

Enquanto uma grande variedade de “atalhos” é utilizada para tornar as revisões rápidas mais rápidas do que as revisões sistemáticas completas, há pouca evidência empírica do seu impacto nas conclusões, tanto das revisões rápidas como das revisões sistemáticas.¹⁵ Há também poucas comparações entre revisões completas e revisões rápidas disponíveis na literatura, que sejam capazes de determinar o impacto dos atalhos na conclusão destas revisões.^{15,34,35} Entretanto, produtores e usuários das revisões rápidas precisam estar atentos que a escolha dos “atalhos” para a revisão impactará na qualidade metodológica percebida da revisão, quando avaliadas pelos usuários,³³ bem como quando avaliadas pelas ferramentas de avaliação da qualidade das revisões sistemáticas.³¹ Quaisquer sejam os métodos escolhidos para conduzir a revisão rápida, os autores das revisões sistemáticas sobre métodos de revisões rápidas defendem, para usuários e produtores, que se aumente a

Conclusions

Rapid response programs and their products is a rapidly expanding area of interest and research²⁷ and there is considerable investment in their implementation. But there is still a great deal of work to be done to ensure (and measure empirically) that they meet their goal, which is to increase the use of high quality research evidence in policy making,¹⁴ and can therefore be considered a good investment of resources. One of their greatest achievements is likely to be a closer working relationship between researchers and policy makers and a small move away from the “two communities” model of research and policy,^{4,5} to one where researchers and policy-makers work together to obtain a better understanding of each other’s world²³ and better decision making.

References

1. Abrami PC, Borokhovski E, Bernard RM, Wade CA, Tamim R, Persson T, et al. Issues in conducting and disseminating brief reviews of evidence. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate & Practice*. 2010;6:371-89.
2. Bridgman P, Davis G. *The Australian Policy Handbook*. New South Wales, Australia: Allen & Unwin; 2004.
3. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *American Journal of Public Health*. 2009[access 28 mar 2016];99:1576-83. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/pdf/1576.pdf>
4. Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBride TD. Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006[access 28 mar 2016];30:164-72 Available at: https://www.researchgate.net/publication/7315475_Researchers_and_Policymakers_Travelers_in_Parallel_Universes
5. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. 2.ed. Berkshire: Open University: McGraw-Hill; 2012.

transparência dos métodos utilizados, a fim de que a qualidade metodológica das revisões possa ser avaliada.^{6,11,36}

Enquanto ainda há potencial para que as sínteses de evidências para políticas sejam conduzidas rapidamente, como parte de programas de respostas rápidas, a base da evidência e a experiência prática para apoiar este produto ainda é limitada. No entanto, as revisões rápidas produzidas como parte de programas de respostas rápidas, também poderiam ser utilizadas para informar sínteses de evidências para políticas de saúde.

Conclusões

Programas de respostas rápidas e seus produtos integram uma área de interesse e pesquisa em rápida expansão,²⁷ carreando investimentos consideráveis em sua implantação em todo o mundo. No entanto, ainda há muito trabalho a ser feito para assegurar (e avaliar empiricamente) que atinjam sua meta, que é aumentar o uso de evidências de alta qualidade na formulação de políticas de saúde,¹⁴ e possa sua implementação ser considerada um bom investimento para os governos. Um de seus resultados mais importantes é, provavelmente, favorecer a aproximação entre pesquisadores e tomadores de decisão, mediante uma relação de trabalho próxima, e representar um pequeno afastamento dos modelos que consideram pesquisa e política como “dois mundos” separados,^{4,5} em direção a um contexto onde pesquisadores e tomadores de decisão podem trabalhar juntos para chegar a um entendimento comum e recíproco sobre os mundos uns dos outros,²³ bem como às melhores decisões.

6. Cameron A, Watt A, Lathlean T, Sturm L. Rapid review versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in Health Technology Assessment. (ASERNIP-S Report , 60). Adelaide, South Australia: ASERNIP-S; 2007.
7. Carter R, Vos T, Moodie M, Haby M, Magnus A, Mihailopoulos C. Priority setting in health: origins, description and application of the Australian Assessing Cost-Effectiveness initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2008;8:593-617.
8. Clark R, Haby M. Evidence-based policy: why and how. In: Carey G, Landvogt K, Barraket J, editors. *Creating and implementing public policy: cross-sectoral debates*. Routledge, Taylor and Francis Group. London: Policy Press; 2015. chap.7.
9. Coffman J. Evaluation based on theories of the policy process. *The Evaluation Exchange*. 2007[access 28 mar 2016];13:6-7. Available at: <http://www.hfrp.org/var/hfrp/storage/original/application/6bdf92c3d7e970e7270588109e23b678.pdf>
10. Colebatch HK. *Policy*. 2.ed. Buckingham: Open University ; 2002.
11. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Science*. 2010[access 28 mar 2016];5:56. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914085/pdf/1748-5908-5-56.pdf>
12. Haby M, Bowen S. *Making decisions about interventions. A guide for evidence-informed policy and practice*. Melbourne: Prevention and Population Health Branch; 2010. [access 28 mar 2016] Available at: <https://www2.health.vic.gov.au/public-health/population-health-systems/evidence-and-evaluation/guidelines-on-evidence-and-evaluation>
13. Haby M, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid overview. *Implementation Science*. 2015; (submitted December).
14. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision making in the Americas Region: using the best available evidence and case studies. *Implementation Science*. 2016; (submitted Jan 2016).
15. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Implementation Science*. 2016; (submitted Jan 2016).
16. Agency for Healthcare Research and Quality. *EPC methods: an exploration of methods and context for the production of rapid reviews: research white paper*. (AHRQ Publication,15-EHC008-EF). Rockville (MD); 2015. [access 28 mar 2016] Available at: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
17. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Belinson S, Berliner E, et al. A taxonomy of rapid reviews links report types and methods to specific decision-making contexts. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015. [access 28 mar 2016] Available at: <http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356%2815%2900372-8/pdf>
18. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002;7:239-44.
19. Kingdon J. *Agendas, alternatives and public policies*. 2.ed. Harlow: Longman Classics; 2010.
20. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2005;10 Suppl 1:35-48.
21. Lavis JN, Hammill AC, Gildiner A, McDonagh RJ, Wilson MG, Ross SE, et al. A systematic review of the factors that influence the use of research evidence by public policymakers: final report submitted to the Canadian Population Health Initiative. Hamilton, Canada: McMaster University Program in Policy Decision-Making; 2005.
22. Liverani M, Hawkins B, Parkhurst JO. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS One*. 2013. [access 28 mar 2016];8:e77404. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3813708/pdf/pone.0077404.pdf>
23. Moodie R. Where different worlds collide: expanding the influence of research and researchers on policy. *Journal of Public Health Policy*. 2009. [access 28 mar 2016];30(Suppl 1):S33-S7. Available at: <http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v30/nS1/pdf/jphp200853a.pdf>
24. Nutley S. Bridging the policy/research divide. Reflections and lessons from the UK. In: *Facing the Future: Engaging stakeholders and citizens in developing*

- public policy. National Institute of Governance Conference; 2003 April 23-24; Canberra, Australia; 2003. [access 28 mar 2016] . Available at: <http://www.treasury.govt.nz/publications/media-speeches/guestlectures/nutley-apr03>. 2003.
25. 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 Services Research*. 2014. [access 28 mar 2016];14:2. Available at: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2>
26. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One*. 2011. [access 28 mar 2016];6:e21704. Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0021704>
27. Polisena J, Garritty C, Umscheid CA, Kamel C, Samra K, Smith J, et al. Rapid Review Summit: an overview and initiation of a research agenda. *Systematic Reviews*. 2015. [access 28 mar 2016];4:111. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4583747/pdf/13643_2015_Article_111.pdf
28. Polisena J, Garrity C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*. 2015. [access 28 mar 2016];4:26. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4407715/pdf/13643_2015_Article_22.pdf
29. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996. [access 28 mar 2016];312:71-2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>
30. Seavey J, McGrath R, Aytur S. Health policy analysis: framework and tools for success. New York, NY: Springer; 2014.
31. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62:1013-20.
32. Tricco AC, Antony J, Zarin W, Strifler L, Ghassemi M, Ivory J, et al. A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*. 2015[access 28 mar 2016];13:224. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574114/pdf/12916_2015_Article_465.pdf
33. Tricco AC, Zarin W, Antony J, Hutton B, Moher D, Sherifali D, et al. An international survey and modified Delphi approach revealed numerous rapid review methods. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;70:61-67.
34. Van de Velde S, De Buck E, Dieltjens T, Aertgeerts B. Medicinal use of potato-derived products: conclusions of a rapid versus full systematic review. *Phytotherapy Research*. 2011;25:787-8.
35. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid versus full systematic reviews: validity in clinical practice? *Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 2008;78:1037-40.
36. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2008;24:133-9.
37. WHO- World Health Organization. Knowledge translation framework for ageing and health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course;2012. [access 28 mar 2016] Available at: http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation.pdf?ua=1

Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências

Methodological approach in EVIPNet Brazil: SUPPORT Tools for evidence-informed health policy making

Jorge Otávio Maia Barreto^I, Tereza Setsuko Toma^{II}

Resumo

Aqui apresentamos, de forma breve, os principais aspectos abordados pelas ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) para elaboração de políticas de saúde informadas por evidências. As Ferramentas SUPPORT foram apresentadas em um conjunto de artigos publicados em 2009 na revista *Health Research Policy and Systems*. A série de 18 artigos foi traduzida ao português e está disponível na internet. Essas ferramentas são muito úteis para equipes que queiram produzir, com o máximo rigor, documentos sobre opções para lidar com um determinado problema de saúde, conhecidas como **sínteses de evidências**. A Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil adota as Ferramentas SUPPORT como principal referencial de métodos para o desenvolvimento de suas atividades institucionais.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Políticas Informadas por Evidências, Sínteses de Evidência

A EVIPNet Brasil tem entre os seus valores o trabalho eficiente, metodologicamente rigoroso, transparente, inovador e responsável perante o SUS desenvolvido por equipes colaborativas com múltiplos atores sociais. A concretização destes valores exige a adoção de métodos que promovam a inclusão das evidências científicas como subsídio da tomada de decisão na formulação e implementação de políticas públicas, de forma equilibrada, sistemática, e transparente, em face dos decisores, pesquisadores e cidadãos

Abstract

We present the main points of SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) Tools for evidence-informed health policy making. SUPPORT Tools was presented in a series of articles published in 2009 in journal *Health Research Policy and Systems*. The series of 18 articles were translated into Portuguese and is available on the Internet. The SUPPORT Tools are very useful for teams in rigorous production of knowledge translation products on options to address a particular health problem, known as evidence brief for policy. EVIPNet Brazil adopts the SUPPORT Tools as main reference of methods for develop its institutional activities.

Keywords: Health Policy, Evidence-informed policy making, Evidence brief for policy

em geral. As Ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) para elaboração de políticas de saúde informadas por evidências que compõem este escopo constituem o principal referencial metodológico da EVIPNet Brasil.

Este texto apresenta de forma breve os principais elementos das Ferramentas SUPPORT, como forma de promover sua disseminação entre públicos potencialmente interessados em apoiar o uso das evidências científicas para a melhoria dos resultados de saúde.

^I Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br e jorgeomaia@hotmail.com) é Bacharel em Direito, mestre e doutor em Políticas Públicas, pesquisador em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Brasília.

^{II} Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é Médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP e coordenadora do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O que são as Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências?

As Ferramentas SUPPORT foram apresentadas em um conjunto de artigos publicados em 2009 na revista *Health Research Policy and Systems*. Estes *papers* foram elaborados no âmbito de projeto internacional que agregou pesquisadores de instituições líderes no estudo do uso de evidências em políticas de saúde. Estas ferramentas são endereçadas principalmente aos tomadores de decisão, formuladores de políticas e seus apoiadores, e foram elaboradas para utilização em diferentes cenários, incluindo países de alta, média e baixa renda.

Essas ferramentas são muito úteis para equipes que queiram elaborar, com o máximo rigor, produtos de tradução do conhecimento sobre opções para abordar um determinado problema de saúde, estes documentos são conhecidos como sínteses de evidências para políticas de saúde (ou *Evidence Brief for Health Policy*, em inglês). Uma síntese de evidências tem como características: 1) descrever um problema de saúde definido como altamente prioritário e o seu contexto; 2) descrever o que se sabe sobre esse problema, os custos e consequências das opções para lidar com o problema e os pontos-chave para a implementação das opções; 3) informar sobre os métodos empregados para identificar, selecionar e analisar os dados da literatura, que devem ser sistemáticos e transparentes; 4) tecer considerações sobre a qualidade dos estudos selecionados, a aplicabilidade dos resultados ao contexto local, e equidade com relação a cada uma das opções identificadas para lidar com o problema; 5) ter um formato de apresentação, tamanho e linguagem que facilite a leitura pelas partes interessadas; 6) conter informação sobre uma revisão de mérito do ponto de vista da qualidade metodológica e relevância do problema analisado.⁸

A série de 18 artigos foi traduzida ao português e está disponível na internet no portal da EVIPNet Brasil (<http://sintese.evipnet.net/livro/>) com o título “Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências: uma coletânea de artigos publicados na revista *Health Research Policy and Systems*”. No entanto, hoje se considera mais apropriado falar em políticas “informadas” por evidências, uma vez que as sínteses produzidas têm como finalidade informar os tomadores de decisão sobre opções para políticas que podem melhor responder a um determinado problema de saúde, sem fazer recomendações.

Em cada artigo são apresentados métodos que podem ser usados pelas pessoas envolvidas no apoio ao processo de tomada de decisão, para a busca, identificação e aplicação de resultados apresentados pela pesquisa científica na formulação e implementação de políticas de saúde informadas por evidências. As ferramentas estão endereçadas a quatro áreas de interesse relacionadas à formulação de políticas: 1) o apoio institucional à formulação de políticas informadas por evidências; 2) a identificação das necessidades de evidências de pesquisa nas três etapas dos processos de formulação de políticas, ou seja, esclarecimento de problemas, estruturação de opções e planejamento da execução; 3) a identificação e avaliação das evidências fornecidas em cada uma das etapas; e 4) a transição da fase de evidências de pesquisa para a fase de decisões.⁵

Aqui serão brevemente apresentados os conteúdos de cada artigo da série das Ferramentas SUPPORT, que apresenta métodos endereçados à qualificação do processo de tomada de decisão em políticas de saúde mediante a incorporação das melhores evidências científicas disponíveis.

Como as Ferramentas SUPPORT ajudam a explicar o problema a ser enfrentado?

As etapas desenvolvidas com apoio dessas ferramentas iniciam com a exploração do problema a ser enfrentado. Antes de tudo, o problema deve ser elucidado, a fim de que seus limites sejam explicitamente reconhecidos. Na primeira etapa, as questões a serem elucidadas incluem a própria definição do problema, mas também como esse problema se tornou relevante, que indicadores poderiam ser usados para medir sua magnitude e realizar o monitoramento da sua evolução e como o problema poderia ser estruturado de forma a motivar diferentes grupos a discuti-lo segundo seus interesses e valores.⁵

O artigo 1 da série discute que é importante definir o que se entende por evidência, uma vez que isso pode ter diversas implicações. A evidência, em geral, está relacionada a fatos reais ou declarados, conhecidos por meio da experiência ou da observação. No entanto, nem todas as evidências são igualmente consistentes, e as evidências de pesquisas tendem a ser mais consistentes porque têm como base o uso de métodos sistemáticos.¹⁵ Proposições para ajudar no aprimoramento do processo de apoio institucional ao uso de evidências de pesquisa como fundamento a decisões relacionadas às políticas de saúde são apresentadas no artigo 2.¹⁹ Os critérios e processos para definir as prioridades, a estratégia de comunicação e o plano de acompanhamento são os aspectos abordados no artigo 3. A atenção a esses aspectos são importantes mesmo em locais com recursos limitados, uma vez que possibilitam decidir a alocação de recursos em políticas geradoras de maior impacto.⁶ A definição do problema é fator decisivo para as próximas etapas da elaboração de uma síntese de evidências. Uma falha no processo

de esclarecimento do problema pode levar a investimento de tempo e recursos na formulação de opções pouco fundamentadas para orientar uma tomada de decisão. Discute-se no artigo 4 o uso de indicadores e dados comparativos que ajudam a enriquecer informações baseadas em dados locais.⁹

Como as Ferramentas SUPPORT ajudam a identificar as opções para enfrentar o problema?

O objetivo a se alcançar nesta etapa envolve a identificação de opções para o enfrentamento do problema. Estas opções são identificadas a partir de busca estruturada junto aos repositórios e bases indexadas, para a localização de um tipo específico de estudos, as revisões sistemáticas. As revisões sistemáticas apresentam a consolidação de pesquisas quantitativas e qualitativas realizadas em todo o mundo sobre uma ou mais questões definidas *a priori* sobre um objeto determinado, sendo estas pesquisas selecionadas a partir de uma busca abrangente e segundo parâmetros de inclusão e exclusão previamente definidos⁴. As revisões sistemáticas são amplamente aceitas como as mais confiáveis fontes de evidência sobre os efeitos das intervenções de saúde e cada vez mais são usadas para identificar, avaliar e combinar evidências sobre os efeitos de intervenções, seja em seus aspectos clínicos, econômicos ou nos serviços e sistemas de saúde. Sua abordagem sistemática e explícita reduz o risco de vieses e facilita a avaliação crítica destas sínteses.

A identificação de opções e o julgamento sobre potencial efetividade para abordar problemas relevantes de saúde pública requer um processo sistemático e transparente de busca e análise de evidências científicas apresentadas em revisões sistemáticas, as quais

ajudarão a determinar aspectos essenciais para o uso deste conhecimento como subsídio da tomada de decisão, especialmente quanto à viabilidade, adaptabilidade e aceitabilidade das opções, a partir dos efeitos (benefícios, riscos e incertezas) e custos apontados.¹⁰

Uma vez identificadas revisões sistemáticas que abordem potenciais opções para o enfrentamento do problema em foco, estes estudos são avaliados mediante a aplicação de instrumento avaliativo da sua qualidade metodológica, a fim de garantir a utilização de revisões de boa qualidade ou, no caso contrário, o reconhecimento de estudos com fragilidades metodológicas. Os artigos 7 e 8 tratam da identificação de revisões sistemáticas e avaliação da qualidade metodológica dessas revisões.^{4,12}

Após a identificação das opções com potencial de efetividade sobre o problema e avaliada a qualidade metodológica dos estudos selecionados, a etapa seguinte consiste na análise dos aspectos relevantes das opções escolhidas. Nessa etapa são considerados os elementos das opções, tais como a magnitude dos benefícios e prejuízos potenciais proporcionados pelas opções àqueles envolvidos e/ou afetados pela sua implementação; custos locais de cada opção, sua viabilidade e sustentabilidade, bem como a relação custo-benefício; adaptações necessárias para que as opções aumentem os benefícios e reduzam os riscos e custos em face do contexto da sua implementação e, por fim, as opiniões e experiências das pessoas envolvidas na implementação da opção e como estas podem afetar a sua aceitação e sua efetividade. Os artigos 9, 11 e 12 discutem esses aspectos.^{7,11,13}

Como as Ferramentas SUPPORT ajudam a considerar a equidade e as barreiras na implementação das opções?

Nesta etapa, as opções são avaliadas quanto à sua viabilidade no contexto de implementação, buscando-se identificar as potenciais barreiras em diferentes níveis, a partir dos usuários e profissionais de saúde, chegando a aspectos organizacionais dos sistemas de saúde. O artigo 6 discute que a identificação das barreiras pode se utilizar de vários métodos para explorar opiniões de grupos interessados, tais como “chuva de ideias”, grupo focal, entrevistas. Tal discussão pode-se beneficiar também de resultados de pesquisas, embasadas especialmente em estudos observacionais e estudos qualitativos, mas também inclui estudos que avaliaram os efeitos de estratégias de implementação de políticas.¹

Além disso, no artigo 10 também se aborda aspectos de equidade na implementação das opções. Esse é um exercício necessário a ser feito por quem toma decisão, uma vez que parte da população pode ser excluída em algumas opções.¹⁶

O processo de investigação, iniciado com a discussão e elucidação do problema até a formulação de estratégias estruturadas que considerem benefícios, riscos, custos, sustentabilidade e a opinião dos envolvidos, bem como as potenciais barreiras de implementação em vários níveis, do individual ao organizacional, é apresentado em um documento sintético e estruturado, a síntese de evidências para políticas de saúde (a exemplo do desenvolvido pela EVIPNet Brasil em vários temas, <http://brasil.evipnet.org/>), o qual pode ser utilizado como subsídio do processo de tomada de decisão no âmbito da formulação e implementação de políticas de saúde. O artigo 13 apresenta considerações e propõe um modelo para o preparo e uso desse tipo de documento.⁸

Como as Ferramentas SUPPORT ajudam a incluir o conhecimento tácito no julgamento sobre a aplicabilidade das opções

A proposta metodológica das ferramentas SUPPORT avança ainda para a etapa de disseminação dos resultados, mediante a realização dos ‘diálogos deliberativos’ ou ‘diálogos políticos’, estruturados para a discussão em nível organizacional e social das opções endereçadas aos problemas escolhidos (discutido no artigo 14).³ Os ‘diálogos deliberativos’ incluem sujeitos direta ou indiretamente interessados no problema ou nas opções de políticas selecionadas, tais como, por exemplo, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil, pesquisadores e membros do governo, a fim de maximizar a disseminação das informações e benefícios do uso de evidências na tomada de decisão e promover a sua incorporação em diversos níveis. O objetivo de sua realização é permitir que as evidências sejam consideradas junto e articuladamente com as visões, experiências e o conhecimento tácito daqueles que serão afetados pelas decisões futuras relacionadas a uma questão prioritária.

Outros pontos relevantes sobre políticas informadas por evidências

Os artigos 15, 16, 17 e 18 abordam outros aspectos que são relevantes na elaboração e implementação das opções para políticas de saúde: 1) quais estratégias podem ser utilizadas para o envolvimento do público na elaboração de políticas de saúde; 2) como usar as evidências

de pesquisas para avaliar os prós e contras das políticas; 3) como lidar com insuficiente evidência de pesquisa, uma vez que os erros costumam ser mais comuns nesta situação; 4) como monitorar o planejamento e avaliação de políticas, de forma a gerar conhecimentos novos e úteis.^{2,14,17,18}

Considerações finais

A EVIPNet Brasil é uma rede que promove o uso das evidências científicas para as políticas de saúde e produz síntese de evidências sobre problemas relevantes de saúde pública. Neste contexto, as Ferramentas SUPPORT constituem seu principal referencial metodológico.

As Ferramentas SUPPORT são um exemplo de métodos voltados para melhorar a utilização de evidências de pesquisa, de modo sistemático e transparente, em benefício da formulação e implementação de políticas de saúde, que pode contribuir para a qualificação do processo de tomada de decisão e para a melhoria dos resultados de sistemas e serviços, bem como das estratégias de implementação mais efetivas, benefícios, riscos potenciais, sustentabilidade, custos e barreiras envolvidos.

Por fim, a formulação de políticas informadas por evidências não as exime do monitoramento e avaliação de resultados. Ao contrário, exige que estes integrem necessariamente o seu planejamento, a fim de aumentar a capacidade dos governos de promover ajustes incrementais ou reestruturações das políticas sempre que necessário.

Referências

1. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 6. O uso de evidências de pesquisa para informar como uma opção será implementada. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-6-KO-040510.pdf>
2. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 18. Como monitorar o planejamento e avaliação de políticas? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-18-KO-050510.pdf>
3. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 14. Organizar e utilizar os diálogos da política para apoiar a política de saúde baseadas em evidências. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-14-KO-060510.pdf>
4. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 7. Localização de revisões sistemáticas. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-7-KO-040510.pdf>
5. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). Introdução. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-0-KO-040510.pdf>
6. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 3. Estabelecimento de prioridades para apoiar a formulação de políticas baseadas em evidências. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-3-KO-040510.pdf>
7. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 9. Como avaliar a aplicabilidade dos resultados de uma revisão sistemática? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-9-KO-050510.pdf>
8. Lavis JN, Permand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 13. Preparo e uso de resumo de políticas baseadas em evidências. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-13-KO-NEW-07.05.10.pdf>
9. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 4. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-4-KO-040510.pdf>
10. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 5. Como usar evidências de pesquisa para estruturar opções com o objetivo de abordar um problema? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-5-KO-040510.pdf>
11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 11. Busca e uso de evidências sobre condições locais. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-11-KO-050510.pdf>
12. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 8. Decidindo até que ponto uma revisão sistemática pode ser considerada confiável. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-8-KO-050510.pdf>
13. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 12. Busca e uso de evidências de pesquisa sobre utilização de recursos e custos. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-12-KO-050510.pdf>
14. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 17. Como lidar com insuficiente evidência de pesquisa? [acesso em 6 maio 2016].

Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-17-KO-050510.pdf>

15. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-1-KO-040510.pdf>

16. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 10. Como considerar a equidade ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-10-KO-060510-New.pdf>

17. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 16: O uso de evidências de pesquisa

para avaliar os prós e contras das políticas. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-16-KO-050510.pdf>

18. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 15. Envolvendo o público na elaboração de políticas baseadas em evidências. [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-15-KO-050510.pdf>

19. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). 2. Como fazer com que a sua instituição melhore o apoio ao uso de evidências de pesquisa para fundamentar a elaboração de políticas? [acesso em 6 maio 2016]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/wp-content/uploads/2010/05/PORT-STP-2-KO-040510.pdf>

Onde encontrar as evidências para informar as políticas de saúde?

Where to find the evidence to inform health policy?

Carmen Verônica Mendes Abdala¹

Resumo

A questão do acesso e uso das evidências para informar os processos de formulação de políticas e tomada de decisões em saúde está presente em importantes estratégias e recomendações de organismos internacionais e nacionais como elemento que contribui para atender às prioridades sanitárias. O desafio que se apresenta aos formuladores de políticas e tomadores de decisão é onde buscar estas evidências em um universo de milhões de documentos, que vai do Google a sistemas mais estruturados de busca, como são as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. Este estudo apresenta as principais fontes de informação onde podemos encontrar estas evidências.

Palavras-chave: Acesso à informação, Formulação de políticas, Políticas públicas de saúde

Introdução

Há algum tempo o tema do acesso à informação confiável e o intercâmbio de conhecimentos em saúde tem sido considerado como essencial para o desenvolvimento da saúde em todas as regiões do mundo. Existe um consenso que o conhecimento científico atualizado contribui para a equidade em saúde, o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, os processos de definição de programas e políticas de saúde mais eficientes para o enfrentamento das prioridades sanitárias dos países.

Abstract

The issue of access and use of evidence to support policy-making and decision-making processes in health is present in important strategies and recommendations of international and national organizations, as an element that contributes to meet the health priorities. The challenge facing policy and decision makers is where to seek this evidence in a universe of millions of documents, ranging from Google to more structured search systems, as are the Virtual Health Library and PubMed. This study presents the main information sources where that evidence could be finding.

Keywords: Access to information, Policy making, Public health policy

Considerando a região da América Latina e Caribe, destacam-se a Estratégia para Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (2014) e o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 2014-2019, que especificam o fortalecimento dos sistemas de informação e pesquisa e a integração de evidências nas políticas e na atenção à saúde, assim como a facilitação da transferência do conhecimento e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde.^{2,3}

Entretanto, para que estas recomendações sejam realidade para os formuladores de políticas

¹ Carmen Verônica Mendes Abdala (abdalave@paho.org) é bibliotecária, mestrado em ciência da informação pela Universidade de São Paulo, é gerente de Serviços de Informação e Produção de Fontes de Informação no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS).

e tomadores de decisões, é preciso ter acesso a evidências sólidas que possam esclarecer quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, que ações ou intervenções podem funcionar melhor para enfrentamento de situações problema, que arranjos na gestão são necessários para promover uma mudança, etc.

Além do acesso, é preciso saber como e onde acessar estas evidências (ou informação, ou conhecimento) e como aplicá-las nas decisões em saúde.

Informação para formulação de políticas

Comparando com outras áreas do conhecimento, a área da saúde é a que tem maior quantidade de produção científica. Consultando apenas a base de dados Medline, como exemplo, encontramos mais de um milhão de novos artigos publicados no ano de 2015. Portanto, o desafio que se apresenta é encontrar a “Informação/Evidência” que melhor responde às necessidades do tomador de decisão em saúde. É importante salientar que as evidências não são igualmente qualificadas ou aplicáveis para qualquer contexto de saúde, mesmo aquelas publicadas nas melhores revistas científicas ou de renomados autores.

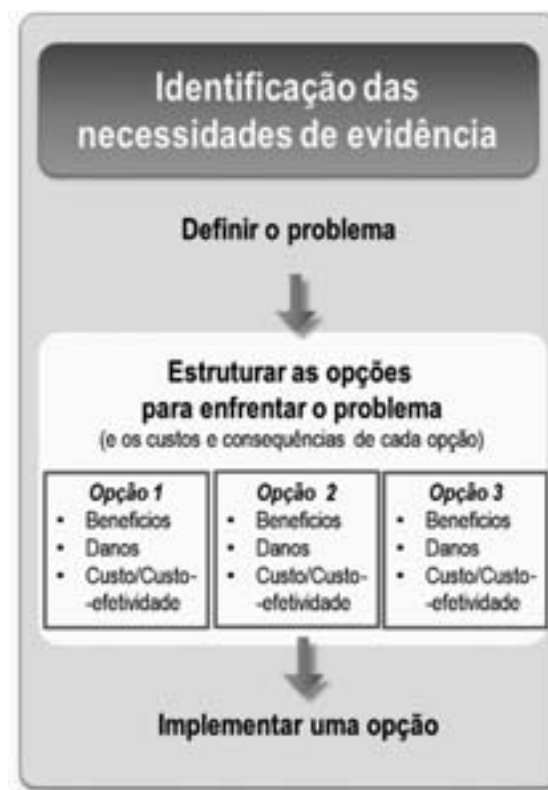
De acordo com a metodologia SUPPORT, utilizada pela Rede Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), a busca e a aplicação das evidências são abordadas em três etapas do processo de formulação de política.¹

Etapa 1 - Caracterização do problema

Etapa 2 - Opções para enfrentamento do problema

Etapa 3 - Planejamento para implementação das opções

Figura 1



Para cada uma destas etapas há pelo menos um tipo de evidência mais apropriada para atender à necessidade e diferentes fontes de informação onde buscar.

Caracterização dos problemas

Esta é a primeira etapa do processo de formulação de uma política ou da tomada de decisão em saúde, e intenta a identificação do problema e a caracterização de suas particularidades. Precisamos buscar evidências que respondam às seguintes perguntas:

1. Qual é o problema?
2. Como o problema chamou a atenção e como influenciou a priorização na perspectiva de enfrentar o problema?

3. Quais indicadores podem ser usados, ou coletados, para estabelecer a magnitude do problema e para medir o progresso/impacto do seu enfrentamento?
4. Quais comparações podem ser feitas para estabelecer a magnitude do problema e para medir o progresso/impacto do seu enfrentamento?
5. Como o problema pode ser descrito e estruturado de maneira a motivar diversos grupos que possam estar interessados em enfrentá-lo?

E, considerando que o problema acontece em um sistema ou serviço de saúde específico, muitas vezes em um determinado município, são as “evidências locais” que podem explicar e ajudar a entender o problema. Estas evidências estão nos indicadores e informações extraídas dos próprios sistemas ou serviços de saúde, como as estatísticas vitais, dados de vigilância e da gestão da saúde.

No caso das perguntas 4 e 5, onde buscamos evidências para estabelecer comparações para a magnitude do problema e diferentes formas de abordar o problema, recomenda-se buscar publicações de pesquisa qualitativa, avaliação de processos, avaliação de resultados e de estudos observacionais sobre o mesmo problema. Alguns destes tipos de estudos estão em publicações não convencionais e, portanto, de acesso mais difícil do que artigos de revistas.

Considerando o contexto brasileiro, sugere-se a busca destas evidências nas seguintes fontes de informação:

- **DATASUS/Ministério da Saúde** – datasus.saude.gov.br. Sistemas de informações epidemiológicas, ambulatoriais, financeiras, hospitalares, de

gestão, de eventos vitais e outros. A consulta é individual em cada sistema disponível. Basicamente permite acesso às informações por localidade e oferece recursos de exportação de dados. Não oferece ferramenta de busca estruturada.

- **IDSUS – Índice de Desempenho do SUS** – idsus.saude.gov.br. Indicadores de saúde calculados a partir de dados fornecidos pelos gestores do SUS aos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde e de outros sistemas de informações, usados para a avaliação do desempenho do SUS em 24 indicadores distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência. Apresenta os indicadores por localidade e ano (2010 e 2011). Não oferece ferramenta de busca estruturada.
- **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)** – <http://189.28.128.178/sage> Informação para acompanhamento das ações das redes prioritárias de saúde do governo; indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como agravos da saúde pública; e informação sobre execução financeira do Ministério da Saúde. Permite consulta aos indicadores por localidades, que são apresentados em gráficos com distribuição por ano.
- **LILACS** – lilacs.bvsalud.org. Base de dados que indexa a Literatura Latino Americana e do Caribe em Saúde, publicados a partir de 1982. Além de artigos de revistas, indexa documentos

não convencionais, teses e documentos governamentais. Apresenta interface de busca livre e avançada. Organiza o resultado da busca por categorias, que funcionam como filtros para refinamento da busca. A LILACS está integrada na coleção de fontes de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em www.bvsalud.org

- **ColecionaSUS** – www.bvsalud.org. Base de dados que indexa literatura científica e técnica publicada nas instâncias do SUS, incluindo publicações do Ministério da Saúde. Apresenta interface de busca livre e avançada. Organiza o resultado da busca por categorias, que funcionam como filtros para refinamento da busca. A ColecionaSUS está integrada na coleção de fontes de informação da BVS.

Opções para enfrentamento do problema

Esta etapa do processo de formulação de uma política ou tomada de decisão em saúde visa identificar opções para enfrentamento de um problema e avaliar cada opção quanto aos seus prováveis benefícios, prejuízos ou danos e custos locais ou relação custo-benefício. Buscam-se evidências que respondam às seguintes perguntas:

1. Quais benefícios podem ser alcançados para cada opção?
2. Quais danos podem ocorrer para cada opção?
3. Quais são os custos de cada opção e que evidência local/nacional existe sobre o custo-efetividade

4. Que adaptações podem ser feitas para cada opção e que poderão alterar os benefícios, danos e/ou custos?
5. Quais percepções e experiências dos interessados podem influenciar a aceitação e influenciar benefícios/danos/custos?

Para caracterizar os custos e as consequências das opções, é preciso buscar e utilizar diversos tipos de evidências científicas. Quando disponíveis, as revisões sistemáticas podem atender esta necessidade, mas, ainda assim, os formuladores de políticas e tomadores de decisão devem levar em conta a qualidade das revisões, bem como a aplicabilidade local dos seus resultados, devendo também considerar as questões relacionadas à equidade. As revisões de avaliações econômicas ajudam a caracterizar a relação custo-benefício das opções. Na ausência de estudos de revisão, devem ser encontrados estudos individuais.

No caso das perguntas 4 e 5, buscamos evidências sobre avaliação de processos e de exemplos de outros sistemas e serviços onde a opção foi implementada. Mas, nem sempre esta evidência é encontrada nas revisões sistemáticas, mas sim em estudos observacionais ou de pesquisa qualitativa.

As principais fontes de informação onde buscar as evidências para esta etapa do processo são:

- **Cochrane Library – Biblioteca Cochrane** - www.thecochranelibrary.com. Revisões sistemáticas da Cochrane, Revisões sistemáticas avaliadas (DARE), Avaliações de tecnologias sanitárias, Avaliações econômicas (HTA), Ensaio clínico controlados (CENTRAL). A busca é feita por palavras chaves e oferece navegação

por tópicos que correspondem aos grupos de revisão da Cochrane. O acesso é livre aos resumos estruturados das revisões, em diferentes idiomas. O acesso ao texto completo das revisões da Cochrane é restrito a assinantes, mas parte deles é de acesso livre.

- **Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)** - www.bvsalud.org. Reúne cerca de 50 bases de dados organizadas em coleções. Inclui referências bibliográficas de documentos técnicos e científicos de saúde, com *link* ao texto completo quando disponível. A busca é integrada, e apresenta o resultado da busca em uma única lista além de distribuição em categorias que funcionam como filtros para refinar a busca. Oferece filtro para o tipo de estudo revisão sistemática.
- **PubMed** - www.pubmed.gov. A principal base de dados do PubMed é o Medline, que indexa artigos de mais de 6 mil revistas científicas de todo o mundo. Apresenta busca livre e avançada e oferece o filtro de revisão sistemática que pode ser aplicado antes ou depois da busca pelo assunto principal.
- **Health Services Research PubMed** - www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html. Contém coleção selecionada do PubMed de estudos sobre qualidade e custos dos serviços de atenção à saúde. Apresenta interface de busca livre e avançada que permite a aplicação de filtros pré-organizados, como: avaliação de processos, custos, avaliação de resultados, pesquisa qualitativa, entre outros.
- **Health Systems Evidence** - www.healthsystemsevidence.org. Contém sínteses de evidências científicas: resumos de políticas, overviews de revisões, resumos de revisões, revisões sistemáticas. Inclui também informação sobre governança, arranjos financeiros e de provisão dos sistemas de saúde, assim como sobre estratégias de implementação que podem apoiar mudanças nos sistemas de saúde. Apresenta resumos amigáveis, resumos científicos e textos completos quando disponíveis gratuitamente. Oferece *link* para os estudos incluídos nas revisões sistemáticas. A navegação é por categorias e busca aberta. Permite acesso para usuários registrados.
- **Rx for change** - www.cadth.ca/rx-change Oferece informação baseada em evidência: respostas rápidas, sínteses de evidência sobre eficácia e eficiência das tecnologias sanitárias, guidelines e avaliações de tecnologias sanitárias. Inclui também dados de investigação em curso sobre as estratégias utilizadas para modificar as condutas da tecnologia sanitária que prescrevem a prática e o uso. As intervenções são organizadas em categorias: professional, financial, consumer, organizational and regulatory. Navegação pode ser feita por categorias, busca livre por intervenção ou por revisão sistemática. Também oferece busca avançada.
- **Health evidence** - www.healthevidence.org/. Reúne mais de 4 mil revisões sistemáticas avaliadas sobre efetividade de intervenções na saúde pública.

Permite busca livre e busca avançada, podendo aplicar filtros para áreas temáticas, população, tipo de estratégia de implementação, entre outros. O acesso é para usuários registrados.

Planejamento para implementação das opções

Esta etapa do processo de formulação de uma política ou tomada de decisão em saúde visa planejar a implementação da política ou decisão, o que pode demandar um conjunto complexo de ações em diversos níveis do sistema ou serviço de saúde. As seguintes questões devem merecer atenção para um planejamento cuidadoso do processo de implementação das opções:

1. Quais são os obstáculos potenciais para a implementação bem-sucedida da política ou decisão?
2. Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças de comportamento necessárias para os pacientes/cidadãos?
3. Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças de comportamento necessárias para os trabalhadores da saúde?
4. Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças institucionais/organizacionais?
5. Quais estratégias deveriam ser consideradas para facilitar as mudanças necessárias no sistema?

As evidências que podem embasar esta etapa do processo poderiam estar nos planos de implementação que, normalmente, são desenvolvidos de maneira improvisada e raramente são fundamentados nas evidências. Ainda assim, estudos sobre efetividade, pesquisas qualitativas e estudos de avaliação de políticas e programas

podem ser buscados nas fontes de informação disponíveis listadas no item anterior, tais quais:

- **Health Systems Evidence** - www.healthsystemsevidence.org
- **Rx for Change** - www.cadth.ca/rx-change
- **Health evidence** - www.healthevidence.org/

Conclusão

Como se pode observar, não existe uma única fonte de informação onde seja possível buscar e encontrar as evidências para informar todas as etapas do processo de formulação de políticas ou de tomada de decisões em saúde. E ainda que exista a sobreposição de evidências entre as diferentes fontes de informação, prevalece a complementação de evidências.

Assim, cabe à equipe que apoia o processo de formulação de políticas ou de decisões em saúde conhecer e usar todas as fontes de informação disponíveis, a fim de selecionar e avaliar a evidência mais apropriada para informar as etapas deste processo.

A iniciativa EVIPNet da Organização Mundial da Saúde tem como objetivo promover o uso de evidências científicas na formulação de políticas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde.

No Brasil, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS) coordena a EVIPNet Brasil e tem desenvolvido uma estratégia de promover a formulação de políticas de saúde informadas por evidência em nível dos estados e municípios, especialmente em parceria com as Secretarias de Saúde.

Um dos principais eixos de trabalho da EVIPNet Brasil tem sido o desenvolvimento de capacidades para a busca e uso de evidências de acordo com a metodologia SUPPORT apresentada neste artigo, com o objetivo de contribuir para uma cultura do uso sistemático das evidências nos sistemas de saúde.

