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'

Reproduzido no Brasil pelo Departamento de Ciência e Tecnologia /
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde.

Ministério
da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Esta é a tradução de uma série de artigos publicados na revista 'Health Research Policy and Systems'. (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1).

O uso, a distribuição e a reprodução irrestritas por qualquer meio estão permitidas desde que a fonte seja citada. Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

A série de artigos foi preparada como parte do projeto SUPPORT, apoiado pelo 6º Programa-Quadro INCO da Comissão Europeia, contrato 031939. A Norad (Norwegian Agency for Development Cooperation), a AHPSR (Alliance for Health Policy and Systems Research) e o Milbank Memorial Fund organizaram um encontro de revisão por pares no qual se discutiu uma versão prévia da série. John Lavis recebeu salário como Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange (Catedrático de pesquisa no Canadá para a transferência e troca de conhecimento). A Norad, o satélite norueguês do grupo EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care), o Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, a AHPSR, a CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation), a EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network) e a Organização Pan-Americana da Saúde apoiaram a tradução e difusão dos artigos. Nenhum dos financiadores atuou na elaboração, revisão ou aprovação do conteúdo.

Este artigo foi traduzido para o português por Ocean Translations e contou com o apoio da Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) http://www.chsrf.ca/; Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.org.ar; e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (www.paho.org/researchportal).

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Reproduzido no Brasil pelo Departamento de Ciência e Tecnologia / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde.

SUMÁRIO

1 **Introdução**

16 **1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?**

36 **2. Como fazer com que a sua instituição melhore o apoio ao uso de evidências de pesquisa para fundamentar a elaboração de políticas?**

66 **3. Estabelecimento de prioridades para apoiar a formulação de políticas baseadas em evidências**

86 **4. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema?**

107 **5. Como usar evidências de pesquisa para estruturar opções com o objetivo de abordar um problema?**

128 **6. O uso de evidências de pesquisa para informar como uma opção será implementada**

152 **7. Localização de revisões sistemáticas**

180 **8. Decidindo até que ponto uma revisão sistemática pode ser considerada confiável**

208 **9. Como avaliar a aplicabilidade dos resultados de uma revisão sistemática?**

228 **10. Como considerar a equidade ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática?**

246 **11. Busca e uso de evidências sobre condições locais**

278 **12. Busca e uso de evidências de pesquisa sobre utilização de recursos e custos**

298 **13. Preparo e uso de resumo de políticas baseadas em evidências**

319 **14. Organizar e utilizar os diálogos da política para apoiar a política de saúde baseadas em evidências**

337 **15. Envolvendo o público na elaboração de políticas baseadas em evidências**

357 **16. O uso de evidências de pesquisa para avaliar os prós e contras das políticas**

378 **17. Como lidar com insuficiente evidência de pesquisa?**

394 **18. Como monitoraro planejamento e avaliação de políticas?**

417 **Glossário de termos selecionados**

428 **Citações completas**

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

Introdução

John N Lavis[1], Andrew D Oxman[2], Simon Lewin[3] and Atle Fretheim[4]*

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **Introduction**. Health Research Policy and Systems; 2009, **7**(Suppl 1):I1 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-I1.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo é a Introdução de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Saber como localizar e usar evidências de pesquisa pode ajudar os formuladores de políticas e aqueles que os ajudam a melhorar e a tornar a elaboração de políticas mais eficiente. Cada artigo desta série apresenta uma proposta de ferramenta que pode ser usada por aqueles envolvidos na busca e utilização de evidências de pesquisa para sustentar a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências. A série aborda quatro grandes áreas: 1. Apoio na elaboração de políticas baseadas em evidências; 2. Identificação das necessidades de evidências de pesquisa nas três etapas dos processos de formulação de políticas, ou seja, esclarecimento do problema, estruturação de opções, planejamento da execução; 3. Descoberta e avaliação das revisões sistemáticas e outros tipos de evidência para sustentação dessas etapas; e 4. Passagem da fase de evidências de pesquisa para a fase de decisões. Cada artigo começa com um, dois ou três cenários típicos relacionados ao tema. Estes cenários são projetados para ajudar os leitores a decidir sobre o nível de detalhamento que é relevante para eles na aplicação das ferramentas descritas. A maioria dos artigos desta série é estruturada utilizando um conjunto de perguntas que guia os leitores por meio das ferramentas propostas e mostra como desenvolver atividades para sustentar, de fato e com maior eficiência, a elaboração de políticas baseadas em evidências. Estas atividades incluem, por exemplo, o uso de evidências de pesquisa para esclarecer problemas, a avaliação da aplicabilidade das constatações de uma revisão sistemática sobre os efeitos das opções selecionadas para a resolução de problemas, a organização e o uso de diálogos da política para sustentar a elaboração de políticas baseadas em evidências e o planejamento da avaliação e monitoramento de políticas. Em vários artigos, o conjunto de questões apresentadas oferece mais orientações gerais sobre como apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidências. Em cada artigo são listados e descritos recursos de informações adicionais. A avaliação dos métodos de apoio à elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências é um campo em desenvolvimento e *opiniões construtivas sobre como melhorar a série são bem-vindas.*

SOBRE O STP

Este artigo é a Introdução de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. A série descreve um conjunto de ferramentas que foram desenvolvidas pelo projeto SUPPORT (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials, SUPORTE a Ensaios e Revisões relevantes para as Políticas), uma colaboração internacional patrocinada pelo 6º Programa-Quadro da Comissão Européia (www.support-collaboration.org). Esta Introdução descreve as ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar esta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

HISTÓRICO

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam muitas vezes se deparam com situações nas quais um melhor conhecimento sobre os métodos para se descobrir e usar evidências lhes permitiria conduzir os trabalhos que realizam de fato e com maior eficiência. Nesta série, descrevemos como os processos mais sistemáticos podem ser usados para apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidências, identificar as necessidades de evidências (dados) de pesquisa e avaliar as evidências para atender a estas necessidades, e também para passar da fase de evidências para a fase de decisões. Aqui nesta introdução às séries, descrevemos os públicos-alvo para as ferramentas SUPPORT, as ferramentas propostas e como podem ser usadas, o que as ferramentas não fazem e como pretendemos desenvolvê-las ainda mais.

OS PÚBLICOS-ALVO PARA AS FERRAMENTAS SUPPORT

As ferramentas SUPPORT apresentadas nesta série foram desenvolvidas principalmente para os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam.

Os formuladores de políticas formam um grupo variado, o qual inclui membros de gabinete (por exemplo, Ministros da Saúde ou Finanças), funcionários públicos eleitos (por exemplo, presidentes de comitês legislativos), funcionários públicos seniores (por exemplo, diretores de programas de atendimento básico de saúde) e nomeados políticos de alto escalão (por exemplo, chefes de agências governamentais). Os tipos de formuladores de políticas podem variar significativamente em função da sua autoridade ou papel em diferentes sistemas políticos, mas o que todos têm em comum é

a autoridade para tomar ou influenciar decisões de maneira direta. Em alguns países, os membros de gabinete podem ser eleitos, ao passo que os funcionários públicos seniores que os assessoram podem ser conselheiros neutros, sem qualquer filiação ao partido do governo. Em outros países, todos os cargos com autoridade para tomar decisões podem ser nomeados pelo partido do governo. Os tipos de formuladores de políticas também podem variar por nível operacional (por exemplo, local ou nacional) ou por setor (por exemplo, saúde ou economia).

Há uma variação similar no grupo de pessoas que apóiam os formuladores de políticas, o qual pode incluir pessoas de dentro do governo (ou seja, funcionários públicos juniores, tais como analistas de políticas, ou a equipe política de um funcionário público eleito ou um nomeado político de alto escalão) e pessoas que estejam trabalhando em unidades independentes que prestem apoio no uso de evidências de pesquisa para a elaboração de políticas. Porém, o papel de fornecedores de informações para que os formuladores de políticas possam tomar decisões é comum a todos. Isto se deve, apesar da variação que possa haver entre eles, ao seu grau de independência em relação aos formuladores de políticas (por exemplo, um órgão semi-autônomo do governo ou uma unidade de pesquisa de sistemas de saúde que seja independente do governo, mas que apóie o uso de evidências de pesquisa na definição de políticas) e sua filiação a outras instituições (por exemplo, organizações não-governamentais, universidades).

As ferramentas SUPPORT também são relevantes para os interessados no sistema de saúde. Este grupo pode incluir organizações não-governamentais e grupos da sociedade civil que desempenhem uma ampla variedade de papéis. Eles podem, por exemplo, tentar influenciar as decisões tomadas por formuladores de políticas. Ou então trabalham em áreas normalmente não abordadas por políticos, ou em áreas nas quais a autoridade tenha sido delegada a eles pelos próprios formuladores de políticas. Reconhecemos, no entanto, que um pouco da linguagem e alguns dos exemplos utilizados nesta série podem ter uma repercussão maior junto aos formuladores de política e àqueles que os apóiam.

As ferramentas SUPPORT foram preparadas para cenários que variam de países de renda baixa e média, como Uganda e Chile, até países de renda alta, como Canadá e Noruega. Sempre que possível, são apresentados exemplos de cenários distintos. Conforme descrito abaixo, muitos dos problemas e oportunidades encontrados no suporte à elaboração de políticas baseadas em evidências são muito semelhantes nos diferentes cenários.

Cada artigo começa com um, dois ou três cenários típicos, concebidos para incentivar os leitores a usar as ferramentas descritas e ajudá-los a decidir sobre o nível adequado de detalhe que necessitam. Alguns cenários descrevem funcionários públicos seniores que simplesmente precisam de uma ideia geral de quais sejam as expectativas exigidas para o seu pessoal – eles podem obter rapidamente estas informações lendo o artigo de

forma abrangente. Outros cenários, por exemplo, referem-se aos analistas juniores de política e diretores de unidades de pesquisa de sistemas de saúde aplicados. Eles precisarão de orientações mais específicas sobre como realizar novas atividades e devem, portanto, ler com mais cuidado o artigo relevante quando lhes for solicitado que realizem tais tarefas. Para eles, o artigo também será útil como referência.

AS FERRAMENTAS SUPPORT E COMO ELAS PODEM SER USADAS

Apresentamos, em cada artigo desta série, uma proposta de ferramenta que pode ser usada por aqueles envolvidos na descoberta e utilização de evidências de pesquisa para sustentar a formulação de políticas de saúde baseadas em evidências. A série aborda quatro grandes áreas de interesse relacionadas à formulação de políticas: 1. O suporte à formulação de políticas baseadas em evidências (Artigos 1-3 [1-3]) 2. Identificação das necessidades de evidências de pesquisa nas três etapas dos processos de formulação de políticas, ou seja, esclarecimento dos problemas, estruturação das opções e planejamento da execução (Artigos 4-6 [4-6]) 3. A descoberta e avaliação das evidências a serem fornecidas em cada uma destas etapas (Os artigos 7-10 [7-10] se concentram em revisões sistemáticas e os artigos 11-12 [11,11,12] em outros tipos de evidência) 4. A passagem da fase de evidências de pesquisa para a fase de decisões (Os artigos 13-15 [13-15] se concentram no envolvimento dos interessados na formulação de políticas baseadas em evidências. Os artigos 16-18 [16-18] descrevem como usar as evidências de pesquisa nas decisões). A Figura 1 apresenta uma visão geral da série, com os números mostrados se referindo ao artigo relevante. Em cada artigo são fornecidos recursos adicionais e links para o website.

Nos artigos sobre o suporte à elaboração de políticas baseadas em evidências (a primeira das quatro áreas principais abrangidas nesta série), o foco principal de cada um é um conjunto de questões que podem ser utilizadas para orientar sobre como apoiar a formulação de políticas baseadas em evidências. Talvez os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam queiram saber mais sobre o que é a formulação de políticas com base em evidências (Artigo 1) [1], como melhorar as formas utilizadas pela sua organização para apoiar a formulação de políticas com base em evidências (Artigo 2) [2] ou sobre como estabelecer prioridades para sustentar a elaboração de políticas com base em evidências (Artigo 3) [3]. Estes artigos podem ajudar na orientação daqueles que se esforçam para compreender e moldar o contexto para a formulação de políticas com base em evidências.

Nas outras três áreas principais (ver Figura 1), cada artigo se concentra principalmente em um conjunto de perguntas que podem orientar sobre como realizar uma atividade que apóia a formulação de políticas com base em evidências. Tais atividades podem incluir o uso de evidências de pesquisas para o esclarecimento de um problema (Artigo 4) [4], a avaliação da aplicabilidade das constatações de uma revisão sistemática sobre

os efeitos de uma política ou opção de programa para a resolução de um problema (Artigo 9) [9], a organização e o uso de diálogos de política para sustentar a elaboração de políticas baseadas em evidências (Artigo 14) [14] e o planejamento do acompanhamento e avaliação de políticas (Artigo 18) [18].

Aqueles que desejam aprender sobre os diferentes tipos de evidências de pesquisa necessárias nos processos de elaboração de políticas devem preferencialmente começar com os Artigos 4-6 [4-6]. Estes três artigos correspondem às três etapas dos processos de formulação de políticas, ou seja, esclarecimento do problema, estruturação de opções e planejamento da execução. Estes artigos na série ajudam a identificar as necessidades de evidências de pesquisa em relação a cada uma dessas etapas. Embora os processos de elaboração de políticas envolvam uma sequência clara de etapas, até mesmo os processos altamente dinâmicos podem se beneficiar de um método sistemático de esclarecimento de problemas, com a estruturação de opções para resolver tais problemas e a definição de como uma opção será implantada. O artigo 13 [13] – sobre o qual falaremos novamente abaixo – descreve como reunir estas etapas nos resumos de políticas, as quais são usadas para sustentar o uso de evidências de pesquisas na elaboração de políticas.

Aqueles que sabem como identificar as necessidades de evidências de pesquisa em relação a cada etapa de um processo de elaboração de políticas, bem como aqueles que precisam realizar uma atividade mais focada, relacionada à descoberta e avaliação de evidências, talvez queiram ir diretamente para um ou mais dos Artigos 7-12 [7-12]. Estes artigos apresentam duas subséries de artigos. A primeira aborda as seguintes questões (relativas a revisões sistemáticas):

- Como encontrar revisões sistemáticas (Artigo 7) [7]. Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisarão entender a fundamentação lógica para se considerar que as revisões sistemáticas devem ser o "primeiro lugar para se procurar" e como encontrá-las de forma eficiente
- Até onde é possível confiar em uma revisão sistemática (Artigo 8) [8]. Assim como qualquer tipo de pesquisa, uma revisão sistemática pode ser bem ou mal feita e bem ou mal apresentada. Os formuladores de políticas irão querer conhecer a confiabilidade de uma revisão que esteja servindo de base para uma opção que eles endossarão
- Como avaliar a aplicabilidade das constatações de uma revisão sistemática (Artigo 9) [9]. Aqueles que auxiliam os formuladores de política precisarão avaliar se as constatações de uma revisão de estudos realizados em cenários muito diferentes realmente se aplicam ao seu próprio cenário
- Como levar em consideração a equidade ao avaliar as constatações de uma análise sistemática (Artigo 10) [10]. Muitos formuladores de políticas desejarão considerar os impactos de uma opção sobre cenários ou grupos desfavorecidos

O artigo 7 [7] enfatiza os méritos de revisões sistemáticas, ao passo que os próximos três artigos lidam com os desafios do uso de revisões na formulação de políticas. Juntos, os artigos 11 e 12 completam uma segunda subsérie sobre a descoberta e o uso

de evidências de pesquisa sobre condições locais (Artigo 11) [11] e sobre os custos e o uso de recursos (Artigo 12) [12].

Quando as evidências de pesquisa tiverem sido encontradas e avaliadas, poderão surgir diversas oportunidades e questões na transição da fase de evidências de pesquisa para a fase de decisões. Este tema é o foco dos Artigos 13-18 [13-18]. Estes artigos contêm duas subséries adicionais de três artigos cada. A primeira examina como envolver os interessados no apoio à formulação de políticas baseadas em evidências. A segunda apresenta algumas inovações:

- Os resumos de políticas que embalam as evidências de pesquisa para apresentar as deliberações entre os formuladores de política e pessoas interessadas (Artigo 13) [13]
- Os diálogos de política que 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 prioritária (Artigo 14) [14]

A evidência de pesquisa é somente um fator que pode influenciar no processo de formulação de políticas. Os diálogos de política são uma oportunidade para discutir as evidências de pesquisa, assim como muitos outros fatores que podem ter influência. O terceiro artigo se concentra em como envolver o público nas elaborações de políticas baseadas em evidências (Artigo 15) [15].

A segunda e última subsérie aborda questões relacionadas ao uso das evidências de pesquisa nas decisões. Estas são:

- O uso de evidências de pesquisa para avaliar os prós e contras das políticas (Artigo 16) [16]
- Como lidar com a falta de evidências de pesquisa (Artigo 17) [17], e
- Planejamento do acompanhamento e da avaliação das políticas (Artigo 18) [18]

O último artigo nesta série também pode ser lido juntamente com os artigos sobre esclarecimento do problema (Artigo 4) [4], estruturação das opções (Artigo 5) [5] e planejamento da execução (Artigo 6) [6]. O planejamento do monitoramento e da avaliação é, sem dúvida, uma quarta etapa no processo de elaboração de políticas.

Algumas questões, como a equidade, são um tema recorrente em muitos dos artigos, mesmo que sejam o foco principal de apenas um artigo (Artigo 10) [10].

O QUE AS FERRAMENTAS SUPPORT NÃO FAZEM

As ferramentas SUPPORT foram desenvolvidas levando-se em consideração outras características do processo de elaboração de políticas. Por exemplo, o artigo sobre o uso de evidências de pesquisa para esclarecer um problema (Artigo 4) [4] menciona a importância de estar atento às janelas de oportunidade que podem surgir devido a

eventos políticos, tais como mudanças ou alterações no equilíbrio das forças políticas organizadas ou a nomeação de um novo ministro de saúde. O artigo 9 [9] examina como avaliar a aplicabilidade das constatações de uma revisão sistemática e salienta a importância de avaliar se os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados em cenários com perspectivas bastante similares e de influência política entre as partes interessadas no sistema de saúde, em comparação aos cenários nos quais as decisões de política podem ser aplicadas.

Entretanto, as ferramentas SUPPORT não abordam os esforços para apoiar a elaboração de políticas de saúde de forma geral. Como o título indica, cada ferramenta se concentra no suporte ao *uso de evidências de pesquisa* na formulação de políticas de saúde. Isto não significa que outras formas de apoio não possam complementar estas ferramentas. Os formuladores de políticas, por exemplo, também precisam saber como avaliar e influenciar a dinâmica das partes interessadas (independente das implicações dessa dinâmica para a aplicabilidade das constatações de uma revisão sistemática). Essa dinâmica, incluindo as relações de poder entre as partes interessadas e os interesses dos diferentes grupos, são um fator-chave que influenciam o processo de formulação de políticas. Os valores são outro setor no qual as ferramentas para apoiar a reflexão sistemática e explícita na elaboração das políticas de saúde poderiam ser úteis para os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam.

Ao se concentrar em como apoiar o uso de evidências de pesquisa para a elaboração de políticas de saúde, as ferramentas SUPPORT procuram auxiliar o uso da melhor evidência de pesquisa disponível no momento em que tal evidência for necessária, e no momento disponível para a compilação de tal evidência. As evidências de pesquisa podem ser insuficientes, incompletas, imperfeitas e até mesmo contraditórias. Porém, os formuladores de política ainda necessitam de tais evidências para tomar decisões. Tomar medidas com base em evidências de pesquisa disponíveis, estando ciente dos pontos fortes e limitações de tais evidências, seria visto por muitos interessados como uma indicação de que o trabalho dos formuladores de políticas foi apropriado e construtivo. Esta impressão seria intensificada pelo acompanhamento de como as opções são colocadas em prática, com a avaliação de seus impactos e posterior ajuste, à medida que melhores evidências de pesquisa se tornam disponíveis.

O DESENVOLVIMENTO ADICIONAL DAS FERRAMENTAS SUPPORT

Nesta pesquisa, foi dada uma atenção considerável a algumas das atividades e dos esforços mais amplos do suporte à elaboração de políticas baseadas em evidências que são abordadas nas ferramentas SUPPORT. Por exemplo, a ferramenta SUPPORT usada para encontrar e utilizar as evidências de pesquisa sobre os custos e uso de recursos (Artigo 12) [12] se baseia em aspectos relevantes da literatura de avaliação econômica. Além disso, algumas das ferramentas SUPPORT já foram amplamente usadas no

campo e adaptadas repetidamente com base nessas experiências. Por exemplo, repetições sucessivas da ferramenta SUPPORT no uso de evidências de pesquisa para a estruturação de opções visando a resolução de um problema (Artigo 5) [5] foram usadas em workshops para formuladores de políticas, partes interessadas e pesquisadores de mais de dez países na África, quatro países na Ásia, e sete países nas Américas. Para nós, este teste de campo reforçou o fato de que muitos dos problemas e das oportunidades encontrados no suporte à elaboração de políticas baseadas em evidências são muito semelhantes nos diferentes cenários.

Outras atividades e esforços de suporte receberam menos atenção. Por exemplo, as ferramentas SUPPORT, como aquelas que descrevem como melhorar os métodos utilizados por uma organização para apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidências (Artigo 2) [2], como uma organização estabelece as prioridades para apoiar a formulação de políticas baseadas em evidências (Artigo 3) [3], como preparar e usar resumos de políticas (Artigo 13) [13] e como organizar e usar diálogos de política (Artigo 14) [14], se beneficiariam do desenvolvimento de uma base mais precisa de evidências. Até agora, estas ferramentas também foram submetidas a um número menor de testes de campo. Estamos divulgando o conjunto completo de ferramentas, pois prevemos que a maior utilização e aplicação de tais ferramentas irão ajudar ainda mais na adaptação. Opiniões sobre como melhorar as ferramentas são bem-vindas. Também agradeceríamos as opiniões sobre quais ferramentas precisam ser acrescentadas às séries.

CONCLUSÃO

As ferramentas SUPPORT desta série foram projetadas para ajudar os formuladores de pesquisa e aqueles que os apóiam 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. As ferramentas também são relevantes para as partes interessadas no sistema de saúde, tais como organizações não-governamentais e grupos da sociedade civil. Diferentes leitores usarão as ferramentas de diferentes formas. Os formuladores de políticas podem ler os artigos superficialmente para obter ideias sobre como devem ajustar as expectativas que estabeleceram para a sua equipe. Aqueles que apóiam os formuladores de políticas podem optar por ler um artigo específico que os ajudará a realizar uma nova atividade, e então usar o artigo mais tarde como um guia de referência ou como uma forma de aprimorar suas habilidades. Esperamos que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam nos ajudem a desenvolver e melhorar o que é apresentado aqui.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen E. Evidence-informed health policy: 1. Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. Implementation Science 2008, 3:53: www.implementationscience.com/content/3/1/53 – fonte de percepções provenientes de organizações que participam ativamente no apoio ao uso de evidências de pesquisa na elaboração de políticas, em especial na formulação de políticas em países de baixa renda e media renda

Sutcliffe S, Court J. A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries. Londres, Reino Unido: Overseas Development Institute, 2006: www.odi.org.uk/resources/download/154.pdf – fonte de ferramentas adicionais que podem ser usadas para subsidiar a formulação de políticas, especialmente a formulação de políticas em países de baixa renda e média renda

Ciliska D, Thomas H, Buffett C. Introduction to Evidence-Informed Public Health and a Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice. Hamilton, Canadá: National Collaborating Centre for Methods and Tools (Centro Nacional de Colaboração para Métodos e Ferramentas), 2008: http://www.nccmt.ca/pubs/2008_07_IntroEIPH_compendiumENG.pdf – fonte de ferramentas adicionais que podem ser usadas para apoiar o uso de evidências de pesquisas na formulação de políticas, especialmente aquelas relacionadas à saúde pública

Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ (Editors). Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Second Edition. New York, USA (Nova Iorque, EUA): McGraw Hill Medical, 2008 – fonte de ferramentas adicionais que podem ser usadas para apoiar o uso de evidências de pesquisas na formulação de políticas, especialmente na formulação de políticas relacionadas ao atendimento clínico

Research Matters. Knowledge Translation: A 'Research Matters' Toolkit. Ottawa, Canadá: International Development Research Centre (Centro de Pesquisa de Desenvolvimento Internacional): www.idrc.ca/research-matters/ev-128908-201-1-DO_TOPIC.html – fonte de ferramentas adicionais que podem ser usadas para apoiar o uso de evidências de pesquisas na formulação de políticas, especialmente por pesquisadores

Links de sites

Colaboração SUPPORT (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials, suporte a ensaios e revisões relevantes para as políticas): www.support-collaboration.org/ – Fonte das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Esta série de artigos foi preparada como parte do projeto SUPPORT, o qual foi apoiado pelo 6º Programa-Quadro INCO da Comissão Européia, contrato 031939. A Norad (*Norwegian Agency for Development Cooperation* – Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento), Alliance for Health Policy and Systems Research (a Aliança para a Pesquisa de Sistemas e Políticas de Saúde) e o Milbank Memorial Fund financiaram uma reunião de revisão por pares onde foi realizado um debate sobre uma versão anterior da série. John Lavis recebe salário como *Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange* (Catedrático de Pesquisa no Canadá para a Transferência e Troca de Conhecimento). Nenhum dos financiadores atuou na elaboração, revisão ou aprovação do conteúdo desta série. Simon Goudie copiou e editou a série. Sarah Rosenbaum preparou as figuras incluídas na série. Kjetil Olsen ajudou na edição técnica, na gestão do processo de revisão por pares e na preparação dos manuscritos para a apresentação. Gostaríamos de agradecer as seguintes pessoas **por sua participação na reunião da revisão por pares**: Bocar Kouyate (Centre national de Recherche et de Formation sur le Paludisme, Ouagadougou, Burkina Faso), Christina Zarowsky (School of Public Health [Escola de Saúde Pública], University of the Western Cape [Universidade de Western Cape], Bellville, África do Sul), Donald Simeon (Caribbean Health Research Council [Conselho de Pesquisa de Saúde do Caribe], St. Augustine, Trinidad and Tobago), John Mark Gibson (Center for Evidence-based Policy [Centro para Políticas Baseadas em Evidências], Oregon Health and Science University [Universidade de Ciência e Saúde de Oregon], Portland, Oregon, EUA), Joseph Kasonde (Zambia Forum for Health Research [Fórum da Zâmbia para Pesquisa de Saúde], Lusaka, Zambia), Knut-Inge Klepp (Division of Public Health and Welfare [Divisão de Saúde Pública e Bem-Estar Social], Norwegian Directorate of Health [Diretorado Norueguês de Saúde], Oslo, Noruega), Li Youping

(Chinese Cochrane/EBM Centre [Centro Chinês Cochrane/EBM], West China Hospital [Hospital do Oeste da China], Sichuan University (Universidade Sichuan], Chengdu, Sichuan P.R. China), Lucy Gilson (UCT Oliver Tambo Fellowship Programme and Professor [UCT Oliver Tambo, Programa de Bolsa de Estudos e Professor], Health Policy and Systems [Sistemas e Política de Saúde], University of Cape Town and London School of Hygiene and Tropical Medicine [Universidade da Cidade do Cabo e Escola Londrina de Higiene e Medicina Tropical], Cidade do Cabo, África do Sul e Londres, Reino Unido), Martin McKee (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido), Michael Kent Ranson (Alliance for Health Policy and Systems Research, OMS, Geneva, Suíça), Muir Gray (NHS National Knowledge Service [Serviço Nacional de Conhecimento NHS], Oxford, Reino Unido), Nick Mays (Health Services Research Unit [Unidade de Pesquisa de Serviços de Saúde], Department of Public Health and Policy [Departamento de Política e Saúde Pública], London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido), Ray Moynihan (University of Newcastle [Universidade de Newcastle], Newcastle, Austrália), Robert S Nakagawa (BC Ministry of Health Services [Ministro de Serviços de Saúde de BC], Victoria, BC, Canadá), Steve Hanney (HERG [*Health Economics Research Group* – Grupo de Pesquisa Econômica para a Saúde], Brunel University [Universidade de Brunel], Uxbridge, Reino Unido). Também gostaríamos de agradecer as seguintes pessoas que nos deram as suas sugestões com relação a um número significativo de artigos da série: Duff Montgomerie (Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection [Departamento de Proteção e Promoção da Saúde da Nova Scotia], Halifax, Canadá), Pierre Ongolo-Zogo (Centre for the Development of Best Practices in Health [Centro para o Desenvolvimento das Melhores Práticas de Saúde], Yaoundé Central Hospital [Hospital Central de Yaoundé] e Faculty of Medicine and Biomedical Sciences [Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas], University of Yaoundé [Universidade de Yaoundé], Yaoundé, Camarões), Susan Munabi Babigumira (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services [Centro Norueguês de Conhecimento para Serviços de Saúde], Oslo, Noruega), e Esperanca Sevene, Alda Mariano e Julie Cliff (Eduardo Mondlane University [Universidade de Eduardo Mondlane], Maputo, Moçambique).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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)**.

2. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 2. Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S2)**.

3. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S3)**.

4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S4)**.

5. 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 Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S5)**.

6. 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 Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S6)**.

7. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S *et al.*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S7)**.

8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S8)**.

9. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S9)**.

10. 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 Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S10)**.

11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S11)**.

12. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research**

evidence about resource use and costs. *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S12)**.

13. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S13)**.

14. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S14)**.

15. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 15. Engaging the public in evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S15)**.

16. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S16)**.

17. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S17)**.

18. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:S18)**.

Figura 1. Visão geral da série

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?

Andrew D Oxman[1], John N Lavis[2], Simon Lewin[3] and Atle Fretheim[4]*

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 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, discutimos as três perguntas apresentadas a seguir: O que é evidência? Qual é o papel da evidência de pesquisa no fornecimento de subsídios para decisões sobre políticas de saúde? O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?