Referências

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista 'Health Research Policy and Systems'. Brasília (DF), Brasil: DeCIT/MS; 2009. 429 p. [acesso em 16 fev 2016] Disponível em: http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3287&Itemid=2432&lang=pt
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão da OMS para as Américas; de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC); 2014 (CD53/5, Rev. 2 (Port))
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019. 52º Conselho Diretor, 65ª Sessão do Comitê Regional; de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC); 2013 (OD345 (Port))

Revisões sistemáticas de intervenções complexas em saúde pública: o exemplo da cultura de segurança do paciente

Systematic review of complex public health interventions: the example of patient safety culture

Marcus Tolentino Silva^I, Taís Freire Galvão^{II}

RESUMO

Intervenções complexas são grupos de intervenções que geralmente envolvem mudança de comportamentos. Tais intervenções são especialmente importantes para solucionar problemas de saúde pública que requerem diferentes estratégias para ser enfrentados, como, por exemplo, obesidade e violência. O presente artigo apresenta conceitos e métodos de interpretação de provas científicas de intervenções complexas avaliadas em revisões sistemáticas. Para contextualizar a localização e avaliação crítica de tais revisões, ilustrou-se um cenário de fortalecimento de cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar. A problemática é discutida em torno da definição de uma pergunta bem estruturada, a qual consiste na definição da população-alvo, caracterização da intervenção, comparação, desfecho e contexto. Em seguida, são apresentadas fontes de informação que possibilitam recuperar revisões sistemáticas de intervenções complexas. Critérios de avaliação crítica são apontados com o objetivo de atestar a confiabilidade da revisão sistemática. Finalmente, a interpretação de achados com evidências frágeis é contextualizada frente a outros parâmetros usados no processo de tomada de decisão. A utilização de revisões sistemáticas sobre intervenções complexas é estratégica para que o processo de formulação de políticas em saúde pública identifique as estratégias mais efetivas e que de fato contribuirão para promoção de saúde da população.

Palavras-chave: revisão sistemática, intervenções complexas, cultura de segurança ao paciente

ABSTRACT

Complex interventions are groups of interventions that usually involve changing behaviors. Such interventions are especially relevant to solve public health problems that require different strategies to be solved, as obesity and violence, for example. They offer support for decision making process. Present paper discusses concepts and methods to interpret scientific evidence of complex interventions assessed in systematic reviews. To context the processes of searching and critical assessment, we illustrated a scenario of strengthening the culture of patient safety in the hospital setting. The example is discussed from the definition of a well-structured research question, which consists in defining the target population, characterization of intervention, comparison, outcome and context. Then we present the data sources to identify systematic reviews of complex interventions. We also present critical assessment criteria to help certifying the reliability of the systematic review. Ultimately, the interpretation of findings from weak evidence is discussed facing other parameters uses in decision making process. The practice of using systematic reviews about public health interventions is a strategy to allow to the process of policy-making in public health to identify the most effective intervention. This method is prone to contribute to health promotion to the population.

Keywords: systematic review, complex interventions, safety patient culture

^I Marcus Tolentino Silva (marcusts@gmail.com) é Farmacêutico, Especialista em Epidemiologia, Mestre em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências, Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas.

^{II} Taís Freire Galvão (taisgalvao@gmail.com) é Farmacêutica, Mestre em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências, Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Campinas.

Introdução

Cuidar da saúde da população é complexo. Inúmeros setores que fundamentam uma sociedade relacionam-se com a saúde: educação, economia individual e coletiva, organização política e aspectos culturais. Tais elementos evidenciam que o processo de tomada de decisão em saúde a partir de uma perspectiva gerencial envolve a resolução de questões que dificilmente são respondidas de maneira simples ou com apenas uma intervenção.

Tomemos o combate ao tabagismo como exemplo. Há pessoas que não se influenciam pelas imagens de advertência contidas nas embalagens de cigarro. Por outro lado, podem diminuir o hábito de fumar se o preço do produto for maior – pela incidência de impostos – e se bares e restaurantes não permitirem o fumo. O público jovem pode ser menos influenciado a iniciar o hábito pela proibição da propaganda do cigarro, e aqueles que desejam cessar o tabagismo podem receber tratamentos de reabilitação. Essas estratégias não são excludentes entre si, mas se complementam para enfrentar um problema de saúde na sociedade. Considerando que há potenciais custos e conflitos de interesses envolvidos, as decisões devem estar baseadas em evidências científicas que suportem a adoção de estratégias em saúde.

Intervenções complexas ou multifacetadas são compostas de vários elementos, que podem ser independentes ou interdependentes entre si.⁶ Os componentes geralmente incluem hábitos, parâmetros comportamentais e métodos de organizar e ofertar costumes.

Avaliar intervenções multifacetadas é um desafio importante. Os cenários de avaliação são dinâmicos e as padronizações de procedimentos de pesquisa são inviáveis operacionalmente. Desse modo, variações de delineamentos observacionais e experimentais são comuns: estudos

do tipo antes e depois, séries temporais, sorteio de conglomerados (*clusters*), randomização sequencial até a totalidade (*stepwise*).¹⁷ Essa diversidade de métodos exige a realização de procedimentos estatísticos complexos que podem dificultar a interpretação dos resultados dos estudos. Adicionalmente, algumas particularidades normalmente resolvidas em ensaios clínicos randomizados ficam presentes, como história natural, efeito Hawthorne, regressão à média e efeito placebo.^{5, 11, 12} Outra limitação da utilização dos estudos é a presença de vieses e conflitos de interesses, que muitas vezes deturpam os resultados encontrados.

Neste sentido, as revisões sistemáticas apresentam-se como alternativas factíveis para encontrar evidências de intervenções complexas.¹⁷ Revisões sistemáticas são estudos que avaliam a qualidade e sintetizam outros estudos de modo sistemático, ou seja, com método rigoroso para permitir identificar todas as pesquisas relevantes na área. Desta forma, ao invés de analisar vários estudos, com um só documento pode ser encontrada a resposta que se procura.

O objetivo do presente artigo é facilitar a utilização de revisões sistemáticas de intervenções complexas na tomada de decisão em saúde pública.

CENÁRIO

Anualmente são realizadas cerca de 11,5 milhões internações em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Vários fatores influenciam na melhora dos pacientes internados, como a gravidade do quadro, disponibilidade de tecnologias de saúde e capacidade da equipe. Além de fatores ligados à doença e infraestrutura do local, fatores organizacionais, como a cultura de segurança, afetam diretamente o desfecho dos pacientes.^{3, 4}

Cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o estilo e proficiência de uma organização.¹⁰ A cultura de segurança é resultante das ações e posturas dos funcionários de uma instituição, cujo comportamento em conjunto determina quão confiável é uma organização para prestar seus serviços.⁷ Compreendendo a relevância do tema, em 2013 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cuja estratégia para implantação inclui a promoção da cultura de segurança.²

Considerando a necessidade de aumentar a cultura de segurança do paciente em hospitais públicos de determinado município, o secretário de saúde procura estratégias efetivas para que sejam adotadas nos hospitais durante a sua gestão.

BUSCA E AVALIAÇÃO DE REVISÕES SISTEMÁTICAS DE INTERVENÇÕES COMPLEXAS

Para utilizar a evidência disponível em revisões sistemáticas de intervenções complexas é necessário localizá-las e avaliá-las criticamente. E o primeiro passo para tal é formular

perguntas estruturadas, que nortearão as demais etapas.

Como formular perguntas em saúde pública

Recomenda-se evitar perguntas genéricas e priorizar perguntas estruturadas. Perguntas de pesquisa tornam-se bem estruturadas quando incluem os elementos: população, intervenção, comparação e desfecho, sumarizados no acrônimo PICO.⁸

A população é o público-alvo que nem sempre está inserida em alguma condição clínica bem definida. A intervenção refere-se a uma melhor caracterização da medida que pode ser implementada. Na perspectiva gerencial pode não estar bem definida, pois ainda é desconhecida, ou ainda é o objeto que se almeja identificar. Por vezes, a comparação é a ausência da estratégia em avaliação, mas é possível encontrar comparações entre diferentes estratégias e, conseqüentemente, priorizar intervenções com melhor desempenho. Os desfechos consistem em resultados almejados para a saúde do público-alvo ou os impactos que respondam os interesses gerenciais.

Tabela 1. Estruturação da pergunta “quais estratégias são efetivas para aumentar a cultura de segurança em hospitais públicos brasileiros?”

Descrição	Abreviação	Componentes da pergunta	Termo em inglês (MeSH)
População	P	Hospitais	Hospitals
Intervenção	I	a	-
Comparação	C	a	-
Desfecho	O	Cultura de segurança	Culture; Safety
Contexto	C	Sistema Único de Saúde	b

Notas:

MeSH, *Medical Subject Headings*

a, Intervenção e comparação são desconhecidas no caso desta pergunta.

b, Termo não relevante para realizar a busca.

O contexto onde a intervenção complexa foi introduzida é também importante para avaliar se a efetividade encontrada pode se dever ao contexto e não à intervenção em si.¹³ Em revisões sistemáticas de intervenções complexas, o acrônimo PICOC norteia a estruturação da pergunta. Na Tabela 1 é apresentada a pergunta estruturada para responder o cenário acima.

Busca por revisões sistemáticas de intervenções complexas

Após definidos os componentes da pergunta, pode ser realizada a busca pelas revisões, de preferência utilizando o termo em inglês.

Para encontrar os termos nesse idioma recomenda-se utilizar o serviço dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, <http://decs.bvs.br/>), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Pesquisando-se no DeCS, pode-se inserir a palavra em português ou espanhol e obter o descritor em inglês. O DeCS é a tradução do *Medical Subject Headings* (MeSH), o vocabulário controlado do PubMed.¹⁵

A partir dos componentes da pergunta estruturada chegou-se aos termos em inglês que serão usados para buscar nas bases bibliográficas (Tabela 2).

Tabela 2. Bases bibliográficas para buscar por intervenções complexas em saúde pública

Fonte	Endereço	Acesso	Característica
Health Systems Evidence	www.healthsystemsevidence.org	Gratuito	Apresenta avaliação crítica dos estudos
PDQ evidence	www.pdq-evidence.org	Gratuito	Agrupa os estudos de acordo com o tipo e onde está citado
Health Evidence	www.healthevidence.org	Gratuito ^a	Classifica a qualidade do estudo em forte, moderado ou fraco
The Cochrane Library	www.thecochranelibrary.com	Pago ^b	Contém mais de 9 mil revisões sistemáticas de alta qualidade

Notas:

^a É necessário fazer registro de usuário.

^b O acesso anteriormente disponibilizado por meio da Biblioteca Virtual de Saúde está suspenso.

Há bases bibliográficas mais especializadas em intervenções em saúde pública. A busca em tais fontes de informação retornará resultados mais aplicáveis à formulação de políticas baseadas em evidências. Na Tabela 2 estão apresentadas as principais bases de dados para realizar a busca por intervenções sistemáticas de intervenções complexas. A busca em bases bibliográficas mais usuais da saúde – como PubMed e Scopus – também pode ser

empregada, porém os resultados serão menos específicos, tornando o processo mais trabalhoso ao usuário.

Respondendo o cenário do presente artigo, foi realizada busca na base *Health Systems Evidence* utilizando a estratégia “hospitals AND culture AND safety”. Foram recuperados 23 artigos. Uma revisão sistemática publicada em 2013 que incluiu 33 estudos primários foi selecionada por apresentar resposta à pergunta formulada.¹⁸

Na revisão sistemática selecionada os autores buscaram por estudos que mensuraram a cultura de segurança dos hospitais participantes antes e depois de aplicar intervenções e também procuraram por resultados importantes para os pacientes.¹⁸ Três tipos principais de intervenções mostraram-se efetivas: 1) treinamento: em equipe e em ferramentas de comunicação; 2) rondas de visitas: com a participação de diretores do hospital e visitas interdisciplinares; e 3) programa abrangente de segurança da unidade (*Comprehensive Unit-Based Safety Program, CUSP*): uma intervenção multifacetada que inclui envolvimento dos diretores e treinamento da equipe juntamente com estratégias para traduzir a evidência para a prática.

Avaliação crítica de revisões sistemáticas de intervenções complexas

Uma vez identificada uma revisão sistemática de interesse, é necessário averiguar se os procedimentos usados na produção de seu conteúdo foram os mais adequados. O intuito é verificar se houve algum desvio de conduta, intencional ou não, que pode ter afetado as suas recomendações.

Como qualquer processo de avaliação, muitas interpretações são subjetivas e dependem do conhecimento prévio do avaliador sobre revisões sistemáticas e das estratégias em análise. Tal

fato remete que um roteiro com as informações essenciais para essa apreciação reduz a necessidade de retornar à leitura do artigo, diminui os erros mais comuns de interpretação, aumenta a qualidade da análise, detecta potenciais desvios ou carências de interpretação e evita negligenciar itens importantes.

A adoção de roteiros para analisar estudos possui algumas vantagens que ultrapassam sua função inicial: o uso produz uma visão geral da qualidade da evidência por meio de análises focalizadas em diversos aspectos relevantes de um delineamento. Os pesquisadores também são beneficiados, pois o roteiro pode servir de orientação para o planejamento, execução e relato apropriado dos resultados da pesquisa, conferindo maior transparência e reprodutibilidade da evidência gerada. Nesse contexto, outra vantagem emerge: aumenta-se a confiança dos consumidores da informação.

A Tabela 3 apresenta uma relação de itens a serem procurados na apreciação crítica de uma revisão sistemática. Em resumo, espera-se que a revisão sistemática trabalhe com uma questão clínica bem fundamentada, realize uma ampla busca na literatura sensível e reprodutível, selecione e extraia informações sem tendenciosidade, avalie criticamente os artigos incluídos, faça uma síntese apropriada das evidências disponíveis, e explore a ocorrência de vieses e da qualidade geral do trabalho.

Tabela 3. Avaliação da qualidade metodológica de revisões sistemáticas (baseado em AMSTAR¹⁶ e GRADE⁹)

Item	Descrição	Avaliação
1	Protocolo de pesquisa	Verificar se os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos antes da realização da pesquisa, de preferência por meio da publicação do protocolo ou projeto de pesquisa.
2	Seleção de estudos e extração de dados	Avaliar se a seleção e extração de dados foi realizada por pelo menos duas pessoas de forma independente e se foi definido um procedimento para resolver discordâncias. Também é aceito que uma pessoa extraia o dado e outra confirme essa extração.
3	Busca bibliográfica	Averiguar se a busca na literatura foi abrangente, pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas, sendo informado os anos e as bases de dados usadas. As palavras-chave e a estratégia de busca devem ser fornecidas. Todas as buscas devem ser complementadas por meio de consulta a conteúdos, revisões, livros-texto, cadastros especializados atualizados ou especialistas no campo de estudo específico e por meio de revisão das referências dos estudos encontrados.
4	Literatura cinzenta	Avaliar se os autores procuraram por estudos independentemente de sua situação de publicação ou se excluíram ou não quaisquer estudos com base em sua situação de publicação, idioma, etc.
5	Lista dos estudos	Conferir se foi fornecida a lista de estudos incluídos e excluídos.
6	Características dos estudos incluídos	Averiguar se as características dos estudos incluídos foram fornecidas de forma agregada (como uma tabela), fornecendo dados sobre os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos originais. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados socioeconômicos relevantes, estágio da doença, duração, gravidade ou comorbidades.
7	Qualidade científica avaliada	Confirmar se a qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada. Devem ser fornecidos a priori os métodos de avaliação.
8	Qualidade da evidência	Verificar se a qualidade da nova evidência gerada pela revisão sistemática foi avaliada, de preferência pela ferramenta GRADE (qualidade da evidência de cada desfecho) e se a qualidade da evidência foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões.
9	Métodos para combinar o resultado dos estudos	Caso seja feita meta-análise, verificar se foi adequado juntar os dados e se foram realizados testes de heterogeneidade (teste de qui-quadrado para homogeneidade, I ²). Em caso de presença de heterogeneidade, verificar se foi usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou se combinar os resultados era apropriado.
10	Viés de publicação	Verificar se o risco de viés de publicação foi avaliado, que pode ser por meio de um gráfico de funil e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de Egger).
11	Conflito de interesses	Conferir se as fontes de financiamento foram claramente informadas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos.

Notas:

AMSTAR, *a measurement tool to assess systematic reviews*

GRADE, *grading of recommendations, assessment, developing and evaluation*

Destaca-se que algumas fontes de busca na Tabela 2 também realizam avaliações críticas das revisões sistemáticas que compõem suas bases de dados. A avaliação crítica do artigo selecionado apontou que a revisão: 1) partiu de uma pergunta clara suportada por critérios de inclusão explícitos; 2) pesquisou em vários bancos de dados; 3) selecionou apenas estudos realizados em países de língua inglesa; 4) relatou o uso de métodos que evitam viés na condução da revisão, como seleção pareada; 5) avaliou a qualidade dos estudos incluídos, apesar de não estar explícita; 6) sintetizou narrativamente os resultados considerando a elevada heterogeneidade; e 7) concluiu e teceu recomendações de baixa confiabilidade, uma vez que a evidência original é de baixa qualidade metodológica.

A maior parte da informação científica disponível está em inglês, pois existe tendência de publicar artigos em idiomas que permitam a leitura por diversos cientistas. Tal fato pode ser limitador em um contexto de tomada de decisão, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Algumas iniciativas buscam minimizar a inequidade no acesso à informação como a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (<http://rebrats.saude.gov.br/>) e a EVIPNet Brasil (<http://brasil.evipnet.org>).

Como interpretar evidências de intervenções complexas

Geralmente as provas científicas em saúde são insuficientes para nortear um processo de tomada de decisão gerencial.¹⁴ No cenário adotado, a melhor evidência disponível é de baixa qualidade metodológica e sugere que o treinamento em equipe, rondas envolvendo líderes de equipe e a estratégia CUSP são as mais promissoras.

É essencial distinguir duas frases relativamente comuns: 1) “evidências inconclusivas”; e 2)

“ausência de efeito”. Essas frases não são intercambiáveis. A primeira sugere que estudos mais bem delineados podem confirmar ou refutar os achados encontrados. A segunda sugere que a intervenção não funciona. Resultados estatisticamente significativos nem sempre estão associados a impactos em saúde importantes e vice-versa.

Na ausência de provas científicas confiáveis que suportem a tomada de decisão, o gestor precisa de bons motivos para justificar uma postura confiante de julgamento.¹⁴ Os mais comuns são: redução da mortalidade, redução da morbidade, reações adversas, dor/desconforto, sequelas, custos, relação com as políticas vigentes, aspectos de equidade e adesão pelos prestadores/usuários. Independentemente do cenário, recomenda-se cautela na adoção de intervenções que demandam grandes investimentos que não podem ser recuperados.

Avaliações seguras de intervenções complexas são alcançadas com mais humildade e incerteza e com menor boa intenção e teoria plausível.¹⁴ As boas práticas de interpretação evitam teorias subjacentes, evidências indiretas, resultados secundários e evidências provenientes de estudos observacionais. Tal conduta propiciará processos mais responsáveis e éticos de tomada de decisão.

Considerações finais

A utilização de revisões sistemáticas sobre intervenções complexas em saúde pública tem papel de destaque na tomada de decisão gerencial em saúde. A evidência adequada nas mãos dos que podem implementar medidas que farão a diferença na saúde de várias de pessoas é uma ferramenta poderosa de aprimoramento da sociedade. Conhecer e disseminar os princípios básicos de localização e avaliação dessa evidência é estratégico para que as políticas públicas em saúde sejam baseadas na melhor evidência disponível.

Referências

1. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília (DF); [acesso em 14 mar 2016]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
2. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013 [acesso em: 14 mar 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, et al. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *Journal of Patient Safety*. 2016 Jan 7. [Epub ahead of print]
4. Brilli RJ, McClelland RE, Jr., Crandall WV, Stoverock L, Berry JC, Wheeler TA, et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *J Pediatr*. 2013 Dec;163(6):1638-45.
5. Colloca L, Jonas WB, Killen J, Miller FG, Shurtleff D. Reevaluating the placebo effect in medical practice. *Z Psychol*. 2014 [acesso em 14 mar 2016];222(3):124-7.. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211281/pdf/nihms-636453.pdf>
6. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008 [acesso em 14 mar 2016];337:a1655. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/337/bmj.a1655.full.pdf>
7. DuPree ES. Highly reliable behaviors. *Isr J Health Policy Res*. 2015 [acesso em 14 mar 2016];4:51. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587852/pdf/13584_2015_Article_48.pdf
8. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 [acesso em 14 mar 2016];23:183-4. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>
9. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 [acesso em 14 mar 2016];24(1):173-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00173.pdf>
10. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*. 2011;20(4):338-43.
11. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 2014 [acesso em 14 mar 2016];67(3):267-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969247/pdf/main.pdf>
12. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):339-46.
13. Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. *BMC Public Health*. 2009 [acesso em 14 mar 2016];9:116. Disponível em: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-116>
14. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 17: Dealing with insufficient research evidence. *Health research policy and systems / BioMed Central*. 2009 [acesso em 14 mar 2016];7 Suppl 1:S17. Disponível em: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S17>
15. Pereira MG, Galvão TF. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 [acesso em 14 mar 2016]; 23:369-71. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a19.pdf>
16. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007 [acesso em 14 mar 2016];7:10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810543/pdf/1471-2288-7-10.pdf>
17. Tricco AC, Cardoso R, Thomas SM, Motiwala S, Sullivan S, Kealey MR, et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implementation science : IS*. 2016 [acesso em 14 mar 2016];11(1):4. Disponível em: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0370-1>
18. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 [acesso em 14 mar 2016];158(5 Pt 2):369-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710092/pdf/nihms737798.pdf>

Elaboración y Adaptación de guías de práctica informadas por la evidencia en América Latina y el Caribe

Elaboração e adaptação de Protocolos Clínicos informados por evidência na América Latina e Caribe¹

Development and adaptation of evidence-informed guidelines in Latin America and the Caribbean

Ludovic Reveiz^{II}, Carlos E. Pinzón^{III}, Alonso Carrasco-Labra^{IV}, Romina Brignardello-Petersen^V, Iván D. Florez^{VI}, Ángela V. Pérez^{VII}, Janaina Sallas^{VIII}, Francisco Becerra-Posada^{IX}

Resumen

Objetivo: Identificar y describir los componentes, ventajas y desventajas de las guías de práctica (GP), así como el proceso de desarrollo y el efecto de este proceso en los países de América Latina y el Caribe (ALC).

Metodología: Se realizó una revisión narrativa de la literatura con un análisis bibliométrico descriptivo de los procesos de producción de GP en ALC.

Resultados: El proceso de elaboración de GP es sistemático, válido y reproducible. GRADE es la estrategia metodológica que se ha estandarizado a nivel mundial para el desarrollo de este tipo de evidencia científica. En ALC el proceso de elaboración de GP se ha fortalecido durante la última década con instauración institucional por parte del sector público, con efectividad en la estandarización de la prestación de servicios de salud, establecimiento de la gobernanza del proceso y fuente de información para otras funciones del sistema de salud.

Resumo

Objetivo: Identificar e descrever os componentes, vantagens e desvantagens dos Protocolos Clínicos, assim como o processo de desenvolvimento e o efeito deste nos países da América Latina e do Caribe (ALC).

Métodos: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com análise bibliométrica descritiva dos processos de elaboração dos Protocolos Clínicos na ALC.

Resultados: O processo de elaboração de Protocolos Clínicos é sistemático, válido e reproduzível. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) é a estratégia metodológica que se definiu como padrão em nível mundial para o desenvolvimento de Protocolos Clínicos, a partir da avaliação da qualidade de evidência científica. Na ALC o processo de elaboração de Protocolos Clínicos fortaleceu-se durante a última década com implantação institucional por parte do setor público, com efetividade na padronização da prestação de serviços de saúde, estabelecimento da governança do processo e fonte de informação para outras funções do sistema de saúde.

^{II} Ludovic Reveiz (reveizl@paho.org) - Organización Panamericana de la Salud

^{III} Subdirección de Producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Bogotá, Colombia

^{IV} Unidad de Odontología Basada en Evidencia, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Canada

^V Unidad de Odontología Basada en Evidencia, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Departamento de Pediatría y Puericultura, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^{VI} Departamento de Pediatría y Puericultura, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^{VII} Subdirección de Producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Bogotá, Colombia

^{VIII} Organización Panamericana de la Salud

^{IX} Organización Panamericana de la Salud

¹ Tradução: Tereza Setsuko Toma. Revisão: Jorge Otávio Maia Barreto.

Conclusiones: Las GP han tenido un desarrollo metodológico relevante que garantiza su validez y reproducibilidad. En ALC se ha tenido un avance en el desarrollo, la implementación y evaluación de los posibles desenlaces en salud y en el desempeño del sistema de salud.

Palabras clave: Guías; Guías de práctica; Revisión Sistemática; Sistemas de salud; Evidencia; América Latina y el Caribe.

Abstract

Objective: To identify and describe the components, advantages and disadvantages of guidelines, as well as the development process and the effect of this process in Latin America and the Caribbean (LAC).

Methods: We mapped the process of development of national guidelines in selected countries, with descriptive bibliometric analysis in LAC.

Results: Drafting process of guidelines is systematic, valid and reproducible. The process of development of guidelines has strengthened over the past decade in LAC with institutional implementation by the public sector, with effectiveness in the standardization of delivery of health services, process governance establishment and source of information for other health system functions. Although the GRADE system is frequently used in the region, important challenges such as the improvement of the quality of all guidelines and the need of strengthening capacities remain.

Conclusions: The drafting process of guidelines had an important methodological development that ensures its validity and reproducibility. In LAC there has been progress in the development, implementation and evaluation of possible health outcomes and the performance of the health system.

Keywords: Practice Guideline; Clinical Protocols; review, systematic; Evidence-Based Practice; Latin America; Caribbean Region

Introducción

Los profesionales de la salud deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones que conllevan a identificar la opción de prevención, diagnóstico o tratamiento más adecuada, mediante la evaluación de los probables resultados clínicos, de salud pública, los riesgos, los costos y el impacto social e individual de las diferentes opciones disponibles.¹⁸ La complejidad de la decisión aumenta debido al incremento paulatino del número de opciones disponibles, y del volumen de la evidencia científica, así como la presencia de recursos finitos en los sistemas de salud.^{4,6,8,23}

El desarrollo de guías de práctica (GP) tiene influencia en la prestación de servicios de salud

Conclusões: Os Protocolos Clínicos tiveram um desenvolvimento metodológico relevante que garantem sua validade e reprodutibilidade. Na ALC houve avanço no desenvolvimento, implementação e avaliação dos possíveis desfechos em saúde e no desempenho do sistema de saúde.

Palavras-chave: Guia de Prática Clínica, Protocolos Clínicos, Revisão, Prática Clínica Baseada em Evidências, América Latina e Caribe.

Introdução

Os profissionais de saúde diariamente precisam tomar múltiplas e complexas decisões que os levam a identificar opções de prevenção, diagnóstico ou tratamento mais adequados, mediante a avaliação de prováveis resultados clínicos e de saúde pública, de riscos, custos, impacto social e individual para as diferentes opções disponíveis.¹⁸ A complexidade da decisão tem aumentado devido ao incremento paulatino do número de opções disponíveis, e do volume de evidências científicas, assim como a finitude de recursos nos sistemas de saúde.^{4,6,8,23}

O desenvolvimento de Protocolos Clínicos tem influência na padronização da prestação de serviços de saúde tanto por profissionais da saúde quanto na otimização de recursos humanos e

tanto en la estandarización de la prestación de servicios de salud por parte de los profesionales de la salud como en la optimización de recursos humanos y financieros en el sistema de salud. Las GP informadas por la evidencia presentan varias ventajas en relación a otro tipo de documentos (por ejemplo, los consensos basados en opinión de expertos) ya que incorporan de forma sistemática y explícita de la efectividad de las intervenciones o la validez de una prueba diagnóstica, el balance costo/beneficio de cada intervención, el uso de recursos y costes, así como las preferencias de los pacientes.^{4,8,23}

Guías de Práctica y su calidad, y sistema GRADE

¿Qué es una GP informada por la evidencia?

La incorporación de los resultados provenientes de investigaciones científicas, es decir, de la evidencia, en el proceso de toma de decisiones se ha perfilado como una estrategia clave para mejorar los sistemas de salud, garantizando el acceso equitativo a los servicios de salud y el avance hacia la salud universal. La toma de decisiones informadas por la evidencia científica se refiere al uso sistemático y transparente de los resultados de los estudios de investigación junto con la información proveniente del contexto y ámbito de su aplicación, para mejorar la salud de las poblaciones. La elaboración e implementación de una GP es un proceso sistemático, estructurado y riguroso que demanda tiempo, dedicación y recursos importantes,^{3,4,8,23} y que se basa en la elaboración de recomendaciones informadas por evidencia.

El Manual para la elaboración de directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸ define 'directriz' como cualquier documento que contenga "recomendaciones sobre intervenciones sanitarias de carácter clínico o

financieros no sistema de saúde. Os Protocolos Clínicos informados por evidência apresentam várias vantagens em relação a outro tipo de documento (por exemplo, os consensos com base na opinião de especialistas), uma vez que incorporam de forma sistemática e explícita a efetividade das intervenções ou a validade de um teste diagnóstico, a relação custo/benefício de cada intervenção, o uso de recursos e custos, assim como as preferências dos pacientes.^{4,8,23}

Protocolos Clínicos: sua qualidade e o sistema GRADE

O que é um Protocolo Clínico informado por evidência?

A incorporação dos resultados provenientes de pesquisas científicas, ou seja, de evidências no processo de tomada de decisões, tem se firmado como uma estratégia-chave para melhorar os sistemas de saúde, garantindo o acesso equitativo aos serviços de saúde e o avanço para a saúde universal. A tomada de decisões informadas por evidências científicas refere-se ao uso sistemático e transparente dos resultados de pesquisas junto à informação proveniente do contexto e âmbito de sua aplicação para melhorar a saúde da população. A elaboração e implementação de um Protocolos Clínicos é um processo sistemático, estruturado e rigoroso que demanda tempo, dedicação e recursos importantes,^{3,4,8,23} e que se baseia na elaboração de recomendações informadas por evidências.

O Manual para a Elaboração de Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸ define "diretriz" como qualquer documento que contenha "recomendações sobre intervenções sanitárias de caráter clínico ou sobre políticas de saúde pública. Uma recomendação traz informação sobre o que o usuário final da diretriz pode ou deve fazer em situações concretas para alcançar os

sobre políticas de salud pública. Una recomendación aporta información sobre lo que puede o debe hacer el usuario final de la directriz en situaciones concretas para lograr los mejores resultados sanitarios posibles, individual o colectivamente. Permite elegir entre una serie de intervenciones o medidas de impacto positivo previsto en materia de salud e implicaciones en el uso de recursos”.

Como se nota en la definición, la OMS utiliza el término ‘Directriz’, para referirse a los documentos que brindan recomendaciones informadas por la evidencia. Este término es la traducción realizada por esta organización de la palabra ‘Guidelines’. Sin embargo, en otros términos utilizados en Español son ‘Guías’ y en Portugués ‘Diretrizes’. Independiente del nombre utilizado para que las recomendaciones sean “informadas por la evidencia” deben seguir un proceso explícito, riguroso y sistemático de búsqueda, síntesis y evaluación de la calidad de la evidencia y de formulación de las recomendaciones, tendientes a garantizar la transparencia y minimizar la presencia de sesgos y conflictos de interés. Para ello, deben basar su metodología en revisiones sistemáticas de la literatura realizadas por equipos multidisciplinarios e idóneos, e incorporar aspectos como los valores y preferencias de los pacientes, el costo y la factibilidad en la implementación de las recomendaciones, entre otros.¹⁸ Para efectos de este artículo, utilizaremos el término Guía y Guías de Práctica, para referirnos a estos documentos.

¿Qué no es una GP informada por la evidencia?

Hay ciertos tipos de documentos que no se consideran guías de acuerdo a la definición de la OMS, y que por tanto no requieren una elaboración ‘informada por la evidencia’. Entre ellos están documentos que especifican principios establecidos; “documentos informativos que

mejores resultados sanitarios posibles, individual ou coletivamente. Permite eleger entre uma série de intervenções ou medidas de impacto positivo previsto em matéria de saúde e implicações no uso de recursos”.

Como se nota na definição, a OMS utiliza “diretriz” para se referir aos documentos que fornecem recomendações informadas por evidências. Este termo é a tradução realizada por esta Organização da palavra “Practice Guideline”. Porém, outros termos utilizados em espanhol são “Guía de Práctica Clínica” e em português “Protocolos Clínicos”. Independentemente do nome, para que as recomendações sejam “informadas por evidências” devem seguir um processo explícito, rigoroso e sistemático de busca, síntese e avaliação da qualidade das evidências, e de formulação das recomendações, com o propósito de garantir a transparência e minimizar a presença de vieses e conflitos de interesse. Para isso, devem basear sua metodologia em revisões sistemáticas da literatura, realizadas por equipes multidisciplinares e idôneas, e incorporar aspectos como os valores e preferências dos pacientes, o custo e a viabilidade na implementação das recomendações, entre outros.¹⁸ Para efeitos deste artigo, utilizaremos o termo Protocolos clínicos para nos referir a estes documentos.

O que não é um Protocolo Clínico informado por evidência?

Há certos tipos de documentos que não são considerados Protocolos Clínicos de acordo com a definição da OMS, e que, portanto, não requerem uma elaboração “informada por evidências”. Estes incluem documentos que especificam princípios estabelecidos; “documentos informativos que comunicam dados, descrevem testes, documentam ou revisam práticas ou intervenções existentes, sempre que em tais documentos não sejam feitas recomendações ou destinação de

comunican hechos, describen pruebas, o documentan o revisan prácticas o intervenciones existentes, siempre que en dichos documentos no se realicen recomendaciones o se promueva la asignación de recursos”; documentos que contengan los estándares para la fabricación de tecnologías sanitarias (productos farmacéuticos, vacunas); “documentos explicativos como los manuales operativos, herramientas o guías de implementación o documentos que describen procedimientos operativos estándar para organizaciones o sistemas”, entre otros.¹⁸

¿Qué es el sistema GRADE?

El sistema GRADE (siglas en inglés para: Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones), desarrollado por el grupo de trabajo GRADE^{ix} es un enfoque sistemático y transparente para el proceso de desarrollo de recomendaciones para la salud pública y práctica clínica, que tiene dos objetivos: evaluar y clasificar la calidad de (o la certeza en) la evidencia, y brindar herramientas para decidir la dirección y fuerza de las recomendaciones.^{4,8,23}

GRADE considera explícitamente los factores que determinan la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación. Si bien existen muchos sistemas para cumplir estos objetivos, algunos son excesivamente complejos, basan gran parte de la evaluación de la calidad de la evidencia en el diseño de los estudios, y no en la evaluación del cuerpo de la evidencia que existe para cada desenlace; y no relacionan adecuadamente la evidencia con la recomendación.

El cuerpo de la evidencia (toda la evidencia respondiendo una de las preguntas de investigación) puede estar constituido por informes de series de casos, estudios de cohorte o ensayos

recursos”; documentos que contengan os padrões para a fabricação de tecnologías sanitárias (produtos farmacêuticos, vacinas); “documentos explicativos como os manuais operativos, ferramentas ou guias de implementação ou documentos que descrevem procedimentos operativos padronizados para organizações ou sistemas”, entre outros.¹⁸

O que é o sistema GRADE?

O sistema GRADE – *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (sigla em inglês para a Classificação da Avaliação, Desenvolvimento e Valoração das Recomendações) desenvolvido pelo grupo de trabalho GRADE^x é um enfoque sistemático e transparente para o processo de desenvolvimento de recomendações para a saúde pública e a prática clínica, que tem dois objetivos: avaliar e classificar a qualidade (ou a certeza) da evidência, e oferecer ferramentas para decidir a direção e força das recomendações.^{4,8,23}

O GRADE considera explicitamente os fatores que determinam a qualidade da evidência e a força da recomendação. Embora existam muitos sistemas para cumprir estes objetivos, alguns são excessivamente complexos, baseiam grande parte da avaliação da qualidade da evidência no desenho dos estudos, e não na avaliação do corpo da evidência que existe para cada desfecho; e não relacionam adequadamente a evidência com a recomendação.

O corpo da evidência (todas as evidências que respondem a uma pergunta de pesquisa) pode estar constituído por informes de séries de casos, estudos de coorte ou ensaios clínicos randomizados bem desenhados que minimizam de

^{ix} http://www.gradeworkinggroup.org/_ES/index.htm

^x http://www.gradeworkinggroup.org/_ES/index.htm

clínicos aleatorizados bien diseñados que han minimizado de manera importante los sesgos. Además de considerar el diseño de los estudios, GRADE utiliza aspectos como el riesgo de sesgo, heterogeneidad, imprecisión, pertinencia de la evidencia, y sesgo de publicación, entre otros, para determinar la calidad de la evidencia.

El sistema GRADE facilita además, la graduación de la fuerza de las recomendaciones. La fuerza de una recomendación determina sus implicancias, por lo tanto, es esencial conocer si una recomendación es **fuerte** (la gran mayoría de las ocasiones la decisión debería ser de acuerdo a esta recomendación) o **débil** (en la mayoría de ocasiones la decisión puede estar de acuerdo a esta recomendación, pero en muchas ocasiones puede ser diferente). Para la formulación de las recomendaciones, el sistema GRADE incorpora la calidad de la evidencia respecto a la efectividad de las intervenciones, el balance del riesgo y beneficio de las mismas, el costo, las preferencias y valores de los pacientes (o de los usuarios), la factibilidad y la equidad entre otros aspectos. De allí que se considera que la recomendación es “informada” por la evidencia, habida cuenta de que otros factores deben tenerse en cuenta junto con la evidencia.^{4,8,23}

¿Qué es el instrumento AGREE?

El instrumento AGREE II (*instrumento para la evaluación de GP*)^{xii} ha sido desarrollado para evaluar la calidad en la elaboración y del informe de las GP. Consta de 23 ítems organizados en seis dimensiones: 1) alcance y objetivos; 2) participación de los implicados; 3) rigor en la elaboración; 4) claridad de la presentación; 5) Aplicabilidad, y 6) Independencia editorial.³ Para cada una de estas, dos o más evaluadores

maneira importante os vieses. Além de considerar o desenho dos estudos, o GRADE utiliza aspectos como o risco de viés, heterogeneidade, imprecisão, pertinência da evidência, e viés de publicação, entre outros, para determinar a qualidade da evidência.

O sistema GRADE também facilita a graduação da força da recomendação. A força de uma recomendação determina suas implicações, portanto, é essencial saber se a recomendação é **forte** (na grande maioria dos casos, a decisão deve ser de acordo com esta recomendação) ou **fraca** (na maioria dos casos, a decisão pode ser de acordo com esta recomendação, mas muitas vezes pode ser diferente). Para a formulação de recomendações, o sistema GRADE incorpora a qualidade das evidências sobre eficácia das intervenções, o equilíbrio entre risco e benefício das mesmas, custo, preferências e valores dos pacientes (ou usuários), viabilidade e equidade, entre outros aspectos. Assim, considera-se que a recomendação é “informada” por evidências quando são considerados outros fatores junto com essas evidências.^{4,8,23}

O que é o instrumento AGREE?

O instrumento AGREE II – *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (instrumento para a avaliação de Protocolos Clínicos)*^{xii} foi desenvolvido para avaliar a qualidade na elaboração e no relatório dos Protocolos Clínicos. É composto por 23 itens organizados em seis dimensões: 1) alcance e objetivos; 2) participação dos envolvidos; 3) rigor na elaboração; 4) clareza na apresentação; 5) aplicabilidade; e 6) independência editorial.³ Para cada um desses, dois ou mais avaliadores independentes realizam a avaliação, e é calculada uma pontuação ponderada. Assim,

^x <http://www.agreetrust.org/>

^{xii} <http://www.agreetrust.org/>

independientes realizan la evaluación, y se calcula un puntaje ponderado. Luego, el instrumento permite realizar una evaluación Global de la calidad de la Guía, y definir si se recomienda la guía, se recomienda con modificaciones o no se recomienda. Es un instrumento muy útil para desarrolladores de GP, así como para usuarios de las GP, ya que permite evaluar la calidad, antes de definir la utilización o adaptación de la GP en su contexto.

¿Cómo es la calidad de las guías de práctica de la región?