A política baseada em evidências científicas é uma abordagem para a tomada de decisões políticas que tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja em fundamentada pela melhor evidência científica disponível. É caracterizada pelo acesso transparente e sistemático às evidências e pela avaliação de tais evidências como insumos do processo de formulação de políticas. Presume-se que o processo geral de formulação de políticas não seja sistemático e transparente. No entanto, dentro do processo geral de formulação de políticas, são usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada. Estes processos são transparentes para garantir que outros possam examinar quais evidências de pesquisa foram usadas para subsidiar as decisões relacionadas às políticas, bem como os julgamentos feitos sobre as evidências e suas implicações. A formulação de políticas com base em evidências ajuda os formuladores de política a entender estes processos.

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde e o Ministro da Saúde pediu que você apresentasse opções para melhorar o nível de cobertura para as crianças no seguro saúde. Você quer ter certeza que as decisões sobre como tratar este importante problema serão bem embasadas. Você decide nomear uma unidade que apóia o Ministério da Saúde para fazer uso de evidências na formulação de políticas, para que tal unidade elabore uma versão condensada de uma política com um resumo das melhores evidências que caracterizam o problema, bem como as opções para tratamento de tal problema.

HISTÓRICO

Para os formuladores de políticas de alto escalão e outros envolvidos em situações como a descrita acima, este artigo fornece uma base para que haja um entendimento comum do que vem a ser a "evidência", o papel das evidências na formulação de políticas de saúde, o que vem a ser a "formulação de políticas de saúde com base em evidências", e por que ela é importante.

É muito mais provável que o acesso universal e equitativo ao serviço de saúde se concretize e que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDM) para a saúde e outras metas de saúde sejam cumpridos por meio de ações e políticas de saúde bem embasadas [2-5]. Infelizmente, a realidade é que muitas vezes as políticas de saúde não são bem embasadas em evidências de pesquisa [5-8]. Decisões mal embasadas são um dos motivos pelos quais às vezes os serviços não chegam até aqueles que mais necessitam, pelo quais os indicadores de saúde são imprecisos e pelos quais muitos países provavelmente não conseguirão cumprir com os MDMs para a saúde [9]. A tomada de decisões com pouco embasamento também pode contribuir para problemas

relacionados à eficácia, eficiência (ou seja, o valor pelo dinheiro), e a equidade dos sistemas de saúde.

A África Subsaariana gasta, em média, aproximadamente €80 por pessoa no serviço de saúde. Em comparação, a Ásia gasta €190 e os países de renda alta da OCDE gastam €2.700 por pessoa [10]. Devido aos seus recursos limitados e à carga substancial com os serviços de saúde, é essencial que países de renda baixa e média per capita apliquem de forma inteligente os seus orçamentos para a saúde. Países com alta renda per capita também precisam enfrentar as restrições de recursos devido aos crescentes custos e demandas do serviço de saúde.

O acesso a serviços de saúde muitas vezes não é equitativo e isto pode ser exacerbado por sistemas de saúde ineficientes [11]. Quando as pessoas enfim conseguem ter acesso ao serviço, o atendimento pode ficar abaixo dos padrões ou pode ser caro. Intervenções eficazes e baratas, como o sulfato de magnésio para a eclampsia e pré-eclampsia, às vezes não são usados, ou simplesmente não estão disponíveis [12]. Intervenções ineficazes ou desnecessariamente caras (como a episiotomia de rotina, e o fornecimento de fluídos intravenosos em vez de soluções de reidratação oral para diarréia em crianças) ainda são às vezes usadas. A melhor utilização de evidências de pesquisas para selecionar e promover intervenções, bem como para decidir sobre arranjos relativos à gestão, às finanças e à prestação (dos serviços de saúde) para apoiar o uso dessas intervenções, pode ajudar a reduzir esses problemas, como ilustrado pelos exemplos apresentados na Tabela 1.

Uma abordagem embasada em evidências permite que os formuladores de políticas gerenciem melhor o seu próprio uso de evidências de pesquisa. Também lhes permite gerenciar melhor o uso impróprio de evidências de pesquisas por lobistas, incluindo pesquisadores, quando atuam como defensores de posições políticas específicas. As abordagens embasadas em evidências permitem que os formuladores de políticas:

- Façam perguntas críticas sobre a evidência da pesquisa disponível para apoiar as políticas preconizadas
- Demonstrem que estão usando boas informações para fundamentar suas decisões, e
- Assegurem que as avaliações das suas iniciativas são adequadas e que os resultados sendo medidos são realistas e foram previamente acordados

Uma abordagem embasada em evidências para a elaboração de políticas também permite que os formuladores de políticas reconheçam que as políticas podem estar baseadas em informações imperfeitas. Este reconhecimento reduz o risco político porque cria formas para a mudança de curso caso as políticas não funcionem como esperado. Há um risco político muito maior quando as políticas são defendidas sem que se reconheça as limitações das evidências disponíveis e depois, quando se adere às políticas, independentemente dos resultados. Isto faz com que os formuladores de políticas estejam sujeitos a críticas por falhas relacionadas ou não àquela determinada política.

Nesta série de artigos, o nosso objetivo é melhorar a eficácia, eficiência e equidade das políticas de saúde por meio da melhor utilização das evidências de pesquisa para fundamentar as decisões. O nosso foco está nas decisões sobre a melhor forma de organizar os sistemas de saúde, incluindo arranjos de fornecimento, de financiamento e de gestão dos serviços de saúde, assim como estratégias para efetuar mudanças [2,13]. Nesta série, usamos estes tipos de decisões como exemplos para ilustrar como a tomada de decisão pode ser melhor embasada por evidências de pesquisa. Abordagens similares podem ser usadas para fundamentar as decisões sobre quais programas, serviços ou medicamentos são fornecidos [14].

O QUE É EVIDÊNCIA?

As discussões sobre a prática fundamentada em evidências e a formulação de políticas com base em evidências pode gerar um debate sobre o que exatamente vem a ser a "evidência". Normalmente se considera que a "evidência está relacionada a fatos (reais ou declarados) que têm por objetivo serem usados como embasamento para uma conclusão" [15]. Um fato, por sua vez, é algo que se conhece através da experiência ou da observação. Uma inferência importante deste entendimento é que a evidência pode ser usada para sustentar uma conclusão, mas não é igual a uma conclusão. A evidência por si só não toma decisões.

Este entendimento sobre o que vem a ser uma evidência tem diversas implicações. Em primeiro lugar, um parecer especializado envolve mais do que simples evidências. Este parecer consiste na combinação de fatos, na interpretação de tais fatos, e em conclusões. As evidências sempre servem de embasamento para os pareceres especializados. E o uso adequado desta evidência exige a identificação de tais fatos (experiência ou observações) que formam a base dos pareceres, bem como uma avaliação de até que ponto os fatos sustentam as conclusões [16].

Em segundo lugar, nem todas as evidências são igualmente convicentes. O quão convincente a evidência é dependerá de que tipos de observações foram feitas e se elas foram bem feitas ou não. As evidências de pesquisa são geralmente mais convincentes do que observações ao acaso porque, para obtê-las, são usados métodos sistemáticos para coletar e analisar observações. Da mesma forma, uma pesquisa bem concebida e bem executada é mais convincente do que pesquisas mal projetadas e mal executadas.

Em terceiro lugar, a avaliação de até que ponto diferentes tipos de evidências podem ser considerados confiáveis (em outras palavras, a avaliação da qualidade de tais evidências) é feita de maneira implícita ou explícita. É melhor fazer estas avaliações de maneira sistemática e explícita, a fim de evitar erros, resolver divergências, facilitar a avaliação crítica e divulgar informações. Isto, por sua vez, exige decisões explícitas sobre quais tipos reais de evidência precisam ser levados em consideração.

Em quarto lugar, todas as evidências são suscetíveis ao contexto, pois todas as observações são necessariamente relacionadas a um contexto específico. Portanto, é preciso sempre avaliar a aplicabilidade das evidências além de seu cenário ou contexto original. É melhor fazer avaliações sobre a aplicabilidade destas evidências de forma sistemática e explícita, pelos mesmos motivos que é melhor para fazer avaliações sobre a qualidade da evidência de maneira sistemática e explícita.

Em quinto lugar, as "evidências globais" – ou seja, as melhores evidências disponíveis em todo o mundo – são o melhor ponto de partida para avaliações sobre os impactos de políticas e programas. Embora todas as evidências sejam suscetíveis ao contexto, poderão ser equivocadas as decisões com base em um subconjunto de observações que são supostamente mais diretamente relevantes para um contexto específico (como as realizadas em um determinado país ou grupo populacional) [17]. As avaliações de se deve ou não basear uma conclusão em um subconjunto de observações serão mais bem fundamentadas se forem feitas dentro do contexto de todas as evidências pertinentes [18].

Finalmente, é necessário que as evidências locais (resultantes de um cenário específico no qual as decisões e as ações serão tomadas) fundamentem a maioria dos outros julgamentos sobre problemas, opções para resolver problemas e estratégias de execução. Isto inclui evidências da presença de fatores modificadores em contextos específicos, do grau de necessidade (por exemplo, a prevalência de doença ou fatores de risco ou problemas com os arranjos relativos à prestação, às finanças ou à gestão), dos valores, dos custos e da disponibilidade de recursos.

QUAL É O PAPEL DA EVIDÊNCIA DE PESQUISA NO FORNECIMENTO DE SUBSÍDIOS PARA DECISÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE?

Para tomar decisões bem embasadas sobre questões, como a melhor forma de proporcionar acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, os formuladores de políticas precisam ter acesso a evidências sólidas. As evidências são necessárias para esclarecer quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros, os arranjos de gestão e como implantar a mudança [2]. As revisões sistemáticas podem ser utilizadas para fundamentar as decisões em questões fundamentais dentro de cada um desses domínios [4-6]. A tabela 2 apresenta uma explicação e exemplos de revisões sistemáticas. A figura 1 ilustra o papel das evidências resultantes de revisões sistemáticas juntamente com evidências locais na fundamentação de avaliações que precisam ser feitas sobre as decisões relativas a políticas de saúde.

As decisões sobre as políticas são sempre influenciadas por outros fatores, diferentes das evidências. Tais fatores incluem restrições institucionais, interesses, ideias (incluindo os valores) e fatores externos, como recessões. As evidências de pesquisa também não são o único tipo de informação necessária para fundamentar as decisões indispensáveis à tomada de decisão sobre políticas. No entanto, a intensificação do uso de evidências de pesquisas e a capacidade dos formuladores de política de fazer avaliações apropriadas sobre a relevância e a qualidade de tais evidências são desafios fundamentais, os quais prometem ajudar na obtenção de ganhos significativos para a saúde e no melhor uso dos recursos.

O QUE É ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS?

Para que a tomada de decisões sobre políticas de saúde seja bem fundamentada, em vez de mal fundamentada, é essencial que sejam aplicados mais processos sistemáticos e transparentes ao se acessar e avaliar evidências de pesquisa. A elaboração de políticas de saúde com base em evidências é uma abordagem com relação às decisões sobre políticas que visa garantir que uma decisão será bem fundamentada pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. A maneira de se fazer isto pode variar e dependerá dos tipos de decisões sendo tomadas e seus contextos. No entanto, a elaboração de políticas com base em evidências é caracterizada pelo fato de que o seu acesso e a avaliação da evidência como um insumo para o processo de elaboração de políticas são sistemáticos e transparentes. Isto não significa que o processo geral de formulação de políticas será sistemático e transparente. No entanto, dentro do processo geral de formulação de políticas, são usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada. Estes processos são transparentes para garantir que outros possam examinar quais evidências de pesquisa foram usadas para fundamentar as decisões relacionadas às políticas, bem como os julgamentos feitos sobre as evidências e suas implicações.

Nesta série, descrevemos como a elaboração de políticas de saúde com base em evidências pode resolver problemas comuns de formulação de políticas, por meio de processos mais sistemáticos e transparentes, para facilitar a tomada de decisões bem fundamentas, esclarecer as necessidades de evidências, localizar e avaliar as evidências e passar da fase das evidências para a fase das decisões (como ilustrado na Figura 2). As vantagens de processos sistemáticos e transparentes, tais como os que descrevemos nesta série – em relação a processos que não são sistemáticos e não são transparentes – são que eles podem ajudar a proteger contra erros e vieses. Isto é ilustrado por revisões sistemáticas, cujos exemplos são mostrados na Tabela 2. Estas revisões reduzem o risco de ser induzido a erros causais ou da seleção e avaliação tendenciosas de evidências.

Diferentes tipos de evidências são relevantes para diferentes questões, e podem existir diferenças legítimas de opinião sobre qual é a “melhor evidência disponível” para

questões específicas [19]. No entanto, o objetivo da formulação de políticas de saúde com base em evidências é garantir que as evidências relevantes sejam identificadas e que as avaliações de questões, por exemplo, sobre qual evidência é relevante, a confiabilidade e aplicabilidade das evidências identificadas, sejam feitas de maneira sistemática e transparente. A formulação de políticas de saúde com base em evidências também visa assegurar que os conflitos de interesse não terão influência sobre estas avaliações ou sobre qualquer nova pesquisa que seja realizada para fundamentar a elaboração da política.

Outra característica essencial da formulação de políticas com base em evidências é que os formuladores de política devem entender os processos sistemáticos usados para assegurar a identificação, avaliação e uso adequado de pesquisas relevantes, bem como os possíveis usos de tais processos. Esta série de artigos visa ajudar os formuladores de políticas a chegar a este entendimento.

Desde o início da década de 90, há uma tendência no sentido de se usar a medicina com base em evidências (MBE), a qual se concentrou inicialmente na tomada de decisões por parte dos médicos [20,21]. Esta tendência se estendeu para outros consumidores e profissionais de saúde, e tem sido chamada de "atendimento de saúde com base em evidências" ou "prática baseada em evidências", como uma maneira de retratar o seu escopo mais amplo. No contexto de gestão e de formulação de políticas, com relação a qual essa abordagem também foi estendida, ela é chamada de "política embasada em evidências" [22]. Em todas estas arenas, o debate se concentrou no que significa exatamente uma abordagem baseada em evidências, e como esta abordagem difere das práticas normais, assim como nos benefícios e riscos relacionados. Tanto o MBE quanto a elaboração de políticas com base em evidências têm sido criticados por presumir que a prática ou as decisões sobre as políticas são em grande parte determinadas pelas evidências de pesquisas [4,23-25]. Essa crítica é, em grande parte, uma percepção errônea do que foi defendido. Nem as decisões sobre pacientes individuais nem as decisões sobre as políticas são determinadas somente por evidências. As avaliações, os valores e outros fatores sempre influenciam.

Embora os termos "baseada em evidências" e "fundamentada em evidências" possam ser usados de maneira intercambiável, preferimos usar o termo "fundamentada em evidências" porque ele descreve melhor o papel das evidências na elaboração de políticas e o desejo de melhorar o bom embasamento das decisões com evidências de pesquisa [4,26].

O QUE A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS COM BASE EM EVIDÊNCIAS NÃO É

Como qualquer outra ferramenta, aquelas que são usadas com o objetivo de apoiar o uso de evidências para fundamentar a elaboração de políticas podem ser usadas de

maneira inadequada. Os impactos indesejáveis decorrentes do uso inadequado de provas podem incluir processos burocráticos ineficientes, a proibição inadequada ou atraso de programas promissores, a definição equivocada de problemas, a manipulação da opinião pública, bem como a distorção da programação de pesquisas.

As formas de uso inadequado das evidências incluem o uso de evidências de forma seletiva, a proibição do uso apropriado das evidências e a criação de uma falsa de incerteza. A melhor maneira de detectar e prevenir o uso inadequado de evidências é pelo uso de processos que sejam sistemáticos e transparentes, como descreveremos em artigos subsequentes desta série.

CONCLUSÃO

Existe um crescente interesse mundial em fazer melhor uso de evidências de pesquisa nas decisões relacionadas à saúde. Em 2004, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde emitiu o World Report on Knowledge for Better Health, o qual incluía um capítulo dedicado ao vínculo entre a pesquisa e a ação [27]. A Cúpula Ministerial sobre Pesquisa em Saúde realizada no mesmo ano na Cidade do México emitiu um comunicado sobre a importância da pesquisa para a melhoria da saúde e para o fortalecimento dos sistemas de saúde [28]. Além disso, em maio de 2005, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução reconhecendo a Declaração do México sobre Pesquisa em Saúde, instando os Estados-membros "a criar ou reforçar os mecanismos de transferência de conhecimento para apoiar os sistemas de serviços de saúde e de saúde pública baseados em evidência, e políticas relacionadas à saúde embasadas em evidências" [29]. A necessidade de continuar a aumentar ainda mais o progresso obtido desde a Cúpula Ministerial do México se refletiu também na Declaração de Bamako de 2008, emitida pelos Ministros da Saúde, Ministros da Ciência e Tecnologia e Ministros da Educação e outros representantes ministeriais de 53 países [30]. Um primeiro passo fundamental para alcançar este objetivo é assegurar que os formuladores de política compartilham a mesma visão sobre o que as evidências de pesquisa são, bem como sobre o papel das evidências de pesquisa no auxílio à fundamentação de decisões sobre políticas.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Documentários em vídeo sobre políticas de saúde fundamentadas em evidências: www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms – Estes indispensáveis documentários em vídeo são parte de um relatório sobre mais de 150 organizações, especialmente em países com renda baixa e média per capita, que estão fazendo a ligação entre evidências e políticas (www.nchs.no/Publikasjoner/469.cms). Os documentários em vídeo contam

as histórias de oito estudos de caso em seis continentes, onde as pessoas estão tentando melhorar os sistemas de saúde, utilizando dados de pesquisa para fundamentar a tomada de decisões

The Mexico statement on health research, 2004
www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf

World Health Assembly. Resolution on health research, 2005
www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf

The Bamako call to action on research for health, 2008
www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf

Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? Evidence & Policy 2005; 1:227-42
www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006

Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. BMJ 1999; 319:1618. www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618

Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54:802-3
http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/11/802

Moynihan R. Using health research in policy and practice: Case studies from nine countries. Milbank Memorial Fund report, 2004
www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html

Links para websites

EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network, rede para políticas fundamentadas em evidências): www.who.int/rpc/evipnet/en/, http://evipnet.bvsalud.org/php/index.php
A EVIPNet é uma iniciativa para promover o uso sistemático de evidências de pesquisa em saúde na formulação de políticas. Ao se concentrar em países de renda baixa ou média per capita, a EVIPNet promove parcerias nacionais entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil a fim de facilitar o desenvolvimento de políticas e a execução de políticas por meio do uso das melhores evidências científicas disponíveis

Alliance for Health Policy and Systems Research: www.who.int/alliance-hpsr/en/
A Aliança HPSR é uma cooperação internacional com sede na Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é promover a geração e utilização de pesquisas de sistemas e políticas de saúde como um meio para melhorar os sistemas de saúde em países em desenvolvimento

Canadian Health Services Research Foundation: www.chsrf.ca/home_e.php
Esta Fundação promove e financia a gestão e pesquisas de políticas em serviços de saúde e de enfermagem para aumentar a qualidade, relevância e utilidade desta pesquisa para os formuladores de políticas e gestores do sistema de saúde. Além disso, a Fundação trabalha com esses tomadores de decisão do sistema de saúde dando-lhes apoio e estimulando-os a usar evidências de pesquisa ao enfrentar os desafios das políticas e da gestão da saúde

Central de políticas do governo do Reino Unido:
www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp
O objetivo deste site é promover o pensamento estratégico e melhorar a formulação de políticas e a prestação do serviço em todo o governo. Seu objetivo é dar acesso aos usuários a uma variedade de perspectivas sobre questões relativas a políticas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. JNL, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Francisco Becerra, Sara Bennett e Yogan Pillay pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

3. Task Force on Health Systems Research: **Informed choices for attaining the millennium development goals: towards an international cooperative agenda for health systems research.** *Lancet* 2004, **364:**997-1003.

4. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1:**227-42.

5. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **The use of evidence in WHO recommendations.** *Lancet* 2007, **369:**1883-9.

6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

7. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7:**239-44.

8. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, *et al*: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80:**125-54.

9. United Nations: *The Millennium Development Goals Report 2007.*

10. United Nations Development Programme: *Human Development Report 2006.*

11. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicth JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362:**233-41.

12. Sevene E, Lewin S, Marino A, Woelk G, Oxman A, Matinhure S, *et al*: **Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures.** *BMJ* 2005, **331:**765.

13. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

14. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, Second edn. New York: McGraw Hill; 2008.

15. Lomas J, Culver T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance.* Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2005.

16. Schuneman HJ, Fretheim A, Oxman A: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**12.

17. Counsell CE, Clarke MJ, Slattery J, Sandercock PA: **The miracle of DICE therapy for acute stroke: fact or fictional product of subgroup analysis?** *BMJ* 1994, **309:**1677-81.

18. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.

19. Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**19.

20. Evidence-Based Medicine Working Group: **Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.** *JAMA* 1992, **268:**2420-5.

21. Oxman AD, Sacket DL, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group: **Users' guides to the medical literature, I. how to get started.** *JAMA* 1993, **270:**5.

22. Packwood A: **Evidence-based policy: rhetoric and reality.** *Social Policy and Society* 2002, **1:**267-72.

23. Straus SE, McAlister FA: **Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms.** *CMAJ* 2000, **163:**837-41.

24. Clarence E: **Technocracy reinvented: the new evidence based policy movement.** *Public Policy and Administration* 2002, **17:**1-11.

25. Parsons W: **From muddling through to muddling up – evidence based policy making and the modernisation of British Government.** *Public Policy and Administration* 2002, **17:**43-60.

26. Nutley S: *Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK*. St. Andrews, University of St. Andrews. 2003.

27. World Health Organization (WHO): World *report on knowledge for better health*. Geneva, World Health Organisation. 2004.

28. World Health Organization (WHO): *The Mexico statement on health research*. Geneva, World Health Organisation. 2004.

29. World Health Assembly: *Resolution on health research*. 2005.

30. World Health Organization (WHO): *The Bamako call to action on research for health*. Geneva, World Health Organisation. 2008.

31. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4:**CD000127.

32. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ: **Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **2:**CD000025.

33. Langer A, Villar J, Tell K, Kim T, Kennedy S: **Reducing eclampsia-related deaths--a call to action.** *Lancet* 2008, **371:**705-6.

34. Oxman AD, Fretheim A: **Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing.** *Journal of Evidence-Based Medicine* 2009, **2:**70-83.

35. Fox DM, Oxman A: *Informing Judgment: Case Studies of Health Policy and Research in Six Countries*. New York: Milbank Memorial Fund; 2001.

36. Maclure M, Carleton B, Schneeweiss S: **Designed delays versus rigorous pragmatic trials: lower carat gold standards can produce relevant drug evaluations.** *Med Care* 2007, **45:**S44-9.

37. Schneeweiss S, Patrick AR, Sturmer T, Brookhart MA, Avorn J, Maclure M, *et al*: **Increasing levels of restriction in pharmacoepidemiologic database studies of elderly and comparison with randomized trial results.** *Med Care* 2007, **45:**S131-42.

38. Maclure M, Nguyen A, Carney G, Dormuth C, Roelants H, Ho K, *et al*: **Measuring prescribing improvements in pragmatic trials of educational tools for general practitioners.** *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006, **98:**243-52.

39. Schneeweiss S, Maclure M, Carleton B, Glynn RJ, Avorn J: **Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomised and observational evaluations.** *BMJ* 2004, **328:**560.

40. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

41. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM: **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.** *Lancet* 2006, **368:**1524-34.

42. Frenk J: **Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico.** *Lancet* 2006, **368:**954-61.

43. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development. 2006.

44. Congress of the United Mexican States.General Law of Social Development: *Title V. Evaluation of the Social Development Policy. [Ley General de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004. Título quinto "De la Evaluación de la Política de Desarrollo Social".].* New Law DOF 20-01-2004. Center for Documentation, Information and Analysis. 2004.

45. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C *et al*: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.

46. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, *et al.*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD007017.

47. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3:**CD004563.

48. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, *et al*: **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **2:**CD003030.

FIGURA 1. UM EXEMPLO DA FUNÇÃO DA EVIDÊNCIA NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

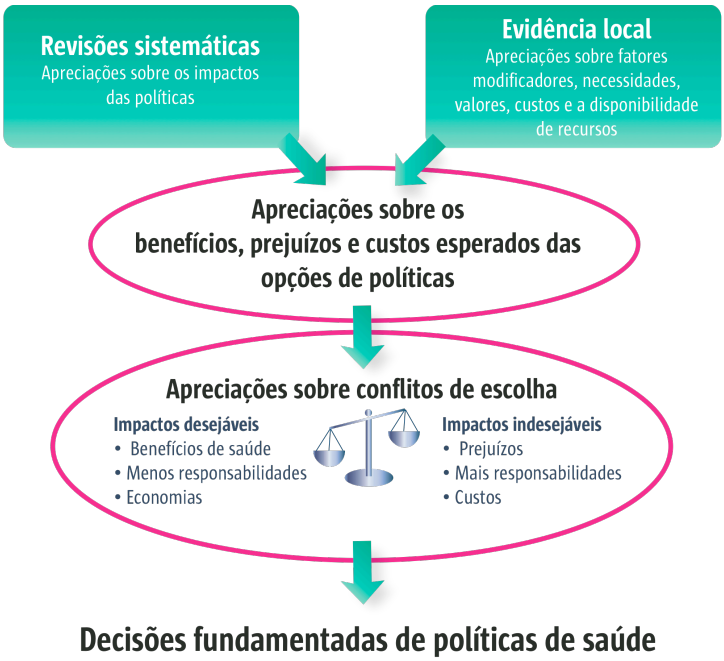


FIGURA 2. COMO A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE COM BASE EM EVIDÊNCIAS RESOLVEM PROBLEMAS COMUNS DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

Elementos da elaboração de políticas baseadas em evidências	*Problemas comuns na elaboração de políticas*	**A elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências pode abordar esses problemas por meio de mais sistemáticos e transparentes:**
Apoiar à elaboração de políticas baseadas em evidências	Falta de arranjos organizacionais para apoiar o uso de processos e evidências de pesquisa para estabelecer prioridades para evidências de pesquisa	Arranjos organizacionais para sustentar o uso de evidências de pesquisa; e processos para estabelecer prioridades para sustentar o uso de evidências de pesquisa
Identificar necessidades de evidências de pesquisa	Falta de clareza com relação às necessidades de evidências de pesquisa	Esclarecimento das necessidades de evidências de pesquisa para definir problemas, estruturas e opções de políticas e definir como tais opções de políticas serão implementadas
Encontrar e avaliar evidências	Uso casual ou tendencioso das evidências de pesquisa para informar decisões de políticas de saúde	Abordagens para encontrar e avaliar evidências de pesquisa
Das evidências de pesquisa às decisões	Envolvimento insuficiente das partes interessadas e decisões baseadas em evidências de pesquisa insuficientes	Abordagens para envolver e informar às partes interessadas e usar evidências de pesquisa para informar decisões

TABELA 1. EXEMPLOS DO USO DE EVIDÊNCIAS DE PESQUISA NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

Sulfato de magnésio para o tratamento de eclampsia e pré-eclampsia – um exemplo de arranjos inadequados de sistemas de saúde para apoiar uma intervenção barata e eficaz

Existem evidências de alta qualidade demonstrando que o sulfato de magnésio, uma droga de baixo custo, é eficaz para o tratamento de eclampsia e pré-eclampsia [31,32]. No entanto, a droga, como muitos outros tratamentos eficazes em países de renda baixa e média per capita, ainda não está amplamente disponível [12,33]. Falhas nos mecanismos de registro, aquisição e distribuição do sulfato de magnésio têm contribuído para a sua baixa disponibilidade em países, como Moçambique e Zimbábue [12]. Em outros países, os problemas incluem a falta de diretrizes que obriguem o uso de sulfato de magnésio, a não inclusão do sulfato de magnésio em listas de medicamentos essenciais, a não implementação de diretrizes existentes e as restrições sobre quais instalações e trabalhadores de saúde estão autorizados a administrá-lo [33]. Embora a eclampsia e a pré-eclampsia grave afetem poucas mulheres em relação ao número de pessoas afetadas por outros problemas de saúde, cerca de 63.000 mulheres em todo o mundo morrem devido a essas condições a cada ano. Estas condições também estão associadas a mortes neonatais.

A remuneração por desempenho – um exemplo do uso generalizado de um arranjo do sistema de saúde com efeitos incertos e avaliação inadequada dos impactos

A remuneração por desempenho (P4P, Paying for performance) refere-se à transferência de dinheiro ou bens materiais, contanto que as pessoas executem uma ação mensurável ou alcancem uma meta de execução predeterminada. O P4P é amplamente defendido e utilizado com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento de saúde e de atingir metas de saúde, incluindo os MDMs. Uma visão geral dos efeitos de qualquer tipo de P4P no setor de saúde voltado para pacientes, prestadores de serviços, organizações ou governos pode ser encontrada em 12 revisões sistemáticas [34]. Os resultados indicaram que os incentivos financeiros voltados para usuários dos serviços de saúde e profissionais individuais de saúde parecem ser eficazes no curto prazo para metas comportamentais bem definidas, distintas e simples. No entanto, há poucas evidências de que os incentivos financeiros podem sustentar mudanças de longo prazo. Também existem evidências limitadas sobre os efeitos do P4P voltado para organizações, ou dos efeitos do P4P em países de renda baixa ou média per capita. Nos países de renda baixa ou média per capita, os esquemas P4P geralmente incluíam componentes auxiliares, tais como o aumento de recursos, treinamento e suporte técnico. As avaliações destes esquemas raramente verificam os efeitos da condicionalidade propriamente dita. Quase não há evidências da relação custo-benefício do P4P. Além disso, o P4P pode ter efeitos indesejáveis, inclusive motivando comportamentos inesperados, distorções (ignorando as importantes tarefas que não são recompensadas com incentivos), jogos (melhoria ou fraude na apresentação de relatórios ao invés de melhorar o desempenho), "escolha a dedo" (selecionando ou evitando os pacientes com base na facilidade para se atingir as metas de desempenho), o aumento da lacuna de recursos entre os ricos e os pobres, e maior dependência em incentivos financeiros.