En América Latina y el Caribe se produce un número importante de GP tanto por instituciones públicas, como por sociedades científicas e instituciones privadas. A pesar de que no existe una evaluación amplia y continua de las mismas, diversos estudios han sido publicados al respecto.^{1,10,20,21,22} Los resultados de estos estudios muestran de manera consistente que la calidad de las guías es variable y que hace falta mejorar los procesos de elaboración y adaptación.^{1,10,20,21,22} Basados en la evaluación de las Guías con el instrumento AGREE II, las dimensiones que frecuentemente muestran los puntajes más bajos en dichos estudios son el rigor de la elaboración, la aplicabilidad de las recomendaciones (Implementabilidad e implicancias organizacionales, conductuales y financieras de la aplicación de la guía) y la participación (grado en que la guía representa los puntos de vista de los potenciales usuarios). En Brasil, Ronsoni *et al.*, evaluaron la calidad de las guías aplicables en Brasil desde el año 2009. Se identificaron 59 Protocolos clínicos y guías terapéuticas (PCDT) 2009-2012, de los cuales ocho fueron seleccionados al azar y evaluados por tres evaluadores independientes. En el balance general de la evaluación final de la calidad global de las Guías dos evaluadores recomendaron con modificaciones

o instrumento permite realizar uma avaliação global da qualidade do Protocolo Clínico, e definir se ele deve ser recomendado; recomendado com modificações ou não recomendado. É uma ferramenta muito útil para elaboradores de Protocolos Clínicos, bem como para os usuários destes, já que permite avaliar a qualidade, antes de definir o uso ou adaptação do mesmo em seu contexto.

Como é a qualidade dos Protocolos Clínicos na Região?

Na América Latina e no Caribe se produz um número significativo de Protocolos Clínicos, tanto por instituições públicas quanto por sociedades científicas e instituições privadas. Embora não haja uma avaliação ampla e contínua desses, vários estudos têm sido publicados a esse respeito.^{1,10,20,21,22} Os resultados destes estudos mostram de forma consistente que a qualidade dos Protocolos Clínicos é variável e que é ainda necessário melhorar os processos de elaboração e adaptação.^{1,10,20,21,22} Com base na avaliação dos Protocolos Clínicos, utilizando o instrumento AGREE II, as dimensões que frequentemente mostram pontuações mais baixas nestes estudos são o rigor na elaboração, a aplicabilidade das recomendações (viabilidade e implicações organizacionais, comportamentais e financeiras para a aplicação do Protocolos Clínicos) e a participação (grau em que o Protocolos Clínicos representam as opiniões dos usuários potenciais). No Brasil, Ronsoni *et al.* avaliaram a qualidade dos Protocolos Clínicos elaborados no Brasil desde 2009. Foram identificados 59 Protocolos Clínicos, no período 2009-2012, dos quais oito foram selecionados aleatoriamente e avaliados por três avaliadores independentes. No balanço da avaliação final da qualidade global dos Protocolos Clínicos dois avaliadores recomendaram com modificações o uso dos oito Protocolos Clínicos, e um avaliador não recomendou nenhum deles.²¹ Os resultados mostraram a necessidade

el uso de las ocho GP, y uno no recomendó ninguna de ellas.²¹. Los resultados mostraron la necesidad de ajustes de los PCDT. Sin embargo, debido a las limitaciones del instrumento, se necesitan más estudios que permitan determinar la calidad de la evidencia utilizada en la generación de los PCDT.²¹

Guías de Práctica en América Latina y el Caribe

El desarrollo de GP, al igual que la evaluación de tecnologías en salud (ETS) de manera general, se ha convertido en un elemento fundamental para la toma de decisiones en salud pública y para la práctica clínica en el contexto de la Salud Universal. En ALC el proceso de desarrollo de GP informadas por la evidencia inicia hace casi dos décadas, impulsada por diversos centros académicos de educación superior con grupos de investigación interesados en el desarrollo de evidencia científica secundaria para la toma de decisiones.⁴ La Colaboración Cochrane, mediante la diseminación de una metodología sistemática, rigurosa y explícita para elaborar revisiones sistemáticas sobre intervenciones en salud, facilitó el establecimiento de capacidades que posteriormente fueron la base para la generación de GP informadas por la evidencia.^{2,19} Este proceso fue concomitante a la creación de dependencias para la generación de evidencia científica para la toma de decisiones en salud. En la región se evidenciaron diferentes tendencias como la creación de agencias independientes de ETS u oficinas del ente rector (Ministerios de Salud) encargadas de la evaluación y garantía de la calidad de los procesos de prestación de servicios de salud.

La producción de GP también es relevante. La decisión de adaptar, adoptar o hacer GP de *novo*, ha delineado el comportamiento de la producción de este tipo de evidencia científica. Por ejemplo, México ha priorizado la adopción y

de ajustes dos Protocolos Clínicos. No entanto, devido a limitações do instrumento, são necessários mais estudos que permitam determinar a qualidade das evidências utilizadas na geração de Protocolos Clínicos.²¹

Protocolos Clínicos na América Latina e no Caribe

O desenvolvimento de Protocolos Clínicos, da mesma forma que a avaliação de tecnologias de saúde (ATS), tornou-se um elemento-chave para a tomada de decisões em saúde pública e para a prática clínica no contexto da Saúde Universal. Na ALC o processo de desenvolvimento de Protocolos Clínicos informados por evidências começou há quase duas décadas, impulsionada por vários centros universitários com grupos de pesquisadores interessados na produção de evidências científicas secundárias para a tomada de decisão.⁴ A Colaboração Cochrane, por meio da divulgação de metodologia sistemática, rigorosa e explícita para elaborar revisões sistemáticas sobre intervenções de saúde, facilitou o estabelecimento de aptidões que foram a base para a geração de Protocolos Clínicos informadas por evidências, posteriormente.^{2,19} Este processo foi concomitante à criação de unidades para a geração de evidência científica para a tomada de decisão em saúde. Na Região surgiram diferentes tendências, como a criação de agências independentes de ATS ou departamentos dentro de outros setores (Ministério da Saúde), encarregados pela avaliação e garantia da qualidade nos processos de prestação de serviços de saúde.

A produção de Protocolos Clínicos também é relevante. A decisão de adaptar, adotar ou produzir novos Protocolos Clínicos, traçou o comportamento da produção deste tipo de evidência científica. Por exemplo, o México tem priorizado a adoção e adaptação de Protocolos Clínicos e é o país que mais tem desenvolvido Protocolos Clínicos

adaptación de las GP y es el país que ha desarrollado más GP (n=763), seguido de Brasil que optó al inicio por desarrollar de *novo* sus GP y posteriormente ha ido adoptando GP de otros grupos desarrolladores (n=127). La producción de guías nacionales por parte de otros países incluye a Argentina (no consolidada), Colombia (n=55), Chile (n=75), Ecuador (n=38) y Perú (n=104) (Tabla 1). Otro proceso relevante es el desarrollo de manuales metodológicos para el desarrollo de GP en varios países. Brasil, Colombia, Chile, México y Perú han desarrollado manuales metodológicos para el proceso de desarrollo de GP, así como para el proceso de implementación de las mismas (Tabla 1).

El desarrollo de GP, evaluaciones de tecnologías y la instauración de agencias gubernamentales expertas en el desarrollo de las mismas, ha hecho que la investigación en estos procesos se incremente de manera importante en los diferentes países de la región. Para ilustrar la progresión de la publicación de guías en la región, se realizó una búsqueda bibliométrica en las bases de datos Medline (PubMed) y EMBASE con la siguiente estrategia de búsqueda: (“guideline”[Publication Type] OR “guidelines as topic” [MeSH Terms] OR “guidelines”[All Fields]), entre los años 2000 a 2015. Países como México, Argentina y Brasil han aumentado de manera importante la evidencia científica relacionada con el desarrollo, implementación y adherencia de las GP en sus países. A partir del año 2010 y 2011, Colombia y Chile han aumentado su producción científica en temas relacionados con el desarrollo y el impacto en equidad de las GP (Tabla 2).

(n = 763), seguido pelo Brasil, que inicialmente optou por desenvolver novos Protocolos Clínicos e, posteriormente, foi adaptando produtos elaborados por outros grupos (n = 127). A produção de Protocolos Clínicos nacionais por outros países inclui a Argentina (não consolidado), Colômbia (n = 55), Chile (n = 75), Equador (n = 38) e Peru (n = 104) (Quadro 1). Outro processo importante é o desenvolvimento de manuais metodológicos para o desenvolvimento de Protocolos Clínicos em vários países. Brasil, Colômbia, Chile, México e Peru desenvolveram manuais metodológicos para o processo de elaboração de Protocolos Clínicos, assim como para o processo de implementação dos mesmos.^{xii}

O desenvolvimento de Protocolos Clínicos, a avaliação de tecnologias e a criação de agências governamentais especializadas no desenvolvimento desses produtos levaram a um aumento importante de pesquisas sobre esses processos nos diferentes países da Região. Para ilustrar o aumento dessas pesquisas de Protocolos Clínicos publicadas na Região, realizou-se uma busca bibliométrica nas bases de dados Medline (PubMed) e EMBASE com a seguinte estratégia de busca: (“guideline”[Publication Type] OR “guidelines as topic” [MeSH Terms] OR “guidelines”[All Fields]), no período de 2000 a 2015. Países como México, Argentina e Brasil aumentaram significativamente a evidência científica relacionada com o desenvolvimento, implementação e adesão em Protocolos Clínicos. A partir de 2010 e 2011, Colômbia e Chile aumentaram sua produção científica sobre questões relacionadas com o desenvolvimento de Protocolos Clínicos e seu impacto sobre a equidade (Tabela 1).

^{xii} Nota da tradução: O Ministério da Saúde publicou o livro Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas, disponível em <http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>

Tabla 1. Institucionalización del proceso de desarrollo de GP en algunos países seleccionados de América Latina y El Caribe

País	Nombre del centro	Manual metodológico	Metodología	Número de GPC	Link de acceso
Argentina	Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS)	Guía de Adaptación (2008) http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres850_2008.pdf	Desarrollo de GP	NC	http://www.msal.gov.ar/pngcam/guias.htm
Brasil	Ministerio de Salud CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas (2016) http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf	Desarrollo y adaptación de GP	127	http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes
Colombia	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social	Guía Metodológica de Elaboración (2014) Manual de Implementación (2014) http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/default_gpc.aspx	Desarrollo de novo GP	55	http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx
Chile	Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud	Manual Metodológico (2014) http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf	Desarrollo/ Adaptación de guías GP	75	http://www.bibliotecaminsal.cl/guias-clinicas-auge/
Ecuador	Ministerio de Salud	Manual para la elaboración, implementación y actualización (IESS) (2011) https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/manual_gpc.pdf	Desarrollo de GP	38	http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/

País	Nombre del centro	Manual metodológico	Metodología	Número de GPC	Link de acceso
México	Centro nacional de Excelencia Tecnológica en salud (CENETEC)	<p>Metodología para la integración en el sistema nacional de salud</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf</p> <p>Manual Metodológico para la actualización</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Manual_actualizacxn_GPC.pdf</p> <p>Manual metodológico GPC de enfermería</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manual2013/ManualMetodologicoGPC_Enfermeria.pdf</p> <p>Manual para elaboración de protocolos de búsqueda</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Manual_Protocolo_de_Busqueda.pdf</p>	Adaptación y adopción de GP	763	<p>http://www.cenetec.salud.gob.mx</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html</p>
Perú	Ministerio de Salud Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación	<p>Norma Técnica para la elaboración y uso (2015)</p> <p>http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/NT-GPC1.pdf</p>	Desarrollo, adaptación y adopción de GP	97 5	<p>http://www.minsa.gob.pe/serumbsvs/SupportFiles/guias.htm</p> <p>http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html</p> <p>http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Documento_Tecnico_Metodologia_para_la_elaboracion_de_guias_de_practica_clinica.pdf</p>

NC: No consolidada GP: Guías de práctica

Quadro 1. Institucionalização do processo de desenvolvimento de Protocolos Clínicos (PC) em países selecionados da América Latina e do Caribe.

País	Nome do centro	Manual metodológico	Metodologia	Número de PC	Link de acesso
Argentina	Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS)	Guía de Adaptación (2008) http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres850_2008.pdf	Desenvolvimento de Protocolos Clínicos	NC	http://www.msal.gov.ar/pngcam/guias.htm
Brasil	Ministerio de Salud CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas (2016) http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf	Desenvolvimento e adaptação de Protocolos Clínicos	127	http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes
Colômbia	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social	Guía Metodológica de Elaboración (2014) Manual de Implementación (2014) http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/default_gpc.aspx	Desenvolvimento de Protocolos Clínicos	55	http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx
Chile	Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud	Manual Metodológico (2014) http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf	Desenvolvimento e adaptação de Protocolos Clínicos	75	http://www.bibliotecaminsal.cl/guias-clinicas-auge/
Equador	Ministerio de Salud	Manual para la elaboración, implementación y actualización (IESS) (2011) https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/manual_gpc.pdf	Desenvolvimento de Protocolos Clínicos	38	http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/

País	Nome do centro	Manual metodológico	Metodologia	Número de PC	Link de acesso
México	Centro nacional de Excelencia Tecnológica en salud (CENETEC)	<p>Metodología para la integración en el sistema nacional de salud http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf Manual Metodológico para la actualización http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Manual_actualizacixn_GPC.pdf Manual metodológico GPC de enfermería http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manual2013/ManualMetodologicoGPC_Enfermeria.pdf Manual para elaboración de protocolos de búsqueda http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Manual_Protocolo_de_Busqueda.pdf</p>	Adaptação e adoção de Protocolos Clínicos	763	<p>http://www.cenetec.salud.gob.mx http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html</p>
Peru	Ministerio de Salud Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación	<p>Norma Técnica para la elaboración y uso (2015) http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/NT-GPC1.pdf</p>	Desenvolvimento, adaptação e adoção de Protocolos Clínicos	97 5	<p>http://www.minsa.gob.pe/serumsbvs/SupportFiles/guias.htm http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Documento_Tecnico_Metodologia_para_la_elaboracion_de_guias_de_practica_clinica.pdf</p>

NC: Não consolidados.

Tabla 2. Investigación de la progresión de la publicación de GP en países de América Latina y El Caribe (2000-2015) [bases de datos Medline (PubMed) e EMBASE]

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
México	23	27	43	34	49	51	73	56	79	86	85	107	114	117	146	199
Argentina	14	11	14	20	19	28	25	28	40	31	48	47	61	72	103	92
Brasil	6	6	9	16	10	10	16	23	27	37	48	45	43	57	54	64
Chile	7	8	7	7	4	19	15	20	21	25	23	29	30	41	57	70
Colombia	2	1	2	2	3	9	13	5	13	13	15	17	35	41	67	59
Granada	3	3	6	4	6	6	11	12	11	17	20	21	20	19	36	59
Perú	3	1	2	2	6	6	8	4	11	7	11	18	24	21	29	24
Cuba	2	2	3	3	3	5	2	6	3	3	6	12	12	13	16	23
Venezuela	1	3	3	1	2	8	9	5	13	2	3	6	8	13	22	13
Uruguay	0	3	4	1	2	3	1	3	4	5	7	9	8	14	20	12
Jamaica	6	3	1	2	5	2	2	9	8	8	9	5	3	4	11	11
Guatemala	1	1	1	1	2	2	2	2	5	7	8	9	11	4	5	5
Haití	0	0	4	0	0	1	0	0	2	3	3	12	7	6	9	9
Ecuador	1	0	0	1	2	5	4	2	3	0	5	4	6	8	7	6
Costa Rica	0	2	2	1	0	1	2	3	2	5	4	2	4	9	5	7
Nicaragua	1	0	1	1	4	5	3	2	3	2	2	3	4	4	3	5
El Salvador	1	0	0	2	2	1	5	1	1	0	1	1	4	3	9	5
Bolivia	1	1	0	1	4	2	2	5	1	1	1	3	1	4	2	6
Panamá	0	1	1	1	1	1	4	0	3	2	1	3	1	3	5	5
Trinidad y Tobago	1	1	2	0	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2	5	3
Honduras	1	0	2	1	1	1	3	3	1	1	2	2	2	0	1	4
Paraguay	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	0	0	1	3	5	4
Barbados	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	3	2	1	0	4	2
Surinam	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	1	2	2	0	2
Guyana	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	3	2	1	0	1	0
Santa Lucía	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
San Vicente y las Granadinas	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Bahamas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Dominica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Belize	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
San Cristóbal y Nieves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 1. Pesquisa sobre a progressão de publicação de Protocolos Clínicos nos países da ALC (2000-2015). [Fonte: bases de dados Medline (PubMed) e EMBASE]

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
México	23	27	43	34	49	51	73	56	79	86	85	107	114	117	146	199
Argentina	14	11	14	20	19	28	25	28	40	31	48	47	61	72	103	92
Brasil	6	6	9	16	10	10	16	23	27	37	48	45	43	57	54	64
Chile	7	8	7	7	4	19	15	20	21	25	23	29	30	41	57	70
Colômbia	2	1	2	2	3	9	13	5	13	13	15	17	35	41	67	59
Granada	3	3	6	4	6	6	11	12	11	17	20	21	20	19	36	59
Peru	3	1	2	2	6	6	8	4	11	7	11	18	24	21	29	24
Cuba	2	2	3	3	3	5	2	6	3	3	6	12	12	13	16	23
Venezuela	1	3	3	1	2	8	9	5	13	2	3	6	8	13	22	13
Uruguai	0	3	4	1	2	3	1	3	4	5	7	9	8	14	20	12
Jamaica	6	3	1	2	5	2	2	9	8	8	9	5	3	4	11	11
Guatemala	1	1	1	1	2	2	2	2	5	7	8	9	11	4	5	5
Haiti	0	0	4	0	0	1	0	0	2	3	3	12	7	6	9	9
Equador	1	0	0	1	2	5	4	2	3	0	5	4	6	8	7	6
Costa Rica	0	2	2	1	0	1	2	3	2	5	4	2	4	9	5	7
Nicarágua	1	0	1	1	4	5	3	2	3	2	2	3	4	4	3	5
El Salvador	1	0	0	2	2	1	5	1	1	0	1	1	4	3	9	5
Bolívia	1	1	0	1	4	2	2	5	1	1	1	3	1	4	2	6
Panamá	0	1	1	1	1	1	4	0	3	2	1	3	1	3	5	5
Trinidad e Tobago	1	1	2	0	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2	5	3
Honduras	1	0	2	1	1	1	3	3	1	1	2	2	2	0	1	4
Paraguai	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	0	0	1	3	5	4
Barbados	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	3	2	1	0	4	2
Suriname	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	1	2	2	0	2
Guiana	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	3	2	1	0	1	0
Santa Lucia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
São Vicente e Granadinas	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Bahamas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Dominica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Belize	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
São Cristóvão e Neves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Antígua e Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La incorporación de las GP en la toma de decisiones en la práctica clínica y en la salud pública no ha sido documentada hasta el momento de manera sistemática por los países de la región, así mismo tampoco el impacto en resultados en salud. Sin embargo, los países de América Latina han iniciado procesos de integración e implementación de las GP y sus recomendaciones en la práctica clínica y en los procesos de prestación de servicios de salud. Por ejemplo, Colombia ha desarrollado procesos normativos que garantizan la incorporación de las recomendaciones de las GP en la prestación de servicios de salud, por medio del proceso de habilitación de instituciones que prestan servicios de salud a la población asegurada (Resolución 2003 del año 2014).¹² Esta resolución reglamenta que las instituciones de salud deben usar GP basadas en evidencia en sus servicios, las cuales serán las desarrolladas por el Ministerio de Salud, y si este no tiene una GP disponible, entonces una guía adoptada de alta calidad. Asimismo, México ha desarrollado procesos de implementación a nivel nacional de las GP en todos los subsistemas de atención, generando manuales de implementación para los diferentes tipos de profesionales de la salud del sistema de salud.²⁴

¿Por qué se requiere fortalecer la generación de GP informadas por la evidencia en la región?

Las GP se han convertido en un elemento fundamental para la toma de decisiones en la salud pública y en la práctica clínica por aspectos como: 1) la estandarización de procesos de atención en salud de calidad 2) la capacidad de respuesta, 3) el establecimiento de la gobernanza en la toma de decisiones en la práctica clínica y en el sistema de salud y 4) como elemento de generación de investigación y su uso en elementos esenciales del sistema.⁷

A incorporação de Protocolos Clínicos na tomada de decisão em prática clínica e saúde pública, assim como o impacto sobre os resultados de saúde, ainda não foram documentados de forma sistemática pelos países da Região. No entanto, os países da América Latina iniciaram processos de integração e implementação de Protocolos Clínicos e suas recomendações na prática clínica e nos processos de prestação de serviços de saúde. Por exemplo, a Colômbia desenvolveu processos regulatórios que garantem a incorporação das recomendações de Protocolos Clínicos na prestação de serviços de saúde, por meio do processo de acreditação das instituições que prestam serviços de saúde à população segurada (Resolução 2003, de 2014).¹² Esta resolução estabelece que as instituições de saúde devem usar em seus serviços os Protocolos Clínicos baseados em evidências, os quais serão desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, ou então adotar um guia de alta qualidade quando Protocolos Clínicos não estiverem disponíveis. O México também desenvolveu processos de implementação de Protocolos Clínicos em âmbito nacional para todos os subsistemas de atenção, gerando manuais de implementação para diferentes tipos de profissionais de saúde.²⁴

Por que é necessário fortalecer a produção de Protocolos Clínicos informados por evidências na Região?

Os Protocolos Clínicos tornaram-se um elemento-chave para a tomada de decisões em saúde pública e na prática clínica para aspectos como: 1) padronização do processo de atenção à saúde de qualidade; 2) capacidade de resposta; 3) estabelecimento da governança na tomada de decisão na prática clínica e no sistema de saúde; e 4) elemento de geração de pesquisa e seu uso em elementos essenciais do sistema.⁷

1) La estandarización del proceso de atención

Las GP son estrategias efectivas para la reducción de la variabilidad en la práctica clínica de diferentes actividades de prestación de servicios de salud directos. Este efecto de estandarización de procesos repercute directamente en dos aspectos: a) mejora en los resultados en salud y b) mejora de la eficiencia de la prestación de servicios de salud.^{5,7} En el primer aspecto, existe evidencia que establece una reducción de la mortalidad por el establecimiento de políticas y prácticas de seguridad del paciente enmarcadas en guías de práctica y el segundo aspecto se enmarca en la estandarización de procesos de la prestación de servicios, que ha dado resultados en la reducción de costos y el consumo eficiente de los recursos en el momento de la atención. Por otra vía las GP permiten generar la cultura del consumo crítico de la evidencia científica que hace mejorar las prácticas de los profesionales de la salud.⁷

2) La capacidad de respuesta

El comportamiento de los individuos, las comunidades y las poblaciones es uno de los principales determinantes del estado de salud. Bunker⁵ estimó que la eliminación de las desigualdades en materia de salud podría aumentar la esperanza de vida de los más desfavorecidos hasta por 9 años, y si fuera posible después de eliminar todos los hábitos de vida que perjudican la salud de los individuos daría lugar a otros 2,5 años de vida ganados. Las GP fortalecen la respuesta efectiva de los sistemas de salud en especial a la función de prestación de servicios de salud y al financiamiento eficiente de las actividades propias del sistema. Ejemplos de esta característica son las experiencias en el desarrollo de GP por parte de la OMS o del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE, Reino Unido), tanto en los aspectos clínico como en salud pública, los cuáles han demostrado la relevancia de la

1) Padronização do processo de atenção

Os Protocolos Clínicos são estratégias efetivas para reduzir a variabilidade na prática clínica de diferentes atividades de prestação de serviços de saúde diretos. Este efeito de padronização de processos afeta diretamente dois aspectos: a) melhora nos resultados em saúde; b) melhora da eficiência na prestação de serviços de saúde.^{5,7} No primeiro aspecto, há evidências de que estabelece uma redução da mortalidade pelo estabelecimento de políticas e práticas de segurança do paciente moldadas em Protocolos Clínicos e o segundo aspecto destaca-se na padronização dos processos de prestação de serviços onde os resultados de dados reduziram os custos e o uso eficiente de recursos no momento da atenção. Por outro lado, os Protocolos Clínicos permitem gerar a cultura de uso crítico de evidências científicas, o que melhora as práticas dos profissionais de saúde.⁷

2) Capacidade de resposta

O comportamento de indivíduos, comunidades e populações é um dos principais determinantes do estado de saúde. Bunker⁵ estimou que a eliminação das desigualdades na saúde poderia aumentar a expectativa de vida dos mais pobres em até 9 anos e, se fosse possível eliminar todos os hábitos de vida que prejudicam a saúde dos indivíduos haveria outros 2,5 anos de vida ganhos. Os Protocolos Clínicos fortalecem uma resposta efetiva dos sistemas de saúde, especialmente para a função de prestação de serviços de saúde e para o financiamento eficiente das próprias atividades do sistema. Exemplos desta característica são as experiências no desenvolvimento de Protocolos Clínicos pela OMS ou do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, Reino Unido), tanto nos aspectos clínicos quanto de saúde pública, que demonstraram a relevância da evidência na tomada de decisões

evidencia en la toma de decisiones en el sistema de salud, en términos de la implementación de tecnologías, intervenciones y estrategias que son costo-efectivas.^{9,15,16,18}

Las GP han desarrollado una cultura de formación en el consumo crítico de la literatura por parte de los tomadores de decisión y profesionales de la salud. Hay evidencia significativa de que - dado el enfoque correcto y condiciones apropiadas - profesionales de la salud, servicios o incluso los gobiernos pueden prestar servicios e intervenciones a los individuos, las comunidades o dentro de las poblaciones con el fin de cambiar los comportamientos relacionados con la salud, reducir el riesgo y reducir los niveles de morbilidad y la mortalidad.¹⁵ También hay un creciente número de programas de salud y estrategias de salud pública que adoptan la generación de evidencia científica informada en evidencia (ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, y guías de práctica clínica,) como un precepto clave de su validez y reproducibilidad.¹⁶ Durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud ha fortalecido las capacidades para desarrollar y estandarizar programas de salud pública informados por la evidencia científica.

3) Gobernanza institucional

Las GP son herramientas que permiten fortalecer las instituciones en su capacidad de toma de decisiones. Asimismo, en su implementación, las GP facilitan la monitorización de los procesos de prestación de servicios de salud y reducen la asimetría de información entre los diferentes actores del sistema de salud, lo que hace que los procesos de rendición de cuentas se fortalezcan. Los puntos que fortalecen la gobernanza de las instituciones en el desarrollo, la utilización y la implementación de las GP¹⁰ se pueden resumir en:

no sistema de saúde, em termos de implementação de tecnologias, intervenções e estratégias que são custo-efetivas.^{9,15,16,18}

Os Protocolos Clínicos desenvolveram uma cultura de formação no uso crítico da literatura pelos tomadores de decisão e profissionais de saúde. Há evidência significativa de que – tendo em conta a abordagem correta e condições adequadas – profissionais de saúde, serviços ou mesmo os governos podem prestar serviços e intervenções a indivíduos, comunidades ou dentro de populações, a fim de mudar comportamentos relacionados à saúde, reduzir o risco e reduzir os níveis de morbidade e mortalidade.¹⁵ Há também um número crescente de programas e estratégias de saúde pública que adotam a geração de evidência científica informada por evidências (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e Protocolos Clínicos) como um preceito fundamental da sua validade e reprodutibilidade.¹⁶ Nos últimos anos, a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde fortaleceu sua capacidade para desenvolver e padronizar programas de saúde pública informadas por evidências científicas.

3) Governança institucional

Os Protocolos Clínicos são ferramentas para fortalecer as instituições em sua capacidade de tomada de decisões. Também em sua implementação, os Protocolos Clínicos facilitam o monitoramento dos processos de prestação de serviços de saúde, e reduzem a assimetria de informação entre os diferentes atores do sistema de saúde, o que fortalece os processos de prestação de contas. Os pontos que fortalecem a governança das instituições no desenvolvimento, na utilização e na implementação de Protocolos Clínicos podem ser resumidos em¹⁰:

- Incentivar a inovação e implantar uma prática clínica informada por evidências.

- Incentivar la innovación e implantar una práctica clínica informada por la evidencia.
- Generar sentido de responsabilidad, transferencia de riesgos y rendición de cuentas a través de la propuesta de estandarización de desenlaces clínicos y su adecuada medición.
- Coordinar los esfuerzos en la consecución de mejoras en la calidad de los servicios de salud.
- Reducir las malas prácticas clínicas.
- Estructurar la prestación de los servicios de salud y por lo tanto contribuir a la adopción de modelos de atención a nivel nacional, regional o local, integrando disciplinas y profesionales de la salud.

4) Elemento de generación de investigación y su uso en elementos esenciales del sistema.

Las GP se han convertido en un elemento indispensable para la implementación de los modelos de atención de diferentes países. Algunos países incorporan en el plan de implementación del modelo de atención procesos de gestión del riesgo informados por la evidencia científica que garantizan la efectividad de las intervenciones en salud.¹⁷ En otros países se han propuesto modelos de atención basados en la integralidad de la prestación de los servicios de salud y la incorporación de las rutas de atención cuyo insumo relevante en la definición y estandarización de las prácticas en salud son las guías.^{11,13,14,25}

Otros procesos en los cuales se han incorporado las GP y sus recomendaciones han sido la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos dentro del plan de beneficios de los diferentes países, así como en los procesos de regulación de precios de entrada y de mercado para diferentes tecnologías. Por ello, se hace

- Gerar sentido de responsabilidade, transferência de risco e prestação de contas por meio da proposta de padronização de desfechos clínicos e sua mensuração adequada.
- Coordenar esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
- Reduzir as práticas clínicas ruins.
- Estruturar a prestação de serviços de saúde e, para tanto, contribuir para a adoção de modelos de atenção em nível nacional, regional ou local, integrando disciplinas e profissionais de saúde.

4) Elemento de geração de pesquisa e seu uso em elementos essenciais do sistema.

Os Protocolos Clínicos tornaram-se uma ferramenta indispensável para a implementação de modelos de atenção de diferentes países. Alguns países incorporam, no plano de implementação do modelo de atenção, processos de gestão de riscos informados por evidências científicas que garantam a efetividade das intervenções em saúde.¹⁷ Outros países têm proposto modelos de atenção com base na integralidade da prestação de serviços de saúde e incorporação de linhas de cuidados onde o insumo relevante na definição e padronização de práticas de saúde são os Protocolos Clínicos.^{11,13,14,25}

Otros procesos que têm incorporado os Protocolos Clínicos e suas recomendações são incorporação de novas tecnologias e dispositivos no âmbito do plano de benefícios de diferentes países, bem como os processos de regulamentação de preços de entrada e de mercado para diferentes tecnologias. Por isso, é relevante continuar o processo de elaboração e atualização de Protocolos Clínicos e suas recomendações como mecanismo de atualização de plano de benefícios – é necessário esclarecer que não é a única

relevante continuar con el proceso de desarrollo y actualización de las GP y sus recomendaciones como mecanismos de actualización del plan de beneficios - es necesario aclarar que no es la única fuente de información o mecanismo de toma de decisión disponible para este proceso.¹⁴ Otro aspecto relevante, para el cuál se cuenta con poca evidencia, es el efecto de las GP en la reducción de las brechas de acceso, utilización y calidad entre los diferentes grupos poblacionales, se espera que a mediano y largo plazo sean elementos de generadores de equidad siempre y cuando se garantice su implementación de manera efectiva.^{11,13} Esta área debe ser objeto de futuras investigaciones.

Conclusión

El desarrollo, validación e implementación de las GP ha tenido un importante efecto en la estructura y organización de los sistemas y servicios de salud de los países de ALC. La generación de políticas e instituciones que garanticen su desarrollo, seguimiento, implementación y actualización hace pensar que los países le han apostado a la generación de evidencia científica válida para la toma de decisiones en salud. Es relevante enunciar que falta potenciar el desarrollo de procesos de investigación que permitan establecer el real impacto de estos procesos en los resultados en salud de las poblaciones, en la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y en el establecimiento de la gobernanza del sector salud en los diferentes países.

fonte de informação ou mecanismo de tomada de decisão disponível para este processo.¹⁴ Outro aspecto importante, que se deve considerar é que há pouca evidência sobre o efeito dos Protocolos Clínicos na redução das disparidades no acesso, utilização e qualidade entre os diferentes grupos da população e espera-se que a médio e longo prazo sejam elementos geradores de equidade, desde que implementados de maneira efetiva.^{11,13} Esta área deve ser objeto de futuras pesquisas.

Conclusão

O desenvolvimento, validação e implementação dos Protocolos Clínicos teve um efeito importante sobre a estrutura e organização dos sistemas e serviços de saúde dos países da ALC. A criação de políticas e instituições para garantir o seu desenvolvimento, acompanhamento, execução e atualização sugere que os países têm apostado na produção de evidências científicas válidas para a tomada de decisão em saúde. É relevante informar que ainda é necessário fomentar o desenvolvimento de processos de pesquisa que permitam estabelecer o impacto real desses processos sobre os resultados de saúde da população, a aceitabilidade e a qualidade dos serviços de saúde e o estabelecimento de governança do setor saúde em diferentes países.

Referencias

1. Álvarez-Vargas ML, Galvez-Olortegui JK, Galvez-Olortegui TV, Sosa-Rosado JM, Camacho-Saavedra LA Revisión de las guías actuales de hipertensión arterial. *Medwave* 2015;15(9):e6290.
2. Bero L, Rennie D. The Cochrane Collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA*. 1995; 274 (24): 1935–38.
3. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010 [acceso 6 mayo 2016];182(18):E839-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/pdf/182e839.pdf>
4. Brozek JL, Akl EA, Compalati E, Kreis J, Terracciano L, Fiocchi A, et al., GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines part 3 of 3. The GRADE approach to developing recommendations. *Allergy*. 2011;66(5):588-95.
5. Bunker J. *Medicine matters after all: measuring the benefits of medical care, a healthy lifestyle, and a just social environment*. London: Stationery Office; 2001. (Nuffield Trust Series, 15).
6. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines - Institute of Medicine. Washington DC: National Academies; 2011.
7. Dalton JE1, Zidar DA, Udeh BL, Patel MR, Schold JD, Dawson NV. Practice variation among hospitals in revascularization therapy and its association with procedure-related mortality. *Med Care*. 2016 Apr 5. [Epub ahead of print]
8. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
9. Jepson R, Harris F, MacGillivray S, Kearney N, Rowa-Dewar N. A review of the effectiveness of interventions, approaches and models at individual, community and population level that are aimed at changing health outcomes through changing knowledge attitudes and behaviour. Stirling, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília (DF); 2010. [acceso 6 mayo 2016]. Disponible en: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf
11. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Política Integral de Atención en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Colombia; 2016. [acceso 6 mayo 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
12. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Colombia; 2014.
13. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. En el camino a centro de salud familiar. Chile; 2008 [acceso 6 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
14. Ministerio de Salud. Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de guías de práctica clínica Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud ETESA. Santiago, Chile; 2002.
15. NICE. Behaviour change at population, community and individual levels. NICE public health guidance no. 6. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007. (NICE public health guidance, . 6) [acceso 6 mayo 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph6>
16. NICE. Methods for the development of NICE public health guidance, 2.ed. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
17. NSW Health Department. A framework for building capacity to improve health. Gladsville, Australia: New South Wales Health Department; 2001.
18. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de directrices. 2.ed. Ginebra; 2015.
19. Ortiz, Z. ¿Qué son las revisiones sistemáticas? Buenos Aires: CIE. Academia Nacional de Medicina; 2005. [acceso 6 mayo 2016]. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2005/Que_son_revisiones_sistematicas_2005.pdf
20. Pantoja T, Valenzuela L, Léniz J, Castañón C. Clinical practice guidelines in the Chilean health sector reform: a critical assessment of their quality. *Rev Med Chil*.2012;140(11):1391-1400.
21. Ronsoni R M, Pereira CC, Stein AT, Osanai MH, Machado CJ. Evaluation of eight Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines under the Brazilian Ministry of Health using the

AGREE II instrument: a pilot study. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1157-62.

22. Saavedra-Salinas MÁ, Barrera Cruz A, Cabral Castañeda AR, Jara Quezada LJ, Arce-Salinas CA, Álvarez Nemegyei J, et al. Clinical practice guidelines for the management of pregnancy in women with autoimmune rheumatic diseases of the Mexican College of Rheumatology. Part I. *Reumatol Clin*. 2015;11(5):295-304.

23. Schünemann HJ, Mustafa R, Brozek J, Santesso N, Alonso-Coello P, Guyatt G, et al., GRADE Working Group. Development of the GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for tests in clinical practice and public health. *J Clin Epidemiol*. 2016 pii: S0895-4356(16)00136-0

24. Secretaria de Salud. Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México; 2013.

25. Ubel, P.A. Pricing life: Why it's time for health care rationing. Cambridge, Massachusetts: The MIT; 2000.

Relações entre medicina baseada em evidências e jornalismo

Relationship between evidence based medicine and journalism

Patrícia Aline dos Santos^I, Maria Conceição da Costa^{II}

Resumo

Neste trabalho, analisamos mudanças na área da saúde que se inter-relacionam com o campo do jornalismo, tendo como referencial os Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT). Nosso enfoque é a Medicina Baseada em Evidências (MBE), conjunto de práticas que se utiliza de estudos com base em amostras populacionais para a tomada de decisão em saúde. A MBE vem sendo incorporada globalmente, inclusive no Brasil, na prática clínica, nas políticas públicas, na gestão das organizações e em outros âmbitos da área da saúde. Essas práticas vão além da produção e uso do conhecimento científico chegando também às atividades de popularização do conhecimento sobre saúde, inclusive no jornalismo, como foi possível observar neste estudo. Por meio de entrevistas com jornalistas, analisamos processos de trabalho desses profissionais identificando relações com as mudanças trazidas pela MBE. Em nossa análise, o jornalismo contribui para o reconhecimento das práticas da MBE, para a compreensão dessa racionalidade e também para uma visão crítica sobre como esse conhecimento vem sendo construído.

Palavras-chave: jornalismo científico; medicina baseada em evidências; jornalismo médico.

Abstract

In this work we analyze changes in the medical field that interrelate with health journalism taking as a reference the Social Studies of Science and Technology (SSST). Our focus is the Evidence-Based Medicine (EBM), a set of practices in which clinical studies based on population samples are used for decision making in the medical field. EBM has been incorporated globally, including in Brazil, as part of medical practices, public policies, organizational management and other health frameworks. EBM practices go beyond the production and use of scientific knowledge in medicine. It reaches also activities for knowledge popularization about health and that includes journalism as we could observe in this study. Through interviews, we analyze work processes of journalists to identify relations with the changes brought by EBM. In our analyses, journalism contributes to the public acknowledgement of EBM practices, to comprehend its rationality and also to a critical view on how this knowledge has been built.

Keywords: science journalism. evidence based medicine. medical journalism.

^I Patrícia Aline dos Santos (santos.patriciaaline@gmail.com) é jornalista, mestre em Divulgação Científica e Cultural, pesquisadora associada do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

^{II} Maria Conceição da Costa (dacosta@ige.unicamp.br) é cientista social, mestre e doutora em Ciência Política, professora do Programa de Doutorado em Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica, ambos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pesquisadora e professora do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Introdução

Na Medicina Baseada em Evidências (MBE) pesquisas com base em amostras populacionais são selecionadas a partir de critérios metodológicos, em bases de dados de saúde, buscando responder um problema clínico ou de pesquisa. Na MBE levam-se em consideração as pesquisas disponíveis até o momento privilegiando estudos de acordo com uma hierarquia em que as revisões sistemáticas e meta-análises são os tipos de pesquisa mais importantes, seguidos de ensaios clínicos duplo-cegos randomizados e outros estudos^{III}. Os trabalhos selecionados apontarão sínteses estatísticas que irão subsidiar a análise e a tomada de decisão para a prática clínica, as ações coletivas ou outras situações. Em princípio, essas medidas devem incluir a participação do paciente ou da população em questão. Assim, como premissa da MBE, a experiência ao longo da carreira do profissional de saúde não é o critério inicialmente mais importante para a tomada de decisão^{1,8}.

O conjunto de práticas que envolvem a MBE vem sendo adotado em nível global com registros na literatura médica desde os anos 1990 a partir do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido. A MBE surge como um movimento partindo da epidemiologia clínica para um programa de intervenção na prática médica que associa a pesquisa à tomada de decisão.

Se desenvolvendo de forma dinâmica, processual e não linear, a MBE firmou sua ideologia a partir de disputas de forças, configurou-se como um movimento social no qual surgiram novos atores, de pacientes, a ativistas incluindo novas profissões e organizações que baseiam suas práticas em evidências¹⁵. Esse movimento vem

norteando desde a gestão das instituições de saúde, às políticas públicas e as condutas com cada um de nós, pacientes nos consultórios médicos, e usuários de sistemas de saúde. A mudança trazida pela MBE impacta na forma de ver a saúde. Daí a importância de acompanharmos este processo enquanto ele se consolida também no Brasil.

A comunicação tem um papel importante no estabelecimento da MBE já que é intrínseca à ciência, fundamental na relação entre pares, entre comunidades e indivíduos na promoção da saúde⁴. Sua relevância se dá, sobretudo, na dinâmica de elementos da chamada cultura científica, na qual o conhecimento produzido na ciência é parte da vida cotidiana, afeta as pessoas e como elas se relacionam com o mundo²⁰.

Aqui, nos voltamos especificamente ao jornalismo, uma das atividades de comunicação midiática que participa da dinâmica de acumulação de conhecimento sobre saúde no senso comum. Levamos em conta rotinas que organizam a produção jornalística já que elas têm peso na geração das notícias conforme os estudos de produção de notícias ou *newsmaking*²¹. Essas convenções são estabelecidas de maneira a definir “o que é notícia”, viabilizando desde os processos que determinam quais fontes serão ouvidas (pessoas ou instituições que originam a informação) até como será elaborado o conteúdo. São rotinas que permitem lidar com as questões organizacionais e produtivas do jornalismo.