Preços de referência na Colúmbia Britânica – um exemplo de abordagem fundamentada em evidências para políticas de medicamentos mais eficientes

Desde 1995, a província de Colúmbia Britânica (BC) no Canadá tem conduzido um Programa de Medicamentos de Referência (RDP, Reference Drug Program), e diversas políticas relacionadas têm sido elogiadas e criticadas como estratégias para a contenção de custos [35]. As políticas foram introduzidas pelo Pharmacare, o programa de seguro para medicamentos financiado pelo governo, o qual é controlados pelo Ministério da Saúde da província. O Pharmacare vinha tendo dificuldades há anos com o crescimento de dois dígitos dos custos anuais de medicamentos. O objetivo do RDP foi o de fornecer uma cobertura de seguro semelhante para medicamentos similares, sem aumentar os demais custos de saúde ou causar eventos adversos à saúde. O RDP foi contestado pela indústria farmacêutica, que argumentou que ele era perigoso para os pacientes. Mas o RDP foi defendido pelo Ministério da Saúde como sendo baseado em evidências. O

grau de cumprimento das metas do RDP foi avaliado por pesquisadores independentes, o que serviu de base para que o Ministério da Saúde pudesse defender e manter o programa. Os pesquisadores precisaram fazer adaptações ao contexto dos formuladores de políticas, o qual incluía definições conflitantes da necessidade médica e um ciclo de política que acelerava e desacelerava rapidamente [36-39]. O envolvimento contínuo de pesquisadores em um comitê consultivo para a aplicação da política criou respeito mútuo e entendimento entre pesquisadores e formuladores de políticas, e permitiu a fácil implantação de um ensaio randomizado da política. No entanto, as relações pessoais de colaboração estabelecidas entre os formuladores de políticas e os pesquisadores não foram facilmente transferidas para a nova equipe, a qual não tinha compartilhado a história.

Seguro Popular no México – um exemplo de uma abordagem fundamentada em evidências para a ampliação da cobertura do seguro de saúde e avaliação de seus impactos

Em 2004, o governo nacional do México lançou um novo sistema de seguro saúde chamado Seguro Popular, ou o esquema de Seguro Popular de Saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura para aproximadamente 50 milhões de mexicanos não cobertos pelos programas existentes [40-42]. O esquema foi progressivamente introduzido em todo o México, começando com as comunidades mais pobres, e oferecendo um pacote definido de serviços de saúde. De acordo com Julio Frenk, Secretário da Saúde do México durante este período: "Este é quase um caso clássico de como as evidências realmente mudaram inicialmente as percepções públicas, depois fundamentaram o debate para logo se tornarem lei" [40]. Uma das principais evidências iniciais que desencadearam um amplo debate sobre a necessidade de reforma foi a constatação de que o antigo sistema de saúde do México, ao contrário da crença popular, era em grande parte financiado regressivamente por desembolsos particulares. Quando o debate e o desenvolvimento do esquema já tinham sido fundamentados, a evidência também influenciou na avaliação. Aproveitando o calendário da implantação progressiva, o governo criou uma avaliação controlada que comparava os resultados para aquelas comunidades que recebiam o esquema, e aquelas que ainda estavam esperando pelo mesmo. No México, considera-se que as evidências que surgem da pesquisa avaliativa, como o estudo controlado do Seguro Popular, tiveram um papel fundamental para revigorar a democracia da nação. Em 2004, reconhecendo a sua obrigação política e ética de avaliar o impacto das decisões relativas a políticas, o governo do México aprovou uma lei que exige que as avaliações de impacto sejam realizadas para diversos programas públicos, reconhecendo explicitamente o valor de se saber o que funciona – e por que – como um guia para as decisões orçamentárias no futuro [43,44].

TABELA 2. UMA EXPLICAÇÃO E EXEMPLOS DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

As revisões sistemáticas são resumos de evidências de pesquisa que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos que estão incluídos na revisão. Métodos estatísticos (metanálise) podem ou não ser usados para analisar e sintetizar os resultados dos estudos incluídos. Resumos estruturados de revisões sistemáticas de arranjos do sistema de saúde podem ser encontrados nas páginas da Internet do SUPPORT (www.support-collaboration.org), incluindo os seguintes exemplos:

Trabalhadores da saúde leigos (não-profissionais) no atendimento primário para a saúde materna e infantil – um exemplo de um arranjo de prestação de serviço) [45]

Os trabalhadores de saúde leigos não têm educação profissional formal, mas eles geralmente recebem um treinamento relacionado ao trabalho. Eles podem estar envolvidos no atendimento pago ou voluntário. Eles desempenham diversas funções relacionadas à prestação de serviços de saúde e diversos termos são usados para descrevê-los, incluindo trabalhadores de saúde do vilarejo, voluntários da comunidade e conselheiros de colegas, entre outros. Uma busca sistemática por ensaios randomizados de trabalhadores de saúde leigos até agosto de 2006 permitiu a descoberta de 48 ensaios relevantes para a saúde materna e infantil e doenças graves. Houve uma variação nos métodos de seleção e de treinamento, nos beneficiários-alvo, nas configurações e nos resultados que foram aferidos. As principais conclusões foram:

- O uso de trabalhadores de saúde leigos em programas de saúde materna e infantil apresenta benefícios promissores em comparação ao atendimento habitual ou à ausência de intervenção, pelos seguintes motivos:
  - Maior administração de vacinas em crianças
  - Promoção do aleitamento materno
  - Redução da mortalidade em crianças com menos de cinco anos, e
  - Redução da taxa de incidência de doenças comuns da infância
- Existem poucas evidências disponíveis sobre a eficácia da substituição de profissionais de saúde por trabalhadores de saúde leigos, ou sobre a eficácia das estratégias alternativas para treinamento, suporte e manutenção de trabalhadores de saúde leigos

Pagamentos diretos feitos pelos pacientes para a aquisição de medicamentos – um exemplo de um arranjo financeiro [46]

As políticas em que os consumidores pagam diretamente pelos seus medicamentos prescritos incluem os *limites* (o limite máximo de receitas ou medicamentos que pode ser reembolsado), *co-pagamentos fixos* (as pessoas pagam um valor fixo por receita ou medicamento), *co-pagamentos por níveis* (as pessoas pagam um valor fixo por receita

ou medicamento, cujo custo pode depender, por exemplo, de se a receita é para uma marca (patenteada) de medicamento ou para um medicamento genérico), *co-seguro* (as pessoas pagam um percentual do preço do medicamento) e *tetos* (por exemplo, as pessoas pagam qualquer parte do preço ou o preço total de um medicamento, até o montante máximo definido por um ano e, posteriormente, não pagam ou pagam menos). Em uma busca sistemática por estudos que avaliavam os impactos dessas políticas, foram encontrados 21 estudos sobre 30 intervenções bastante variadas. As principais conclusões foram:

- Limites, co-seguros com tetos e as políticas de co-pagamento podem reduzir o consumo de medicamentos e permitir uma economia nos gastos para as políticas de medicamentos ou planos de saúde
- Foram verificadas reduções no uso de medicamentos para medicamentos de manutenção da vida e medicamentos que são importantes no tratamento de condições crônicas, bem como para outros medicamentos
- Apesar de existirem dados insuficientes disponíveis sobre os resultados da saúde, grandes reduções no uso de medicamentos que são importantes para a saúde das pessoas podem ter efeitos adversos. Isto pode levar a um aumento no uso dos serviços de saúde e, consequentemente, ao aumento no gasto total
- É menos provável que as políticas nas quais as pessoas pagam diretamente por seus medicamentos causarão danos se somente medicamentos não essenciais forem incluídos em tais políticas, ou se isenções forem incorporadas a tais políticas para garantir que as pessoas receberão o atendimento médico necessário

Consumer involvement – an example of a governance arrangement (Envolvimento do consumidor – um exemplo de um arranjo de gestão) [47]

A importância da participação do consumidor na área da saúde é amplamente reconhecida, mas uma revisão sistemática concluiu que há evidências extremamente esparsas sobre a melhor forma de fazer isto para a formulação de políticas de saúde. Os consumidores podem participar no desenvolvimento da política de saúde por meio de consultas para a obtenção do seu ponto de vista ou mediante processos de colaboração. As consultas podem ser feitas em um único evento ou em eventos repetidos, de grande ou pequena escala. Elas podem envolver indivíduos ou grupos de consumidores para permitir o debate. Os grupos podem ser convocados especialmente para a consulta ou eles podem ser organizações estabelecidas de consumidores. Eles podem ser organizados em diferentes fóruns e por diferentes meios. Em uma busca sistemática até maio de 2006 por estudos que comparavam os efeitos de diferentes métodos para o envolvimento de consumidores, foi encontrado apenas um pequeno estudo de métodos destinado a envolver os consumidores na elaboração de políticas de saúde. Este estudo oferecia evidências de baixíssima qualidade de que conversas telefônicas e reuniões presenciais com grupos permitiam um maior envolvimento dos consumidores do que pesquisas enviadas pelo correio, visando o estabelecimento de prioridades para as metas de saúde da comunidade, e resultavam na definição de diferentes prioridades.

Continuing education meetings – an example of a strategy to bring about change (Reuniões de educação continuada – um exemplo de uma estratégia para provocar uma mudança) [48]

As reuniões educativas (palestras, oficinas e cursos) são um dos tipos mais comuns de educação continuada para profissionais de saúde. As reuniões podem variar bastante em termos de conteúdo, número de participantes, nível e tipo de interação, assim como com relação à sua duração e frequência. Em uma busca sistemática por ensaios randomizados de auditoria e de feedback até março de 2006, foram encontrados 81 estudos que preenchiam os critérios de inclusão para a revisão. Na maioria dos ensaios, os participantes eram médicos. As intervenções variavam no que diz respeito ao seu conteúdo e formato, e não havia uma grande variação nas medições dos resultados. As principais conclusões foram:

- As reuniões educativas podem melhorar a prática profissional e os resultados do atendimento de saúde para os pacientes
- O efeito médio é pequeno ou modesto e pode ser comparado ao efeito de outras atividades de educação médica continuada, tais como auditoria e feedback e visitas educativas de sensibilização
- Existem grandes variações nos efeitos encontrados nos diferentes estudos e não é possível ter qualquer conclusão definitiva sobre qual é a forma mais eficaz
- O efeito parece ser maior em reuniões educativas que incluem componentes interativos e didáticos

2. Como fazer com que a sua instituição melhore o apoio ao uso de evidências de pesquisa para fundamentar a elaboração de políticas?

Andrew D Oxman[1], Per Olav Vandvik[2], John N Lavis[3], Atle Fretheim[4] and Simon Lewin[5]*

Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **2. Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking**. Health Research Policy and Systems; 2009, **7**(Suppl 1):S2 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S2.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s2.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Department of Medicine, Innlandet Hospital Health Authority, Gjøvik, Norway
3 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, falaremos sobre como organizar os esforços para apoiar a formulação de políticas de saúde fundamentadas em evidências. Os esforços para vincular a pesquisa à ação podem incluir uma série de atividades relacionadas à produção de pesquisas que sejam altamente relevantes – e adequadamente resumidas – para os formuladores de políticas. Tais atividades podem incluir uma combinação de esforços de pesquisa usados para vincular a pesquisa à ação, bem como a *avaliação* desses esforços. Pouco se sabe sobre a melhor forma de organizar a variedade de atividades disponíveis e, até recentemente, havia relativamente poucas organizações responsáveis por apoiar o uso de evidências de pesquisa no desenvolvimento de políticas de saúde. Sugerimos cinco perguntas que podem ajudar a guiar as considerações sobre como melhorar os arranjos organizacionais para apoiar o uso de evidências de pesquisa, com o objetivo de fundamentar a tomada de decisões sobre políticas de saúde. Estas são: 1. Qual é a capacidade da sua organização de usar evidências de pesquisa para fundamentar a tomada de decisões? 2. Quais estratégias devem ser usadas para garantir a colaboração entre os formuladores de política, pesquisadores e partes interessadas? 3. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a independência, bem como a gestão eficaz de conflitos de interesses? 4. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes para acessar, avaliar e utilizar evidências de pesquisa? 5. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a existência de capacidade adequada para usar tais métodos?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

Há um novo Ministro da Saúde no Ministério onde você trabalha. Uma das metas do novo Ministro é melhorar a capacidade do Ministério de usar evidências de pesquisa para fundamentar as decisões sobre como o sistema de saúde é organizado, financiado e gerido. Solicitaram que você apresentasse uma proposta de estratégias para melhorar a forma como o Ministério apóia o uso de evidências para fundamentar as decisões sobre políticas.

HISTÓRICO

Neste artigo, apresentamos cinco perguntas que os formuladores de políticas, e aqueles que os apóiam, poderiam fazer ao considerar como melhorar o apoio ao uso de evidências de pesquisa para fundamentar as decisões relacionadas às políticas de saúde. Tais perguntas poderiam, por exemplo, ser feitas por qualquer uma das pessoas no cenário descrito acima.

Várias teorias têm sido propostas para explicar o papel das evidências de pesquisa na formulação de políticas. Além disso, existe bastante consenso sobre como melhorar o uso apropriado de evidências de pesquisa. Entretanto, é difícil encontrar evidências empíricas para apoiar tais ideias [2]. Embora um número cada vez maior de estudos esteja sendo realizado em países de renda baixa e média [3-8] per capita, a maioria das evidências ainda vem de estudos com entrevistas em países de renda alta [9,10]. Revisões sistemáticas destes estudos sugerem que [9,10]:

- A interação entre pesquisadores e formuladores de políticas aumenta a probabilidade da pesquisa ser usada por formuladores de políticas

- A escolha correta do momento e pesquisas oportunas aumentam (e a escolha errada do momento e a falta de senso de oportunidade diminuem) a probabilidade da pesquisa ser usada por formuladores de políticas
- Quando os formuladores de políticas têm atitudes negativas com relação às evidências de pesquisa, a probabilidade da pesquisa ser usada por eles diminui
- Quando os formuladores de políticas não possuem as habilidades e os conhecimentos relevantes, a probabilidade da pesquisa ser usada por eles diminui
- As redes de políticas e a confiança nos pesquisadores aumentam a probabilidade da pesquisa ser usada por formuladores de políticas, e
- A falta de relevância perceptível, o uso de jargões e a produção de publicações destinadas a um público acadêmico são fatores que diminuem a probabilidade da pesquisa ser usada por formuladores de políticas

Diversas denominações têm sido dadas para as atividades destinadas a melhorar a utilização de evidências de pesquisa para fundamentar políticas. Estas denominações incluem: tradução do conhecimento, transferência de conhecimentos, intercâmbio de conhecimentos, utilização, implementação, difusão e disseminação de pesquisas [11]. Há uma confusão considerável e uma falta de entendimento sobre a definição e sobre o escopo desses conceitos, e a literatura relacionada a estas questões é diversa e bastante dispersa [12]. Vários quadros foram propostos como formas de organizar estas abordagens e, assim, melhorar o uso das evidências de pesquisas por formuladores de políticas [11-20]. Estes quadros têm conceitos e objetivos que se sobrepõem.

Um destes quadros se concentra na avaliação dos esforços feitos pelo país para vincular a pesquisa à ação. Este quadro fornece um inventário de uma série de atividades que podem ser consideradas no desenvolvimento de arranjos organizacionais, os quais são destinados a apoiar a utilização de evidências de pesquisa para fundamentar as decisões de política de saúde [20]. O quadro inclui quatro elementos: o clima geral para uso de pesquisas, a produção de pesquisas que sejam altamente relevantes – e adequadamente resumidas – para os formuladores de políticas, a combinação de esforços usados para vincular as pesquisas à ação e a *avaliação* dos esforços para vincular a pesquisa à ação. Dentro deste quadro, os esforços para vincular a pesquisa à ação são divididos em quatro grupos de atividades. Estes grupos são os seguintes: *esforços de estímulo* (esforços para divulgar os resultados de pesquisas que podem incluir, por exemplo, a adequação das mensagens por pesquisadores em função das necessidades do formulador de políticas), os *esforços para facilitar a atração do usuário* (como unidades de resposta rápida para atender às necessidades de evidências de pesquisa por parte do formulador de políticas), a *atração do usuário* (esforços para facilitar o uso de pesquisas, como os esforços para treinar os formuladores de políticas a acessar as evidências de pesquisa), e *os esforços de intercâmbio* (parcerias entre pesquisadores e formuladores de políticas nas quais as perguntas relevantes são feitas e respondidas de maneira solidária).

Pouco se sabe sobre a melhor forma de organizar esta variedade de atividades disponíveis e, até recentemente, havia relativamente poucas organizações responsáveis por apoiar o uso de evidências de pesquisa no desenvolvimento de políticas de saúde [21,22]. As perguntas que propomos neste artigo se concentram nas lições aprendidas da experiência das organizações envolvidas nas atividades de apoio à formulação de políticas de saúde fundamentadas em evidências [21]. As evidências das quais estas lições foram extraídas foram coletadas a partir de um levantamento com 176 organizações, seguido por entrevistas telefônicas com 25 destas organizações e visitas a oito delas. As lições são as seguintes:

- Estabelecer laços fortes entre os formuladores de políticas e os pesquisadores e envolver as partes interessadas no trabalho realizado
- Ser independente e gerir conflitos de interesses entre aqueles envolvidos no trabalho
- Usar métodos apropriados e ser transparente no trabalho
- Colaborar com outras organizações
- Começar aos poucos, ter escopo e público-alvo bem definidos e abordar questões importantes
- Desenvolver a capacidade dos que trabalham na organização
- Estar atento às considerações sobre a implantação, mesmo se a implantação não for de sua responsabilidade

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

Com base nas lições acima, sugerimos cinco perguntas que podem ser feitas ao se considerar a forma de melhorar o apoio ao uso de evidências de pesquisa, com o objetivo de fundamentar as decisões relacionadas a políticas de saúde. Estas perguntas abordam as estratégias fundamentais para melhorar a forma de organização do apoio à formulação de políticas de saúde com base em evidências, conforme ilustrado na Figura 1. Elas não abordam questões mais amplas sobre processos governamentais de formulação de políticas e como estes processos podem ser projetados para promover o uso de evidências. As perguntas são as seguintes:

1. Qual é a capacidade da sua organização de usar evidências de pesquisa para fundamentar a tomada de decisões?
2. Quais estratégias devem ser usadas para garantir a colaboração entre os formuladores de política, pesquisadores e partes interessadas?
3. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a independência, bem como a gestão eficaz de conflitos de interesses?
4. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes para acessar, avaliar e utilizar evidências de pesquisa?
5. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a existência de capacidade adequada para usar tais métodos?

1. **Qual é a capacidade da sua organização de usar evidências de pesquisa para fundamentar a tomada de decisões?**

Para que as organizações aumentem o nível de utilização de evidências de pesquisa para fundamentar as suas decisões, é necessário que haja capacidade suficiente para reconhecer a necessidade das evidências de pesquisa. Isto é necessário para que a pesquisa seja adquirida quando for necessária, para avaliar criticamente tal pesquisa, usá-la para fundamentar decisões e para medir os impactos das políticas e dos programas que são implantados [20,23-27]. As capacidades nestas diferentes áreas variam bastante, tanto em organizações governamentais quanto em não governamentais [21,28]. Portanto, um primeiro passo no processo de melhoria da capacidade organizacional consiste na avaliação da capacidade atual de uma organização.

Há uma série de instrumentos validados para medir a competência dos indivíduos na prática da medicina baseada em evidências [por exemplo, [29-31]. No entanto, neste artigo, nos concentramos na capacidade da *organização* e não na competência dos indivíduos. A CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation) desenvolveu uma ferramenta de autoavaliação para as organizações de saúde com o objetivo de ajudar a identificar como as pesquisas podem ser coletadas e usadas, bem como as possíveis formas de melhorar esta coleta e este uso [23,24,32,33]. Esta ferramenta inclui quatro áreas fundamentais para a avaliação do uso da pesquisa: a aquisição, a avaliação, a adaptação e a aplicação das evidências. Lavis e colegas propuseram um quadro para avaliar os esforços de cada país para vincular as pesquisas à ação [20] Seu quadro inclui diversas áreas não abrangidas pela ferramenta da CHSRF [23]. Estas áreas incluem o quanto o ambiente geral apóia a vinculação da pesquisa à ação, a produção de pesquisas, os esforços para divulgar os resultados da pesquisa (as chamadas estratégias de "estímulo"), e os esforços para facilitar a utilização dos resultados de pesquisas (os chamados fatores de "atração do usuário").

A ferramenta de autoavaliação que apresentamos no Arquivo adicional 2 se baseia nestes dois quadros, e especificamente na ferramenta CHSRF. Ela aborda os principais passos necessários para garantir o uso adequado de evidências de pesquisa para fundamentar as decisões relacionadas a políticas e programas de saúde. Esta ferramenta destina-se a ajudar as organizações a avaliar e melhorar a sua capacidade de utilização de evidências de pesquisa. Ela não foi formalmente testada. Em vez disso, ela evoluiu por meio de diversas revisões com base em workshops envolvendo diversos grupos.

O Arquivo adicional 2 é um "cartão de pontuação" que visa fornecer a base para a discussão e chegar a um acordo sobre as prioridades e estratégias necessárias para a melhoria. Muitas vezes, as pessoas na mesma organização têm percepções divergentes sobre o desempenho da organização. Isto é ilustrado no Arquivo adicional 3, que resume a aplicação de um cartão de pontuação para avaliação do desempenho de uma

organização. A identificação de tais discrepâncias e o debate sobre as mesmas podem ajudar a desenvolver uma visão compartilhada e um plano de ação. O cartão de pontuação mostrado no Arquivo adicional 2 pode ser aplicado em todos os departamentos de uma organização de grande porte (conforme destacado no exemplo ilustrativo mostrado no Arquivo adicional 3), assim como dentro de um único departamento, ou em uma combinação das duas opções anteriores. O cartão de pontuação também pode ser usado para monitorar o desempenho da organização em seus esforços para melhorar a sua utilização de evidências de pesquisa.

2. Quais estratégias devem ser usadas para garantir a colaboração entre os formuladores de política, pesquisadores e partes interessadas?

Muitas organizações que apóiam o uso de evidências de pesquisa na formulação de políticas normalmente envolvem os formuladores de política na escolha dos temas e dos serviços realizados. Verificou-se que a comunicação pessoal entre os formuladores de política e os pesquisadores é particularmente importante, tanto pelos formuladores de políticas quanto por aqueles que apóiam o seu uso de evidências de pesquisas [21]. Organizações que apóiam a formulação de políticas com base em evidências veem suas estreitas ligações com os formuladores de políticas como um ponto forte [21]. Entretanto, este ponto forte traz consigo um desafio associado: a necessidade de gerir os conflitos de interesse que podem surgir em qualquer relação estreita entre pesquisadores e formuladores de políticas.

As estratégias que podem ajudar a garantir a colaboração entre os formuladores de políticas e os pesquisadores incluem:

- Localizando aqueles que apóiam o uso das pesquisas pelos formuladores de políticas (acessando, avaliando e resumindo evidências) dentro ou perto das organizações responsáveis pela elaboração de políticas
- Envolvendo os formuladores de políticas em um conselho consultivo ou comitê de direção quando as organizações estiverem fora do governo ou das organizações formuladoras de políticas
- Acordos formais vinculando organizações acadêmicas a organizações formuladoras de políticas
- Usando pessoas confiáveis como “facilitadores de conhecimento” para desenvolver relacionamentos entre os pesquisadores e os formuladores de políticas [34]
- Envolvendo formuladores de políticas em processos de pesquisa, tais como a preparação de sumários de políticas [35]
- Envolvendo pesquisadores nos processos de fundamentação de políticas, tais como os diálogos de políticas [36]
- Programas de desenvolvimento de competências para os formuladores de políticas e pesquisadores [37-39], incluindo intercâmbios onde os pesquisadores são destacados para uma organização formuladora de políticas e formuladores de políticas são designados para uma organização de pesquisa

Um exemplo da necessidade de gerenciar possíveis tensões entre os formuladores de políticas e os pesquisadores que estejam trabalhando juntos é apresentado na Tabela 1.

As organizações que apóiam o uso de evidências de pesquisa na formulação de políticas também frequentemente citam a participação das partes interessadas como ponto forte essencial [21]. As organizações interessadas incluem, por exemplo, organizações de pacientes, grupos comunitários, coligações, grupos de defesa, organizações religiosas, instituições de caridade ou organizações de voluntários, associações profissionais, sindicatos e associações empresariais [40].

No entanto, a gestão da participação dos interessados pode ser tanto desafiadora quanto trabalhosa. Há uma escassez de evidências comparando formas alternativas de envolver as partes interessadas na elaboração de políticas ou nos processos de pesquisa, incluindo [41]:

- O grau de envolvimento (consulta ou colaboração)
- Diferentes fóruns de comunicação (por exemplo, associação a comitês, painéis permanentes, reuniões de cidadãos na prefeitura, entrevistas, consultas escritas)
- Diferentes métodos para o recrutamento de partes interessadas (por exemplo, convites pessoais direcionados, publicidade, ou a utilização de meios de comunicação de massa)
- Diferentes formas de treinamento e apoio aos consumidores ou outras partes interessadas para garantir um envolvimento efetivo
- Diferentes graus de apoio financeiro para facilitar a participação dos consumidores ou de outras partes interessadas

Há uma variedade de diferentes tipos de colaboração que podem ser apropriados para diferentes partes interessadas. Para alguns grupos, a interação parcial pode ser mais útil do que envolvê-los diretamente na formulação de políticas (por exemplo, grupos que têm interesse em um aspecto da política, tais como as questões de regulamentação profissional). Para os outros grupos, pode ser desejável mantê-los afastados das decisões (por exemplo, as empresas farmacêuticas com interesse em uma decisão sobre política). Fazer com que alguns grupos fiquem totalmente afastados das deliberações pode ser justificável (por exemplo, as empresas de cigarro que falsificaram os resultados de pesquisas sobre os efeitos nocivos do tabaco).

Estratégias que possam ajudar a garantir níveis adequados de participação das partes interessadas são semelhantes àquelas supracitadas para garantir a colaboração entre os formuladores de políticas e os pesquisadores. Essas podem incluir, por exemplo, a participação dos interessados em um conselho consultivo ou comitê de direção, em processos de pesquisa e nos processos de formulação de políticas. Elas também podem incluir consultas com grupos de partes interessadas, o uso de programas de desenvolvimento de competências para as partes interessadas [42-44], e a divulgação das evidências para o grande público por meio dos meios de comunicação de massa [45].

Um exemplo do uso, por parte de um órgão público, de estratégias abrangentes para envolver as partes interessadas é apresentado na Tabela 2.

3. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a independência, bem como a gestão eficaz de conflitos de interesses?

A independência é o ponto forte citado com mais frequência das organizações que apóiam o uso de evidências de pesquisa na formulação de políticas [21]. Por outro lado, os conflitos de interesse são vistos como um ponto fraco importante. A liberdade e a independência financeira e intelectual em relação à influência do governo e da indústria são vistas como os principais pontos fortes de tais organizações. Mas esta liberdade e independência precisam ser comparadas à conveniência dos arranjos que podem garantir a colaboração entre os formuladores de políticas e os pesquisadores. Obviamente, a independência é relativa. Nenhuma organização é totalmente independente.

Processos e métodos mutuamente acordados são essenciais para gerenciar as possíveis tensões conflitantes decorrentes das demandas da colaboração e da independência. Eles também são importantes como formas de garantir o acesso sistemático e transparente às evidências, bem como para avaliar as evidências como um dado de entrada para o processo de elaboração de políticas.

Os conflitos de interesses frequentemente são a base de tensões que surgem entre os formuladores de políticas, os pesquisadores e outras partes interessadas. Embora haja pouca evidência empírica para orientar os arranjos da gestão de conflitos de interesse, as opções fundamentais que merecem ser consideradas incluem [46]:

- Formas de divulgação específicas, detalhadas e estruturadas que exigem o máximo de informações possível sobre a natureza e a extensão dos interesses conflitantes. É provável que as formas de divulgação cujos formatos sejam resumidos ou abertos não sejam informativas
- Critérios explícitos para que seja mais fácil decidir se um interesse divulgado constitui um conflito de interesses
- Uma série de estratégias de gestão para resolver os conflitos de interesse divulgados, que vão desde a divulgação pública dos conflitos associados a cada reunião como um pré-requisito mínimo, até a retirada dos indivíduos em conflito, como a medida mais extrema
- Uma política padrão exigindo que todos os vínculos financeiros sejam divulgados publicamente (por exemplo, que eles sejam registrados em atas de reunião) pode reduzir o número de casos problemáticos
- Um comitê permanente para analisar todas as declarações de divulgação financeira antes do início das reuniões ou audiências do comitê para que sejam feitas recomendações de gestão quando necessário, e que possa ajudar a assegurar que as políticas sobre conflito de interesse sejam aplicadas

Os arranjos organizacionais devem assegurar a agilidade no atendimento às necessidades de informações dos formuladores de políticas. Ao mesmo tempo, é importante assegurar a independência em relação aos métodos usados para acessar, avaliar e sintetizar as evidências de pesquisa. Os ajustes para assegurar que a independência seja mantida podem incluir:

- Arranjos financeiros que minimizem o risco de influência inadequada sobre quais evidências serão resumidas, ou como elas serão resumidas
- Os arranjos de gestão, incluindo a participação das partes interessadas independentes nos conselhos consultivos ou grupos de direção
- Os mecanismos de gestão de conflitos, tais como mediadores independentes ou processos de recurso, em especial para os órgãos governamentais que financiam o trabalho e para a indústria
- Assegurar que a tomada de decisões seja transparente com relação à forma de acesso, sintetização e publicação de tais evidências

4. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes para acessar, avaliar e utilizar evidências de pesquisa?