Dessa forma, este estudo busca analisar as inter-relações entre a MBE e o jornalismo. O objetivo, portanto, é analisar especificamente a presença de preceitos da MBE na produção jornalística com foco em saúde.

Para tanto, adotamos a perspectiva dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT). Nos ESCT, a ciência é analisada também do ponto de vista de seus interesses e reveses, os quais

^{III} Schwitzer G. Medical Research: A guide for reporting on studies. Columbia: Center For Excellence In Health Care Journalism And The Association Of Health Care Journalists, 2010, p. 65.

podem mostrar processos técnicos e sociais que normalmente não são apresentados, mas têm implicações sociais mais amplas^{IV}. Dessa forma, este trabalho permite analisar a construção do conhecimento em MBE observando elementos que fazem parte das relações com a ciência¹¹ e os caminhos que se cruzam com o jornalismo.

Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas feitas com jornalistas de veículos representativos de circulação nacional. Aqui apresentamos parte dos resultados de uma pesquisa de mestrado^V concluída em 2013 em que foram realizadas seis entrevistas individuais. De maneira geral, observamos que o trabalho de jornalistas na cobertura de temas em saúde está sendo permeado também pela racionalidade preconizada pela MBE. Há maior influência em alguns processos da produção de notícias, como na seleção de pautas e menor influência em outros, como na seleção das fontes especializadas para entrevistas. Podemos observar, sobretudo, que novas configurações estão se formando no jornalismo em saúde não apenas no mesmo sentido das propostas da MBE, mas também na formação de uma postura crítica de jornalistas em relação a essas práticas conforme analisamos a seguir.

Pesquisa com jornalistas

Neste estudo, contatamos jornalistas que atuam na cobertura de pesquisas sobre saúde. Para as entrevistas, os critérios de inclusão foram profissionais que atuam na cidade de São Paulo em jornais e revistas impressos, veículos da grande mídia e da mídia especializada em

saúde. Conforme Flick⁵, a proposta foi buscar casos típicos para estudar o fenômeno.

Foram contatados 11 profissionais por telefone ou e-mail, repórteres ou editores, sendo que seis aceitaram participar do estudo. Sob identidades preservadas, os profissionais concederam as entrevistas nas redações de seus respectivos veículos ou em suas residências totalizando 7h40min. de gravações realizadas de novembro de 2012 a março de 2013. O interesse da pesquisa não foi trazer uma representatividade amostral, mas apresentar perspectivas desse perfil de jornalistas.

As respostas obtidas se relacionam com os valores e os sentidos que esses profissionais atribuem para situações de sua experiência pessoal permitindo a análise da presença, ausência e, em diferentes graus, da aplicabilidade de preceitos da MBE na prática jornalística.

A produção dos dados se norteou pela entrevista em profundidade a partir de um roteiro de perguntas semi-estruturado tendo como referência a literatura em jornalismo e em saúde^{2,15,16, VI}.

Com um roteiro das entrevistas, foi possível aprofundar em questões específicas de acordo com o caso de cada sujeito, partindo das grandes áreas de perguntas: (a) identificação de preceitos da MBE (embasamento estatístico, conflitos de interesses, resultados, risco/benefício); (b) uso de critérios para definição pauta com base em tipos de estudos da MBE; (c) uso de fontes de informação ou outros recursos relacionados à MBE; (d) influência da MBE na rotina jornalística; (e) aspectos da construção do conhecimento científico; (f) perfil do profissional; e (g) proposições para o jornalismo em saúde.

O termo “Medicina Baseada em Evidências” não foi mencionado aos entrevistados no

^{IV} Costa MC, Spiess MR. O que as controvérsias científicas podem nos dizer sobre a proibição do fumo? *Jornal da Unicamp* 2011 dez;p. 2.

^V Santos PA. A pauta é saúde: uma análise da influência da medicina baseada em evidências no jornalismo. [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.

^{VI} Kaiser Family Foundation / Association of Health Care Journalists. Survey of AHCJ Members. Menlo Park; 2009, p. 21.

primeiro contato, nem nas primeiras perguntas. A hipótese era de que essa omissão não prejudicaria a análise e evitaria confusão com outros conceitos, uma vez que a ideia não era explicar nas entrevistas a fundamentação da MBE, mas analisar a percepção do tema pelos jornalistas.

Após as entrevistas e transcrições completas das gravações, teve início o processo de análise do material. O primeiro passo foi a codificação aberta de análise linha por linha verificando a presença de conceitos previamente definidos para serem observados na pesquisa e outros que apareceram no decorrer da leitura e releitura do material. A partir disso, foi feita a categorização com o agrupamento de conceitos¹⁷.

Seguindo o método de interpretação de sentidos, agrupamos o material da pesquisa a partir de questões comuns que se apresentavam entre as entrevistas. Nessa etapa, foi possível verificar uma relação entre os depoimentos segundo a visão aprofundada ou não das questões da MBE, a experiência na cobertura do tema saúde e o tempo de carreira. Além disso, observamos um depoimento *desviante*, ou seja, que não se relacionada com nenhum dos outros pontos comuns entre os demais indivíduos¹².

Desta maneira, os relatos foram agrupados a partir da relação entre suas ideias, independentemente da idade dos entrevistados, tipo de veículo e tempos de carreira. Emergiram, portanto, três segmentos conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Características das entrevistas realizadas com jornalistas.

Fonte: Elaboração própria

	Segmento 1 2 entrevistas: B e F	Segmento 2 3 entrevistas: A, C, E	Segmento 3 1 entrevista: D
Tempo de formação	Até 7 anos	De 7 a 30 anos	Mais de 30 anos
Atuação no jornalismo em saúde	Até 7 anos	De 3 a 15 anos	Mais de 5 anos
Discussão das questões da MBE	Menor ênfase	Maior ênfase	Maior ênfase

Em Gibbs⁷ vimos que a pesquisa qualitativa é interpretação do que os entrevistados dizem, fazem, tentando retratar da forma mais realista possível o que foi dito ou feito. Com esse norte, analisamos as propriedades e dimensões das categorias apresentadas nos depoimentos, seus significados, pontos em comum, variações e os desvios que apareceram entre os depoimentos. A partir de relatos separados por segmentos, elaboramos eixos de interpretação e a análise a seguir, como resume a Tabela 2.

A ideia geral sobre a MBE é conhecida pelos jornalistas entrevistados nesta pesquisa. Profissionais mais experientes têm visão mais aprofundada e crítica da MBE enquanto entre iniciantes prevalece uma postura menos tensa em relação ao tema, como se ele fosse parte natural da rotina jornalística.

No momento de selecionar temas para as pautas jornalísticas, nos três segmentos de entrevistados os critérios usados são similares às premissas de melhor grau de evidência segundo

Tabela 2. Comparativo entre os segmentos e em relação a premissas da MBE.

Fonte: Elaboração própria

Segmento	Critérios para pautas	Seleção de fontes	Terminologia da MBE
1	Escolhas similares às premissas da MBE	Seleção de fontes não exclusivamente de estudos de evidências	Não faz parte do discurso ou é apresentada de forma pouco clara nas entrevistas
2	Escolhas similares às premissas da MBE	Seleção de fontes não exclusivamente de estudos de evidências, mas menciona maior variedade de fontes	Aparece com maior clareza nos discursos. Visão de que a MBE influencia no jornalismo, não impacta na saúde no Brasil ainda. Percepção de aspectos positivos e negativos da MBE
3	Escolhas similares às premissas da MBE	Seleção de fontes não exclusivamente de estudos de evidências, mas menciona maior preocupação com critérios de seleção de fontes	Aparece com clareza no discurso a diferenciação de tipos de estudos. Aponta aspectos positivos e lacunas da MBE. Aponta que a MBE influencia no jornalismo, mas falta visão crítica sobre essas práticas. Relata “conviver” com a MBE apesar de identificar limitações
Exemplos de premissas da MBE observados	Segue hierarquia em que revisões sistemáticas e meta-análises são pesquisas mais importantes, seguidas de ensaios clínicos duplo-cegos randomizados e outros estudos	Segue critérios metodológicos para a busca de estudos que respondam a problema clínico ou de pesquisa. Resultado responde à pergunta de pesquisa na forma de estimativas matemáticas	Tipos de estudos (revisões sistemáticas, meta-análises, etc.). Graus de evidências de estudos (como padrão ouro para os ensaios clínicos randomizados duplo-cegos)

a MBE (meta-análises, ensaios clínicos etc.). Porém, nos três agrupamentos, a seleção de fontes que ajudarão a apurar a pauta não corresponde exclusivamente a estudos de evidências podendo ser profissionais da área em questão, publicações científicas ou mesmo jornalísticas. No primeiro, as entrevistas apontam mídia internacional, universidades, periódicos de renome e entidades científicas como opções de fontes. No segundo segmento de entrevistas além das fontes citadas no agrupamento anterior, houve maior variedade de opções como sites da concorrência, dicas do leitor, contatos com instituições como hospitais e menção à importância de procurar fontes de outras regiões além do sudeste do Brasil. No terceiro, além de variedade, há menção à cautela para selecionar as fontes verificando o currículo do especialista, sua área de estudo, entre outras observações.

Quanto ao uso de terminologias e premissas da MBE, não apareceram ou foram pouco claras no primeiro segmento. O segundo segmento usou terminologias e premissas da MBE, como observamos na entrevista A:

“a gente foca nas pesquisas com mais relevância estatística, que tenham maior número de voluntários no caso de pesquisas epidemiológicas ou pesquisa que vai testar um novo remédio. Quanto mais gente, maior a qualidade da amostra... Duplo cego, randomizado... a gente procura tudo isso” (entrevista A).

O segundo segmento também expressou que a MBE influencia no jornalismo, a Internet contribuiu para o acesso a uma diversidade de fontes e a formação de um senso mais crítico, conforme o relato na entrevista E:

“(...) até bem pouco tempo atrás bastava ser um cara da USP, um bam-bam-bam, que você tinha total confiança (...) era uma cobertura ingênua da saúde, sem considerar o jogo de interesses que existe” (entrevista E).

No entanto, o segundo segmento relata que a MBE ainda não impacta nas políticas de saúde no Brasil, tampouco está presente no discurso das fontes quando consultadas para as matérias jornalísticas. Além disso, esse segmento demonstrou a percepção de aspectos positivos e negativos da MBE, por exemplo, quanto à participação do paciente/população nas decisões embasadas em evidências. Sobre ambas as questões, são visões que se aproximam da perspectiva dos ESCT quanto à MBE^{18,19} e, como também declararam os entrevistados, os pacientes têm sido mais espectadores do que atores e que apesar da tentativa de enfatizar uma relação mais equitativa, menos autoritária, a objetividade dos procedimentos na MBE continua limitando o espaço para a participação do paciente em sua trajetória de saúde.

Já o terceiro segmento apresenta com clareza a diferenciação entre tipos de estudos da MBE, destaca critérios de seleção de pautas como estudo populacional, menor relevância de ensaios clínicos em fases iniciais. Demonstra que a MBE faz parte de sua rotina de trabalho e que passou a conhecer a respeito dos diferentes tipos de estudo ao longo da experiência, frequentando congressos médicos, por exemplo. Afirma que há influência no jornalismo, mas falta uma visão crítica sobre essas práticas. Esse depoimento traz a seguinte reflexão: ao mesmo tempo em que a sociedade reconhece a legitimidade da prática médica e da pesquisa, há interesses que demarcam as inúmeras normas que delimitam esse campo. Essa legitimidade é reconhecida de forma representativa, não significa um consenso, tanto que a medicina tradicional coexiste com

atividades que também motivam a prática médica e a pesquisa como a medicina integrativa (em referência a práticas de meditação, acupuntura etc.) que são usadas em sistemas de saúde e também são alvo de pesquisas.

Segundo apontam os estudos sociais da ciência, a visão crítica - também presente nessa entrevista - propõe reconhecer que a ciência é uma instituição social, que tem suas normas, valores, pressões, interesses que se impõem sobre cientistas, médicos e outros profissionais e suas decisões. Na medicina especificamente, a “cientificação” e padronização das práticas têm sido permanentes ao longo de sua história na busca pela legitimidade e autonomia da profissão médica. São medidas que favorecem a identidade da profissão conforme Freidson⁶, mas não impactam em uma mudança radical de comportamento. Há um processo contínuo de aprendizado para conhecer, ignorar, adaptar e implementar de diversas formas a ciência e as técnicas, ou seja, existe uma maleabilidade, tal como discutem Timmermans e Berg¹⁸. Ao fim, na clínica médica recorre-se ao que está à disposição no momento da decisão, ao que é possível em cada contexto.

Em suma, a MBE vem construindo novas formas de produção de informação e conhecimento que estão permeando a prática jornalística. Entrevistados com maior tempo de experiência ressaltam a necessidade de manter no horizonte a função jornalística da crítica ao mesmo tempo em que se utiliza da MBE para informação. Observamos, portanto, visões que vão além da função da comunicação como promotora de hábitos de saúde como propõe Corcoran⁴. Mostramos também a possibilidade de ir além do papel do jornalismo como mediador segundo a visão de Kunczik¹⁰.

No entanto, o sistema de interdependências da atividade jornalística, as pressões práticas, as especificidades de sua narrativa¹³ impõem

limitações para possíveis novas produções utilizando a MBE. Também restringe inovações a visão ainda predominante de popularização da ciência que constantemente reafirma uma autoridade para o conhecimento científico⁹ e o coloca fora do alcance do que o trabalho jornalístico pode fazer. Este, é tido como incapaz, que simplifica, distorce os fatos etc., mas essa visão de popularização também é simplificada e tampouco tem gerado alternativas ou impacto positivo.

Considerações finais

A MBE vem se consolidando como um conjunto de práticas que fundamentam atividades de saúde com base na sistematização de resultados das pesquisas disponíveis. Direta ou indiretamente somos todos participantes da construção desse movimento e nesse panorama, incluem-se as atividades de comunicação como o jornalismo.

Ao observarmos as inter-relações da MBE com o jornalismo identificamos preceitos da MBE presentes principalmente no momento da busca de pautas para as matérias. O grau de evidência, incluindo a abrangência populacional e o desenho de pesquisa, são alguns dos critérios observados por jornalistas na escolha de estudos que serão utilizados em suas matérias que contribuem para o reconhecimento das práticas da MBE.

Em tempos de maior facilidade de acesso à informação por meio da Web, vale ressaltar que pesquisas podem ser usadas com maior facilidade por jornalistas, mas também faz-se necessário diferenciar a relevância entre os trabalhos disponíveis, uma necessidade corroborada por profissionais mais experientes ouvidos nesta pesquisa.

Ao mesmo tempo, nessas entrevistas, percebemos que na rotina desses jornalistas há relevância para as questões bioéticas, morais, os conflitos de interesse que envolvem a prática

médica e a pesquisa. São enfoques que devem ser cada vez mais presentes no jornalismo dada a complexidade e o acesso cada vez mais facilitado aos sistemas de informação e comunicação em saúde. Da mesma forma, as lacunas presentes nas práticas baseadas em evidências são levadas em conta por parte desses profissionais na cobertura de saúde. Há uma visão mais crítica por aqueles com mais tempo de carreira.

Na análise aqui apresentada, a ideia não é apenas validar ou questionar a legitimidade da MBE, mas multiplicar o olhar sobre o que é essa racionalidade e o seu papel. Como as decisões “baseadas em ciência” têm efeito na vida de todo cidadão, também cabe à sociedade participar da construção desse conhecimento (apesar disso ser uma premissa da MBE, não se concretiza efetivamente segundo observamos) a partir do reconhecimento e postura crítica em relação a essas práticas. Nesse sentido, o papel do jornalismo vai além de informar para promover saúde, é mais que a possibilidade de mediar e fazer relações entre diferentes formas de conhecimento como a ciência.

A tendência é que o jornalista de saúde se torne um profissional cada vez mais conhecedor das especificidades dessa área, os conceitos e as relações que nela se estabelecem. Nessa perspectiva, nos parece possível também que existam mais oportunidades para abrir as caixas pretas da ciência e da saúde. Cientistas, médicos, administradores, pacientes, hospitais, instituições civis, agências internacionais estão em negociação permanente, são atores em disputa de forças e que continuarão se reposicionando neste emaranhado ao serem definidas condutas sendo acompanhadas pelo jornalismo.

Como apontaram os jornalistas com quem conversamos, a tendência também é que a MBE siga influenciando suas rotinas. Aqueles que chegarem depois dessas mudanças devem se

atentar a essas influências de forma crítica. Novas demandas surgem para a cobertura de saúde. Como na reflexão de Collins e Pinch³: “(...) a realidade da natureza acaba sendo estabelecida na esfera da argumentação humana”. Por isso, revisar nossas práticas deve ser uma tarefa constante, algo que esperamos ter contribuído com este estudo. É possível avançar ainda mais em pesquisas futuras sobre essas novas relações.

Referências

1. Atallah A. Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a prática clínica. In: Minayo M, Deslandes S, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método.. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p.325-343. [acesso em 18 mar 2016]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/24sgf>
2. Carman KL, Maurer M, Mathews Yegian J, Dardess P, McGee J, Evers M, Marlo KO. Evidence that consumers are skeptical about evidence-based health care. *Health Aff.* 2010; 29(7):1400–6.
3. Collins H, Pinch T. *O Golem: o que você deveria saber sobre ciência.* São Paulo: Unesp; 2003.
4. Corcoran N, organizador. *Comunicação em saúde: estratégias para promoção de saúde.* São Paulo: Roca; 2010.
5. Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
6. Freidson E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado.* São Paulo: Unesp; Porto Alegre: Sindicato Dos Médicos; 2009.
7. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Greenhalph T. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências.* 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Hilgartner S. The dominant view of popularization: conceptual problems, political uses. *Soc Stud Sci.* 1990;20(3):519-39.
10. Kunczik M. *Conceitos de jornalismo, Norte e Sul : manual de comunicação.* São Paulo: Edusp; 1997.
11. Latour B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora.* São Paulo: UNESP; 2000.
12. Minayo M, Deslandes S, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
13. Neveu E. *Sociologia do jornalismo.* São Paulo: Loyola; 2006.
14. Pappas C. Hospital librarians' perceptions related to evidence-based health care. *J Med Libr Assoc.* 2008;96(3):235-8.
15. Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health (Lond.).* 2003;7(3):267-282.
16. Schwitzer G. How do US journalists cover treatments, tests, products, and procedures?: an evaluation of 500 stories. *PLoS Med.* 2008;5(5):700-3.
17. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Timmermans S, Berg M. *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care.* Philadelphia: Temple University; 2003.
19. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med.* 1998;73(12):1234-40.
20. Vogt C. The spiral of scientific culture and cultural well-being: Brazil and Ibero-America. *Public Understanding of Science.* 2012;21(1):4-16.
21. Wolf M. *Teorias das comunicações de massa.* 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.

Opções para uma política de controle da diabetes mellitus tipo 2 em Franco da Rocha-SP

Policy options for controlling type 2 diabetes mellitus in the city of Franco da Rocha-SP.

Bruna Florença Cardoso^I, Magna Fraga Vitória^{II}, Naiana Fernandes Silva^{III}, Taís Rodrigues Tesser^{IV},
Tatiane Ribeiro Silveira^V, Tereza Setsuko Toma^{VI}, Maritsa Carla de Bortoli^{VII}

Resumo

Estima-se uma prevalência de diabetes mellitus em torno de 8% na população brasileira, sendo que 85% a 90% dos casos correspondem à diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A doença surge de forma insidiosa e são fatores predisponentes a hereditariedade, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, o estresse e o sedentarismo. O impacto econômico e social da doença é considerável por causa de complicações agudas e crônicas, hospitalizações, invalidez e morte prematura. A diabetes é considerada uma condição sensível à Atenção Primária, cabendo às equipes de saúde ações para melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, entre os quais a mudança no estilo de vida. Em Franco da Rocha houve aumento no número de mortes precoces por diabetes nos últimos anos, sendo a maior frequência entre os homens. Uma síntese de evidências foi realizada com o objetivo de apoiar a elaboração de uma política de saúde para o controle da DM2 naquele município. Por meio da metodologia proposta pela Rede para Políticas Informadas por Evidências foram identificadas cinco opções para lidar com a DM2, a partir do levantamento de revisões sistemáticas nas principais bases de dados de literatura científica. Essas opções, assim como possíveis barreiras foram discutidas com a equipe do município.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2, Síntese de evidências, Políticas públicas de saúde

Abstract

It is estimated that diabetes mellitus prevalence in Brazilian population is about 8%, and around 85 to 90% of all cases are type 2 diabetes mellitus (DM2). The disease arises insidiously having heredity, obesity, inadequate dietary habits, stress and sedentary lifestyle as predisposing factors. Economic and social burden of the disease are substantial due to acute and chronic complications, hospitalizations, disablements and premature deaths. Diabetes is considered as a sensitive condition to primary health care, being health teams in charge of improving patients' compliance to treatment, including lifestyle changes. In Franco da Rocha, a city in São Paulo State, premature deaths regarding diabetes have increased in the last years, more frequently amongst men. A Policy Brief was elaborated with the aim to support the formulation of a public policy to control DM2 in that city. Following the proposed methodology of Evidence Informed Policy Network (EVIPNet) five options to manage DM2 were identified, from the search in the main scientific database for systematic reviews. These options, as well as their barriers to implement actions were discussed with the health team.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Evidence brief for policy, Public health policies

^I Bruna Florença Cardoso (brunaflorenca27@gmail.com) é Psicóloga, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Magna Fraga Vitória (magna_fraga@hotmail.com) é Fisioterapeuta, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Naiana Fernandes Silva (naifsilva@gmail.com) é Farmacêutica, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{IV} Taís Rodrigues Tesser (taistesser@hotmail.com) é Educadora, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^V Tatiane Ribeiro Silveira (tatianesilveira@hotmail.com) é Enfermeira, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{VI} Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é Médica, Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{VII} Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é Nutricionista, Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde, Instituto de Saúde.

Diabetes mellitus: um problema prioritário de saúde

A diabetes mellitus é uma doença crônica que se caracteriza por transtorno metabólico devido à alteração na produção ou na liberação da insulina pelas células beta, ou pela incapacidade dos tecidos em utilizar a glicose. A doença é classificada nos tipos 1 e 2, de acordo com seus diferentes mecanismos fisiopatológicos. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma condição que ocorre apesar da disponibilidade de insulina, sendo mais frequente em pessoas mais velhas¹³.

Estima-se uma prevalência de diabetes mellitus em torno de 8% na população brasileira. A DM2 corresponde a aproximadamente 85% a 90% dos casos de diabetes, surge de forma insidiosa e tem como fatores predisponentes a hereditariedade, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo. A DM2 gera um importante impacto econômico e social, por causa das complicações agudas e crônicas, hospitalizações, invalidez e morte prematura⁷.

A doença requer cuidados permanentes para seu controle, principalmente a adoção de hábitos de vida saudáveis – atividade física, alimentação adequada, diminuição ou abandono de fumo e bebida alcoólica, e o automonitoramento glicêmico^{7,11,16}. Para pacientes que não conseguem atingir o controle glicêmico através das medidas mencionadas, introduz-se o tratamento medicamentoso^{7,11}. Independentemente do tratamento proposto é necessário lidar com fatores psicológicos, sociais e econômicos dos pacientes, o que implica a condução do caso por uma equipe interdisciplinar^{7,16}.

Diagnóstico da situação de saúde da população de Franco da Rocha, realizado em 2014 por aprimorandos do Instituto de Saúde, identificou as doenças crônicas como um problema de saúde prioritário, entre elas a diabetes mellitus¹⁴.

Análise da mortalidade precoce por diabetes em Franco da Rocha (mortes em pessoas com menos de 60 anos), de 2009 a 2013, mostrou que houve redução expressiva nos três primeiros anos do período seguido de um aumento gradativo a partir de 2012. Em 2013 a proporção de mortes precoces em Franco da Rocha superou os valores do estado de São Paulo, embora ainda esteja abaixo dos valores apresentados pela região de saúde em que o município está inserido (Figura 1). Observou-se que a mortalidade precoce é muito mais frequente entre os homens do que entre as mulheres (Figura 2)^{viii}.

Considerando que a diabetes mellitus é uma condição sensível à Atenção Primária, e que o bom manejo pode evitar hospitalizações e mortes por complicações¹¹, discutiu-se que uma síntese de evidências poderia ser útil para orientar ações a serem adotadas para reduzir a mortalidade precoce por diabetes em Franco da Rocha.

Objetivo

Realizar uma síntese de evidências com opções para o controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha, a fim de dar suporte para a elaboração de políticas públicas com base em evidências científicas.

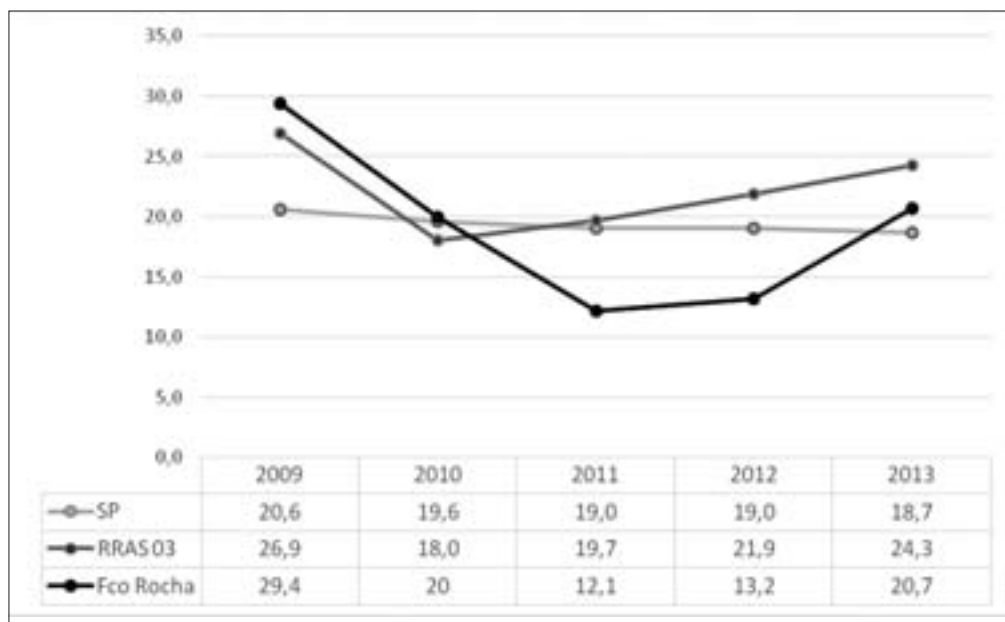
Métodos

Para elaborar a síntese^{ix} a equipe utilizou como referência a metodologia da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet)⁸, fundamentada por um conjunto de ferramentas desenvolvidas pelo projeto SUPPORT (*Supporting*

viii SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais, s/d. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acessado em maio de 2015.

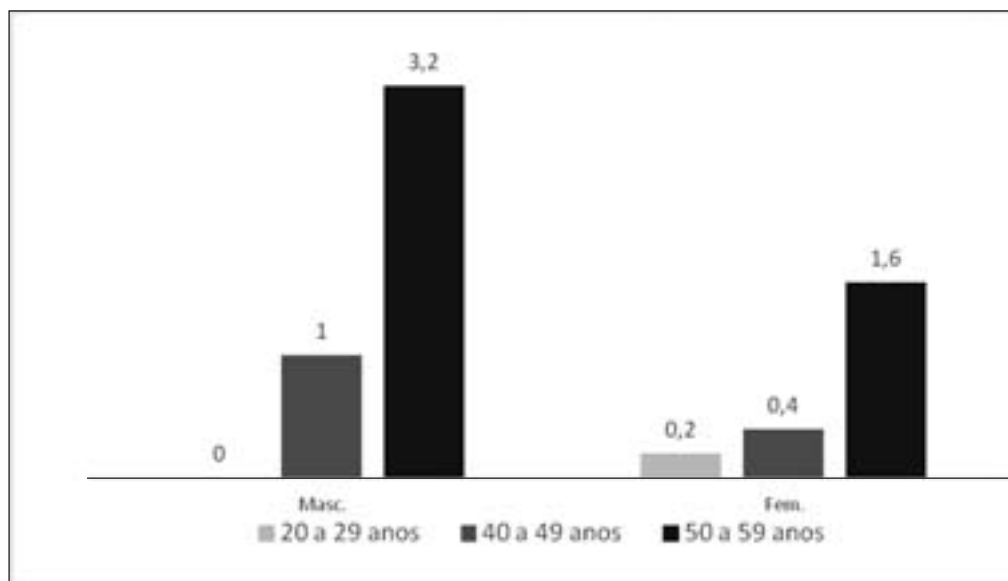
ix A síntese de evidências traz informações mais detalhadas sobre estratégias de busca, artigos excluídos e resultados das revisões analisadas. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sintese_diabetes_2mar2016.pdf

Figura 1. Proporção de mortalidade precoce (<60 anos) por diabetes mellitus por ano. Franco da Rocha, RRAS03 e Estado de São Paulo, 2009-2013.



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Figura 2. Média da mortalidade por faixa etária (20 a 59 anos) e sexo. Franco da Rocha, São Paulo, 2009-2013.



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

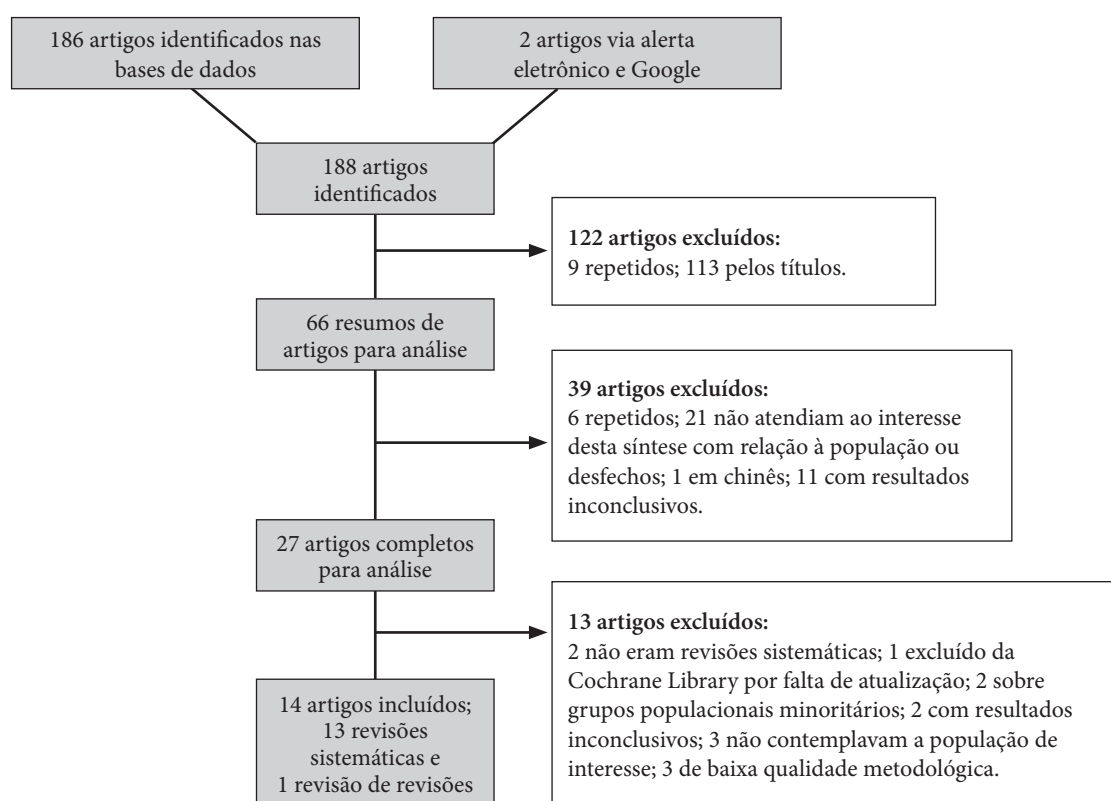
Policy Relevant Reviews and Trials), que intenta o desenvolvimento de processos sistemáticos e transparentes que incluem a definição do problema/tema, busca de evidências, caracterização das opções, levantamento e esclarecimento de opções sobre implementação das opções e sobre equidade, redação do documento e realização de diálogo deliberativo.

Buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, *Health Systems Evidence* e PubMed. Os termos utilizados para realizar a busca foram “diabetes mellitus” e “mortalidade”, em português, espanhol e inglês, de acordo com a especificidade de cada base. A busca foi realizada em 8/7/2015, sem restrição de data de publicação.

Identificaram-se 186 artigos nas bases de dados, além de um por alerta eletrônico e outro por meio do buscador Google. Excluíram-se 9

artigos repetidos, 113 após leitura dos títulos e 39 após leitura dos resumos. Os motivos de exclusão foram: seis artigos repetidos, vinte e um estudos não atendiam ao interesse desta síntese com relação à população ou desfechos, um artigo em chinês, e onze estudos com resultados inconclusivos. De 27 artigos selecionados para leitura completa, dois foram excluídos porque não eram revisões sistemáticas, um não estava mais disponível na *Cochrane Library* por falta de atualização, dois artigos sobre grupos populacionais minoritários não eram representativos para a realidade de Franco da Rocha, dois estudos apresentaram resultados inconclusivos, três não contemplavam a população de interesse e três eram de baixa qualidade metodológica. Desta forma, treze revisões sistemáticas e uma revisão de revisões sistemáticas foram analisadas para identificar possíveis opções para uma política de saúde (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma do processo de seleção das revisões para análise.



A qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR – *Assessing the methodological quality of systematic reviews* (dez revisões já continham o escore fornecido pela própria base de dados *Health System Evidence* e três foram avaliadas pelas autoras da síntese)¹⁷.

Considerações sobre equidade e implementação das opções, com apresentação de um elenco de possíveis barreiras e possibilidades de superação para cada opção, foram elaboradas a partir de uma chuva de ideias entre os componentes da equipe elaboradora da síntese de evidências.

A síntese com as cinco opções para uma política de saúde de controle da DM2 e as considerações sobre equidade e implementação foram apresentadas e discutidas em um encontro de diálogo deliberativo, realizado no município de Franco da Rocha. O diálogo deliberativo é uma interação entre pesquisadores, formuladores de política e de outros atores interessados em um determinado assunto. Permite que as evidências de pesquisa sejam consideradas juntamente com as visões, experiências e o conhecimento tácito daqueles que estarão envolvidos ou serão afetados pelas decisões sobre uma questão altamente prioritária. Dezoito pessoas participaram do diálogo, entre elas gestores e profissionais da Atenção Básica, representantes do Centro Formador de Pessoal para a Saúde de São Paulo (CEFOP) e do Conselho de Secretários Municipais de São Paulo (COSEMS-SP), pesquisadoras, apuradoras, e observadoras.

Resultados: opções para uma política de saúde

As revisões sistemáticas analisadas possibilitaram a formulação de cinco opções para lidar com pacientes com DM2: 1) Fortalecimento de estratégias para a autogestão do paciente; 2)

Ampliação do papel do farmacêutico na atenção ao paciente; 3) Promoção de consultas compartilhadas; 4) Modificação da assistência ao paciente por meio de intervenções combinadas; 5) Promoção do uso de ferramentas *online* e telefonia no auxílio do controle glicêmico.

Nessas revisões sistemáticas verificou-se que o desfecho principal de quase todos os estudos tem sido a redução da hemoglobina glicada, e não a mortalidade. A hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glico-hemoglobina (HbA1C) indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose. Ela reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, sendo recomendada como exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico¹¹.

A seguir são apresentadas as cinco opções.

Fortalecimento de estratégias para a autogestão do paciente

Nesta opção são discutidas intervenções de educação em grupo e individual para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, a mudanças da dieta, prática de atividade física e automonitoramento contínuo da glicemia. As intervenções têm como objetivo envolver o paciente em seu próprio cuidado, promover um maior conhecimento sobre a doença, desenvolver habilidades e confiança.

Em quatro revisões sistemáticas de qualidade moderada e alta observou-se que intervenções para promover a autogestão do paciente, com estratégias de educação em grupo ou individual, tiveram efeito na redução da hemoglobina glicada^{2,3,12,19}. Em duas delas, como efeito secundário foi observada redução de peso^{3,19}. Outros achados foram a redução da glicemia em jejum nos grupos com mais de doze meses de intervenção e melhora no estilo de vida com maior

conhecimento sobre diabetes e habilidades em autogestão¹⁹. Também foram relatadas diminuição da pressão arterial, melhora do perfil lipídico e de triglicérides nos estudos que envolveram intervenções de ativação de pacientes³.

Uma revisão de revisões sistemáticas que analisou vinte e um estudos sobre diferentes intervenções envolvendo educação e apoio aos pacientes apresentou resultados de melhoria no controle glicêmico, pressão arterial e colesterol, além de redução nas complicações da diabetes²¹.

Uma revisão sistemática de qualidade moderada, que analisou o monitoramento de glicose no sangue e na urina como estratégia de autogestão, demonstrou que a realização dos testes de monitoramento isoladamente não foi uma estratégia efetiva no controle da glicemia⁵.

Algumas incertezas quanto a esta opção foram levantadas devido à força das evidências que foi considerada moderada para hemoglobina glicada e baixa para os resultados relacionados à redução de peso, redução da pressão arterial, melhora do perfil lipídico e de triglicérides. A maioria dos estudos analisados contou com poucos participantes e apresentou pouco tempo de intervenção, limitando a capacidade de detectar clinicamente importantes danos e benefícios em longo prazo³.

Ampliação do papel do farmacêutico na atenção ao paciente

Os farmacêuticos inseridos em equipes multiprofissionais ou atuando como gestores de caso possibilitam intervenções de aconselhamento, avaliação e gestão do tratamento medicamentoso, autogestão do paciente, mudanças no estilo de vida, entre outros⁴.

Três revisões sistemáticas de qualidade moderada encontraram resultados positivos na melhoria da hemoglobina glicada associada a

programas que inserem o profissional farmacêutico, seja com intervenções específicas ou na equipe multiprofissional. Também foram relatadas melhoras na autogestão e no automonitoramento da diabetes pelos pacientes, além de facilitar a comunicação deles com os profissionais de saúde. Intervenções em que os farmacêuticos podiam participar das decisões, em conjunto com o médico, sobre ajustes ou alterações na medicação apresentaram melhores resultados^{9,10,22}.

Duas dessas revisões relataram que a participação do farmacêutico no cuidado do paciente diabético resultou também na melhoria da pressão arterial, do perfil lipídico e redução de complicações crônicas^{10,22}.

Em uma das revisões houve o relato da implantação da assistência farmacêutica em quarenta e dois hospitais na China até o ano de 2009, que se mostrou benéfica no controle do diabetes⁹. Nos EUA, os farmacêuticos auxiliavam médicos em definições de tratamentos medicamentosos, bem como realizavam visitas individuais aos pacientes²².

Uma revisão de revisões sistemáticas mostrou resultados que corroboram a importância da atuação do farmacêutico e da equipe multidisciplinar²¹.

Promoção de consultas compartilhadas

As consultas compartilhadas possibilitam uma atenção humanizada e integral. Neste tipo de consulta participam diferentes categorias de profissionais de saúde em um mesmo ambiente e pode envolver intervenções educacionais e estratégias para melhora da autogestão, em conjunto com a administração de medicamentos e esforços para melhorar as condições de saúde do paciente.

Uma revisão sistemática de qualidade moderada verificou que consultas compartilhadas

melhoraram a hemoglobina glicada e a pressão arterial sistólica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Foi constatado que as consultas compartilhadas são mais eficientes quando comparadas aos cuidados habituais⁶.

No entanto, os procedimentos dos grupos bem-sucedidos não estão claros, tendo em vista que a variedade de intervenções utilizadas nas consultas compartilhadas não foi descrita nos estudos⁶.

Modificação da assistência ao paciente por meio de intervenções combinadas

Nesta opção sugere-se remodelar a organização da assistência à saúde por meio de estratégias que utilizam um conjunto de intervenções: educativas e lembretes para profissionais e pacientes, informação sobre dados clínicos aos profissionais de saúde, resumo de feedback e auditoria, promoção da autogestão, mudança organizacional, e incentivos financeiros, regulatórios e legislativos.

Uma revisão sistemática de qualidade moderada relatou que a educação dos profissionais de saúde, isoladamente ou em combinação com outras intervenções, e autogestão da doença reduziu a hemoglobina glicada. Esta redução foi mais acentuada com estratégias que envolviam a educação dos profissionais.¹⁸

Outra revisão sistemática de qualidade moderada observou que intervenções como a educação e aconselhamento do paciente, mudanças no sistema de prontuário, organização do sistema de acompanhamento e revisão de papéis dos profissionais associadas a medidas do controle da glicemia, pressão-arterial, peso e lipídios, resultaram em redução da hemoglobina glicada¹⁵.