A maioria das organizações de apoio à utilização de evidências de pesquisa na formulação de políticas usa revisões sistemáticas [21]. Além de sua independência, tais organizações geralmente afirmam que o uso de métodos sistemáticos e transparentes (por vezes citados como "sendo baseados em evidências") é um dos seus principais pontos fortes. Contudo, é menos provável que organizações que apóiam os governos a usar evidências de pesquisa no desenvolvimento de políticas e programas de saúde tenham diretrizes descrevendo os métodos que utilizam. É também menos provável que elas façam ou usem revisões sistemáticas em relação às organizações que produzem avaliações de tecnologias da saúde (HTAs, na sigla em inglês) ou diretrizes sobre a prática clínica. Além disso, o uso de métodos sistemáticos e transparentes traz consigo um desafio associado: métodos mais rigorosos consomem mais tempo. Como consequência, muitas organizações, especialmente as agências de HTA, tentaram desenvolver métodos mais acelerados que sejam "rápidos, mas suficientemente claros" [47].

Visto que a formulação de políticas de saúde com base em evidências se caracteriza pelo uso de métodos sistemáticos e transparentes para acessar e avaliar as evidências como um dado de entrada para o processo de elaboração de políticas, entende-se, portanto, que o uso de métodos acordados para fazer isso é fundamental a fim de que qualquer arranjo organizacional sustente a formulação de políticas com base em evidências. Tais métodos devem ser descritos em documentos que possam ser facilmente acessados. Além disso, embora seja factível que exista uma grande variação entre os arranjos organizacionais, é provável que exista uma grande uniformidade nos métodos que são usados, como é o caso das diretrizes de prática clínica, por exemplo [48]. Assim, além

de ajudar a garantir a utilização de métodos acordados, os manuais acessíveis que descrevem estes métodos também podem beneficiar outras organizações com interesses semelhantes.

Também é provável que as partes interessadas que sintam que sofreram perdas, devido ao resultado de uma decisão específica, contestem os métodos utilizados caso haja uma quantidade substancial em jogo, independentemente do rigor e da transparência aplicados. No entanto, a utilização dos métodos acordados que são descritos de maneira facilmente acessível pode fazer com que seja mais fácil responder a tais desafios.

Uma ilustração dos esforços para garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes para o desenvolvimento de recomendações e políticas é apresentada na Tabela 3.

5. Quais estratégias devem ser utilizadas para garantir a existência de capacidade adequada para usar tais métodos?

Normalmente, o ponto fraco mais citado das organizações que apóiam o uso de evidências de pesquisas na formulação de políticas é a falta de recursos humanos e financeiros. Como garantir o financiamento adequado para apoiar o uso de evidências de pesquisa é um grande desafio, especialmente em países de renda baixa e média per capita. Em parte, isto pode ser decorrente do fato de que esta função fracassa de duas formas – normalmente não é financiada por entidades financiadoras de pesquisa, e nem por aqueles interessados no fortalecimento da formulação de políticas. A identificação das fontes adequadas de financiamento é essencial para desenvolver e manter uma capacidade adequada de apoio à formulação de políticas de saúde fundamentadas em evidências.

Três das principais mensagens que surgiram a partir de uma análise dessas organizações referem-se à garantia da capacidade adequada [21,49]:

- Colaborar com outras organizações, de maneira informal e formal, para aprender com suas experiências, evitar a duplicação desnecessária de esforços, se basear na sua capacidade, e para ajudar a construir a capacidade (ver a Tabela 4 para exemplos de colaboração internacional)
- Desenvolver a capacidade entre os que trabalham na organização, por meio de treinamentos, fazendo melhor uso dos recursos humanos disponíveis (os números são muitas vezes limitados), e ações que visam a manutenção de pessoal qualificado, e
- Comece aos poucos, tenha um escopo claro e aborde questões importantes, a fim de garantir que os recursos fiquem concentrados nas áreas onde são mais necessários

Conforme mencionado acima, outra estratégia que muitas organizações identificaram foi a utilização de métodos mais rápidos que são rigorosos, mas demandam menos

recursos – especialmente aqueles que resultariam em uma redução no tempo necessário de uso de pessoal qualificado.

CONCLUSÃO

Um cartão de pontuação, tal como o apresentado no Arquivo adicional 2, pode ser usado para avaliar a capacidade de uma organização de apoiar a sua utilização de evidências de pesquisa. Isto pode fornecer uma base útil para a discussão e para a criação de um consenso sobre os pontos fortes e os pontos fracos de uma organização, bem como as suas prioridades e as estratégias necessárias para melhoria. Embora as pessoas dentro de uma mesma organização muitas vezes tenham opiniões divergentes sobre o desempenho da organização, a identificação e discussão sobre tais discrepâncias podem ajudar a desenvolver uma visão compartilhada e um plano de ação. Isto pode ser obtido, por exemplo, compartilhando informações dentro de uma mesma seção ou em diferentes seções ou níveis dentro da organização, esclarecendo o que as diferentes seções da organização podem fazer ou deveriam estar fazendo, resolvendo mal-entendidos, resolvendo problemas de comunicação ou identificando informações que sejam necessárias para resolver os desacordos.

Há poucas evidências sobre os efeitos de diferentes estratégias para melhorar a organização do apoio à formulação de políticas de saúde com base em evidências. Os arranjos organizacionais devem ser adaptados de forma lógica para atender a objetivos e circunstâncias específicas. No entanto, diversas lições podem ser extraídas das experiências de organizações em todo o mundo. A reflexão sobre as questões discutidas neste artigo pode ajudar os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam a melhorar os arranjos organizacionais que apóiam o uso de pesquisas de evidências para fundamentar decisões sobre políticas de saúde.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Moynihan R, Oxman AD, Lavis JN, Paulsen E. Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier. Rapport Nr 1-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. www.nokc.no/Publikasjoner/469.cms

Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004. www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf

Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. Bull World Health Organ 2007; 84:620-8. www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862006000800013&script=sci_arttext&tlng=en

EUnetHTA Work Package 8. EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (Agência Catalã para Avaliação e Pesquisa em Tecnologia da Saúde). Catalan Health Service (Serviço de Saúde Catalão). Department of Health Autonomous Government of Catalonia (Departamento de Saúde do Governo Autônomo da Catalunha); 2008. www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/eunethta_wp8_hb_hta_capacity_building.pdf

Thornhill J, Judd M, Clements D. CHSRF Knowledge Transfer: (Re)introducing the self-assessment tool that is helping decision-makers assess their organization's capacity to use research. Healthc Q 2008; 12:22-4. www.longwoods.com/product.php?productid=20410

Links para websites

EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network, rede para políticas fundamentadas em evidências): www.evipnet.org/php/index.php – a EVIPNet promove o uso sistemático de evidências de pesquisa em saúde na formulação de políticas. Ao se concentrar em países de renda baixa ou média per capita, a EVIPNet promove parcerias nacionais entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil a fim de facilitar o desenvolvimento de políticas e a execução de políticas por meio do uso das melhores evidências científicas disponíveis. A EVIPNet inclui redes que reúnem as equipes de cada país, as quais são coordenadas regionalmente e mundialmente

Alliance for Health Systems Policy and Research: www.who.int/alliance-hpsr/en/ – Aliança para Pesquisas de Sistemas e Políticas de Saúde é uma colaboração internacional com sede na OMS, em Genebra. Ela teve a sua origem a partir das recomendações do relatório de 1996 do Comitê Específico para Pesquisas de Saúde da OMS, o qual identificou a falta de políticas de saúde e pesquisas de sistemas como sendo um dos principais problemas que impediam a melhoria dos resultados de saúde em países de renda baixa e média per capita. Seu objetivo é promover a geração e utilização de pesquisas de sistemas e políticas de saúde como um meio para melhorar os sistemas de saúde em países em desenvolvimento

Canadian Health Services Research Foundation: www.chsrf.ca – a Fundação reúne pesquisadores e tomadores de decisão para criar e aplicar conhecimentos com o objetivo de melhorar os serviços de saúde para os canadenses. É uma organização

independente, sem fins lucrativos, criada com fundos concedidos pelo governo federal e seus órgãos

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. POV, JNL, AF e SL contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Sara Bennett, Shawna Bourne-Shields, Judith Healy e Anita Kothari pelos comentários úteis em uma versão anterior deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Granados A, Jonsson E, Banta HD, Bero L, Bonair A, Cochet C, *et al*: **EUR-ASSESS Project Subgroup Report on Dissemination and Impact.** *Int J Technol Assess Health Care* 1997, **13:**220-86.

3. Sevene E, Lewin S, Marino A, Woelk G, Oxman A, Matinhure S, *et al*: **Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures.** *BMJ* 2005, **331:**765.

4. Trostle J, Bronfman M, Langer A: **How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies.** *Health Policy Plan* 1999, **14:**103-14.

5. Working Group on Research to Action and Policy: *Lessons in Research to Action and Policy – Case studies from seven countries.* Geneva, The Council of Health Research and Development (COHRED) Working Group on Research to Action and Policy. 2000.

6. Tomson G, Paphassarang C, Jonsson K, Houamboun K, Akkhavong K, Wahlstrom R: **Decision-makers and the usefulness of research evidence in policy implementation--a case study from Lao PDR.** *Soc Sci Med* 2005, **61:**1291-9.

7. Aaserud M, Lewin S, Innvaer S, Paulsen EJ, Dahlgren AT, Trommald M, *et al*: **Translating research into policy and practice in developing countries: a case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia.** *BMC Health Serv Res* 2005, **5:**68.

8. Albert MA, Fretheim A, Maiga D: **Factors influencing the utilization of research findings by health policy-makers in a developing country: the selection of Mali's essential medicines.** *Health Res Policy Syst* 2007, **5:**2.

9. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

10. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7:**239-44.

11. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, *et al*: **Lost in knowledge translation: time for a map?** *J Contin Educ Health Prof* 2006, **26:**13-24.

12. Nutley S, Walter I, Davies HTO: **From knowing to doing: a framework for understanding the evidence-into-practice agenda.** *Evaluation* 2003, **9:**125-48.

13. Sauerborn R, Nitayarumphong S, Gerhardus A: **Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform.** *Trop Med Int Health* 1999, **4:**827-35.

14. Lomas J: **Connecting research and policy.** *Can J Policy Res* 2000, **1:**140-4.

15. Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J, DiCenso A: **A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice.** *Online J Knowl Synth Nurs* 2002, **9:**7.

16. Jacobson N, Butterill D, Goering P: **Development of a framework for knowledge translation: understanding user context.** *J Health Serv Res Policy* 2003, **8:**94-9.

17. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J: **How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?** *Milbank Q* 2003, **81:**221-2.

18. Dobrow MJ, Goel V, Lemieux-Charles L, Black NA: **The impact of context on evidence utilization: a framework for expert groups developing health policy recommendations.** *Soc Sci Med* 2006, **63:**1811-24.

19. Bowen S, Zwi AB: **Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action.** *PLoS Med* 2005, **2:**e166.

20. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK: **Assessing country-level efforts to link research to action.** *Bull World Health Organ* 2006, **84:**620-8.

21. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

22. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, *et al*: **EVIPNet: translating the spirit of Mexico.** *Lancet* 2005, **366:**1758-9.

23. The Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF): *Is research working for you? A self-assessment tool and discussin guide for health services management and policy organizations*. [http://www.chsrf.ca/other_documents/working_e.php]. Ottawa, Canadian health Services Research Foundation. 2008.

24. Thornhill J, Judd M, Clements D: **CHSRF knowledge transfer: (re)introducing the self-assessment tool that is helping decision-makers assess their organization's capacity to use research.** *Healthc Q* 2009, **12:**22-4.

25. Grol R, Wensing M, Eccles M: *Improving patient care: implementing change in clinical practice*. Oxford: Elsevier; 2005.

26. Oxman AD, Fretheim A, Schunemann HJ: **Improving the use of research evidence in guideline development: introduction.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**12.

27. Akl EA, Treweek S, Foy R, Francis J, Oxman AD: **NorthStar, a support tool for the design and evaluation of quality improvement interventions in healthcare.** *Implement Sci* 2007, **2:**19.

28. Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR): *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research. 2004.

29. Taylor R, Reeves B, Mears R, Keast J, Binns S, Ewings P, *et al*: **Development and validation of a questionnaire to evaluate the effectiveness of evidence-based practice teaching.** *Med Educ* 2001, **35:**544-7.

30. Johnston JM, Leung GM, Fielding R, Tin KY, Ho LM: **The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning.** *Med Educ* 2003, **37:**992-1000.

31. Ramos KD, Schafer S, Tracz SM: **Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine.** *BMJ* 2003, **326:**319-21.

32. Kothari A, Edwards N, Hamel N, Judd M: **Is research working for you? validating a tool to examine the capacity of health organizations to use research.** *Implement Sci* 2009, **4:**46.

33. Gonzalez-Block MA, Mercado FJ, Ochoa H, Rivera H, Idrovo JI: **Utilización de investigación por gestores de salud. Desarrollo y validación de una herramienta de autodiagnóstico para países de habla hispana.** *Salud Pública de México* 2008, **50**.

34. Lomas J: **The in-between world of knowledge brokering.** *BMJ* 2007, **334:**129-132.

35. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

36. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S14)**.

37. The Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF): *Executive Training for Research Application (EXTRA)*. [http://www.chsrf.ca/extra/]. Canadian Health Services Research Foundation. 2009.

38. Fox DM, Greenfield L: **Helping public officials use research evaluating healthcare.** *J Law Policy* 2006, **14:**531-50.

39. Jewell CJ, Bero LA: **"Developing good taste in evidence": Facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government.** *Milbank Quarterly* 2008, **86:**177-208.

40. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 15. Engaging the public in evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S15)**.

41. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3:**CD004563.

42. Milne R, Oliver S: **Evidence-based consumer health information: developing teaching in critical appraisal skills.** *Int J Qual Health Care* 1996, **8:**439-45.

43. Dickersin K, Braun L, Mead M, Millikan R, Wu AM, Pietenpol J, *et al*: **Development and implementation of a science training course for breast cancer activists: Project LEAD (leadership, education and advocacy development).** *Health Expect* 2001, **4:**213-20.

44. United States Cochrane Center: *Understanding evidence-based healthcare: a foundation for action*. [http://apps1.jhsph.edu/cochrane/CUEwebcourse.htm]. 2009.

45. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1:**CD000389.

46. Boyd EA, Bero LA: **Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**16.

47. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**20.

48. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD: **Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**13.

49. Green A, Bennett S: *Sound Choices: Enhancing Capacity for Evidence-Informed Health Policy*. Geneva, World Health Organization. 2007.

50. Culyer AJ: **Involving stakeholders in healthcare decisions--the experience of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England and Wales.** *Healthc Q* 2005, **8:**56-60.

51. de Joncheere K, Hill SR, Klazinga N, Makela M, Oxman A: *The Clinical Guideline Programme of the National Institute for Health and Clinical Excellence. A review by the WHO*. London, NICE. 2007.

52. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): *About the Patient and Public Involvement Programme (PPIP).* [http://www.nice.org.uk/media/D44/49/AboutPPIP.pdf]. National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). 2009.

53. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **The use of evidence in WHO recommendations.** *Lancet* 2007, **369:**1883-9.

54. Hill S, Pang T: **Leading by example: a culture change at WHO.** *Lancet* 2007, **369:**1842-4.

55. Lancet editorial: **WHO signals strong commitment to evidence.** *Lancet* 2007, **369:**1666.

56. EVIPNet Americas Secretariat: **EVIPNet Americas: informing policies with evidence.** *Lancet* 2008, **372:**1130-1.

57. van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N: **Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: The need for support structures.** *Bull World Health Organ* 2006, **84:**608-12.