Ambas as revisões relataram que intervenções focadas nos profissionais e nos sistemas e que envolviam mais de uma estratégia de

melhoria de qualidade resultaram em um benefício maior do que intervenções que envolviam apenas uma única estratégia^{15,18}.

Uma revisão de revisões sistemáticas que analisou oito estudos mostrou resultados que corroboram a efetividade de múltiplas abordagens de intervenção²¹. A principal incerteza refere-se a identificar quais combinações de estratégias surtem maior efeito nos níveis de hemoglobina glicada^{15,18}.

Promoção do uso de ferramentas online e telefonia no auxílio do controle glicêmico

As ferramentas *online* e de telefonia propiciam o desenvolvimento de diferentes estratégias que podem facilitar o acesso à informação e a interação entre o paciente e o serviço de saúde.

Duas revisões sistemáticas de qualidade moderada relataram maior redução da hemoglobina glicada e melhora do perfil lipídico, da autogestão e da relação paciente e equipe de saúde quando usadas combinações de diferentes ferramentas^{1,20}. Somente em uma delas foi relatada redução da pressão arterial com o uso de redes sociais como estratégia de intervenção²⁰.

Uma revisão de revisões sistemáticas que analisou dez estudos sobre a efetividade da telemedicina mostrou que a intervenção foi efetiva no controle glicêmico²¹.

Os autores alertam para a possibilidade de redução da efetividade das estratégias ao longo do tempo de uso dessas ferramentas, com diminuição da motivação e do entusiasmo dos pacientes¹. Também foi relatada a necessidade de mais estudos que avaliem as intervenções realizadas com aparelhos de celular^{1,20}.

Pacientes e equipes de saúde têm a possibilidade de trocar informações entre si, com condições semelhantes, uma vez que as intervenções possuem potencial de aplicabilidade global,

porém relataram dificuldades no manuseio e administração das ferramentas^{1,20}.

Considerações sobre a implantação das opções

A definição da atenção ao paciente com DM2 como prioridade da atual gestão do município de Franco da Rocha é fator de fundamental importância para a implantação das opções propostas. No diálogo deliberativo^x, após a apresentação das cinco opções foram discutidas as possíveis barreiras e facilitadores para a implementação de ações. Verificou-se que é importante conhecer o perfil da população, respeitando a diversidade entre as pessoas, bem como a caracterização dos pacientes com DM2, incluindo uma visão intersectorial do problema. As condições facilitadoras no município são: equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas unidades básicas de saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa Academia da Saúde; Programa Saúde em ação; distribuição de material para automonitoramento da glicemia e estímulo a realização de orientação em grupo. Em relação aos profissionais, discutiu-se que não é suficiente apenas a oferta de cursos, mas que também é preciso intensificar a educação permanente e os espaços para conversas e discussões sobre os processos de trabalho. Outro fator relevante é o grande número de pessoas que possui telefone fixo, aparelhos de celular, computador e acesso a internet. Os aparelhos de celular, em especial, são de uso bastante frequente mesmo nas camadas menos favorecidas da população, sendo essa opção vista como mais viável para alcançar as populações adultos jovens e trabalhadores. O município conta com apenas duas farmacêuticas

que trabalham na dispensa de medicamentos o que dificulta a realização de algumas atividades propostas pela síntese.

Considerações sobre a equidade das opções

Algumas considerações sobre a promoção da equidade de acordo com a escolha da opção a ser implantada são necessárias, haja vista a possibilidade de alguns grupos não serem contemplados pelas intervenções. A ESF se restringe aos residentes e não consideram as áreas comercial e industrial da região, logo é importante pensar na inclusão dessas áreas no território atendido. Envolver as empresas é uma forma de aproximar a atenção básica da população masculina, apontada como distante dos serviços de saúde. É importante, também, que as atividades em grupo sejam realizadas em diversos horários para atender pacientes trabalhadores. Eventualmente, essas atividades poderiam ser realizadas em locais mais próximos da comunidade e com facilidade de acesso, especialmente para as pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência. A realidade econômica local, onde aproximadamente 1/4 da população encontra-se em situação de pobreza, pode dificultar a participação do usuário nas atividades propostas e o acesso aos equipamentos, como computador e telefone, rede de internet e, conseqüentemente, ferramentas *online*.

Considerações gerais

A síntese de evidências apresentada neste artigo tem como uma das limitações a busca de revisões sistemáticas em apenas três bases de dados de literatura científica. Além disso, os estudos incluídos foram realizados em países de renda alta e média alta, o que pode comprometer

^x Relatório do diálogo deliberativo está disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/relatorio_dialogodeliberativo_2mar2016.pdf

algumas considerações acerca da implantação das opções em locais de baixa renda.

O principal contato no município se deu com gestores e apoiadores da Atenção Básica, e foram poucas as reuniões realizadas, o que pode ter contribuído para a reduzida compilação de dados sobre as atividades já exercidas nos serviços de saúde. Um conhecimento prévio mais detalhado dessas atividades poderia ter servido de incentivo para melhor aproveitamento da discussão por todas as partes.

Ainda assim, esse estudo é um primeiro passo importante para apoiar a implantação de ações em saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha, associada ao conhecimento empírico dos trabalhadores, gestores, apoiadores e tomadores de decisão.

Conflito de interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses na elaboração deste estudo.

Agradecimentos: a Marli de Fátima Prado, Carmem Verônica Mendes Abdala, Rosemeire Rocha Pinto, Jorge Otávio Maia Barreto e equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

Referências

1. Angeles RN, Howard MI, Dolovich L. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Can J Diabetes*. 2011;35(4):344-52.
2. Asante E. Interventions to promote treatment adherence in type 2 diabetes mellitus. *Br J Community Nurs*. 2013;18(6):267-74.
3. Bolen SD, Chandar A, Falck-Ytter C, Tyler C, Perzyski AT, Gertz AM, et al. Effectiveness and safety of patient activation interventions for adults with type 2 diabetes: systematic

- review, meta-analysis, and meta-regression. *J Gen Intern Med*. 2014[acesso em 17 dez 2015];29(8):1166-76. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099447/pdf/11606_2014_Article_2855.pdf
4. Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais. A importância do farmacêutico no SUS: suas competências e atribuições nas ações de saúde pública. Belo Horizonte: CRF/MG; 2011. 28p. [acesso em 17 dez 2015]. Disponível em: http://www.crfmg.org.br/externo/profissional_empresa/downloads/2.pdf
5. Coster S, Gulliford MC, Seed PT, Powrie JK, Swaminathan R. Monitoring blood glucose control in diabetes mellitus: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2000[acesso em 17 dez 2015];4(12):i-iv, 1-93. Disponível em: http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/___data/assets/pdf_file/0011/64919/FullReport-hta4120.pdf
6. Edelman D, Gierisch JM, McDuffie JR, Oddone E, Williams JW Jr. Shared medical appointments for patients with diabetes mellitus: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):99-106.
7. Guidoni CM, Olivera CMX, Freitas O de, Pereira LRL. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Braz J Pharm Sci*. 2009[acesso em 17 dez 2015]; 45(1): 37-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>
8. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). [acesso em 18 dez 2015]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/livro/ferramentas-support-para-a-elaboracao-de-politicas-de-saude-baseadas-em-evidencias-stp/>
9. Li X, Mao M, Ping Q. Effect of pharmaceutical care programs on glycemic control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Pharm Technol*. 2010;26(5):255-63.
10. Lindenmeyer A, Hearnshaw H, Vermeire E, Van Royen P, Wens J, Biot Y. Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: a review of the literature on the role of pharmacists. *J Clin Pharm Ther*. 2006[acesso em 18 dez 2015];31(5):409-19. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.2006.00759.x/epdf>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF); 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção

- Básica, 36). [acesso em 18 dez 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf
12. Pillay J, Armstrong MJ, Butalia S, Donovan LE, Sigal RJ, Vandermeer B, et al. Behavioral Programs for Type 2 Diabetes Mellitus: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015 [acesso em 18 dez 2015];163(11):848-60. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2446188>
13. Porth CM, Kunert MP. *Fisiopatologia*. 6.ed. Mundim FD, tradutor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Cap.14.
14. Prado M, Alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva – Turma 2014. Análise de situação de saúde: município de Franco da Rocha (SP). São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. 117p.
15. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JT, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.
16. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm.* 2011 [acesso em 18 dez 2015];64(5):952-957. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a23v64n5.pdf>
17. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007 [acesso em 18 dez 2015];7:10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810543/pdf/1471-2288-7-10.pdf>
18. Shojania KG, Ranji SR, Shaw LK, Charo LN, Lai JC, Rushakoff RJ, et al. *Diabetes Mellitus Care*. Vol. 2 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK. *Closing The Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*. Technical Review 9 (AHRQ Publication , 04-0051-2). Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality; 2004. [acesso em 18 dez 2015]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/qualgap2/qualgap2.pdf>
19. Steinsbekk A, Rygg LØ, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012 [acesso em 18 dez 2015];12:213. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418213/pdf/1472-6963-12-213.pdf>
20. Toma T, Athanasiou T, Harling L, Darzi A, Ashrafian H. Online social networking services in the management of patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;106(2):200-11.
21. Worswick J, Wayne SC, Bennett R, Fiander M, Mayhew A, Weir MC, et al. Improving quality of care for persons with diabetes: an overview of systematic reviews - what does the evidence tell us? *Syst Rev.* 2013 [acesso em 20 dez 2015];2:26. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667096/pdf/2046-4053-2-26.pdf>
22. Wubben D, Vivian E. Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: A systematic review. *Pharmacotherapy.* 2008;28(4):421-36.

Síntese de Evidências sobre Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Município de Franco da Rocha, São Paulo

Evidence Brief for Policy about Strategies to Reduce Maternal Mortality in the Municipality of Franco da Rocha, Sao Paulo.

Carolina Médici de Figueiredo^I, Inayá da Silva Duarte^{II}, Luciana C. Alves dos Santos^{III},
Luciana de Mendonça Freire^{IV}, Tatiane Aparecida Rocha Marcelo^V, Sonia Isoyama Venancio^{VI}

Resumo

O Brasil ainda está longe de atingir uma das Metas do Milênio assumidas em 1990, de redução da mortalidade materna (MM). Atualmente, morrem no país cerca de 69 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, mas pelas metas da Organização das Nações Unidas esse número deveria ser de no máximo 35 mulheres. Nesse contexto, é possível ressaltar que as principais causas dessas mortes são a hipertensão arterial, hemorragia, complicações de aborto em condições inseguras e infecção pós-parto. Ademais, notam-se índices elevados de mortalidade materna no Brasil em regiões periféricas, onde o acesso às redes de saúde é quase inexistente e/ou precário. No município de Franco da Rocha, as altas taxas de MM vêm preocupando os gestores da saúde, especialmente por estarem relacionadas a causas consideradas evitáveis. Este artigo apresenta alguns resultados de uma Síntese de Evidências elaborada por alunas do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, com apoio do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, o qual integra a Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil, com o objetivo de apoiar a gestão municipal de saúde de Franco da Rocha na tomada de decisões para o enfrentamento da MM.

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Políticas de Saúde, Síntese de Evidências.

Abstract

Brazil is still far from achieving the Millennium Development Goals undertaken in 1990 to reduce maternal mortality (MM). Currently, in the country about 69 women die per 100 thousand live births, but by the goals of the United Nations, that number should be a maximum of 35 women. In this context, it is possible to emphasize that the main causes of these deaths are hypertension, hemorrhage, complications of abortion in unsafe conditions and post-partum infections. Moreover, we note high rates of MM in Brazil in remote areas, where access to health networks is almost non-existent and / or precarious. In the city of Franco da Rocha, the high MM rates have been worrying policy makers, especially because it is related to causes considered preventable. This article presents some of the results of a Policy Brief prepared by students of the Professional Program in Public Health at Instituto de Saúde, with the support of its Evidence Center, which is part of the Evidence Informed-Policy Network - EVIPNet Brazil in order to support municipal policy makers in Franco da Rocha in decision making for reducing MM.

Keywords: Maternal Mortality, Health Policies, Evidence Brief for Policy.

^I Carolina Médici de Figueiredo (carolina_medici@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{II} Inayá da Silva Duarte (inaya.d@terra.com.br) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), tem aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{III} Luciana C. Alves dos Santos (lu.cristinaalves@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{IV} Luciana de Mendonça Freire (luciana.m.freire23@gmail.com) é graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Acre (UFAC), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^V Tatiane Aparecida Rocha Marcelo (tati-aprm@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{VI} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde- SES/SP

Introdução e Justificativa

A Mortalidade Materna (MM) é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não a causas acidentais ou incidentais²⁵.

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Nesse aspecto, estudos nacionais confirmam que os desfechos maternos são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e segundo recomendações de organismos oficiais de saúde este deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e deve ter um número mínimo de consultas².

Para investigar as causas de MM no Brasil conta-se com os índices calculados a partir das MM declaradas, obtidas das declarações de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, ambos geridos pelo Ministério da Saúde. A partir dos dados coletados pelos serviços de saúde, é possível identificar diversos aspectos relevantes para o enfrentamento da MM, ou seja, as principais causas de morte, quando estas ocorrem e se poderiam ser evitadas.

Nesse contexto, o problema da MM no Brasil tornou-se relevante, pois os dados disponíveis e suas respectivas análises apontam que o país está acima da meta definida pelos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* para 2015 – o valor desejável seria igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100.000 NV –, estipulada pelas Nações Unidas.

A Região de Saúde (RS) de Franco da Rocha (que engloba os municípios de Cajamar, Caieiras,

Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã) apresentou, no ano de 2010, taxa de 71,06 por 100.000 NV e em 2013, 46,37 por 100.000 NV. Restringido o olhar para o município de Franco da Rocha, em consulta à Fundação Seade sobre Informações dos Municípios Paulistas, nota-se que esta razão de mortalidade era 47,87 em 2009, 90,21 em 2010, e 141,18 em 2011. Ressalta-se aqui que os dados referentes ao ano de 2012 e 2013 não estavam disponíveis para pesquisa (www.imp.sade.gov.br)

Em Franco da Rocha os dados mostram ainda que a cobertura do pré-natal, com sete ou mais consultas, encontra-se em queda no período analisado (índice de 72% no ano de 2010, 69,7% em 2011, 68% em 2012 e 65,5% em 2013); além disso, quando comparando com o Estado de São Paulo e a RS de Franco da Rocha, o município mostra menor cobertura de pré-natal. Tais dados podem sugerir diferentes causas, como: menor adesão das gestantes, redução das equipes que prestam assistência à mulher, ou ainda, estagnação dos serviços e recursos. Um aspecto que merece destaque é que o município não possui leitos obstétricos, tendo como referência para partos de baixo risco o município de Caieiras.

Quando analisadas as causas de óbitos maternos no município percebe-se que essas estão relacionadas à mortalidade obstétrica direta (em sua maioria pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemorragias) podendo indicar pré-natal de baixa qualidade, baixa qualidade da atenção ao parto ou até mesmo a falta de acesso das gestantes aos serviços de saúde.

A evolução da MM e os indicadores relacionados à cobertura do pré-natal vêm preocupando os gestores de saúde do município de Franco de Rocha e motivou a definição deste problema para o desenvolvimento de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde, a qual reúne evidências de pesquisa global (a partir de revisões

sistemáticas) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

A Síntese de Evidências foi desenvolvida por um grupo de alunas do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, sob supervisão de pesquisadoras do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, o qual integra a Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil.

Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados desta Síntese de Evidências, incluindo as opções de políticas identificadas e alguns aspectos relacionados à sua implementação, visando apoiar a gestão municipal de saúde de Franco da Rocha na tomada de decisões para o enfrentamento da MM. O detalhamento sobre as opções, custo-efetividade e percepção dos sujeitos envolvidos poderão ser consultadas no texto completo da Síntese de Evidências.^{vii}

Metodologia

A busca de evidências científicas foi realizada nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde, *Health Systems Evidence* e *PubMed*. A estratégia de busca se deu com os seguintes termos e resultados: na BVS, “mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths” e aplicação do filtro “Tipo de Estudo” e seleção de ‘Revisões Sistemáticas’, retornando 68 estudos, dos quais, após a leitura dos títulos, foram selecionados 20 para leitura dos resumos;

^{vii} Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/sinteseevidencias-mm.pdf>.

no HSE, “mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths”, retornando 20 estudos, sendo 14 selecionadas para leitura dos resumos (seis revisões sistemáticas concluídas, uma avaliação econômica e sete documentos de política); no *PubMed*, (“mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths”) or ((postpartum or “posparto” or puerperio) and (mortali\$ and Matern\$)) or ((antenatal or “ante natal” or prenatal or “pre natal”) and (mortali\$ and Matern\$)), aplicando o filtro “*Article type*” e selecionando “*Systematic reviews*” e “*Meta-analysis*”, retornaram 1076 estudos; após realizar a leitura dos títulos, 68 foram selecionados para leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos selecionados e identificação das questões de interesse, excluíram-se os estudos duplicados, as revisões sistemáticas voltadas a aspectos de manejo clínico e aquelas relacionadas a intervenções hospitalares, pelo fato de o município não contar com leitos obstétricos sob sua gestão, restando para leitura completa o total de 45 artigos, dos quais foram selecionadas seis revisões sistemáticas sobre efeitos de intervenções para a redução da mortalidade materna, que atendiam ao escopo de identificar opções de políticas desta síntese. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando-se o instrumento AMSTAR¹⁹.

Resultados

O Quadro a seguir apresenta um resumo das seis revisões sistemáticas que apoiaram a definição das opções de políticas.

Opção	Estudo	Elemento da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR
1	Pattinson et al. ¹⁵ , 2008.	Benefícios dos processos de auditoria e feedback para profissionais de saúde.	Avaliar se os processos de auditoria e feedback são efetivos para diminuição da MM.	Não foram encontrados ensaios clínicos controlados que avaliassem os efeitos dos processos de auditoria e feedback na MM. Porém, o autor afirma que não há dúvidas com relação aos benefícios que tais processos trazem e que o processo de auditoria por si só não mostra grandes benefícios, é necessário que seja realizado juntamente com o processo de feedback, onde os profissionais de saúde teriam um retorno sobre seu desempenho.	6/11
1	Jamtvedt et al. ⁵ , 2003.	Influência dos processos de auditoria e feedback sobre a prática profissional.	Avaliar os efeitos da auditoria e feedback sobre a prática dos profissionais de saúde e os resultados sobre os pacientes.	A revisão incluiu 118 estudos. Na análise primária 88 comparações de 72 estudos foram incluídas (qualquer intervenção em que auditoria e feedback fosse um componente em relação a nenhuma intervenção). Para desfechos dicotômicos a diferença de risco ajustado de conformidade com a prática desejada variou de -0,16 (16% de redução absoluta em conformidade) para 0,70 (um aumento de 70% em conformidade). Para resultados contínuos a variação percentual ajustada relativamente ao controle variou de -0,10 (uma diminuição de 10% em conformidade absoluta) para 0,68 (um aumento de 68% em conformidade). Conformidade baixa com a prática recomendada na linha de base e maior intensidade de auditoria e feedback foram associados com taxas de risco ajustado maiores (maior eficácia) em todos os estudos.	9/11
2	Prost et al. ¹⁷ , 2013.	Grupos de discussão e ações participativas com gestantes para empoderar mulheres quanto ao autocuidado, reconhecendo quando e onde procurar ajuda.	Avaliar o efeito de grupos de discussão com gestantes em relação ao cuidado habitual para redução da MM e neonatal em locais com poucos recursos.	Foram selecionados sete estudos, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, em Bangladesh, Índia, Malawi e Nepal. Em Malawi foram realizados grupos de mulheres para empoderamento social através de 20 encontros. Os resultados indicam que a intervenção foi fator de proteção para o grupo de mulheres 0,26 (0,10 - 0,70). No Nepal em um estudo onde foram realizados grupos de mulheres, aconteceram 10 reuniões mensais com abordagem de aprendizado participativa. A participação dos grupos foi um fator de proteção para MM 0,20 (0,04 - 0,91).	8/11

Opção	Estudo	Elemento da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR
2 e 3	Nyamtema et al. ¹² , 2011.	Intervenção em nível comunitário através de grupos de discussão para conscientização a respeito dos sinais de perigo de complicações na gravidez.	Revisão sistemática para explorar as evidências disponíveis de intervenções para reduzir MM e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados.	Nyamtema et al. ¹² buscaram, em uma revisão sistemática de alta qualidade, as evidências científicas disponíveis de intervenções para reduzir mortalidade materna e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados. Os resultados dos estudos trazem o planejamento familiar como intervenção importante na redução da mortalidade materna. Estudo realizado em Bangladesh mostrou o planejamento familiar como fator de proteção OR 0,99 (0,66 - 1,50). Os resultados indicaram que o planejamento familiar é uma intervenção eficaz para a redução da mortalidade materna, mas deve ser realizada inserida em programas de intervenções integrados e baseados em evidências científicas. As conclusões do estudo em relação à redução da MM, através de intervenção em nível comunitário, basearam-se em um estudo randomizado controlado no Nepal, no qual a participação nos grupos na comunidade foi um fator de proteção para a MM 0,20 (0,04 - 0,91) e em outros estudos quase experimentais em Bangladesh.	10/11
4	Van Lonkhuijzen et al. ²⁷ , 2010.	Cursos de capacitação para profissionais de saúde para melhorar na qualidade do atendimento obstétrico.	Avaliar a eficácia dos programas de capacitação profissional.	Essa revisão identificou 24 artigos sobre cursos e seus efeitos para profissionais de saúde. Estudos sobre cursos de curta duração apontam que profissionais que participam desses cursos melhoram o atendimento prestado aos pacientes, tendo melhor percepção dos riscos à vida. Alguns estudos sobre cursos de longa duração que verificaram o impacto destes cursos e que houve pouca ou nenhuma melhora em relação ao conhecimento do pré-natal, parto, nascimento, porém, melhoraram a comunicação e o trabalho em equipe. As lacunas nas evidências quanto aos impactos desses cursos de aperfeiçoamento permanecem, logo devem ser consideradas ao decidir por sua adoção no sistema de saúde.	8/11
5	Paxton et al. ¹⁶ , 2005.	Benefícios dos cuidados obstétricos de emergência para reduzir a MM em países em desenvolvimento.	Buscar evidências para a eficácia dos Cuidados Obstétricos de Emergência como estratégia para reduzir a MM em países em desenvolvimento.	Esta revisão identificou que o acesso aos Cuidados Obstétricos de Emergência reduz a MM em até 50% dos casos. Mostra também que quanto maior a distância de um centro de referência Obstétrico de Emergência, maior a probabilidade de ocorrerem mortes maternas. Conclui-se que cuidados obstétricos de emergência têm sido uma boa estratégia para a prevenção da MM. Estes resultados fortalecem a justificativa para a implementação e o fortalecimento de redes de atenção à saúde.	8/11

Discussão

Existem muitas opções para enfrentar a MM, mas nem todas apresentam o mesmo nível de certezas, efetividade ou são condicionadas pelos mesmos fatores de implementação. Além disso, as opções de política podem incluir desde ações isoladas até intervenções muito complexas, exigindo a consideração sobre a potência dos benefícios e riscos, além das barreiras e aspectos facilitadores nos diversos níveis afetados pela implementação de uma política, do sistema de saúde ao indivíduo. Com base nas evidências identificadas, foram formuladas cinco opções de políticas, descritas a seguir.

Opção 1 - Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde: Os estudos mostraram que o processo de auditoria de todos óbitos maternos, juntamente com um *feedback* para os profissionais de saúde, pode auxiliar a redução da MM, uma vez que conhecer a causa da morte é tão ou mais importante quanto apenas quantificá-la, sendo fundamental que os profissionais de saúde possam ter um retorno sobre seu trabalho¹⁵. Além disso, uma parte das mortes maternas ocorridas no mundo poderia ser evitada se os profissionais de saúde estivessem capacitados para atender as necessidades básicas das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Jamtvedt *et. al*⁵, avaliaram, em sua revisão sistemática de alta qualidade, os efeitos dos processos de auditoria e *feedback* sobre a prática dos profissionais de saúde e os resultados sobre os pacientes, mostrando que essa estratégia pode ser efetiva para melhorar a prática dos profissionais. Tem-se assim que a implementação dessa opção traz melhora da comunicação entre os profissionais, melhora nos cuidados com a paciente e satisfação profissional⁶, o que pode auxiliar no processo de redução da MM, embora os efeitos provocados sejam pequenos ou moderados¹⁵. Como incertezas em relação aos benefícios têm-se que o processo de auditoria por si só não mostra grandes benefícios¹⁵, a coleta de

informações e as reuniões de *feedback* demandam muito tempo, podendo ocasionar conflitos entre funcionários, departamentos e instituições; e os processos de auditoria e retroalimentação podem ocasionar nos trabalhadores medo de repressões, impedindo assim, a eficácia de seu trabalho⁶.

Opção 2 - Mobilização da Comunidade e Ações Educativas: Grupos permanentes de empoderamento da comunidade permitem que haja melhor compreensão, confiança e suporte para o autocuidado, tornando seu público mais atento para “quando” e “onde” buscar cuidados em saúde, o que pode ajudar a reduzir a MM.

A literatura aponta que a implementação dessa opção em locais com poucos recursos apresentou através de programas de intervenções integrados, baseados em evidências científicas, resultados satisfatórios¹². Além disso, nos países onde a intervenção por meio de grupos com as gestantes foi adotada, notou-se que quando ao menos 30% das gestantes participavam, havia redução de 49% da MM¹⁷. Com relação às incertezas dos benefícios, os autores não relatam danos potenciais nessa opção, e apontam a necessidade, em países com baixos recursos, que os governos e as instituições de saúde se unam em seus compromissos e responsabilidades na implementação de pacotes de intervenções baseadas em evidências científicas¹².

Opção 3 - Qualificação das Ações de Planejamento Familiar: O planejamento familiar acompanhado de um investimento gradual na qualidade dos serviços é capaz de auxiliar na redução da MM, em áreas rurais e urbanas⁴, dando suporte às escolhas das mulheres de decidir quando ou não engravidar e também ofertando contraceptivos de barreira na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Para essa ação ser efetiva em sua implementação para redução da MM deve ser realizada por meio de programas e intervenções integradas, baseados em evidências científicas¹². As incertezas

dos benefícios referem-se à religião, que pode ser uma forma de impedimento na utilização dos métodos; e a distribuição de métodos contraceptivos para jovens. Essa deve ser realizada de modo com que os pais não sejam motivo de constrangimento ou recusa para seus filhos¹⁹.

Opção 4 - Capacitação para Profissionais de Saúde: A capacitação para profissionais de saúde consiste em um programa de Educação Permanente em saúde, que visa um processo dinâmico-pedagógico de desenvolvimento e qualificação de ações que alberguem conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa da assistência realizada por esses trabalhadores. Também preza pela melhora da capacidade de prestar cuidados à mulher, através de intervenções que considerem todas as dimensões do ser humano a fim de melhorar a saúde materna.

Van Lonkhuijzen *et. al* (2010)²⁷ em uma revisão sistemática de alta qualidade, avaliaram a eficácia dos programas de formação que visam melhorar os cuidados obstétricos de emergência em ambientes com poucos recursos. Identificou assim que, cursos de capacitação profissional contribuem positivamente no aumento do conhecimento e, conseqüentemente, no comportamento das habilidades após treinamento; assim, profissionais que participam desses cursos apresentam maior *feedback* com a equipe, gerenciamento de tarefas e comunicação, competência para realizar suas tarefas no serviço, consciência da deficiência no atendimento, melhor identificação das condições que ocasionam risco de morte e maior educação pelos pares quando comparados com aqueles que não participaram de nenhum curso de treinamento profissional.

Como danos potenciais e incertezas em relação aos benefícios dessa opção tem-se que, o controle excessivo do desempenho dos profissionais, no caso da recertificação parece ter efeitos negativos sobre esses¹¹. Assim, apesar dessa opção apresentar inúmeras melhorias, o sucesso da estratégia está ligado ao método de avaliação

e monitoramento da ação, sujeitos e efeitos no orçamento²⁷.

Opção 5 - Referenciamento aos Serviços de Emergências Obstétricas: A detecção precoce e, conseqüentemente, o referenciamento a serviços de atendimento especializado de emergência obstétrica são essenciais para evitar e diminuir a MM.

A literatura aponta que, em áreas onde há cobertura de serviços obstétricos de emergências e o acesso é facilitado, a redução da MM é de até 50%¹⁶. Ressalta-se aqui que, para auxiliar nesta redução é necessário que haja boa qualidade nos serviços³, criação de normas e protocolos de transferência rápida entre as unidades de atendimento¹¹ e formação de equipes multidisciplinares para atuar, dentro de instituição e da comunidade, distribuídos de forma equivalente em todos os estabelecimentos que oferecem serviços de atenção obstétrica²⁴.

Como incertezas em relação aos benefícios tem-se que a falta de compromisso dos tomadores de decisão e outros atores chave no financiamento dos órgãos provedores, que poderiam dar sustento aos programas, podem prejudicar o financiamento desta opção¹⁴.

Conclusão

Embora as opções apresentadas não tenham que necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Nesse sentido as opções de políticas com foco na Atenção Básica poderiam ser priorizadas, uma vez que o município não conta com leitos obstétricos sob sua gestão. Também é importante considerar as barreiras de implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

As opções de políticas foram apresentadas e discutidas amplamente em um Diálogo Deliberativo (que consiste em uma discussão estruturada centrada em uma síntese de evidências para políticas), com a participação de gestores municipais, profissionais de saúde que participam do Comitê de Investigação da MM e Infantil do município, representantes do Conselho Municipal de Saúde, do Comitê Estadual de Investigação da MM e Infantil e pesquisadores.

Espera-se que o resultado desse processo seja a definição de um plano de ação municipal de enfrentamento à MM no município de Franco da Rocha, construído com base em evidências científicas e no contexto local.

Referências

1. Blackwell SP, Breen M, Hinshaw K. Learning from low income countries: what are the lessons? Hands on course may help deliver obstetric care. *BMJ*.2004;329(7475):1184.
2. Coimbra CL, Silva AMA, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:456-62.
3. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Dunkley G, Dramé S. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bull World Health Organ*. 2009;87:30–38.
4. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. *PLoS Med*. 2010;7(4):e1000264.
5. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2003.
6. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9(1):23–36.
7. Jonas, E. Improving provider performance: an exploration of the literature, Box 3. Bolivia In-Service Training. *Mother Care Matters*.2000;9:10–1.
8. Kroeger M, Kaphagawani N, Kafalafula UK, Maluwa VM. Final evaluation of the malawi safe motherhood project life saving skills training programme. Blantyre: DFID/Safe Motherhood Project. 2003.
9. McDermott J, Beck D, Buffington ST, Annas J, Supratikto G, Prenggono D, et al. Two models of in-service training to improve midwifery skills: how well do they work? *J Midwifery Womens Health*. 2001;46:217–25.
10. Merkur S, Mladovsky P, Mossialos E, Mckee M. Policy brief. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Copenhagen: WHO; 2008.
11. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction en République Centrafricaine. Haiti; 2003. 84p.
12. Nyamtema AS, Urassa DP, Roosmalen JV. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11:30.
13. O’rourke K. The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *Int J Gynaecol Obstet*.1995;48(Suppl):S95-102.
14. Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK, et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low-and-middle-income countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2009;107:113–21,121–2.
15. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Auditoria de acontecimientos críticos y retroalimentación (“feedback”) para disminuir la mortalidad y la morbilidad perinatales y maternas (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;4.
16. Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 88:181-193.
17. Prost A, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, Houweling TAJ, et al. Women’s groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381:1736–46.
18. Ronsmans C, Vanneste A, Chakraborty J, Van Ginneken J. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet*.1997;350:1810-4.
19. Sepou A, Serdouma E, Kommas NP, Gody C, Abeye J, Koffi B, et al. Strategies for reducing maternal mortality in Central African Republic. *Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)*;2011.
20. Shea JB, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, London. 2007;7:10.
21. Sloan NL, Nguyen TN, Do TH, Quimby C, Winikoff B, Fassihian G. Effectiveness of lifesaving skills training and improving institutional emergency obstetric care readiness in Lam Dong, Vietnam. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50:315–2.
22. Thairu A, Schmidt K. Training and author is ingmid level providers in life saving skills in Kenya case study No 8. In: Crump S, editor. *Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies*. Baltimore, MD: JHPIEGO.2003.
23. Warren C, Liambila W. Safe motherhood demonstration project western province. approaches to providing quality maternal care in Kenya. Nairobi: Population Council. 2004.
24. World Health Organization. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva; 2009.
25. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva; 2010. [acesso em 13 jun. 2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
26. Woods DL. An innovative programme for training in maternal and newborn care. *Seminars in Fetal & Neonatal*. 1999;4(3):209-216.
27. Van Lonkhuijzen L, Dijkman A, Van Roosmalen J, Zeeman G, Scherpbier A. A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. *BJOG*. 2010; 117(7):777-87.

Opções para uma política de saúde visando à redução de prescrições inadequadas de antidepressivos

Health policy options aimed at reducing inappropriate prescriptions of antidepressant drugs

Aline A. V. Ribeiro^I, Cristina M. S. Gomes^{II}, Raquel J. Lima^{III}, Ricardo A. Botelho^{IV},
Lígia R. Pupo^V, Maria L. Salum e Morais^{VI}

Resumo

Os transtornos mentais geram alto custo social e econômico, pois podem causar incapacitações graves e definitivas e acarretar a redução da qualidade de vida das pessoas acometidas. Apesar de existirem diferentes abordagens terapêuticas a esses agravos, nos últimos 10 anos verificou-se um aumento significativo do consumo e utilização de psicofármacos em todo o mundo. A partir de uma preocupação expressada por técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha em relação à medicalização do sofrimento mental no município, foi realizado um levantamento de dados e verificou-se um alto índice de prescrição de antidepressivos e a existência de prescrições inapropriadas desses medicamentos. Este artigo tem como objetivo apresentar uma síntese de evidências científicas com o intuito de contribuir para o manejo do problema apontado, identificando opções existentes na literatura científica para a redução da prescrição inadequada e/ou desnecessária de antidepressivos. Para a identificação das opções, foi utilizada a metodologia da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet). A partir da leitura das revisões sistemáticas, foram identificadas quatro opções para responder ao problema colocado. As opções identificadas se concentraram em duas grandes vertentes: 1) qualificar as prescrições realizadas pelos médicos tornando-as mais precisas, apropriadas e pertinentes; 2) oferecer alternativas terapêuticas não medicamentosas efetivas e que possam substituir ou complementar o tratamento proposto.

Palavras-chave: Antidepressivos; Psicotrópicos; Prescrição; Síntese de Evidências.

Abstract

Mental disorders generate high social and economic costs, leading to decreased quality of life for those people affected by them. Although there are different therapeutically approaches to these diseases, in the last 10 years, there has been a significant increase in consumption and use of psychoactive drugs in the world. Technicians and managers of Franco da Rocha's municipal Secretary of Health expressed concern about the medicalization of mental suffering in their municipality. A data survey was conducted, and the results confirmed the existence of high rates of prescribed antidepressants and inappropriate prescriptions of those drugs. A synthesis of scientific evidence of health policies was produced to propose options to reduce inappropriate and/or unnecessary prescription of antidepressants in Franco da Rocha. Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) methodology was used. From the reading of systematic reviews, four options were identified to respond to the problem posed. The evidence brief for health policy will be presented to professionals and managers of the Health Department of Franco da Rocha's City by conducting a deliberative dialogue.

Keywords: Antidepressants; Psychotropic Drugs; Evidence brief for policy.

^I Aline A. V. Ribeiro (aline.avribeiro@gmail.com) é Socióloga, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Cristina M. S. Gomes (cristinamsgomes@yahoo.com.br) é Psicóloga, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Raquel J. Lima (raquel_jacobs@hotmail.com) é Enfermeira, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{IV} Ricardo A. Botelho (r.botelho@ymail.com) é Sociólogo, com aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^V Lígia R. Pupo (ligia@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, pesquisadora do Núcleo de Práticas em Saúde, Instituto de Saúde.

^{VI} Maria L. Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Núcleo de Práticas em Saúde, Instituto de Saúde.

Antidepressivos e prescrição inadequada

Os transtornos mentais, mesmo repercutindo em valores baixos de mortalidade, geram alto custo social e econômico, pois podem causar incapacitações graves e definitivas, assim como a redução da qualidade de vida das pessoas acometidas¹⁷. Apesar de existirem diferentes abordagens terapêuticas a esses agravos, farmacológicas e não farmacológicas, nos últimos 10 anos, verificou-se um aumento significativo do consumo e utilização de psicofármacos em todo o mundo.

Entre os fatores que afetam a prescrição racional e adequada de psicotrópicos destacam-se o diagnóstico impreciso, a pressão do paciente, a falta de acesso ou o desconhecimento de alternativas terapêuticas, entre outros^{9,3,18}. Segundo a OMS¹⁵, um tratamento bem escolhido ou uma boa prescrição deve conter o menor número de medicamentos, com efeitos colaterais mínimos, inexistência de contraindicações, ação rápida, posologia simples e em curto espaço de tempo.

Em reunião realizada em 2015, técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha expressaram preocupação em relação à medicalização do sofrimento mental no município. Um diagnóstico inicial para delimitação do problema no município^{vii} mostrou que mais da metade (55%) dos medicamentos controlados dispensados no período de três meses eram antidepressivos. Com base no índice DDD hab/dia^{viii} observou-se que o indicador de Franco da Rocha para a dispensação de antidepressivos (63,16) é superior àquele encontrado em outros estudos, como é o caso do DRS de Assis (17,0)¹¹, por exemplo. Tanto nas queixas apresentadas

pelos gestores como no diagnóstico inicial, identificou-se repetição ou troca de receitas sem reavaliação do diagnóstico e tratamento, que é um dos itens encontrados na literatura internacional associado à prescrição inadequada de medicamentos^{6,1,3}. Também foi referido pelos técnicos e gestores a existência da medicalização de pacientes que vivem sofrimentos mentais leves e comuns, que é outro elemento considerado constituinte de uma prescrição inadequada na literatura científica^{6,1,4}.

Diante dessas constatações, verificou-se de fato um alto índice de prescrição de antidepressivos e a existência de prescrições inadequadas desses medicamentos. Nesse sentido, é extremamente útil a identificação de opções informadas por evidências científicas para subsidiar ações que possam reduzir as prescrições inadequadas e tornar o cuidado em saúde mental mais integral, múltiplo e adequado à variabilidade das necessidades individuais da população.

Objetivo

Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados da síntese de evidências científicas pela qual foram identificadas opções para reduzir a prescrição inadequada ou desnecessária de antidepressivos no município de Franco da Rocha, de forma a apoiar os gestores na elaboração de políticas públicas fundamentadas na literatura científica.^{ix}

Métodos

Para a elaboração desta síntese de evidências foram utilizadas as ferramentas SUPPORT da rede de Políticas Baseadas em Evidências

^{vii} Foram coletados e analisados dados de 3.293 receitas de psicofármacos dispensados no período de 15 de março a 15 de maio de 2015, na Farmácia Central do município, com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

^{viii} DDD: dose diária definida por 1.000 habitantes por ano, cuja fórmula está disponível no portal Essential Medicines and Health Products Information: www.who.int/medicinedocs/en/

^{ix} A síntese completa está disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sinteseevidencias_saudemental.pdf

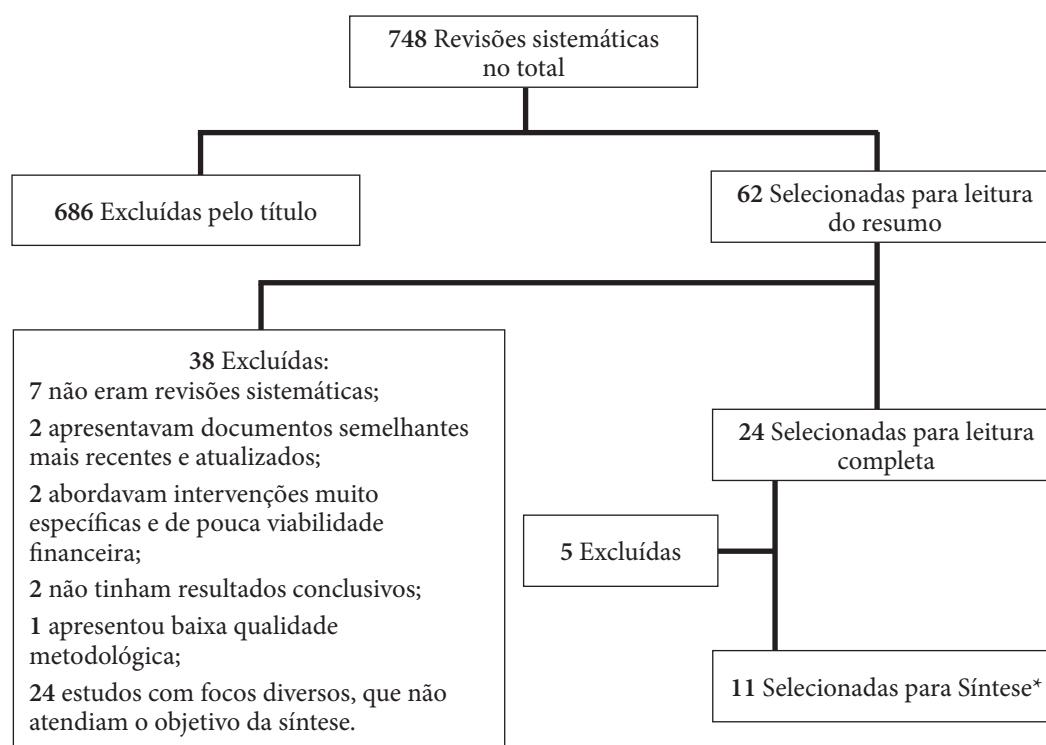
(EVIPNET). Essas ferramentas orientam como localizar, avaliar e utilizar as evidências científicas para abordagem de problemas específicos identificados pelos gestores e formuladores de políticas¹². Para a identificação de evidências científicas que pudessem responder ao problema de prescrições inadequadas e desnecessárias de antidepressivos foi feita uma seleção de revisões sistemáticas que abordassem o assunto. Para a seleção dessas revisões, utilizaram-se as bases de dados *Health Systems Evidence*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Os descritores utilizados foram “prescrição”, “dispensação”, “psicotrópicos”, “medicação”, “psicoativas”, “antidepressivos”, “benzodiazepínicos”, “tranquilizantes” e “estabilizadores de humor”, em português e em inglês, de acordo com a base de dados utilizada. Na base de dados *Health Systems Evidence* não foi

utilizado nenhum filtro. Na BVS os filtros foram: texto completo “disponível”, tipo de estudo “revisão sistemática”, “overview”, “avaliação de tecnologias em saúde”. Na PubMed foram aplicados os filtros: “systematic review”, “5 years”, “humans”, “english”, “portuguese” e “spanish”.

No total foram obtidos 748 resultados. Após a leitura dos títulos foram selecionados 62 artigos para leitura dos resumos, sendo então excluídos 38 artigos. Desses, 24 foram selecionados para leitura completa. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*)^x e não foi utilizada pontuação limite para exclusão de estudos.

^x Disponível em <http://brasil.evipnet.org/>

Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos artigos.



* Duas revisões sistemáticas foram incluídas após pesquisa realizada por meio do buscador Google e a partir das referências bibliográficas de um dos estudos.

Resultados

Após a leitura integral dos textos, 11 revisões sistemáticas foram utilizadas na síntese, sendo que, dessas, duas revisões sistemáticas foram incluídas após pesquisa realizada por meio do buscador *Google* e a partir das referências bibliográficas de um dos estudos⁷.

A partir dos achados nas revisões sistemáticas foram identificadas quatro opções que podem contribuir para a redução de prescrições inadequadas ou desnecessárias de antidepressivos: 1) ampliar a atuação de profissionais farmacêuticos e de outros membros da equipe multidisciplinar na qualificação das prescrições de antidepressivos realizadas pelos médicos; 2) disponibilizar apoio técnico e intervenções de natureza educativa para reduzir a prescrição inadequada ou desnecessária de antidepressivos; 3) realizar intervenções centradas nos pacientes para reavaliar, ajustar e readequar a prescrição dos antidepressivos; e 4) disponibilizar abordagens terapêuticas alternativas aos psicotrópicos, que se mostrem eficientes na redução de depressão.

As revisões sistemáticas apresentaram como principais elementos a mudança no comportamento prescritivo dos profissionais de saúde e a redução do uso e/ou da prescrição inadequada dos medicamentos, visando a melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Em termos percentuais, a primeira e a terceira opções utilizaram, cada uma delas, respectivamente 45% das revisões sistemáticas. A segunda opção utilizou 36% das revisões encontradas e a quarta opção fez uso de 27%. O total ultrapassa 100%, porque algumas revisões foram utilizadas para fundamentar mais de uma opção.

Ampliação da atuação de profissionais farmacêuticos e da equipe multidisciplinar

Esta opção se baseia no conhecimento de alguns profissionais capacitados e atualizados na orientação, raciocínio terapêutico, conhecimento

dos medicamentos e avaliação das prescrições realizadas nos serviços, a fim de utilizar o conhecimento desses profissionais para qualificar as prescrições fornecidas pelos médicos. Inclui intervenções que visam a fornecer apoio técnico para melhorar o comportamento de prescrição e reduzir o uso inadequado de medicamentos psicotrópicos, enfatizando a presença do farmacêutico, com ou sem a presença de outros membros da equipe multiprofissional^{7,6,1,10,14}.

Os principais elementos que compõem essa opção são visitas educativas regulares desenvolvidas principalmente pelos farmacêuticos, mas também por outros profissionais de saúde, combinando intervenções de avaliação/revisão de medicação, disponibilização de evidências científicas e outros materiais relacionados ao uso apropriado de medicações, reuniões de orientação, consultorias, discussões de caso, elaboração de listas de medicamentos com recomendações realizadas pelos farmacêuticos para os profissionais de saúde, de forma individual ou em equipe multidisciplinar, entre outros procedimentos^{7,6,1,10,14}. Essas intervenções permitem que a prescrição de medicamentos seja conduzida com base em evidências científicas atualizadas, possibilitando a criação de diretrizes e protocolos clínicos que sigam critérios para o uso racional de medicamentos, reduzindo riscos de efeitos adversos, custos e o uso desnecessário em longo prazo.

Cinco revisões sistemáticas evidenciaram que a presença de um farmacêutico, atuando por meio de visitas educativas regulares ao médico e às equipes de enfermagem para realizar a avaliação de medicamentos, produziu resultados significativos^{6,1,10,14}. Portanto, a presença desse profissional é percebida como fundamental para se atingir a redução do uso de medicamentos e a modificação do comportamento de prescrição, promovendo também o estabelecimento

de relações que influenciam a prática clínica dos profissionais de saúde^{7,6,1,10,14}.

Uma revisão sistemática apresentou incertezas sobre a relação entre a existência de prescrições potencialmente inadequadas e a disponibilidade do farmacêutico no local possibilitando a consulta e promoção de melhorias na qualidade das prescrições¹⁰. Os resultados das intervenções não se restringem apenas à presença do farmacêutico, mas dependem de múltiplos fatores, tais como a participação dos profissionais envolvidos, o modo como a intervenção é implantada, a duração, frequência e intensidade da intervenção, a cultura local, entre outros^{7,10}.

Disponibilização de materiais técnicos e intervenções educativas

Esta opção baseia-se na capacitação de profissionais de saúde para realizarem prescrições adequadas às necessidades dos pacientes e baseadas no conhecimento adquirido. A opção envolve também a elaboração e distribuição de protocolos de atendimento clínico, manuais e/ou diretrizes para diferentes situações, com informações atualizadas a respeito de indicações, riscos e consequências do uso de antidepressivos. Intervenções educativas variadas foram realizadas com médicos e outros profissionais de saúde, tais como: reuniões, encontros e cursos de capacitação⁷; elaboração de políticas regulatórias e/ou diretrizes para orientar a prescrição de medicamentos¹⁰; capacitações para os profissionais em terapias não farmacológicas¹⁴.

Uma revisão identificou que 72% das intervenções educativas realizadas foram consideradas efetivas em gerar mudanças no comportamento de prescrição em direção ao esperado, porém os autores não identificaram qual tipo de intervenção ou combinação de intervenções foi mais efetivo⁴. Outra revisão apontou resultados

positivos na mudança de comportamento dos prescritores após a distribuição de materiais técnicos, da realização de treinamentos e de palestras. Também se obtiveram resultados na mudança do comportamento prescritivo através de uma intervenção combinada de capacitações, uso de material educativo e realização de reuniões com psiquiatras⁴.

Uma revisão sugeriu que as intervenções educativas devem ser realizadas de forma contínua, pois quando são realizadas pontualmente ou em apenas uma visita demonstram pouca eficácia na alteração do comportamento dos prescritores¹⁴. Outra revisão identificou que as intervenções, se executadas de forma isolada (sem a combinação com outros tipos de intervenção), têm menor probabilidade de gerar mudança no comportamento de prescrição⁷.

Intervenções centradas nos pacientes

O foco desta opção é a participação dos pacientes na escolha de seu tratamento, na revisão da medicação e/ou na decisão sobre sua retirada. Os pacientes são considerados como essenciais e podem influenciar tanto na prescrição excessiva ou desnecessária como contribuir para a precisão e adequação dessas prescrições. Um dos elementos desta opção é a retirada, de forma processual e centrada no paciente, da medicação identificada como inapropriada ou desnecessária^{x1}.

Quando o paciente participa do processo de determinação sobre a adequação do uso de determinada medicação, ele é capaz de destacar quais são os medicamentos que valoriza e quais não são necessários. Além disso, a consideração e aplicação de fatores a serem levados em conta ao determinar a adequação da

^{x1} Esse procedimento é denominado *deprescribing process*¹⁶.

medicação (necessidade, benefício, risco futuro de reações adversas, potenciais interações medicamentosas, adesão, preferências do paciente, entre outros) permite a identificação dos medicamentos que antes eram adequados, mas que, com o tempo, tiveram seus riscos ou benefícios diminuídos¹⁶.

Abordagens terapêuticas e modelos de cuidado alternativos

Esta opção pretende oferecer alternativas não farmacológicas para o cuidado do sofrimento mental, mostrando o impacto que essas propostas têm na diminuição do uso desnecessário e inadequado de antidepressivos, seus benefícios e eficácia terapêutica. Constatou-se que a inserção de profissionais de saúde mental no serviço de atenção primária, trabalhando ao lado de médicos generalistas^{xii}, fazendo usos de variadas abordagens de cuidado psicossocial, independentemente da abordagem terapêutica utilizada, conseguiu reduzir a prescrição de psicofármacos, as consultas repetidas com os médicos e os encaminhamentos para profissionais de saúde mental fora do serviço. No entanto, também houve evidências de que a presença desses profissionais não mudou o comportamento dos médicos em relação à prescrição de psicofármacos para outros pacientes do serviço, apenas para aqueles que estavam envolvidos em tais abordagens terapêuticas não farmacológicas⁸.

Identificou-se, ainda, que o *modelo de cuidado colaborativo* foi efetivo para a melhora da depressão tanto em curto como em médio prazo e, também, na satisfação com o tratamento e no uso adequado e apropriado de psicotrópicos². Foi considerado *cuidado colaborativo* do sofrimento mental quando a atenção prestada oferecia: 1) uma abordagem de cuidado multiprofissional; 2)

um plano/projeto estruturado de cuidado para cada caso, baseado em evidência; 3) um seguimento continuado para o paciente (que monitorava necessidades, demandas, adesão, efeitos adversos, melhoras); 4) alguma estratégia de comunicação sobre o cuidado ofertado entre os profissionais envolvidos⁸.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) também se mostrou um pouco superior aos antidepressivos no tratamento da depressão e teve igual efetividade que a terapia comportamental. Há eficácia em longo prazo desse tipo de psicoterapia para a depressão, ansiedade generalizada, pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outras patologias. Nos casos de depressão e pânico, há uma evidência grande de que a TCC produz resultados mais duradouros, apresentando os indivíduos tratados com essa terapia metade da taxa de recaída em relação aos casos tratados com farmacoterapia⁵.

Considerações sobre a equidade das opções

A participação de farmacêuticos na qualificação das prescrições de psicotrópicos depende da existência no município de farmacêuticos e/ou outros profissionais capacitados para esse fim, bem como de espaços nos serviços que possibilitem a discussão continuada dos medicamentos. O número reduzido de profissionais farmacêuticos no município pode ser uma fragilidade importante para a implementação dessa opção.

A necessidade de profissionais capacitados ou de capacitação de profissionais, além da organização e disponibilidade de recursos para a realização de treinamentos, oficinas e outras atividades educativas são determinantes que podem representar um impacto negativo na aplicabilidade da ampliação da atuação de profissionais farmacêuticos e de outros membros da equipe multidisciplinar ou do uso de ações e materiais educativos na qualificação das prescrições de antidepressivos.

^{xii} Modelo conhecido como *replacement model*⁸.

Em relação aos pacientes, aqueles com pouca escolaridade ou pouco acesso à educação podem sentir-se inseguros ou incapazes de se envolverem com questões relativas à prescrição, deixando ao médico o manejo de seu tratamento. É importante que os pacientes tenham acesso a informações e conhecimentos pertinentes ao tratamento, em linguagem acessível, de modo que se sintam seguros e capazes de participar da tomada de decisões.

Para se disponibilizarem abordagens terapêuticas alternativas aos psicotrópicos faz-se necessário que profissionais capacitados para terapias não farmacológicas estejam disponíveis e que as abordagens alternativas à medicação possam ser oferecidas antes ou conjuntamente com o tratamento farmacológico, dependendo da avaliação conjunta de sua conveniência e pertinência diante de cada situação individual. É importante o estabelecimento de uma linha de cuidado em saúde mental desde a Atenção Básica, que possa oferecer abordagens terapêuticas não farmacológicas em unidades de todas as regiões do município, sempre nos serviços próximos da moradia dos pacientes e com opções de atendimento em dias e horários variados.

Considerações sobre a implantação das opções

Um dos fatores que deve ser considerado na implantação destas opções no município de Franco da Rocha é a existência de uma cultura local de medicalização do sofrimento mental. Deve-se levar em conta também a história da região, que é marcada pela presença do Hospital Psiquiátrico do Juquery. Os profissionais de saúde podem apresentar resistência diante das perspectivas de redução, substituição, retirada ou complementação do uso de medicamentos antidepressivos propostas pelas opções aqui apresentadas e também restrições quanto à participação de diferentes categorias profissionais e do próprio paciente na decisão sobre a prescrição e retirada de medicamentos.

Nota-se a necessidade de elaboração e divulgação de protocolos, manuais e documentos de diretrizes para o tratamento dos transtornos mentais que possam orientar os médicos em um raciocínio prescritivo bem fundamentado, no uso racional de medicamentos e em abordagens terapêuticas alternativas. Contudo, tanto a produção de materiais técnicos quanto a execução de intervenções educativas depende da disponibilidade de recursos financeiros. A organização das linhas de cuidado em saúde mental e os documentos e capacitações que se pretendem produzir nesse sentido podem ser de grande contribuição para a qualificação do cuidado oferecido.

Considerações finais

O processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial no município, a política de desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental e a atual Política de Saúde Mental brasileira, focada em um atendimento mais integral, multiprofissional e intersetorial são fatores contextuais importantes para a mudança de paradigma que o manejo do problema apresentado exige. Entende-se que todas as opções aqui levantadas podem gerar benefícios para o sistema e/ou para os gestores no que diz respeito à redução de custos com medicamentos.

Deve-se ressaltar, entretanto, que cada uma das opções propostas deve ser analisada à luz do contexto atual de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da política de Saúde Mental no município de Franco da Rocha. A intencionalidade dos gestores e gerentes dos serviços de revisão e superação da tradicional cultura de medicalização do sofrimento mental, a implantação de novas formas de fazer cuidado e de novos equipamentos de saúde mental no município e a construção da linha de cuidado em Saúde Mental do estado de São Paulo podem ser fatores decisivos na implantação dessas ações.

Referências

1. Alldred DP, Raynor DK, Carmel H, Nick B, Chen TF, Pat S. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library; 2015;(9).
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *The Cochrane Library*; 2012.
3. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*; 1992[acesso em 20 out 2015];454-458. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372266/pdf/brjgenprac00050-0008.pdf>
4. Brennan N, Mattick K. A systematic review of educational interventions to change behaviour of prescribers in hospital settings, with a particular emphasis on new prescribers. *British Journal of Clinical Pharmacology*; 2012[acesso em 20 out 2015];75(2):359-372. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.2012.04397.x/pdf>
5. Butler CA, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*; 2006;(26):17-31.
6. Chhina H, Bhole VM, Goldsmith C, Hall W, Kaczorowski J, Lacaille D. Effectiveness of academic detailing to optimize medication prescribing behaviour of family physicians. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*; 2013[acesso em 20 out 2015];16(4):511-529. Disponível em: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/JPPS/article/view/20414/15734>.
7. Forsetlund L, Eike MC, Gjerberg E, Vist GE. Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *Norway: BMC Geriatrics*; 2011[acesso em 21 out 2015];11-16. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-16>
8. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *The Cochrane Library*; 2015(9).
9. Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*; 2005[acesso em 21 out 2015];755-762. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1562347/pdf/bjpg55-755.pdf>
10. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging*; 2009;26(12):1013-1028.
11. Lamb IGM. A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do Estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática [dissertação de mestrado na internet]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis da Universidade Estadual Paulista; 2008. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97588/lamb_igm_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP). *Health Research Policy and System*; 2009[acesso em 21 out 2015];7(Suppl 1:II):1-7. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/883/>
13. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*; 2011[acesso em 21 out 2015];30(8): 1434-1442. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/30/8/1434.long>
14. Nishtala PS, McLachlan AJ, Bell SJ, Chen TF. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 2008;16(8):621-632.
15. Organização Mundial da Saúde. Guia para a boa prescrição médica. Bucweitz C, tradutor. São Paulo: Artmed; 1998.
16. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *British Journal of Clinical Pharmacology*; 2014 [acesso em 20 out 2015];78(4):738-747. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239968/pdf/bcp0078-0738.pdf>
17. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2010;59(3):238-246.
18. Tentler A, Silberman J, Paterniti DA, Kravitz RL, Epstein RM. Factors affecting physicians' responses to patients' requests for antidepressants: focus group study. *Journal of General Internal Medicine*; 2008 [acesso em 20 out 2015];23(1):51-57. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2173928/pdf/11606_2007_Article_441.pdf.

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no município de Porto Feliz - SP

Evidence brief for policy: reducing the perinatal mortality in Porto Feliz - SP

Emiliana Maria Grandó Gaiotto¹, Sonia Isoyama Venancio^{II}

Resumo

Este artigo apresenta alguns dos principais resultados de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde, desenvolvida no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, na qual foram identificadas quatro opções viáveis para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz: a) qualificação da atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação do manejo dos exames; b) elaboração do protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido; c) implementação do planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação; e d) estruturação e organização de ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério. Para cada opção identificada considerou-se também questões relacionadas à equidade e possíveis barreiras para implementações das intervenções. A análise da equidade relacionada à implementação das opções, em especial considerando o acesso aos serviços de saúde, o levantamento de necessidades de capacitação das equipes em trabalhar com temas específicos e o desenvolvimento da educação em saúde para a comunidade foram contemplados para que as opções não produzam resultados distintos para diferentes grupos no município.

Palavras-chave: Síntese de Evidências; Mortalidade Perinatal; Cuidados do pré-natal

Abstract

This article presents some of the main results of an Evidence Brief for Health Policy, developed in the Professional Master's Program in Public Health of the Instituto de Saúde, in which four viable options were identified to address the problem about perinatal mortality at Porto Feliz city: a) qualification of pre-natal through risk rating for pregnant and adequacy of management of examinations; b) development of prevention and treatment protocol respiratory distress of newborn; c) implementation of family planning with a focus on prevention of teenage pregnancy and prevention and treatment of illicit drug use during pregnancy d) structure and organization of education actions in health and home visits in prenatal and puerperium. Each identified option also took up issues related to equity and possible barriers to implementation of interventions. The analysis of equity related to the implementation of the options, especially considering access to health services, the identification of the training needs of teams to work on specific themes and the development of health education to the community were included so that options do not produce different results for different groups in the city.

Key Words: Evidence brief for policy; Perinatal Mortality; Prenatal Care

¹ Emiliana Maria Grandó Gaiotto (aggrando@hotmail.com) é enfermeira, mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

^{II} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde- SES/SP

Introdução

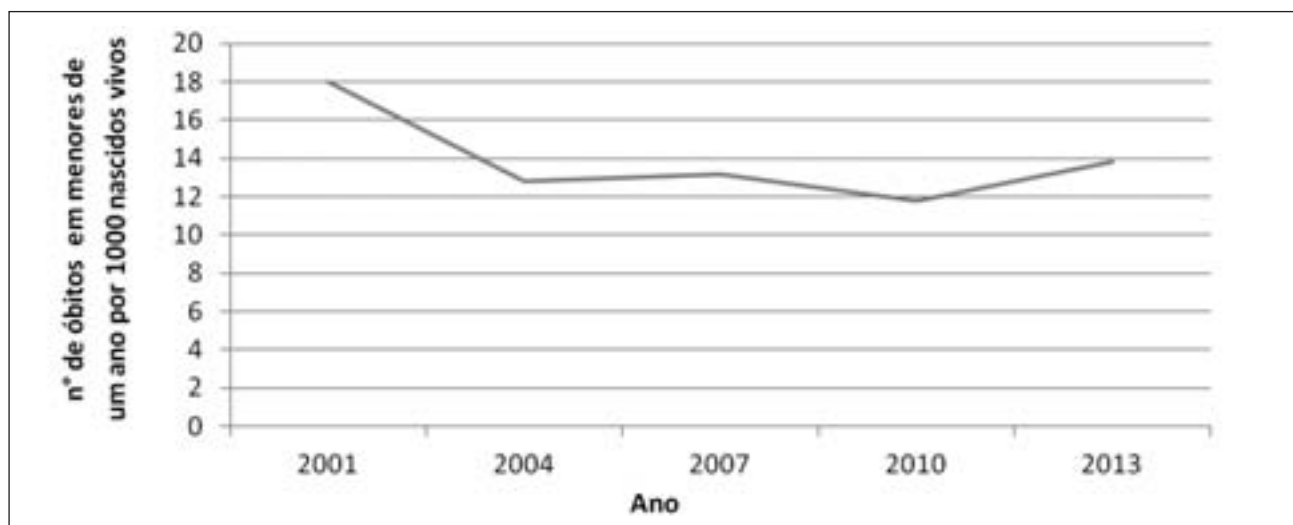
Nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Apesar do declínio da mortalidade infantil observado no Brasil, essa questão permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos como índios e negros¹⁸. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil em 2011 era semelhante àquela dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos⁶. Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos em crianças entre 28 dias e um ano) e neonatal (óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias), enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas¹¹. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal (óbitos ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias, ou ainda em fetos com peso igual e superior a 500g ou estatura a partir de 35 cm) partilha com a mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos na primeira semana de vida, entre 0 e 6 dias) as mesmas circunstâncias

e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis, mas têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinam investimentos específicos para a sua redução.

A mortalidade perinatal (que engloba os óbitos fetais e neonatais precoces) tem sido um tema fortemente debatido pelas equipes de saúde do município de Porto Feliz. Constatou-se no município que a maioria dos óbitos fetais e infantis, no ano de 2014, era evitável. A Organização das Nações Unidas definiu uma meta para redução da taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos) de 15,7 em 2015. O Brasil alcançou a meta proposta, com uma taxa de mortalidade infantil em 2013 de 15,3. No estado de São Paulo a taxa foi 11,5 no mesmo ano, inferior à mortalidade infantil nacional. Porém, no Departamento Regional de Saúde de Sorocaba, onde o município de Porto Feliz se insere, a taxa de mortalidade infantil em 2013 foi de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos, refletindo as desigualdades regionais existentes no Estado.

No Gráfico 1, a evolução das Taxas de Mortalidade Infantil no município é apresentada utilizando-se a técnica de médias móveis (calculando-se as médias dos coeficientes a cada três anos), com o objetivo de reduzir a flutuação dos coeficientes e facilitar a observação de tendências. Por meio dessa análise, observa-se tendência de queda da mortalidade infantil no período de 2001 a 2014, seguida por um período de estabilização e posterior aumento de 2010 a 2013.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de mortalidade infantil (média móvel de 3 anos), no período de 2001 a 2014, município de Porto Feliz, SP.



Fonte: DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (TABNET), Ministério da Saúde.

A análise da evolução da mortalidade perinatal no município (óbitos que ocorrem entre a 22ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento) é também preocupante, conforme apresentado no Gráfico 2. Chama a atenção o aumento dos óbitos perinatais entre 2011 e 2012, a estabilização do coeficiente em patamares altos em 2013 e o novo aumento do mesmo em 2014. Dentre as causas da mortalidade perinatal, a investigação dos óbitos realizada pelo Comitê Municipal de Mortalidade Infantil aponta que especial atenção deve ser dada às infecções ocorridas durante a gestação, prematuridade (com conseqüente desconforto respiratório) e a gravidez na adolescência e entre usuárias de drogas.

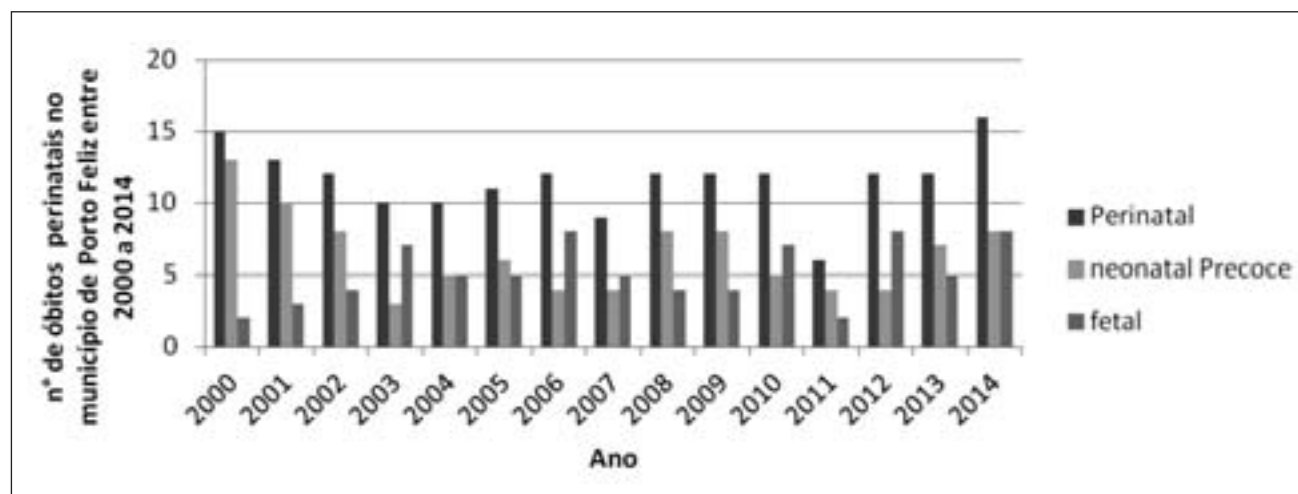
Com base nas metas nacionais e estaduais, na piora dos indicadores de mortalidade infantil e perinatal e nas análises dos dados locais pelo Comitê de Mortalidade Infantil, considerou-se pertinente priorizar a mortalidade perinatal como objeto de uma Síntese de Evidências, a

qual foi elaborada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados desta Síntese, incluindo as opções de políticas identificadas, barreiras e estratégias para sua implementação e algumas considerações relacionadas à equidade, visando apoiar os gestores e profissionais na redução da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

Métodos

A metodologia proposta para elaborar a Síntese de Evidências foi baseada na ferramenta SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials)¹² seguindo as diretrizes da EVIPNet (Rede de políticas Informadas por Evidências). Essa Rede tem coordenação no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do

Gráfico 2 - Evolução de óbitos perinatais, neonatais e fetais por ano de ocorrência no município de Porto Feliz, 2000-2014.



Fonte: DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (TABNET), Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (MS) e tem por objetivo central fortalecer políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa⁵.

As seguintes etapas de tradução do conhecimento foram desenvolvidas: 1. **Prioridades para a definição dos programas/políticas:** Formação de um grupo de evidências na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Feliz para definição do problema prioritário; 2. **Busca das Evidências e seleção dos estudos:** Foi realizada por meio de busca de revisões sistemáticas em duas bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde -BVS e Health Systems Evidence - HSE). Foram utilizadas 14 Revisões Sistemáticas para compor a Síntese de Evidências; 3. **Extração dos dados:** Foi elaborado um quadro com os principais resultados de cada estudo selecionado e avaliação dos mesmos com o instrumento AMSTAR¹; 4. **Definição das Opções para a Abordagem Política:** Foram definidas 4 opções para o

enfrentamento do problema. 5. **Definição de barreiras para implementação e aspectos relacionados à equidade das opções:** Esta etapa foi realizada com base na busca de evidências e por meio da técnica de chuva de ideias com a equipe municipal.

Resultados e Discussão

A seguir são apresentadas as quatro opções de políticas apresentadas no documento da Síntese de Evidências para enfrentamento da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz (Quadro 1). Neste artigo serão apresentados, inicialmente, os benefícios, danos potenciais e incertezas em relação a cada uma das opções. As questões relacionadas aos principais elementos das opções, custo-efetividade e percepção dos sujeitos envolvidos poderão ser consultadas no texto completo da Síntese de Evidências, disponível em www.isaude.sp.gov.br

Quadro 1. Opções para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

Opção 1 - Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação do manejo de exames	
Benefícios	Em uma revisão sistemática de alta qualidade concluiu-se que, apesar de não estar clara a relação entre a implantação de um formulário de classificação de risco e a prevenção do parto prematuro, a implantação do formulário tem o potencial para guiar os profissionais e gestantes a tomarem decisões sobre o manejo da gestação na presença de intercorrências ³ . Em outra revisão sistemática sugerem ainda que para uma melhor detecção da restrição do crescimento intrauterino devem estar associadas medidas do peso corpóreo da gestante, medidas uterinas e realização do ultrassom obstétrico ⁹ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, verificou-se que o teste rápido de sífilis é eficaz para diagnóstico precoce e início do tratamento, reduzindo a sífilis congênita e promovendo a melhoria do acesso para o tratamento da mulher e seu parceiro ¹⁹ .
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais com a introdução desta opção.
Incertezas	Os autores referiram que há necessidade de mais estudos para determinar a efetividade do teste de sífilis para melhorar os resultados em gestantes e neonatos, especialmente em regiões de alto risco ¹⁹ .
Opção 2 - Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.	
Benefícios	Em uma revisão de alta qualidade, avaliou-se administração de progesterona intramuscular e mostrou-se que seu uso está associado com redução do risco de trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas de gestação e do parto prematuro abaixo de 34 semanas, redução do risco de crianças nascerem com peso menor que 2.500 gramas e redução de hemorragia intraventricular no lactente ⁴ . Em outra revisão sistemática de alta qualidade, os autores mostraram que a terapia com esteroides no pré-natal é muito efetiva na prevenção da morbidade e mortalidade neonatal ¹⁶ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, avaliou-se que a administração de surfactante sintético intratraqueal para crianças com desconforto respiratório resultou em melhora clínica, com diminuição dos riscos de pneumotórax, enfisema pulmonar, hemorragia intraventricular, displasia bronco-pulmonar; diminuição do risco de mortalidade neonatal, de mortalidade após alta e de mortalidade de crianças menores de um ano ⁸ .
Danos potenciais	Para crianças que recebem surfactante pode haver aumento do risco de apneia prematura, persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar ²⁰ . A terapia precoce com corticosteroide (7 a 14 dias) pode causar efeitos adversos em um curto período de tempo (hipertensão, hipercalcemia, sangramento gastrointestinal e infecções) ⁸ .
Incertezas	Os resultados de avaliações de longo termo são limitados, pois as crianças foram avaliadas predominantemente antes da idade escolar e não há estudos que detectem importantes resultados neurológicos. ⁸
Opção 3 - Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.	
Benefícios	Em uma revisão de boa qualidade sobre o uso de contraceptivos em intervalos entre partos, os autores concluíram que o uso de anticoncepcionais foi fator protetor contra curtos intervalos entre nascimentos. Um dos estudos dessa revisão mostrou forte evidência de chances de sobrevivência das crianças se o intervalo entre as gestações for maior que 36 meses ²¹ . Em outra revisão sistemática de alta qualidade sobre a manutenção de tratamento com opiáceos para gestantes dependentes, comparou-se o tratamento com metadona e buprenorfina e verificou-se que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter o paciente em tratamento ¹⁵ .
Danos potenciais	Em relação ao tratamento de gestantes usuárias de drogas com opiáceos não foram identificadas complicações severas em neonatos monitorados por polissonografias; em contrapartida, uma criança do grupo da metadona teve apneia central e uma criança do grupo de morfina teve apneia obstrutiva ¹⁵ .

Incertezas	Mais estudos são necessários sobre o planejamento familiar, pois embora o espaçamento dos nascimentos seja associado à prática de planejamento familiar e uso de contraceptivos, a maioria das pesquisas disponíveis não aborda explicitamente a contribuição dos métodos contraceptivos sobre a sobrevivência materna e infantil ²¹ . Em relação ao uso de metadona x buprenorfina não foram encontradas diferenças significantes entre os tratamentos.
4 - Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.	
Benefícios	Em uma revisão de alta qualidade, comparou-se o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto. Avaliou-se que a realização de grupos de mulheres que utilizando aprendizagem com métodos ativos constituiu uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos ¹⁷ . Em outra revisão de qualidade moderada, os autores avaliaram se a visita domiciliar para recém-nascidos por profissionais da saúde da comunidade pode reduzir a mortalidade neonatal e natimortalidade. Os autores avaliaram que os pacotes de intervenção constituídos de visitas domiciliares para o cuidado pré-natal, visitas do puerpério, tratamento de doenças e atividades de mobilização da comunidade estão associados com a redução da mortalidade neonatal e da natimortalidade ⁷ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, os autores avaliaram escalas de visitas domiciliares puerperais de diferentes periodicidades. Mostraram que as visitas domiciliares podem promover a saúde infantil e a satisfação materna, no entanto, a frequência, tempo, duração e intensidade de tais visitas de cuidados pós-natal devem ser baseadas nas necessidades locais ²² .
Danos potenciais	Não foram identificados potenciais riscos nessa opção.
Incertezas	Houve alguma evidência de que o cuidado pós-natal em casa pode encorajar mais mulheres a amamentar exclusivamente seus bebês. Houve alguma evidência de que as visitas domiciliares estão associadas com o aumento da satisfação materna com os cuidados pós-natais. ²²

As opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa. A aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos

serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. No Quadro 2 estão descritas barreiras potenciais e aspectos que podem facilitar a implementação de cada uma das quatro opções, levando em consideração as dimensões dos pacientes/indivíduos, prestadores de serviços em saúde, organização dos serviços e sistema de saúde.

Quadro 2. Considerações sobre a implementação das opções.

Níveis	Opção 1 - Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco para gestante e manejo de exames.
Paciente/ Indivíduo	As gestantes devem ser abordadas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto prematuro e orientadas a procurar um serviço de saúde quando houver qualquer intercorrência. Especial atenção deve ser dada às pacientes usuárias de drogas, que não têm uma boa adesão ao pré-natal.
Trabalhadores da Saúde	Devem-se capacitar os trabalhadores de saúde na utilização do formulário de classificação de risco para parto prematuro e para realização do teste rápido para sífilis em todas as unidades
Organização	Deve-se garantir a provisão de corticosteroides para sua administração no pré-natal a todas as mulheres com risco de parto prematuro em todos os serviços de saúde que atendem gestantes e que assistem partos. Ferramentas de auditoria e feedback, poderiam aumentar a adesão a protocolos clínicos relacionados com essa opção ¹⁰ .
Sistema	Mecanismos de referência e de contra-referência, assim como garantia de transporte sanitário adequado para hospitais de referência de maior complexidade em tempo oportuno devem ser assegurados.

Por nível	Opção 2 - Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.
Paciente/ Indivíduo	As mulheres devem ser instruídas sobre os fatores de risco e os sinais de alerta de uma ameaça de parto prematuro que permitam a consulta oportuna ao sistema de saúde. Assim, se antecipam as barreiras de comunicação e acesso
Trabalhadores da Saúde	Os trabalhadores de saúde devem ser treinados na utilização do formulário de classificação de risco, protocolos de assistência ao pré-natal para uma melhor qualidade na oferta do serviço. ¹⁴
Organização	As organizações de Saúde devem estar preparadas para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos a partir da implementação das opções, usando parâmetros validados de acompanhamento e diagnóstico da evitabilidade do óbito ¹³ .
Sistema	Devem-se implantar reuniões mensais de coordenação para discutir os resultados das avaliações e monitoramento, propondo melhora das ações.

Por nível	Opção 3 - Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.
Paciente/ Indivíduo	A dificuldade de adesão da gestante usuária de drogas ao pré-natal e ao tratamento é um dos temas que deve ser abordado nas capacitações e o trabalho intersetorial deve estar bem articulado.
Trabalhadores da Saúde	A articulação com trabalhadores de outras secretarias deve ser aprimorada, pois sua falta pode consistir barreira para a efetividade dessa opção. Devem-se capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária para a abordagem do atendimento ao adolescente, gestante usuária de drogas e para atividades de planejamento familiar.
Organização	Os setores envolvidos do município devem estar preparados para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos.
Sistema	O êxito da intervenção parece depender mais do compromisso político e da capacidade organizativa do que da disponibilidade de recursos ¹⁴

Por nível	Opção 4 - Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.
Paciente/ Indivíduo	Os usuários devem ter acesso à informação com uma linguagem clara, em que o grupo de gestantes resulte em trocas de experiências e no compartilhamento de sentimentos. O grupo é uma maneira de criar vínculo, fato que resulta em uma melhor assistência para as gestantes.
Trabalhadores da Saúde	Os profissionais de saúde devem receber capacitações para trabalhar com grupos de gestantes e padronizar os cuidados em visitas domiciliares em relação aos cuidados com o recém-nascido.
Organização	A implantação de comunicação entre as diversas UBS, a padronização de protocolos clínicos e a implantação do monitoramento das ações farão com que todas as UBS desenvolvam atividades semelhantes no município.
Sistema	A melhora da comunicação com linguagem acessível através da rádio local e jornais, informando as atividades e a importância dos grupos e visitas domiciliares com o enfoque na prevenção da mortalidade infantil pode auxiliar a implantação destas ações.

Considerações adicionais sobre a equidade das opções

Opção 1 - Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco para gestante e adequação do manejo de exames.

O município de Porto Feliz ainda está em fase de implantação da Rede Cegonha e esta é uma excelente ferramenta para o monitoramento das ações dessa opção. A comunicação da Atenção Básica com a Central de Vagas para o agendamento da data correta do exame de ultrassonografia (USG) é de extrema importância, tendo em vista que o município oferece a todas as gestantes o acesso ao pré-natal e a todos os exames necessários nas Unidades Básicas de Saúde. A dificuldade está no agendamento da data adequada do USG e no laudo, que é muitas vezes incompleto. Em virtude desses acontecimentos, as mulheres com melhor renda realizam o exame em instituições privadas, fato que denota desigualdade no atendimento.

A falta de capacitações para a realização do teste rápido (sífilis, HIV e Hepatite B) em todas as UBS do município de Porto Feliz está gerando iniquidade, pois as UBS que não têm profissional capacitado não estão realizando o procedimento.

Opção 2 - Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.

Todas as gestantes têm o acesso ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e ao parto de baixa complexidade na Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz. Portanto, todas as gestantes poderão ser contempladas com essa opção de política e terão a mesma disponibilidade do tratamento. Porém, as gestantes de alto risco são encaminhadas para Unidades de Referência Regional e poderão não ter acesso ao protocolo.

Opção 3 - Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.

A transversalidade é uma mesma temática a ser desenvolvida em várias áreas de atuação, envolve a elaboração de uma matriz que permita orientar uma *nova visão* de competências (políticas, institucionais e administrativas). Envolveria igualmente responsabilização dos agentes públicos, favorecendo a integração e conseqüente aumento da eficácia das políticas. Como a opção abrange o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez em adolescentes e na prevenção e tratamento da gestante usuária de drogas, as ações deveriam ser realizadas também nas escolas e nos Centros de Referência da Assistência Social, Centros de Referência Especializada da Assistência Social e comunidade (através de artesanato, teatro, futebol e etc.) para atingir toda a população. Para toda gestante usuária de drogas deveria ser acionada a equipe para discussão dos cuidados de forma multiprofissional. Os pais que não forem a favor das atividades de planejamento familiar realizadas na escola deveriam assinar documento solicitando que o filho não participasse das atividades. Essas medidas poderiam ampliar a possibilidade de atingir de forma equânime toda a população.

Opção 4 - Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

A educação em saúde para a comunidade deve ter uma linguagem adequada e atender às necessidades de diferentes grupos da população, incluindo aqueles com baixo nível de escolaridade, avaliando suas necessidades e seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências respeitando o contexto sócio-político-cultural em que vivem. O município não tem uma cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família, portanto o desenvolvimento de uma comunicação sobre os nascimentos entre a Maternidade e Atenção Básica (principalmente para as áreas

de UBS tradicionais) é muito importante para que a visita do puerpério seja realizada o mais breve possível e o aleitamento materno seja incentivado para todas as mulheres e famílias.

Considerações finais

Acredita-se que as intervenções identificadas no estudo, baseadas em evidências e elaboradas com auxílio das ferramentas SUPPORT, podem ser capazes de contribuir com a redução da mortalidade perinatal no nível municipal. Embora algumas das opções apresentadas já tenham sido apontadas como alternativas para redução da mortalidade perinatal em outros documentos de políticas, o fato de terem sido elaboradas para responder às demandas de uma equipe local pode potencializar sua aplicabilidade no âmbito deste município. É importante ressaltar que as opções não têm que necessariamente ser implementadas da forma apresentada e a aplicação deve levar em conta a viabilidade local. A consideração de aspectos relacionados à equidade, apontadas no trabalho, é fundamental para que as opções propostas não produzam diferentes resultados para os grupos identificados no mesmo município.

A Síntese de Evidências sobre a redução da mortalidade perinatal foi realizada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, mas contou com o apoio de uma equipe multiprofissional do município de Porto Feliz. A grande receptividade do município à proposta possibilitou a identificação de um problema prioritário para a gestão municipal, a formulação de opções para enfrentamento do problema com base nas evidências disponíveis e a discussão sobre as principais barreiras e implicações da implementação das opções sobre a equidade. Portanto, a Síntese contemplou as evidências científicas e as evidências locais,

aumentando as chances de apropriação dos resultados.

Essa metodologia proposta pela EVIPNet (Rede para Políticas Informadas por Evidências), se implantada no nível municipal e acompanhada pelo nível regional, poderia empoderar as secretarias municipais de saúde para o alcance de um sistema público de qualidade, por meio de políticas informadas por evidências.

Referências

1. Beverley SJ, Jeremy GM, George WA, Boerset M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007;7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10
2. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde – TABNET. Brasília (DF) [acesso em 8 jan 2015] Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
3. Davey MA, Watson L, Rayner JA, Rowlands S. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD004902. DOI:10.1002/14651858.CD00 [acesso em 24 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26490698>
4. Dodd J M, Jones L, Flenady V, Cincotta R, Crowther C A. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947. pub1 [acesso em 24 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965>.
5. EVIPNet: Rede para Políticas Informadas por Evidências. [Ferramenta SUPPORT] Brasília (DC). [acesso em 15 ago 2014]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>.
6. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. Nova Iorque, 2008a [acesso em out 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf.
7. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2010;88(9):658-666B
8. Halliday HL, Ehrenkranz RA, Doyle LW. Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7, Art. No. CD001144. DOI: 10.1002/14651858.CD001144.pub3 [acesso em 24 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535400>
9. Imdad A, Yakoob MY, Siddiquis S, Bhutta ZA. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 3):S1.
10. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effect on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, London, v.1, 2012. Art. CD000259.40. [acesso em 12 nov 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696318>.
11. Lansky S, França E, Perpétuo IH, Ishitani L et al. A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal em 20 anos do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
12. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy and Systems* [periódica na internet] 2009 [acesso em 10 out 2014];7 (Suppl1): 11doi:10.1186/1478-4505-7-S1-11. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-11.pdf>.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. 2 ed. Brasília (DF); 2014.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2012. 43 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
15. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009. Issue 8, Art. No. CD006318. DOI:

- 10.1002/14651858.CD006318.pub2 [acesso em 24 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366859>.
16. Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hansen T, Lawn JE. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39 (Suppl 1):i122-i133. 83.
17. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 381: 1736–1746
18. Secretaria Estadual da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha [acesso em 10 mar 2015]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf
19. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD010385. [acesso em 24 jun 2015] DOI: 10.1002/14651858.CD010385.pub10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226>
20. Soll R, Özek E. Prophylactic protein free synthetic surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD001079. DOI: 10.1002/14651858.CD001079.pub2 [acesso em 24 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091513>
21. Yeakey MP, Muntifering CJ, Ramachandran DV, Myint Y, Creanga AA, Tsui AO. How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. *Studies in Family Planning*. 2009; 40(3): 205-214.
22. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(7):1-94. [acesso em 24 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881661>.

Relato de experiência da implantação de um Grupo de Evidência em um município de médio porte do estado de São Paulo

Experience report of a working group on evidence brief for policy in a medium-sized municipality of the São Paulo State, Brazil

Emiliana Maria Grando Gaiotto¹, Sonia Venancio Isoyama^{II}

Resumo

A Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) propõe uma metodologia voltada ao planejamento participativo e visa promover parcerias sustentáveis entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil para utilização da melhor evidência científica, contextualizando a realidade do país sobre questões de saúde pública. Os objetivos deste trabalho são: 1) descrever a experiência de implantação de um Grupo de Evidência em um município de médio porte no Estado de São Paulo; e 2) descrever as etapas de desenvolvimento junto a uma equipe multiprofissional para a definição e caracterização de um problema de saúde prioritário para a elaboração de uma síntese de evidências. Para as discussões iniciais do Grupo de Evidência foi utilizada a técnica de chuva de ideias, tendo sido apontados os principais problemas organizacionais da área da saúde do município. Por meio da realização deste estudo esperamos contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de superar alguns desafios nas práticas de Saúde Coletiva e servir de incentivo à utilização de evidências para a tomada de decisão e elaboração de planos de ação em municípios com características semelhantes.

Palavras-chave: EVIPNet, Ferramenta SUPPORT, Síntese de Evidência

Abstract

The Evidence Informed Policy Network (EVIPnet) proposes a focused approach to participatory planning and aims to promote sustainable partnerships between policy makers, researchers and civil society to use the best scientific evidence, contextualizing the reality of the country on public health issues. The purpose of this article 1) describe the implementation experience of Evidence Group in a medium-sized city of State of Sao Paulo and 2) describe the development stages next to a multidisciplinary team for the definition and characterization of a priority health problem the development of an evidence synthesis. For the initial discussions of the evidence group, we used the technique of brainstorming, having been appointed the main organizational problems of municipal health area. Through this study, we contribute to the production of knowledge, in order to overcome some challenges in Public Health practices and it may serve as a basis for the use of evidence for decision-making and preparation of action plans municipalities with similar characteristics.

Keywords: EVIPNet, SUPPORT tool, Policy Brief

¹ Emiliana Maria Grando Gaiotto (aggrando@hotmail.com) é enfermeira, mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

^{II} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde – SES/SP.

Introdução

Uma avaliação histórica do sistema de saúde no Brasil leva-nos a refletir que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias de hoje houve um grande avanço, porém ainda vemos situações epidemiológicas inaceitáveis e práticas de saúde desumanizadas. Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Porém, a implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico⁵.

O Brasil e outros países de baixa e média renda têm recursos escassos para enfrentar os desafios do sistema de saúde e precisam de evidências de alta qualidade para usar seus recursos de forma eficiente. A evidência científica é um alicerce fundamental para melhorar a situação da saúde pública. Se os gestores do setor da saúde e responsáveis políticos ignoram evidências sobre as causas dos problemas ou o que funciona melhor para a resolução dos mesmos, correm o risco de desperdiçar recursos preciosos em programas e políticas conduzidas inadequadamente. A consequência final de ignorar evidências científicas no planejamento e avaliação de programas e políticas do setor é a piora da saúde da população².

A necessidade de produzir políticas informadas por evidências culminou na criação de uma rede denominada *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), cujo objetivo central é fortalecer políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa. Trata-se de uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, lançada em 2004 para promover o uso sistemático de evidências nas políticas de saúde e tem como objetivo estabelecer mecanismos para

facilitar a utilização da produção científica na formulação e implementação de políticas de saúde. Atua em nível regional, nacional e global. Existem grupos constituídos na Ásia (desde 2005), África (desde 2006), Américas (desde 2007), região do Mediterrâneo (desde 2009) e Europa (desde 2012). Utiliza uma metodologia voltada ao planejamento participativo e visa promover parcerias sustentáveis entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil para utilização da melhor evidência científica, contextualizando a realidade do país sobre questões de saúde pública. Essa iniciativa pioneira foi referendada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra e mantém-se na agenda decisória de múltiplos organismos internacionais. Nas Américas, a criação da Rede vem produzindo efeitos positivos na formulação de políticas (WHO – EVIPNet)⁶.

No Brasil, visando a estimular o uso de evidências no SUS, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em 2007, apresentou à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) uma proposta de adesão à EVIPNet Américas, com o intuito de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas. Um exemplo da influência da EVIPNet Brasil no desenvolvimento de políticas locais pode ser identificado no município de Piripiri, onde em 2010, entre outras iniciativas, a gestão do sistema de saúde local formulou e implementou um conjunto de opções informadas por evidências para reduzir a mortalidade perinatal. Essa iniciativa produziu importantes resultados nos anos subsequentes. O exemplo de Piripiri poderia ser seguido no interior paulista com a implantação de Núcleos de Evidência nas

Secretarias Municipais da Saúde, com o intuito de fortalecer as políticas de saúde pública⁴.

No estado de São Paulo, o Instituto de Saúde (IS) vem atuando desde 2014 na difusão das ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*), buscando envolver os gestores estaduais e municipais para utilizar as evidências na tomada de decisões, bem como incentivar o desenvolvimento de Sínteses de Evidências no contexto de seu Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, cujo público alvo são trabalhadores das diversas instâncias da gestão e da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS-SP). Como resultado de um trabalho realizado no âmbito do mestrado no Instituto de Saúde, a autora propôs a realização de uma síntese de evidências em um município de médio porte, o que originou o presente trabalho. A motivação para o desenvolvimento do trabalho foi a constatação, após a oportunidade de trabalhar em diversas prefeituras, de que as políticas públicas são desenvolvidas sem embasamento científico. Essa percepção é corroborada por outros autores que refletem sobre a lacuna existente entre a produção científica e a tomada de decisão. Se por um lado as evidências científicas são consideradas um elemento importante para o desenvolvimento de políticas efetivas, por outro lado o uso sistemático dos resultados de pesquisa por tomadores de decisão ainda é incipiente, embora indicadores recentes mostrem que seu valor tem sido percebido¹.

Dessa forma, propôs-se a elaboração de uma Síntese de Evidências no município e criação de um Grupo de Evidência que culminou nos dois objetivos desse artigo: 1) descrever a experiência de implantação de um Grupo de Evidência (GE) em um município de médio porte do Estado de São Paulo, com apoio do Núcleo de Evidência do Instituto de Saúde; e 2) descrever as etapas de desenvolvimento junto a uma equipe

multiprofissional para a definição e caracterização de um problema de saúde prioritário para a elaboração de uma síntese de evidências.

Metodologia

1) Processo de constituição do GE no município

A experiência de implantação do GE ocorreu em um município de médio porte do Estado de São Paulo, que possui uma população de 51.320 habitantes e está situado a 110 km da região metropolitana de São Paulo. Sua economia é variada, baseada principalmente na agricultura, além de contar com os setores industriais, comerciais e de prestação de serviço. A Rede de Saúde municipal conta com 10 Unidades Básicas de Saúde, nove equipes de Saúde da Família, uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e duas equipes parametrizadas de Atenção Básica. Também possui dois Centros de Especialidades Médicas e um Centro de Especialidades Odontológicas. Além disso, o município conta com a Santa Casa de Misericórdia, hospital filantrópico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e sob intervenção municipal desde dezembro de 2007. A Santa Casa oferece atendimento de média complexidade: clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, pediatria e apoio diagnóstico e conta também com uma unidade de Pronto Socorro conveniada com a Secretaria de Saúde para prestação de serviços de urgência e emergência por 24 horas.

A primeira etapa para a constituição do GE foi a apresentação da proposta da EVIPNet para o gestor municipal e como ela poderia beneficiar o município, identificando opções de políticas para o enfrentamento dos problemas prioritários de saúde.

A indicação dos profissionais para compor o Grupo foi feita pelo próprio gestor. Para que

tivéssemos uma visão abrangente do sistema de saúde local sugerimos que o grupo fosse multiprofissional e com participantes de diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde.

O GE foi composto por dez membros, sendo eles coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde, funcionários da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde, da Maternidade da Santa Casa e integrantes do Comitê de Mortalidade Infantil.

A segunda etapa, após a constituição do Grupo, foi a elaboração de uma agenda com reuniões quinzenais para melhor aproveitamento das discussões. Foi também acordado que somente seriam componentes do Grupo aqueles que participassem de todo o processo da elaboração da Síntese de Evidências.

De forma resumida, as primeiras reuniões tiveram o objetivo de apresentação da proposta da Rede EVIPNet e das ferramentas SUPPORT.

Como o grupo foi se constituindo ao longo das reuniões, houve necessidade de retomar essa apresentação em vários momentos. O Grupo discutiu também a organização do sistema de saúde local e os indicadores de saúde. As discussões seguintes subsidiaram a definição do problema prioritário para elaboração da Síntese de Evidências e suas principais causas, o que será apresentado mais detalhadamente a seguir. As reuniões contemplaram ainda o treinamento para busca de evidências na Biblioteca Virtual em Saúde e Health Systems Evidence, seleção das revisões sistemáticas, leitura e avaliação da qualidade dos estudos, elaboração das opções de políticas e discussões sobre as barreiras para implementação e equidade.

No Quadro 1 apresenta-se a agenda de reuniões do GE e os principais assuntos discutidos em cada sessão.

Quadro 1. Agenda de reuniões do GE, 2015.

Data	Principais assuntos discutidos
23/01/15	Apresentação da metodologia da EVIPNet/ferramenta SUPPORT.
28/01/15	Discussão sobre a organização dos departamentos de saúde municipais e principais indicadores de saúde. O grupo destacou o aumento da mortalidade infantil e das doenças cardiovasculares. Acharam que a mortalidade infantil era um assunto prioritário a ser desenvolvido. Os participantes dessa reunião, em sua maioria, eram enfermeiras e uma funcionária administrativa. Houve nova solicitação ao gestor municipal para que o grupo fosse multiprofissional.
20/02/15	Discussão sobre os Objetivos do Milênio e programas da Secretaria da Assistência Social. Realizou-se uma chuva de ideias sobre os problemas de gestão relacionados à mortalidade infantil. Comparações das taxas de mortalidade infantil com indicadores municipais, regionais, estaduais e federal. Houve a integração da Assistente Social no grupo.
26/02/15	Discussão ainda sobre os problemas de gestão relacionados à mortalidade infantil. Houve integração da nutricionista no grupo.
05/03/15	Discussão sobre a definição do problema e o grupo enfatizou que a principal problemática sobre a mortalidade infantil estava relacionada à atenção básica. Realizada a discussão da estratégia de busca, sobre a importância da escolha das palavras-chave e como essa escolha deve ser inserida nas bases de dados.
12/03/15	Apresentação das bases de dados com ênfase nas bases <i>Health Systems Evidence</i> e Biblioteca Virtual em Saúde. Houve integração da enfermeira da maternidade no grupo.

Data	Principais assuntos discutidos
25/03/15	Retomada da metodologia da EVIPnet e discussão sobre a interferência política na saúde e judicialização da saúde. Alguns membros disseram que estavam com dificuldades de trabalhar com evidências. Foi solicitada a integração de outros membros ao grupo (representantes da atenção básica e maternidade), já que enfermeiras e representantes da gestão eram maioria.
08/04/15	Foram integrados ao grupo 1 médico generalista (que se apresentou como clínico geral), 1 médico pediatra, 1 enfermeira (todos esses integrantes foram chamados por estarem trabalhando no Atenção Básica e terem conhecimentos da língua inglesa) e um membro que desempenha as seguintes funções no município: motorista da saúde, coordenador, vereador, com formação em Direito. Nova apresentação da metodologia da EVIPNet e do que o grupo já tinha discutido até o momento. Discutiu-se também sobre a organização do sistema de saúde, estruturada no modelo Médico-Assistencial e referiram que a população pressiona que a UBS faça pronto atendimento e não os programas básicos.
23/04/15	O Secretário da Saúde aprovou a implantação de um GE municipal. Porém, optou-se por manter o grupo vinculado ao NEv do Instituto de Saúde até a finalização da Síntese de Evidências e rever a possibilidade de solicitar o credenciamento de um NEv junto à coordenação da EVIPNet-Brasil após o encerramento desse trabalho. Realizado treinamento na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram 3 membros para cada computador e feita simulação de busca de evidências.
06/05/15	Realizado treinamento nas bases de dados da <i>Health Systems Evidence</i> e Pubmed. Simulação de busca de evidência, envio dos textos escolhidos via e-mail. Após ter participado de uma Oficina da EVIPNet a coordenadora do projeto recebeu sugestões do coordenador da Oficina e de participantes para buscar dados perinatais, já que é a principal causa de mortalidade infantil. Foram então solicitadas as fichas de investigação dos óbitos infantis e fetais.
27/05/15	Discussão das fichas de investigação da mortalidade infantil e fetal, constatação que o Comitê necessita de readequação, pois os profissionais que fazem a investigação são os mesmos que realizaram os atendimentos às crianças (necessidade de um olhar externo). Discutido que as fichas geralmente estavam sendo fechadas como problema de atenção básica, porém observamos que a grande maioria estava ocorrendo por problemas na maternidade. Com essa informação, mudamos nosso enfoque e voltamos para etapa de definição de problemas.
10/06/15	Apresentação da série histórica de mortalidade infantil do município desde 2000. Discussão dos problemas pela gerência da maternidade, com destaque para as gestantes de alto risco enviadas pelo município vizinho e a falta do surfactante na Santa Casa, falta de vagas de UTI no sistema de regulação regional.
23/06/15	Reunião no Instituto de Saúde para definição da estratégia de busca.
24/06/15	Confirmação da estratégia de busca e leitura dos resumos para escolha dos artigos para leitura completa.
15/07/15	Continuação do processo anterior, leitura dos resumos para escolha dos artigos para leitura completa. Agrupamento dos textos em temas.
29/07/15	Definição das opções e avaliações das revisões sistemáticas.
12/08/15	Continuação das avaliações das revisões sistemáticas.
26/08/15	Caracterização das opções.
09/09/15	Discussão de barreiras de implementação das opções e sobre equidade.

2) Processo de definição do problema da síntese e suas causas

As ferramentas SUPPORT foram projetadas para ajudar os formuladores de políticas e aqueles que os apoiam a melhorar um aspecto de seu trabalho ou torná-lo mais eficiente – ou seja, a localização e o uso de evidências de pesquisa para apoiar a formulação de políticas de saúde. Estas ferramentas contemplam as seguintes etapas de tradução do conhecimento: (I) Definição de Prioridades para a Definição dos Programas/Políticas. (II) Busca das Evidências. (III) Definição das Opções para a Abordagem Política. (IV) Extração dos Dados e (V) Elaboração da Síntese de Evidências. A etapa de considerações futuras é constituída pelo: (I) Diálogo deliberativo, (II) Considerações para a Implementação, (III) Monitoramento e Avaliação.

Uma etapa fundamental para a elaboração da Síntese é a definição do problema e sua descrição.³ Essa etapa foi desenvolvida pelo GE por meio da técnica da chuva de ideias, na qual os participantes discutiram os principais problemas de saúde do município sem um roteiro previamente elaborado. Também foram analisados dados secundários municipais provenientes dos sistemas de informação do SUS (SIM - Sistema de Informação de Mortalidade e SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos).

Ao se discutir os problemas do município, os que mais se destacaram de início foram o aumento do número de casos de doenças cardiovasculares e a mortalidade infantil. O processo de definição do tema prioritário evoluiu na medida em que o grupo aprofundou a análise dos indicadores de saúde e das fichas de investigação dos óbitos infantis e fetais. Após várias discussões sobre a definição do problema a ser trabalhado, o Grupo optou pela mortalidade perinatal para desenvolver a Síntese de Evidências.

Após a definição do problema prioritário, buscou-se caracterizá-lo por meio dos indicadores e identificar determinantes locais desse problema, relacionados às condições de vida e à organização do sistema de saúde. Portanto, a escolha se deu pela importância do tema, devido à mortalidade perinatal ser um indicador de avaliação da gestão municipal e pela percepção do grupo da necessidade de organização do sistema de saúde para o enfrentamento do problema.

As etapas seguintes, para a elaboração da Síntese, seguiram a metodologia proposta pelas ferramentas SUPPORT.

Resultados

Caracterização da mortalidade infantil e perinatal no município

A análise da tendência da mortalidade infantil no município mostrou que o coeficiente havia apresentado queda de 18 para 11,8 por mil nascidos vivos entre 2001 e 2010. Porém, nos anos subsequentes, verificou-se um aumento dos óbitos e o coeficiente chegou a 13,8 por mil nascidos vivos em 2013, com predomínio do componente neonatal, o qual representou cerca de 50% dos óbitos infantis. Além disso, após as investigações realizadas pelo Comitê de Mortalidade Infantil, verificou-se que a maioria das mortes era evitável, causando um grande desconforto nos dirigentes. Da mesma forma, a análise da evolução da mortalidade perinatal (óbitos que ocorrem entre a 22^a semana de gestação ao 7^o dia após o nascimento) preocupou a equipe, pois se constatou aumento de 12 para 16/1000 nascidos vivos no mesmo período. Outro fato preocupante é que a investigação dos óbitos fetais apontou que 50% das mortes eram relacionadas a causas evitáveis.

Sendo assim, definiu-se como problema prioritário a redução da mortalidade perinatal,

devido ao número expressivo de óbitos fetais evitáveis e da concentração dos óbitos infantis no período neonatal precoce.

Determinantes locais da mortalidade perinatal

As discussões sobre como o município está organizado para o combate à mortalidade perinatal foram realizadas considerando questões do sistema municipal de saúde, que constituem o

contexto para o desenvolvimento dessas ações, bem como dos diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Básica até o encaminhamento para os níveis de maior complexidade. Em todos os setores foram detectadas a falta de avaliação e monitoramento dos dados pela Secretaria de Saúde do município. O Quadro 2 apresenta um resumo dos principais problemas apontados pelo Grupo.

Quadro 2. Principais problemas apontados pelo Grupo de Evidências relacionados à mortalidade perinatal, 2015.

Nível	Problemas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação incipiente das diretrizes da Estratégia Saúde da Família. - Carência de uma política de Educação Permanente. - Ausência de propostas de utilização de protocolos de atenção à saúde. - Ausência de diretrizes para o atendimento e procedimentos administrativos nas Unidades Básicas de Saúde. - Vigilância em Saúde focada na prevenção de doenças transmissíveis e no bloqueio das mesmas. - Sistemas de informação distribuídos em vários setores e dados não discutidos entre os profissionais envolvidos. - Comitê de Mortalidade Infantil composto por profissionais envolvidos diretamente na atenção, sendo que, por vezes, os mesmos profissionais que atendem ao óbito realizam a investigação. - Utilização de influência política para o atendimento diferenciado de municípios no sistema público de saúde desrespeitando os fluxos da regulação. - Constante mudança dos profissionais da gestão (troca de três Secretários de Saúde no município desde 2013 com mudança nas coordenações dos programas). - Fragilidades no processo de apoio por parte dos Articuladores Regionais da Atenção Básica.
ATENÇÃO BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa adesão das gestantes ao pré-natal, em especial gestantes usuárias de drogas. - Dificuldades no manejo de infecções urinárias de repetição. - Falta de responsabilização dos profissionais e não realização de busca ativa das gestantes faltosas. - Falta de interesse das mães em cuidar da saúde da criança. - Falta de planejamento familiar e alto número de gestantes adolescentes - As gestantes e crianças têm atendimento somente com o obstetra e pediatra e não com o médico de família. - Os Agentes Comunitários de Saúde não realizam o acompanhamento adequado nas visitas domiciliares à gestante. - Enfermeiros não realizavam consultas de enfermagem. - Visitas puerperais realizadas tardiamente, em até 15 dias, levando a altos índices de desmame precoce.
MATERNIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - A instituição recebe muitos casos de pacientes de alta complexidade de um município de pequeno porte, sendo que o município estudado é referência para partos de baixa complexidade. - Falta de vagas de Unidade de Terapia Intensiva na região, o que sobrecarrega ainda mais o serviço. - Ausência de protocolos assistenciais voltados ao manejo de recém-nascidos prematuros. - Necessidade de melhor comunicação entre funcionários sobre o dimensionamento e estocagem de medicamentos essenciais para prevenção da mortalidade neonatal (ex.: surfactante).

Discussão

Vários aspectos positivos podem ser destacados neste relato e experiência. O processo de constituição do GE no município propiciou a discussão sobre problemas na organização do sistema de saúde local e a identificação de um problema de saúde prioritário para a elaboração de uma Síntese de Evidências. A chuva de ideias mostrou-se uma estratégia adequada para a definição do problema e suas causas, embora algumas dificuldades mereçam ser apontadas. Os participantes do grupo foram se integrando na medida em que as reuniões eram realizadas, o que demandou a apresentação da EVIPNet e da proposta de trabalho algumas vezes no decorrer do processo; a opção pela chuva de ideias sem um roteiro previamente estabelecido levou por vezes à discussão de outros pontos além do problema prioritário e suas causas, e esse fato fez com que muitos assuntos discutidos no GE, ocasionassem intervenções imediatas no processo de trabalho no município. Além disso, observou-se que o Grupo demonstrava interesse em definir as opções com os pontos principais discutidos, antecipando-se à busca de evidências para a definição das opções de políticas, o que ocasionou o retorno de etapas anteriores para a adequação da metodologia.

Em relação à elaboração da Síntese, houve grande interesse do Grupo em capacitar-se para o desenvolvimento de todas as etapas preconizadas pela ferramenta SUPPORT, desde a busca das evidências até a discussão sobre equidade e barreiras de implementação das opções. As opções foram elaboradas com base nas evidências identificadas nas buscas e na visão do Grupo responderam em grande parte aos problemas levantados na chuva de ideias.

Após a finalização da Síntese de Evidências, o Grupo pretende implementar as etapas de considerações futuras propostas pela EVIPNet,

com apoio do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde. A próxima etapa consistirá na realização do Diálogo Deliberativo. Os principais resultados do diálogo deliberativo também deverão ser documentados em um relatório. Os diálogos de política permitem que as evidências de pesquisa sejam consideradas juntamente com as visões, experiências e o conhecimento tácito daqueles que estarão envolvidos com as (ou serão afetados pelas) decisões futuras relacionadas a uma questão altamente prioritária³. Caberá também ao Grupo apoiar a implementação das opções de políticas definidas pela gestão municipal e envolver os profissionais de base que atuarão no projeto, diminuindo assim as resistências para o sucesso do mesmo. Também deverão ser definidas as estratégias de avaliação e monitoramento, pois a criação de parâmetros e indicadores adequados é uma etapa fundamental na elaboração e implementação de políticas públicas. A avaliação das barreiras antes da implantação da proposta e a definição de estratégias de monitoramento e avaliação dos resultados advindos da implementação das opções podem resultar na redução da mortalidade perinatal e no aumento da qualidade de vida da gestante e da criança.

Considerações finais

Todas as etapas da elaboração de uma síntese de evidência são importantes, porém a definição do problema com sua descrição é a etapa fundamental, pois é o momento em que a equipe multiprofissional tem a percepção do todo o sistema de saúde municipal, deixando de ter o olhar somente para o setor onde trabalha.

A implantação de Grupos de Evidência nas Secretarias Municipais da Saúde é uma importante estratégia para o aprimoramento dos processos de gestão, pois a equipe deixa de realizar os trabalhos imediatistas para realizar uma

gestão de saúde com planejamento, trazendo visões importantes para mudanças administrativas e assistenciais com base em evidências. A continuidade desses Grupos é um desafio para o sistema de saúde, pois a rotatividade de profissionais nos cargos de coordenação de um município de médio porte é muito grande. Por isso, é fundamental que os Departamentos Regionais de Saúde estejam fortalecidos para apoiar os municípios na continuidade desse processo.

Ao organizarmos um grupo que discute determinada problemática no município e qual a melhor forma de enfrentá-la, estamos ampliando as percepções para situações que antes estavam despercebidas ou em que não havia motivação para mudá-la. Um novo olhar, com respaldo científico, pode ser promovido com a construção de novos saberes e com fortalecimento da gestão para que os princípios do SUS possam ser garantidos.

Esperamos por meio da realização deste estudo, contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de superar alguns desafios nas práticas de Saúde Coletiva e que o mesmo possa servir de base para a utilização de evidências para a tomada de decisão e elaboração de planos de ação em municípios com características semelhantes.

Referências

1. Campbell MD, Redman S, Jorm L, Cooke M, Zwi AB, Rychetnik L. Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Australian and New Zealand Health Policy*. 2009;6:21.
2. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–6.
3. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy and Systems*. 2009 [acesso em 10 out 2014];7 (Suppl1): l1doi:10.1186/1478-4505-7-S1-l1. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-l1.pdf>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2012. 43 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
5. Pain J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011 [acesso em 08 out 2014] DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <http://www.thelancet.com.br>.
6. WHO-World Health Organization. Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet [home page]. Geneva [s.d.]. [acesso em 15 ago 2014]. Disponível em: <http://global.evipnet.org/pt/sobre-o-evipnet-3/>



*Avaliação de Tecnologias de saúde –
Informes Científicos*

Uma revisão rápida sobre revisões rápidas

A rapid review on rapid reviews

Tereza Setsuko Toma¹, Amanda Cristiane Soares^{II}

Resumo

As revisões rápidas empregadas no contexto da tomada de decisões em saúde têm sido bastante utilizadas e ganharam legitimidade ao longo do tempo. Sob várias denominações, as revisões rápidas têm sido empregadas tanto nos processos de incorporação, alteração e exclusão de tecnologias de saúde nos níveis macro e meso do sistema de saúde, quanto nas decisões clínicas e até mesmo no apoio à elaboração de políticas de saúde. O objetivo desta revisão rápida foi analisar a literatura científica sobre as revisões rápidas para a tomada de decisão em saúde, com ênfase em aspectos metodológicos. A partir de uma busca realizada em cinco bases de dados de literatura científica foram selecionados doze estudos para análise. Identificou-se que, apesar da crescente discussão em torno das revisões rápidas nos últimos anos, ainda não há um consenso da comunidade internacional quanto à definição do termo revisão rápida, ao tempo de execução desse tipo de estudo, a padronização de uma metodologia e suas aplicações. Evento realizado no Canadá em 2015 destacou a crescente relevância das revisões rápidas, suas práticas e lacunas. As três áreas chaves que emergiram nas discussões foram: como conduzir uma revisão rápida, como compreender sua validade e utilidade, e como melhorar o acesso a elas. Dada a natureza das revisões rápidas elas frequentemente não são publicadas, sendo importante criar oportunidades para compartilhar essas informações. O Brasil, a exemplo de alguns países, desenvolveu diretrizes metodológicas para a elaboração de revisões rápidas, que se encontra em sua quarta edição.

Palavras-chave: revisão rápida, revisão sistemática, avaliação de tecnologias de saúde

Abstract

Rapid reviews in the context of health decisions have been widely used and gained legitimacy over time. Under various names, rapid reviews have been employed as in the process of incorporation, change and exclusion of health technologies in the macro and meso levels of the health system, as in clinical decisions and even in supporting the development of health policies. The purpose of this rapid review was to analyze the scientific literature on rapid reviews, with emphasis on methodological aspects. From a search performed in five scientific literature databases twelve studies were selected for analysis. It was found that, despite the growing discussion about the rapid reviews in recent years, there is still no consensus of the international community regarding their definition, the time of execution of this type of study, the standardization of a methodology and its applications. Seminar held in Canada in 2015 highlighted the growing importance of rapid reviews, their practices and gaps. Three key areas that emerged in the discussion were: how to conduct a rapid review and understand their validity and utility, and how to improve access to them. Given the nature of rapid reviews they often are not published, so it is important to create opportunities to share this information. Brazil, as example of some countries, developed methodological guidelines for the preparation of quick review, which is in its fourth edition.

Keywords: rapid review, systematic review, health technology assessment

¹ Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é Médica, Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP do Instituto de Saúde.

^{II} Amanda Cristiane Soares (amanda.soares@isaude.sp.gov.br) é Tecnóloga em Saúde, Diretora do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Introdução

As revisões rápidas empregadas no contexto da tomada de decisões em saúde têm sido bastante utilizadas e ganharam legitimidade ao longo do tempo. Sob várias denominações, as revisões rápidas têm sido empregadas tanto nos processos de incorporação, alteração e exclusão de tecnologias de saúde nos níveis macro e meso do sistema de saúde, quanto nas decisões clínicas e até mesmo no apoio à elaboração de políticas de saúde.

No Brasil, embora o desenvolvimento da área de avaliação de tecnologias seja relativamente recente, as revisões rápidas também têm sido utilizadas para a elaboração de recomendações no processo de incorporação de tecnologias de saúde. Novaes e Elias¹² analisaram dados retrospectivos provenientes de registros e documentos produzidos pelo Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia e pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias, ambos do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2010. Dois tipos de estudos foram identificados, a Nota Técnica de Revisão Rápida (NTRR) e o Parecer Técnico-científico (PTC). As NTRR, definidas como documento de síntese que valoriza revisões sistemáticas, avaliações de tecnologias de agências internacionais e ensaios clínicos, foram produzidas por equipe interna do Decit, com tempo de elaboração médio de dez a vinte dias. Os PTC, definidos como documento de síntese da literatura baseado em busca estruturada, inclusão de todos os estudos que atendem a critérios de qualidade e a avaliação crítica de evidências, foram produzidos por equipe interna ou encomendados a instituições membros da Rebrats – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde, com tempo de elaboração médio de dois a quatro meses. As autoras consideraram positivo o aumento na produção desses dois tipos de estudos, por realizarem uma síntese rápida que anterior-

mente dependiam quase que exclusivamente de opiniões de especialistas. No entanto, alertam quanto ao cuidado necessário na elaboração das recomendações sobre a utilização das tecnologias avaliadas.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o livro Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnico-científicos, que atualmente se encontra na quarta edição. Estas diretrizes têm sido divulgadas e utilizadas como referência nos cursos sobre avaliação de tecnologias de saúde, além de serem preconizadas na elaboração de pareceres pela Rebrats e pela Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.^{10,15}

O público a que se destinam essas diretrizes são os profissionais envolvidos nos processos relacionados à avaliação de tecnologias de saúde em geral, desde a incorporação, o monitoramento da efetividade das intervenções e a exclusão. Os requisitos necessários aos profissionais para a elaboração dessas revisões rápidas denominadas pareceres técnico-científicos incluem capacidade de leitura em inglês, familiaridade com a internet, conhecimento das principais bases de dados da literatura e conhecimentos de epidemiologia clínica, ou seja, desenhos de estudo e estimativas de efeito.¹⁰

Com relação ao uso das evidências para políticas de saúde, o país segue as recomendações da Evidence-Informed Policy Network ou Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIP-Net Brasil), que tem como base as ferramentas SUPPORT – Supporting Policy Relevant Reviews and Trials. A EVIPNet Brasil, coordenada pelo Ministério da Saúde, tem incentivado a produção de sínteses de evidências para orientar políticas públicas de saúde por meio de capacitação e criação de Núcleos de Evidências nos estados e municípios.²

A partir de uma definição ampla do termo revisar, entendido como “*ver, inspecionar ou examinar uma segunda vez ou novamente*”, Grant e Booth⁵ identificaram e analisaram quatorze tipos de revisão, entre eles a revisão rápida. Alguns pontos fortes foram identificados por esses autores nas revisões rápidas, tais como a pretensão de usar um método rigoroso e explícito à semelhança das revisões sistemáticas, elaborar uma pergunta de investigação bem delimitada, realizar uma estratégia de busca com foco principalmente em revisões, e relatar o efeito provável das opções adotadas na realização do estudo. Entre os pontos fracos da revisão rápida foram destacados o risco de introdução de viés como consequência do tempo limitado para realizar buscas mais amplas da literatura, assim como falhas no processo de avaliação da qualidade dos estudos incluídos.

Objetivo

Analisar a literatura científica sobre as revisões rápidas para a tomada de decisão em saúde, com ênfase em aspectos metodológicos.

Método

Realizou-se uma busca de artigos, em 26 de fevereiro de 2016, nas bases de dados CRD – Center for Reviews and Dissemination^{III}, PubMed^{IV}, Tripdatabase^V, BVS Portal de evidências^{VI}, Health Systems Evidence^{VII}, utilizando os termos “rapid review”, “rapid reviews”, “revisão rápida” e “revisión rápida”. Os filtros utilizados

^{III} Estratégia de busca: (rapid review) OR (rapid reviews):TI FROM 2011 TO 2016

^{IV} Estratégia de busca: “rapid review”[All Fields] OR “rapid reviews”[All Fields] AND (systematic[sb] AND “humans”[MeSH Terms])

^V Estratégia de busca: “rapid review” or “rapid reviews” from:2011 - Filtro: systematic reviews

^{VI} Estratégia de busca: “rapid review” OR “revisión rápida” OR “revisión rápida” - Filtros: ATS e overview

^{VII} Estratégia de busca: “rapid review” – Filtro: overviews of systematic reviews, systematic reviews of effects, systematic reviews addressing other questions

foram: data de publicação e os termos humans, systematic reviews, overview of systematic reviews, revisão sistemática e avaliação de tecnologias de saúde, conforme as características de cada base de dados.

A busca e a seleção dos artigos foram realizadas por uma das autoras. De 379 artigos identificados, 354 foram excluídos após leitura dos títulos e 9 por serem repetidos. Após leitura dos resumos, 4 foram excluídos por não atenderem aos interesses deste estudo. Portanto, 12 artigos foram selecionados para análise, sendo 6 revisões sistemáticas, 5 relatos de experiência e 1 relato de seminário internacional (fluxograma anexo).

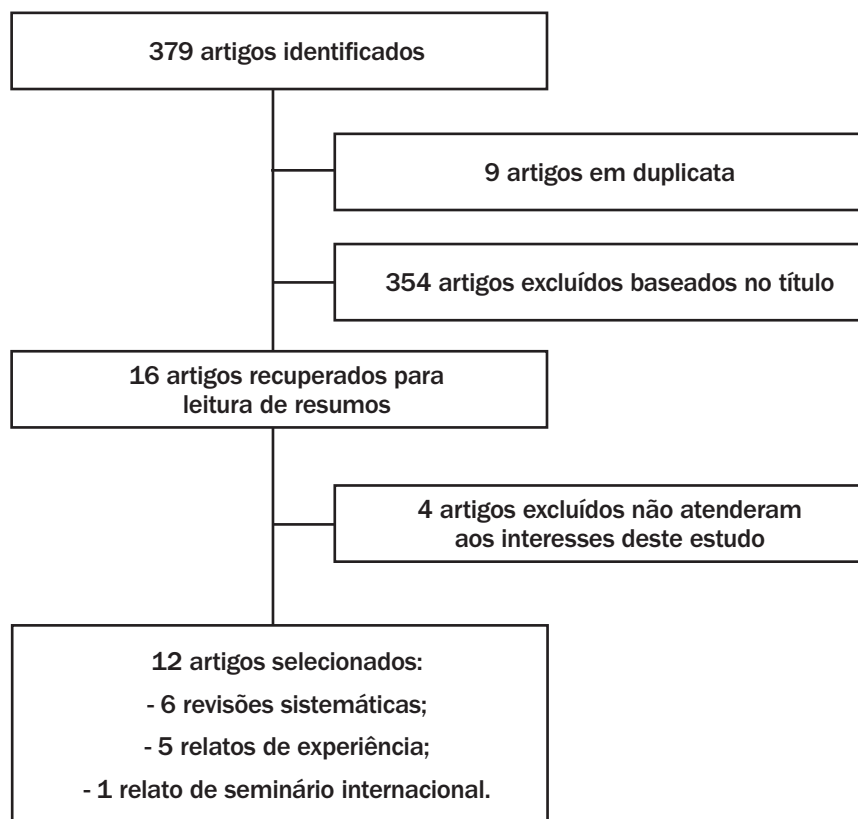
Cada uma das autoras realizou a leitura e a extração de dados relevantes de metade dos artigos selecionados. A avaliação da qualidade das revisões sistemáticas foi feita de forma independente pelas autoras por meio do instrumento AMSTAR - *Assessing the methodological quality of systematic reviews*¹⁴. A análise dos dados foi realizada pelas duas autoras.

O quadro anexo traz uma breve informação sobre as revisões analisadas.

Principais resultados

Esta revisão não incluiu todos os possíveis termos utilizados para denominar revisões rápidas, assim como não realizou buscas em outras bases de dados relevantes e na literatura cinzenta, o que certamente limitou o número de artigos que abordam o tema. Ganann et al.⁴, por exemplo, utilizando vários outros termos e bases de dados conseguiu selecionar quarenta e cinco artigos sobre aspectos metodológicos. Em comparação às exigências de uma revisão sistemática, outras limitações deste estudo foram a busca e seleção dos artigos terem sido realizadas por apenas uma das autoras.

Figura. Fluxograma de estudos incluídos.



Dentre os artigos selecionados, foram localizadas seis revisões sistemáticas. De acordo com os critérios do instrumento AMSTAR, cinco foram consideradas como revisões de qualidade metodológica moderada e uma de baixa qualidade. Contudo, todos esses estudos se mostraram suficientemente aptos a responder à questão de investigação.

Após a análise dos artigos, identificou-se que, apesar da crescente discussão em torno das revisões rápidas nos últimos anos, ainda não há um consenso da comunidade internacional quanto à definição do termo revisão rápida, ao tempo de execução desse tipo de estudo, a padronização de uma metodologia e suas aplicações.^{3,4,6,7,16,18} Porém, alguns avanços podem ser notados, visto que, assim como no Brasil, importantes organizações internacionais que realizam

revisões rápidas já possuem diretrizes gerais sobre seus produtos e processos, como o NICE – *The National Institute for Health and Care Excellence*, e o CADTH – *The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.

Como justificativa da crescente produção de revisões rápidas, os estudos ressaltaram que uma revisão sistemática, embora seja o desenho de estudo com nível de evidência mais elevado, consome muito tempo e recurso, aspectos que em uma situação real são barreiras evidentes para sua execução. Por isso, as revisões rápidas ganham cada vez mais espaço, principalmente em âmbito governamental, muitas vezes sendo conduzidas para auxiliar um usuário específico a tomar uma decisão específica, em um prazo específico, geralmente curto.⁷

Quadro. Breve informação sobre as revisões analisadas.

Estudo	Objetivo	Método	AMSTAR
Watt et al. (2008)¹⁹	Avaliar a prática atual na preparação de revisões rápidas pelas organizações de ATS, tanto internacionalmente quanto no contexto da Austrália, e avaliar a disponibilidade de literatura de revisão por pares referente à metodologia utilizada na preparação dessas revisões.	Para a parte da avaliação da disponibilidade, foi feita uma busca sistemática nas bases de dados: Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE and Australian Medical Index. Foram selecionados 12 estudos relevantes: 1 resumo de guideline, 3 avaliações de programas, 2 estudos comparativos, 2 estudos de métodos, 3 comentários e 1 pesquisa.	4/11
Ganann et al. (2010)⁴	Analisar métodos utilizados em revisões rápidas e implicações da simplificação metodológica com relação ao rigor, viés e resultados.	Busca abrangente em várias bases de dados, inclusive de literatura cinzenta, limitado a artigos em inglês. Termos de busca: 'realis* review, 'realis* synthesis', 'realis* evaluation', 'realis* approach,' rapid literature review), rapid systematic review, rapid scoping review, rapid review, rapid approach, rapid synthesis, rapid evidence assess*, metamethod, meta method, meta-evaluation, meta evaluation. Selecionados 70 artigos, dos quais 45 metodológicos e 25 exemplos de diversas abordagens metodológicas.	6/11
Harker and Kleijnen (2012)⁶	Avaliar os métodos utilizados nas RR em comparação com os processos já estabelecidos para RS, tais como busca, seleção, avaliação de qualidade, extração e síntese de dados e relacionar com o tempo necessário para realizar RR.	Busca na Cochrane Library, CRD, e bases específicas de alguns países, limitado a publicações em inglês. Termos utilizados: 'rapid review', 'rapid appraisal' or 'rapid assessment', com filtro para health technology assessment Selecionados 49 artigos.	6/11
Hartling et al. (2015)⁷	Compreender a gama de produtos que são considerados rápidos, em que contextos que são demandados, para que fins são produzidos, como os seus métodos e recursos necessários diferem de revisões sistemáticas padrão e entre eles mesmos, e que dados empíricos estão disponíveis para julgar o impacto das alterações metodológicas específicas sobre a confiabilidade, validade e usabilidade destes produtos rápidos.	Uma combinação de revisão sistemática e entrevista com pessoas chave que fazem RR. Busca em várias bases, incluindo literatura cinzenta. Selecionados 32 artigos e entrevistadas 18 pessoas. Termos utilizados na busca: rapid or mini or pragmatic or targeted or focused or brief, systematic or evidence or data or knowledge, review* or synthes* or HTA or health technology assessment*.	6/11

<p>Featherstone et al. (2015)³</p>	<p>Este estudo sumariza os resultados, conclusões e recomendações de artigos de revisão publicados, que examinam Rapid Reviews.</p>	<p>Foi realizada uma busca de literatura sistemática no Ovid Medline, Ovid EBM Reviews, Cochrane Methodology Register e EPC Program's Scientific Resource Center (SRC) Methods Library em outubro e novembro de 2013. (Estratégia de busca está no apêndice) "A Scopus citation reference" e a literatura cinzenta foram buscadas também. Uma atualização da busca na base do Ovid Embase foi feita em fevereiro de 2015.</p> <p>As publicações foram rastreadas por 2 revisores independentes. 12 artigos de revisão sobre "Revisões Rápidas" foram identificados. 1 revisor extraiu os dados sobre os métodos e como eles se comparam com as revisões sistemáticas.</p>	<p>6/11</p>
<p>Tricco et al. (2015)¹⁶</p>	<p>Analisar abordagens rápidas de revisão, orientação, impacto e comparações através de uma revisão do escopo.</p>	<p>Buscas foram realizadas em Medline, Embase e the Cochrane Library e complementada por buscas de relatórios de RR postados em websites de produtores de RR.</p> <p>Foram selecionados 101 estudos, dos quais 47 eram RR não publicadas, postadas em websites.</p>	<p>8/11</p>

Watt et al.¹⁹, em estudo comparativo, analisaram as diferenças metodológicas e as conclusões essenciais entre revisões rápidas e revisões sistemáticas completas, pensando no ponto de vista da validade clínica. Os resultados indicaram que existem diferenças evidentes entre as duas abordagens, principalmente no que diz respeito à dimensão do escopo e à transparência da metodologia utilizada, mas que as conclusões não diferem tanto. Os autores consideraram que as revisões rápidas são relevantes para a prática clínica e também para o desenvolvimento de novas tecnologias e técnicas, podendo alcançar conclusões apropriadas. Contudo, ressaltaram que sua metodologia possui limitadores para dar conta de questões mais complexas, mais profundas, que precisam avaliar as implicações éticas, de segurança e econômicas.

Entre as limitações das revisões rápidas os estudos selecionados elencaram: pergunta de

pesquisa limitada, tempo de elaboração e metodologia não definidos, falta de transparência quanto ao método utilizado, restrições na busca de literatura, falta de clareza ou limitação dos critérios de inclusão, apenas uma pessoa realizando o estudo, simplificação ou até mesmo ausência de análise de risco de viés e avaliação da qualidade, ausência de meta-análise e recomendações em geral limitadas a eficácia e efetividade.

Hartling et al.⁷ relataram alguns itens que deveriam ser considerados antes da implementação de um programa de revisão rápida: a clareza de propósitos, a relação direta com o usuário final, o alcance limitado, a dependência de fontes secundárias, a capacidade de mobilizar pessoal qualificado rapidamente e a transparência do método, essa última citada em vários outros artigos como fundamental para o processo de revisão.

Featherstone et al.³ enfatizaram a necessidade de incorporar uma discussão a respeito

das limitações na elaboração das revisões rápidas, devendo-se tomar um cuidado especial ao eliminar a avaliação da qualidade dos estudos incluídos.

Embora o valor da revisão rápida seja reconhecido por todos os artigos, nenhum deles apontou que ela é uma alternativa viável à revisão sistemática e, portanto, não apoiam sua substituição. Muitos autores consideraram como prioridade a realização de pesquisas que tratem da validade das revisões rápidas frente à escassez de estudos desse tipo.

A discussão sobre a relevância e as limitações das revisões rápidas parecem ter se esgotado, uma vez que os estudos são bastante repetitivos quanto aos resultados apresentados. Nesse sentido, vale a pena destacar os resultados mais relevantes do Seminário *Rapid review summit: then, now and in the future*, realizado no início de 2015, no Canadá.¹³ O evento contou com a participação de mais de 150 pessoas, incluindo principalmente produtores e usuários de revisões rápidas. O evento destacou a crescente relevância das revisões rápidas, suas práticas e lacunas. As três áreas-chaves que emergiram nas discussões foram: como conduzir uma revisão rápida, como compreender sua validade e utilidade, e como melhorar o acesso a elas. Dada a natureza das revisões rápidas elas frequentemente não são publicadas, sendo importante criar oportunidades para compartilhar essas informações.

Algumas experiências

A busca identificou experiências de algumas organizações com a produção de revisões rápidas, que ajudam a compreender algumas das dificuldades de uniformizar esse tipo de estudo. As revisões rápidas estão claramente voltadas às necessidades dos usuários e contextos dos sistemas de saúde e estes são bastante variados.

A *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) dispõe, desde 2005, de um serviço de resposta rápida que produz relatórios em resposta a questões urgentes com relação a fármacos, dispositivos, procedimentos e testes diagnósticos e de triagem. Os produtos de resposta rápida do CADTH variam desde uma Lista de referências (produzida em 5-10 dias), Síntese de resumos (15 dias), Síntese com análise crítica (30 dias) até uma Revisão sistemática e meta-análise (4-5 meses). De 2005 a 2013 foram produzidos 2.362 relatórios de revisão rápida, dos quais 1.621 (31%) referiam-se a medicamentos. O produto Síntese com análise crítica, que é produzido em 30 dias, segue o padrão estabelecido para a revisão sistemática, porém não envolve um segundo pesquisador independente nas fases de seleção dos estudos e extração de dados, não é submetido a um avaliador externo e não realiza a meta-análise.⁸

Ainda no Canadá, no âmbito do Programa de Pesquisa Conhecimento para Ação (KTA), de novembro 2009 a março 2011, foram produzidas 11 sínteses de evidências. Neste programa os pesquisadores têm procurado aprimorar a aplicação do rigor metodológico da revisão sistemática, porém sem deixar de lado a capacidade de responder rapidamente (até 5 semanas). A abordagem desenvolvida paralelamente à realização das sínteses inclui oito etapas: levantamento das necessidades, elaboração e aperfeiçoamento da pergunta de investigação, elaboração e aprovação da proposta, busca sistemática da literatura, triagem e seleção de estudos, síntese narrativa dos estudos incluídos, elaboração do relatório, seguimento e diálogo com os usuários da síntese.⁸

A *Belgian Red Cross-Flanders*, em geral, usa a revisão rápida com a finalidade de ter uma ideia inicial sobre o conteúdo, quantidade e qualidade das evidências disponíveis; é um documento

para uso interno para preparar um projeto de revisão sistemática ou protocolo clínico.¹

O *Joanna Briggs Institute* – JBI, da Universidade de Adelaide, Austrália, tem uma grande experiência na produção de revisões rápidas voltadas para a prática clínica. Os autores argumentam que embora a revisão sistemática seja o tipo ideal de pesquisa para subsidiar a prática, frequentemente ela não responde às necessidades dos usuários nos serviços que prestam o cuidado. Para esses usuários é necessário ter um formato simples para leitura que possa orientar a prática. Até novembro de 2014, o JBI havia produzido 2.458 sínteses de evidências. A cada mês são produzidas cerca de 60-70 novas sínteses, que são atualizadas anualmente. A metodologia segue as seguintes diretrizes: elaboração da pergunta de investigação, busca estruturada da literatura, seleção e análise crítica dos estudos, elaboração da síntese, submissão à revisão por pares, incorporação das sugestões, disponibilização do material no site. As sínteses são realizadas no prazo de uma semana, sendo que a maioria delas tem como foco a efetividade de intervenções para determinadas condições clínicas.¹¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também passou a utilizar as revisões rápidas para atualização da Lista de Medicamentos Essenciais (LME). Em 1977, a OMS publicou pela primeira vez a LME, que tem sido revisada e atualizada a cada dois anos. A partir de 2002 o processo tornou-se mais transparente e incorporou especialistas de medicina com base em evidências. Embora essa mudança no processo seja capaz de proporcionar evidências mais abrangentes, entende-se que é necessário continuar seu aprimoramento.⁹

Nosso país tem caminhado a passos largos na área de avaliação de tecnologias de saúde. A Rebrats é formada por 86 instituições membros de 18 estados. A colaboração entre esses

membros, por meio de seis grupos de trabalho, tem ampliado a possibilidade de capacitar profissionais de diversas disciplinas e realizar revisões rápidas como os pareceres técnico-científicos, assim como revisões sistemáticas, meta-análises e avaliações econômicas. Em consonância com a preocupação internacional, aqui também foram desenvolvidas várias diretrizes metodológicas relacionadas à ATS com o intuito de aumentar a qualidade e comparabilidade dos estudos.¹⁷ Com relação às revisões rápidas, as Diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos recomendam as seguintes etapas: formulação da pergunta do parecer, seleção da equipe com conhecimento no assunto, planejamento, esboço de um cronograma de atividades, explicitação da metodologia, elaboração da síntese dos achados, interpretação e recomendação. A equipe deve informar o conflito de interesses de seus componentes, a pergunta de investigação deve ser estruturada, a estratégia de busca deve ser o mais ampla possível e reprodutível, os critérios de exclusão de estudos devem ser explícitos e relatados os motivos da exclusão, os estudos incluídos devem ser avaliados quanto à qualidade metodológica por meio de instrumentos apropriados a cada tipo de estudo, a qualidade da evidência deve ser ponderada para cada desfecho com vistas à elaboração das recomendações.¹⁰

Conclusão e recomendações

Apesar da estratégia de busca limitada, esta revisão rápida identificou estudos que trouxeram informações extremamente relevantes sobre os potenciais e as limitações deste tipo de metodologia.

Observou-se que os resultados dos estudos selecionados foram muito semelhantes,

mostrando o esgotamento de algumas discussões quanto ao papel e limitações das revisões rápidas.

Embora as revisões rápidas não alcancem os padrões de excelência das revisões sistemáticas quanto ao rigor metodológico, elas são muito úteis para subsidiar os tomadores de decisão. É importante que se busque o aprimoramento na realização das revisões rápidas e que os relatos sejam transparentes com relação aos métodos aplicados.

No Brasil, à semelhança de alguns países, foram desenvolvidas diretrizes que orientam a realização de revisões rápidas, com a preocupação de alcançar a melhor qualidade metodológica possível diante das limitações já descritas para esse tipo de estudo.

A avaliação da qualidade metodológica das revisões rápidas produzidas no país, em particular dos produtos disponibilizados pela Rebrats, poderia contribuir para ofertar leituras de referência cada vez mais próximas da qualidade metodológica recomendada.

Referências

1. De Buck E, Pauwels NS, Dieltjens T, Vandekerckhove P. Use of evidence-based practice in an aid organisation: a proposal to deal with the variety in terminology and methodology. *Int J Evid Based Healthc*. 2014;12(1):39-49.
2. Dias RISC, Barreto JOM, Vanni T, Candido AMSC, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cad. Saúde Colet*. 2015[acesso em 17 mar 2016];23 (3):316-322. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201500030005.pdf>
3. Featherstone RM, Dryden DM, Foisy M, Guise JM, Mitchell MD, Paynter RA, et al. Advancing knowledge of rapid reviews: an analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. *Syst Rev*. 2015[acesso em 17 mar 2016];4:50. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4415284/pdf/13643_2015_Article_40.pdf
4. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci*. 2010[acesso em 17 mar 2016];5:56. [acesso Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914085/pdf/1748-5908-5-56.pdf>
5. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009[acesso em 17 mar 2016]; 26(2):91-108. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x/epdf>
6. Harker J, Kleijnen J. What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in Health Technology Assessments. *Int J Evid Based Healthc*. 2012; 10(4):397-410.
7. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Belinson S, Berliner E, et al. A taxonomy of rapid reviews links report types and methods to specific decision-making contexts. *J Clin Epidemiol*. 2015[acesso em 17 mar 2016]; 68(12):1451-1462.e3. Disponível em: <http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356%2815%2900372-8/pdf>
8. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst Rev*. 2012[acesso em 17 mar 2016]; 1:10. 2016] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351736/pdf/2046-4053-1-10.pdf>
9. Li Y, Yu J, Du L, Sun X, Kwong JS, Wu B, et al. Exploration and practice of methods and processes of evidence-based rapid review on peer review of WHO EML application. *J Evid Based Med*. 2015; 8(4):222-228.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 4.ed. Brasília (DF);2014. 80 p.: il. [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>
11. Munn Z, Lockwood C, Moola S. The Development and Use of Evidence Summaries for Point of Care Information Systems: A Streamlined Rapid Review Approach. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(3):131-8.
12. Novaes HMD, Elias FTS. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013[acesso em 17 mar

- 2016]; 29 (Sup): S7-S16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29s1/a02.pdf>
13. Polisen J, Garritty C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Syst Rev*. 2015[acesso em 17 mar 2016]; 4:26. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4407715/pdf/13643_2015_Article_22.pdf
14. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007[acesso em 18 dez 2015];7:10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810543/pdf/1471-2288-7-10.pdf>
15. Silva MT. Avaliação de tecnologias em saúde: diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. 2013[acesso em 17 mar 2016]; 14(2):159-164. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n2/v14n2a05.pdf>
16. Tricco AC, Antony J, Zarin W, Strifler L, Ghassemi M, Ivory J, et al. A scoping review of rapid review methods. *BMC Med*. 2015[acesso em 17 mar 2016]; 13(1):224. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574114/pdf/12916_2015_Article_465.pdf
17. Vanni T, Stein AT, Souza KM, Freitas MG, Patterson I, Assis EC, et al. Inteligência avaliativa em rede: construindo consenso em Avaliação de Tecnologias em Saúde. *Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde*. 2015[acesso em 17 mar 2016]; 9(4). Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1026/pdf_1026
18. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid reviews versus full systematic reviews: An inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(2):133-139.
19. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid versus full systematic reviews: validity in clinical practice? *ANZ J Surg*. 2008; 78(11):1037-40.

Análise de custo-minimização do uso do Top Maternal e do Berço de Calor Radiante para manutenção da temperatura de recém-nascidos saudáveis na primeira hora de vida^I

The cost-minimization analysis of the Top Maternal and infant radiant warmer for temperature maintenance of healthy newborns in the first hour of life

Rosemeire Sartori de Albuquerque^{II}, Corintio Mariani Neto^{III}, Ana Aparecida Sanches Bersusa^{IV},
Cátia Alves da Nóbrega^V, Hanna Souza Queiroz^{VI}, Elisabete Ozeki^{VII}

Resumo

Introdução: Em revisões sistemáticas e estudo clínico realizado no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) verificou-se que recém-nascidos (RN) saudáveis expostos ao berço de calor radiante (BCR), ou ao contato pele a pele favorecido pelo TOP Maternal (TOP), na primeira hora de vida, têm termorregulação equivalente. **Objetivo:** Analisar o custo do BCR e do TOP para atendimento ao RN sadio na primeira hora de vida com vistas à manutenção da sua temperatura. **Método:** Estudo de análise econômica, custo-minimização, sobre a assistência ao RN com uso do TOP e em BCR. **Resultados:** Foi identificado que o custo em média do atendimento de um RN em BCR é de R\$3,39, enquanto que do TOP é de R\$ 0,75. **Conclusão:** Pode-se identificar por meio do estudo que o valor gasto com o TOP é mais de quatro vezes menor quando comparado ao BCR. Tanto o BCR, quanto o TOP mantêm a temperatura recomendada para termorregulação; porém, o uso do TOP pode proporcionar outros benefícios como: tranquilidade ao bebê, favorecimento do aleitamento e vínculo mãe-filho já descritos em literatura. O BCR ainda é um equipamento recomendado para bebês com dificuldade de adaptação de temperatura ao meio, mais especificamente prematuros com baixo peso.

Palavras-chave: recém-nascido, regulação da temperatura corporal, análise de custo em saúde.

Abstract

Introduction: Systematic reviews and a clinical study conducted at the Maternity Hospital Leonor Mendes de Barros (HMLMB) found that healthy newborns exposed to infant radiant warmer (IRW) or skin to skin contact favored by TOP Maternal (TOP) in the first hour of life, have an equivalent thermoregulation. **Objective:** To analyze the cost of the infant radiant warmer and TOP Maternal to serve the healthy newborns in the first hour of life in order to maintain their temperature. **Method:** The cost-minimization analysis on assistance to newborns with use of TOP Maternal and infant radiant warmer. **Results:** It was identified that the cost of care on average to newborns in IRW is R\$ 3.39, while the TOP is R\$ 0.75. **Conclusion:** It can be identified by studying the amount spent on the TOP is more than four times lower when compared to IRW. Both the infant radiant warmer, as the TOP Maternal keeps the recommended temperature for thermoregulation, but the use of TOP can provide other benefits such as: calm the baby, breastfeeding success and mother-child bond already described in literature. The infant radiant warmer is still recommended equipment for newborns with limited temperature adaptation to the environment, such as premature and low-birth-weight infants.

Keywords: newborns, body temperature regulation, cost analysis in health.

^I Trabalho final de alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em Enfermagem Materno-Infantil do HMLMB.

^{II} Rosemeire Sartori de Albuquerque (rose.sart1@uol.com.br) é Prof^a do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades Universidade de São Paulo – Doutora em Ciências da Saúde.

^{III} Corintio Mariani Neto é (marianiops@terra.com.br) é Prof. Dr. Diretor Técnico de Saúde III do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

^{IV} Ana Aparecida Sanches Bersusa (anabersusa@ig.com.br) é Mestre em Fundamentos de Enfermagem pela EEUUSP e pesquisadora científica V prestando serviços no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

^V Cátia Alves da Nóbrega (catia-alves_@hotmail.com) é Enfermeira formada pela Universidade de Mogi das Cruzes e pós-graduanda em Enfermagem Materno-Infantil pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

^{VI} Hanna Souza Queiroz (hannaqueiroz.enf@hotmail.com) é Enfermeira formada pela Universidade Nove de Julho, pós-graduanda em Saúde Coletiva com ênfase em ESF e pós-graduanda em Enfermagem Materno-Infantil pelo programa de Aprimoramento Profissional do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

^{VII} Elisabete Ozeki (enfermagemsec.hmlmb@saude.sp.gov.br) é Enfermeira da Educação Continuada do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e supervisora de enfermagem do Programa de Aprimoramento Profissional I. Pós-graduanda em Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Introdução

Nos dias atuais, mesmo em países desenvolvidos, os problemas com a termorregulação dos recém-nascidos (RN) ainda representam ponto de difícil assistência.¹²

Durante a gestação, mecanismos maternos mantêm a temperatura intrauterina em torno de 37,5° C, proporcionando ambiente térmico adequado ao feto. Após o nascimento, os RN precisam adaptar-se ao meio relativamente frio. A manutenção da temperatura se dá pela produção metabólica de calor, uma vez que são incapazes de gerar uma resposta adequada mesmo com o recurso fisiológico de calafrios.⁸

A termorregulação é uma função fisiológica intimamente relacionada à transição e à sobrevivência dos RN. Eles têm capacidade de controlar a temperatura corpórea, porém em condições extremas de temperatura (muito baixas ou muito altas) há dificuldade física em manter a homeostase. Dessa forma, os cuidados relacionados ao controle e à manutenção da temperatura corporal dos RN são essenciais para sua sobrevivência, uma vez que se resfriam e se superaquecem com facilidade, acompanhando as alterações do ambiente térmico.⁵

O RN perde calor de quatro maneiras: evaporação (ao nascer); condução (contato direto com superfícies frias); radiação (perda para superfícies frias mais distantes); e convecção (por corrente de ar frio). Outros fatores predisponentes no bebê também podem influenciar a perda de calor: maior superfície corporal relacionada ao peso, cabeça maior em relação ao corpo, pele fina e, no caso do RN prematuro, por possuir menos gordura marrom, que tem função precípua no equilíbrio da temperatura corporal por ser mais vascularizada e rica em inervação simpática.⁶

Convencionalmente, há anos o manejo do cuidado logo após o nascimento prestado ao RN tem sido realizado na unidade de berço de calor radiante (BCR), que tem o mesmo princípio da

incubadora e vem sendo largamente utilizado para promover suporte térmico para os bebês em sala de parto, com vistas a promover estabilidade térmica durante procedimentos rotineiros de cuidado e higiene principalmente para RN com problemas de saúde, e que devam permanecer por um período maior de tempo em ambientes resfriados. O equipamento tem em sua estrutura básica um sistema de calor irradiante criado para ser utilizado em RN nos primeiros momentos de vida ou durante atendimento prolongado, com fácil visualização e acesso ao bebê sem que haja interrupção de aquecimento.³

Dentre os cuidados recomendados para favorecer a termorregulação do RN após o nascimento, além do controle da temperatura ambiente, estudos recentes analisam as evidências dos benefícios com o contato pele a pele (CPP) precoce entre mãe e bebê, tais como: a manutenção da temperatura corporal, aumento dos níveis de glicemia capilar, diminuição da dor, redução do choro, promoção de conforto e sono, além de promover o aleitamento materno e vínculo afetivo.⁷

Os RN prematuros, que têm menor quantidade de gordura marrom, também são beneficiados com o CPP. Estudos têm mostrado que a aproximação do bebê ao corpo da mãe cria um efeito benéfico na manutenção da sua temperatura corporal. A intervenção denominada Método Mãe Canguru ou contato pele a pele, foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colômbia. A nomeação foi dada devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais.¹¹

No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram o CPP foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP) em 1992, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) em 1993 e no HMLMB pesquisadores estudaram a viabilização

de 1993 a 1997, no âmbito do método canguru para atenção a recém-nascidos prematuros.^{10,11} Após a implantação no HMLMB o método vem sendo aprimorado para garantia do CPP imediatamente após o nascimento para recém-nascidos a termo.

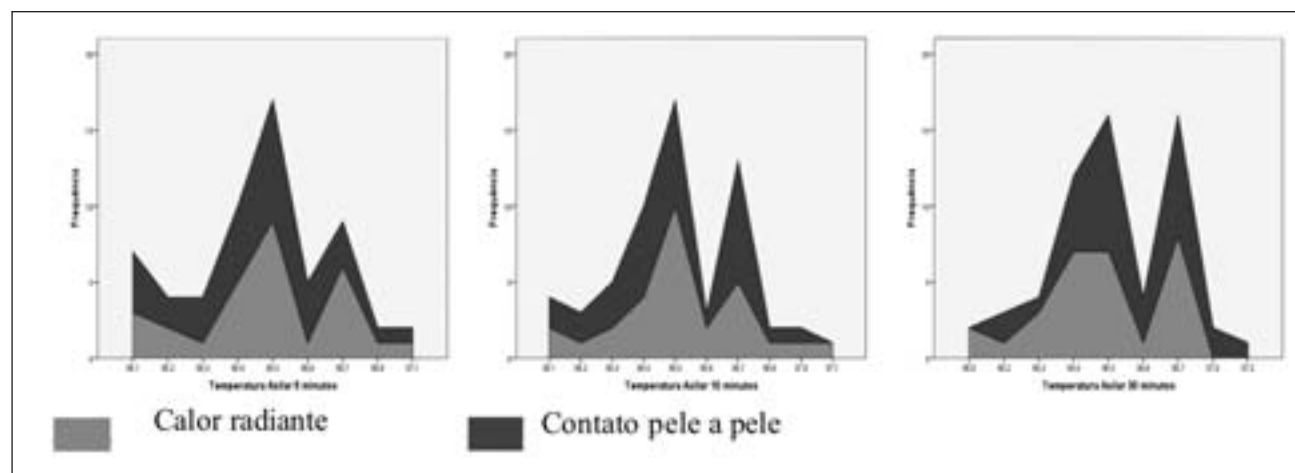
Com o objetivo de atender a preocupação da equipe do HMLMB na segurança do bebê junto ao corpo da mãe evitando o escorregamento, em preservar o constrangimento da mulher no momento do pré-parto e parto encobrendo as mamas, além de favorecer o contato pele a pele logo após o nascimento, foi idealizado o TOP Maternal (TOP). Trata-se de um dispositivo constituído com malha de algodão em forma circular com 90 cm de largura e 90 cm de altura, colocado no momento anterior ao parto ao redor do tórax da mãe, onde será disposto o RN que nascer em boas condições.^{1,2}

A revisão da Cochrane⁷, que analisou 34 estudos sobre o CPP precoce em bebês, em que um dos desfechos ponderado foi mudança da temperatura corporal no CPP comparado com o padrão (berço de calor assistido), revelou que não houve

mudanças significativas quanto à manutenção da temperatura corporal para nenhum dos dois métodos empregados, somente alguns benefícios a mais foram identificados no CPP sendo um deles a amamentação precoce. Entre os estudos analisados, quando a avaliação da temperatura foi verificada por tecnologia mais avançada como a de termografia infravermelha obteve-se os mesmos resultados em bebês no cuidado pele a pele e no calor assistido. No HMLMB foi realizado estudo clínico semelhante, com verificação de temperatura axilar de 60 RN sadios nos primeiros 5, 10 e 30 minutos de vida, e se obteve resultados semelhantes, não sendo identificada diferença estatística significativa quanto à termorregulação para os bebês colocados em BCR ou no TOP como podemos verificar no gráfico de área a seguir.

Estudos como observados na análise da Cochrane⁷ e também no HMLMB apresentam desfechos de termorregulação idênticos nos bebês sadios para as duas tecnologias, porém ainda não existem trabalhos determinando qual delas pode ser uma opção melhor sob a lógica de custos monetários.

Gráfico. Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal.



Fonte: Albuquerque R S, Mariani Neto, C, Bersusa AAS Dias, V, Silva MI. Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal. ID is RLAE-2014-0305. (no prelo).

O custo representa o valor monetário dos insumos como, por exemplo, capital, trabalho, materiais, dispositivos, medicamentos, dentre outros, e que são usados na produção ou distribuição de bens e serviços.^{4,9}

Com vistas a investigar aspectos econômicos relacionados às duas estratégias tecnológicas de cuidado, desenvolveu-se este estudo de custo-minimização do cuidado do RN colocado no BCR e sob o TOP em contato com corpo de sua mãe.

Método

Optou-se pelo estudo de custo-minimização por entender estar à frente de duas tecnologias que têm como desfecho final resultados equivalentes e do qual se quer identificar a estratégia com menor custo.

Com vistas à construção do instrumento de coleta de dados foram colhidas informações de 39 prontuários, selecionados ao acaso, de bebês nascidos entre fevereiro de 2013 e janeiro de 2016. Os seguintes dados foram extraídos: idade gestacional igual ou maior de 37 semanas; Apgar de 1º e 5º minutos de vida maior ou igual a 7; controle de temperaturas axilares no primeiro, quinto e trigésimo minuto de vida e filhos de mães com idade superior a 18 anos. Esta coleta permitiu a confecção de uma primeira lista de itens destinada a verificação de custos relacionados as duas tecnologias. A coleta destas informações só se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, sob o número 1097515.

Essa análise retrospectiva em prontuários permitiu o protótipo do instrumento que foi aprimorado pela técnica de observação direta do procedimento, sendo complementados todos os itens, materiais e de recursos humanos

necessários para cada tecnologia estudada, bem como o tempo dispensado.

Dentre os itens foram relacionados os insumos e equipamentos, além dos profissionais envolvidos para a utilização das tecnologias estudadas. Para o cálculo utilizaram-se os dados disponibilizados pelo setor de compras do local onde foi realizada a coleta dos dados, cuja aquisição segue a legislação do Governo do Estado de São Paulo efetuada por meio de pregões eletrônicos oficiais. A partir dos valores disponibilizados foi calculada média dos custos para cada um dos equipamentos utilizados no procedimento de BCR.

A referência para o tempo que cada tecnologia é utilizada de forma efetiva e útil foi de um ano. Esse cálculo teve como subsídio a avaliação do setor de lavanderia para o TOP, até que apareça esgarçamento e rompimento do tecido, e do mesmo tempo para o BCR, em que os técnicos do setor de manutenção de equipamento da instituição observam e registram em seus relatórios, e após esse tempo há sempre necessidade de reparos de monta ou desativação do equipamento. Somente foram considerados os itens: fusível, cabo de força e resistência, que segundo avaliação da equipe são trocados pelo menos duas vezes no primeiro ano de uso.

Como base para cálculo do dispêndio do uso das tecnologias para cada parto foi considerado o número histórico de partos ao mês (400), assim como o número de BCR disponíveis (8) para atendimento em sala de parto, o que permitiu conhecer que cada BCR atende 1,6 RN /dia. Em relação à tecnologia TOP, o grupo de Voluntárias da Casa Maternal (VOMAT), antigo nome do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, confecciona 1600 TOP por ano, sendo utilizado por 36 vezes após processo de higienização entre um uso e outro.

A confecção do TOP no HMLMB é isenta de custos reais relacionadas ao tecido, às linhas de coser e ao serviço de costura, somente sendo paga a impressão do logotipo da instituição em cada um deles. Assim para ser possível um comparativo entre as tecnologias foi utilizado levantamento do preço destes itens pela internet, considerando o maior e o menor preço, e trabalhado com o custo médio.

A higienização do TOP é realizada em lavanderia externa cujo preço é pago por quilo de roupa lavada e secada. Para obtenção do cálculo do custo de um TOP foram pesadas 20 peças e em média obteve-se peso de 0,086kg por dispositivo.

Com relação ao BCR, foram relacionados os custos de operacionalização: limpeza, serviços de manutenção e outros materiais indispensáveis ao funcionamento do equipamento em sua vida útil. O cálculo de consumo elétrico foi considerado a partir do preço do quilowatts/hora, sendo o consumo do aparelho aproximadamente 1 KWh por 1 hora de uso, e o tempo médio de uso que cada bebê ficou no berço, média de 40 minutos. Já a limpeza do berço foi cronometrada

resultando em média de 15 minutos de utilização para esta atividade que foi somada ao custo da solução desinfetante (15ml/berço).

Resultados e discussão

A maioria (56,0%) dos RN que participou do estudo nasceu de parto normal, com prevalência no Centro Obstétrico em 54%, e foram expostas ao BCR 59% e 38% no CPP. A maioria (15) dos bebês manteve temperatura axilar entre 36,5°C e 37,4° C. A variação da idade gestacional foi de 38 a 39 semanas em 69% dos casos.

O equipamento BCR tem tempo médio de um ano de uso útil, sem necessidade de manutenção de monta, conforme os registros de acompanhamento do serviço de manutenção e equipamento do HMLMB. No primeiro ano verificou-se nos relatórios que houve em média duas trocas de fusível, cabo de força e resistência por ano, inclusive no primeiro ano de uso. O berço é utilizado mais que uma vez e meia (1,6 vez) ao dia, o que pode exigir até duas higienizações diárias.

Pode-se identificar, conforme os dados do Quadro 1, que o valor dispendido para utilização

Quadro 1 - Equipamentos e processo utilizados para o uso do BCR na manutenção da temperatura do recém-nascido na 1ª hora da vida, segundo custos. São Paulo, 2015.

Tecnologia Berço de Calor Radiante	Custos (R\$)			Custo mensal (R\$)	Custo por parto (R\$)
	Maior	Menor	Médio		
Equipamento completo	7.268,00	4.500,00	5.884,00	490,33	1,22
Fusível	0,60	0,10	0,35	0,053	0,00013
Cabo de força	16,90	12,00	14,45	2,40	0,006
Resistência	350,00	120,00	235,00	39,16	0,09
Profissional (higienização)	13,59/15minutos + solução desinfetante			815,40	2,04
Consumo elétrico	0,54/40minutos de uso			32,40	0,081
Total					3,43

do BCR gera um custo de R\$ 3,43. Se considerar que o mesmo berço é utilizado mais que uma vez e meia (1,6 vez) no mesmo dia somado a mais um processo de higienização e ao gasto elétrico, o valor total é de R\$ 5,53.

É importante notar que, além dos itens apresentados para a tecnologia BCR, há variáveis complexas que não foram apresentadas neste estudo por ocorrerem de forma esporádica, como o uso de gerador para eventuais falta de fornecimento de energia elétrica ou a falta do aparelho em sala, quando é encaminhado à manutenção para a troca de resistência, fio ou fusível. Desconsiderou-se também o treinamento da equipe para higienização, que é sempre realizada quando há mudança do fabricantes ou de procedimentos.

A outra tecnologia avaliada neste estudo é o dispositivo TOP, o qual é confeccionado na instituição Leonor Mendes de Barros pelo serviço de voluntárias do hospital, tendo apenas como gastos externos o serviço de lavanderia para higienização. Para a confecção do TOP é necessário tecido de algodão com elastano para que facilite a aproximação do bebê ao corpo da mãe. No comércio esse tecido é vendido a um preço médio de R\$9,00 o

metro com a medida de 90 cm x 90 cm. Três metros do tecido são suficientes para confeccionar 12 TOP, a um preço de 2,25 cada. A linha para a costura de um TOP custa 0,008 e a estampa com o logo da instituição e o serviço de costura sairá por 2,75. O preço total de um TOP é de 5,008.

No Quadro 2 pode-se verificar o custo relativo a confecção e a higienização para reutilização do dispositivo. A tecnologia dispositivo TOP Maternal é mais simples uma vez que envolve praticamente dois procedimentos para estar pronta para o uso, a confecção e a higienização.

O tempo disponibilizado pela equipe de assistência ao parto (médicos, obstetras e enfermeiras obstétricas) na utilização das duas tecnologias é semelhante, não interferindo nos custos da sua aplicação.

Conclusão

Estudos mostram que as duas tecnologias BCR e TOP têm semelhante desempenho com relação à manutenção de temperatura corporal para bebês saudáveis na primeira hora após o parto.^{4,6}

O estudo de custo-minimização permitiu concluir que o valor gasto com o TOP é mais de

Quadro 2 - Insumos utilizados para confecção e manutenção do dispositivo TOP Maternal para manter temperatura de RN saudáveis na primeira hora de vida, segundo custos. São Paulo, 2016.

Tecnologia Top Maternal	Custo (R\$)	Custo Mensal (R\$)	Custo por parto (R\$)
Confecção do Top	5,008X1600 8 012,8 (custo anual)	667,73	1,66/TOP 0,55/ 3 TOP mês
Higienização do Top Serviço de lavanderia para lavagem e secagem do Top cujo peso é de 0,086kg	0,20	80,00	0,20
Total			0,75

quatro vezes inferior ao BCR e que essa diferença se dá principalmente por ser esse dispositivo utilizado por até 3 vezes ao mês, com despesas apenas para sua higienização. O BCR exige mais serviços de manutenção, possui valor de aquisição maior, além do consumo de energia elétrica e higienização, que elevam seu valor final quando comparamos as duas tecnologias.

Ao comparar o custo das duas tecnologias durante um ano, pode-se identificar que para os bebês atendidos no BCR o valor foi de R\$ 26.544,00 enquanto que para o uso do TOP foi de R\$3.600,00. No caso do HMLMB esse valor caiu para R\$2.400,00, uma vez que o custo da confecção é doado pelo VOMAT.

Assim, os resultados levam ao entendimento de que para prestar cuidados ao RN, com boas condições de nascimento e sem necessidade de cuidados especiais na primeira hora de vida, pode-se utilizar tanto o TOP quanto o BCR, porém com relação a custos, comparativamente o TOP é quatro vezes mais barato do que o BCR, somado a outros benefícios consagrados e destacados na literatura, como a amamentação precoce, e o aumento do vínculo mãe-filho. Dessa maneira, entende-se que o uso do BCR possa ser direcionado aos RN com necessidades especiais detectadas pela equipe que o assiste imediatamente após o parto, tornando-se, nesse cenário, indispensável para favorecer o prognóstico do RN, tal qual nos casos de prematuros ou nascituros com deficiências.

Referências

1. Albuquerque RS, Mariani Neto C, Bersusa AAS, Dias V, Silva MI. Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal. ID is RLAE-2014-0305. (no prelo).
2. Albuquerque RS, Mariani Neto C, Natal DAM, Kuzuhara JSW, Mattar MJG. Percepção de mulheres atendidas no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e equipe de trabalho sobre o uso do TOP MATERNAL: um olhar para o conforto e para a amamentação. [Apresentação de pôster no VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e II Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal 2011, Out 30 - Nov 1, Florianópolis, Santa Catarina]. (Relatora).
3. FANEM. Manual do usuário. Unidade de aquecimento de parede multisystem 2051. São Paulo;2003. [acesso em 22 jun 2015]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL\[6086-1-2\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL[6086-1-2].PDF)
4. Ministério da Saúde. Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Metodológicas. Brasília(DF); 2009. [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_tecnologias_saude_2009.pdf
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): 2011. 4 v.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso em 9 mai 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2.ed. Brasília (DF); 2012. 4 v.: il. [acesso em 9 maio 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf
7. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, DowswellT. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3. [acesso em 9 mai 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/pdf/emss-57256.pdf>
8. Rolin KMC, Araújo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos ACS. Cuidado quanto á termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. Rer Rene. Fortaleza. 2010 [acesso em 9 maio 2016];11(2):44-52. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a05v11n2.pdf

9. Santos ME, Leal EA, Silva DA. Produção científica em gestão de custos em hospitais: uma análise nos principais eventos acadêmicos na área contábil. *Rev Admin Hospitalar*. 2014 [acesso em 9 maio 2016];11(1):42-57. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1770/1310>
10. Toma TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2012[acesso em 3 maio 2016];13(3):231-8. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a05.pdf>
11. Venâncio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*; 2004 [acesso em 3 maio 2016];80(5 Supl):S173-S180. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a09>
12. Ventura CMU, Alves JGB, Meneses JA. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enf*. 2012[acesso em 3 maio 2016];65(1):49-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/07.pdf>

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse que possam ter influenciado na realização deste estudo.

Agradecimentos: À equipe da Diretoria de Grupo Técnico de Administração Hospitalar, setor de compras do HMLM e o VOMAT, pela dedicação e empenho na disponibilização de dados necessários à realização deste estudo e por contribuir para a manutenção da proposta de efetivar o CPP ao confeccionar o TOP Maternal.

Orientação aos autores - Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.