58. Andersen KS: **The reforming states group and the promotion of federalism.** *Milbank Q* 1998, **76:**103-20.

59. Center for Evidence-based Policy (CEP): *Addressing public policy challenges by identifying and applying best available evidence through self-governing communities of interest.* [http://www.ohsu.edu/ohsuedu/research/policycenter/index.cfm]. Center for Evidence-based Policy. 2009.

Figura 1. Estratégias para melhorar a organização do apoio à formulação de políticas de saúde com base em evidências

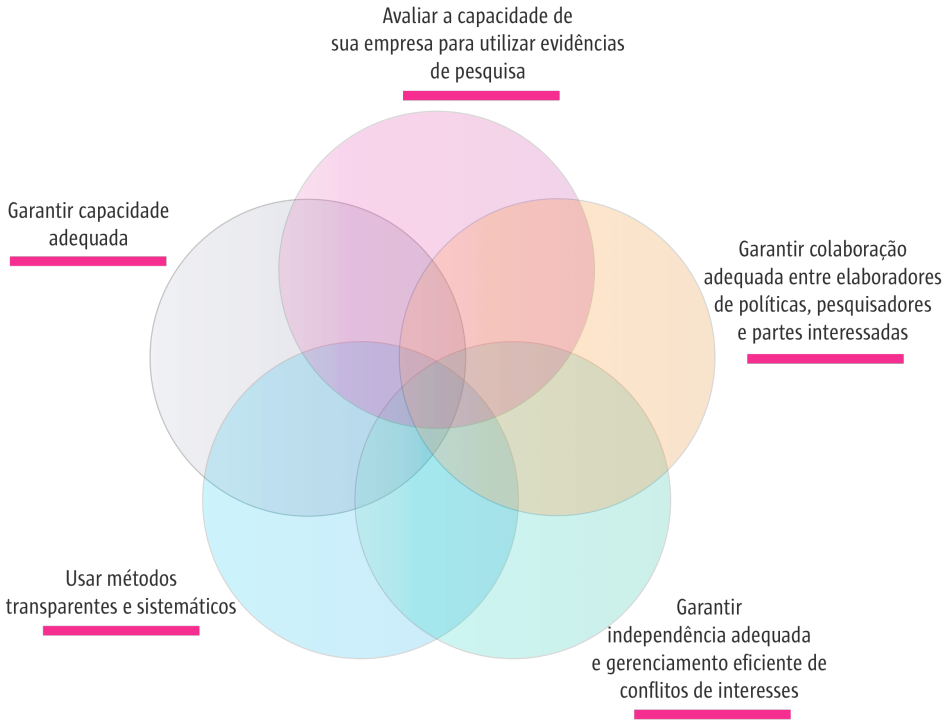


Tabela 1. Um estudo de caso sobre a necessidade de gerir as tensões entre os formuladores de políticas e os pesquisadores em uma colaboração de longo prazo

Desde o início dos anos 1990, os formuladores de políticas no governo provincial do Estado Livre da África do Sul trabalham em estreita colaboração com pesquisadores em tópicos relacionados à saúde e políticas de saúde, incluindo o acompanhamento e a avaliação de lançamentos de terapias anti-retrovirais [21]. As evidências desses estudos expuseram grandes deficiências na implantação das terapias antix-retrovirais, e houve a preocupação de que caso as constatações da pesquisa se tornassem demasiadamente críticas, o acesso a dados privilegiados oferecido aos pesquisadores, e a colaboração oferecida nas avaliações, poderia simplesmente terminar. Isto levou a tensões no relacionamento entre os pesquisadores e o Departamento Provincial de Saúde, com ambos os lados sendo muito diretos sobre estas preocupações. Embora reconhecendo que a gestão das tensões representa um desafio, tanto os formuladores de políticas quanto os pesquisadores estão empenhados em aprender como gerenciar este tipo de conflito. Do ponto de vista do Departamento de Saúde, isto é essencial para avaliar e melhorar os serviços prestados pelo governo provincial. Do ponto de vista dos pesquisadores, isto é motivado por “um sentimento de que você está fazendo uma

pesquisa que é realmente relevante e está atendendo a necessidades reais, em vez de estar apenas criando publicações" [21].

Tabela 2. Um exemplo da participação das partes interessadas nas decisões sobre o atendimento de saúde: NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)

Poucas organizações têm procurado integrar as partes interessadas (especialmente os pacientes e seus cuidadores) de maneira mais intensa do que o NICE na Inglaterra e no País de Gales [50]. O NICE criou estratégias eficazes para envolver grupos de partes interessadas, incluindo [50-52]:

- Um programa no Instituto com o pessoal dedicado responsável pelo envolvimento dos pacientes e do público
- A identificação e o recrutamento de partes interessadas, incluindo os leigos, para os comitês consultivos independentes do NICE
- O fornecimento de treinamento e apoio a leigos nos comitês do NICE
- Os registros de grupos de partes interessadas, que são rotineiramente consultados por meio eletrônico e de reuniões
- A participação das partes interessadas em todo o desenvolvimento de orientações e decisões da seleção de tópico para revisões de um esboço de orientações, até a consulta e participação ativa em comitês
- Respostas sistemáticas e transparentes aos comentários dos interessados nos esboços
- O desenvolvimento e a difusão de versões leigas das orientações NICE, versões para os principais grupos de partes interessadas, e instruções para os meios de comunicação de massa, bem como versões para os clínicos e gestores, e
- O envolvimento das partes interessadas na implantação de orientações

A experiência do NICE sugere que a participação das partes interessadas na tomada de decisões sobre o atendimento de saúde é possível e pode funcionar bem, mas requer um compromisso forte e arranjos específicos. Tal participação também pode ser dispendiosa. Embora o investimento do NICE na participação das partes interessadas seja bastante valorizado, não existe a garantia de que as partes interessadas corretas estejam envolvidas, tanto em termos de quais grupos interessados se envolvem no processo quanto em termos de até que ponto os indivíduos que se envolvem representam adequadamente as diversas partes interessadas. Também é incerto se as estratégias que eles usam são tão eficientes quanto poderiam ser – em outras palavras, se há uma boa relação custo-benefício para os recursos investidos nesses processos [51]. Há também preocupações com o peso crescente da gestão das contribuições das partes. Embora a quantidade de comentários por parte de interessados tenha aumentado, o nível de participação individual dentro de organizações interessadas pode ser inferior ao desejado.

Tabela 3. Um exemplo de garantia da utilização de métodos sistemáticos e transparentes em uma organização internacional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recebe orientações sobre diretrizes desde 2003, com ênfase no uso de revisões sistemáticas para evidenciar os efeitos, de processos que permitem a incorporação explícita de outros tipos de informações (incluindo valores) e de estratégias de implantação e divulgação fundamentadas em evidências. No entanto, até 2007, as revisões sistemáticas eram raramente usadas no desenvolvimento de recomendações [53]. Em vez disso, os processos normalmente dependiam fortemente de especialistas em determinado assunto, em vez de representantes daqueles que têm de viver com as consequências de tais recomendações, ou especialistas em determinadas áreas metodológicas. Para resolver estes problemas e garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes, a OMS tomou uma série de medidas, com base em uma análise do seu próprio trabalho e dos métodos usados por outros [21,26,40,53-55]. Tais medidas incluem:

- Revisão e atualização de um manual que descreve os métodos que devem ser utilizados, o qual é atualizado e revisado com base na experiência da OMS e de novos eventos
- O estabelecimento de um comitê com autorização para revisar e aprovar planos para o desenvolvimento de recomendações antes do início do trabalho, e de recomendações antes de sua publicação
- O desenvolvimento de listas de verificação para *avaliar* as recomendações e planos para o *desenvolvimento* de recomendações com base no manual
- Criação de uma secretaria e de uma rede para dar treinamento e para apoiar a implantação dos métodos descritos neste manual, e
- Acompanhamento e avaliação dos impactos desses arranjos para garantir o uso de métodos sistemáticos e transparentes

Tabela 4. Exemplos de colaborações com outras organizações

A seguir são apresentados exemplos de colaborações internacionais que ajudam a desenvolver a capacidade e a apoiar o uso de evidências de pesquisa na formulação de políticas de saúde:

EVIPNet (Evidence Informed Policy Network) – iniciada pela Organização Mundial da Saúde e pelos Ministérios da Saúde de 25 países, o seu objetivo é promover o uso de evidências de pesquisa na formulação de políticas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde [22,56]. Dentro de cada país, a EVIPNet assume a forma de parcerias entre os formuladores de políticas, os pesquisadores e a sociedade civil e se concentra na facilitação do uso de evidências de pesquisa. Lançada em 2005, a EVIPNet agora dá suporte a atividades na África, Ásia e nas Américas.

Iniciativa de política da REACH (Region of East Africa Community Health, saúde comunitária da região da comunidade da África Oriental) – estabelecida dentro da Comunidade da África Oriental (EAC, na sigla em inglês) (Quénia, Tanzânia e Uganda, com a adição recente de Ruanda e Burundi) para reduzir o abismo entre as evidências e as políticas de saúde e a prática [57]. A sua missão é acessar, resumir, unir e divulgar as evidências necessárias para as políticas e a prática e influenciar as metas de pesquisa relevantes para as políticas, visando a melhoria da saúde da população e a equidade de saúde em cada um dos países-membros.

RSG (Reforming States Group) – desde 1991, líderes em políticas de saúde do legislativo e do executivo de governos nacionais, com o apoio financeiro e a colaboração do pessoal do Milbank Memorial Fund, compartilham as suas experiências e trabalham em soluções práticas para problemas comuns de atendimento de saúde. Eles se concentram cada vez no uso de evidências de pesquisa para fundamentar as decisões relacionadas a políticas de saúde [38,39,58]. O RSG agora também tem membros fora dos Estados Unidos da América. O Center for Evidence-based Policy, centro para políticas baseadas em evidências, o qual trabalha com membros do RSG, foi criado em 2003 pelo ex-governador do Oregon, John Kitzhaber, para enfrentar os desafios de políticas públicas, identificando e aplicando as melhores evidências disponíveis através de comunhões de interesses independentes [59].

Cochrane Collaboration – uma rede global cujo objetivo é melhorar a tomada de decisões sobre o atendimento de saúde por meio da preparação e atualização de revisões sistemáticas dos efeitos das intervenções no atendimento de saúde. A Cochrane Collaboration garante a disponibilização destas revisões. Visite http://cochrane.org/

Arquivo adicional 2. Autoavaliação da capacidade organizacional de dar suporte ao uso de evidências de pesquisa como apoio para a tomada de decisões

Nome da organização, departamento ou unidade:_____

1. A cultura e os valores da sua organização dão suporte ao uso de evidências de pesquisa como apoio para a tomada de decisões?											
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)						
a.	A nossa **missão ou outros documentos organizacionais chave** dão suporte às decisões baseadas em evidências					0	1	2	3	4	5
b.	**As lideranças** da organização apóiam as decisões baseadas em evidências					0	1	2	3	4	5
c.	Somos membros ativos de **redes** que apóiam a elaboração de políticas baseadas em evidências ou seguem ativamente os desenvolvimentos e os produtos de redes relevantes					0	1	2	3	4	5
d.	Realizamos **reuniões regulares** nas quais são discutidas as evidências de pesquisa que são relevantes para as decisões					0	1	2	3	4	5
e.	Nossa organização **alocou recursos para garantir o uso de evidências de pesquisa para apoiar a tomada de decisões**					0	1	2	3	4	5
f.	**De forma geral, a cultura e os valores da nossa organização** dão suporte ao **uso de evidências de pesquisa** como apoio para a tomada de decisões					0	1	2	3	4	5
Comentários sobre o desempenho da sua organização: Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências: Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):											

2. A sua organização faz um bom trabalho ao determinar as prioridades na obtenção de evidências de pesquisa para apoiar o processo de tomada de decisões?											
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)						
a.	Temos **critérios claros** para o estabelecimento de prioridades para a obtenção de evidências de pesquisa					0	1	2	3	4	5
b.	Há uma **combinação apropriada de pessoas** com interesses, responsabilidades e especialidades relevantes para tomar decisões relacionadas a prioridades para a obtenção de evidências de pesquisa					0	1	2	3	4	5
c.	Temos um **processo apropriado** para estabelecer prioridades para a obtenção de evidências de pesquisa de forma dinâmica					0	1	2	3	4	5
d.	Temos **prioridades apropriadas para a obtenção de evidências de pesquisa**					0	1	2	3	4	5

e.	**De forma geral**, a sua organização **determina bem as prioridades** para a obtenção de evidências de pesquisa para apoiar o processo de tomada de decisões	0	1	2	3	4	5

Comentários sobre o desempenho da sua organização:

Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências:

Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):

3. A sua organização faz um bom trabalho na obtenção de evidências de pesquisa para apoiar o processo de tomada de decisões?

Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)

a.	Temos uma **equipe qualificada** para procurar e recuperar evidências de pesquisa	0	1	2	3	4	5
b.	Nossa equipe tem **tempo suficiente, incentivo e recursos ou acordos com especialistas externos** para encontrar e obter evidências de pesquisa	0	1	2	3	4	5
c.	Temos **um bom acesso a banco de dados**, tais como o PubMed e a The Cochrane Library (Biblioteca Cochrane) **e a publicações que divulgam pesquisas relevantes**	0	1	2	3	4	5
d.	Temos um **bom acesso a evidências/dados nacionais, regionais ou locais** que precisamos para sustentar as decisões (por exemplo, dados coletados de forma rotineira, levantamentos, estudos isolados)	0	1	2	3	4	5
e.	**De forma geral**, a sua organização faz um bom trabalho na **obtenção** de evidências de pesquisa para apoiar as decisões prioritárias	0	1	2	3	4	5

Comentários sobre o desempenho da sua organização:

Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências:

Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):

4. A sua organização faz um bom trabalho na avaliação da qualidade e aplicabilidade das evidências de pesquisa e na interpretação dos resultados para apoiar as decisões prioritárias?						
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)	

a.	Temos uma **equipe qualificada** para avaliar a qualidade e aplicabilidade das evidências de pesquisa e para interpretar os resultados	0	1	2	3	4	5
b.	Nossa equipe **tem tempo, incentivo e recursos** suficientes para avaliar a qualidade e aplicabilidade das evidências de pesquisa e para interpretar os resultados	0	1	2	3	4	5
c.	Temos **acordos com especialistas externos** para avaliar a qualidade e aplicabilidade das evidências de pesquisa e para interpretar os resultados	0	1	2	3	4	5
d.	**De maneira geral**, nossa sua organização faz um bom trabalho na avaliação da qualidade e aplicabilidade das evidências de pesquisa e na interpretação dos resultados para apoiar as decisões prioritárias	0	1	2	3	4	5

Comentários sobre o desempenho da sua organização:

Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências:

Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):

5. A sua organização faz um bom trabalho no uso de evidências de pesquisa para sustentar as recomendações e decisões?						
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)	

a.	A nossa equipe **tem tempo, qualificação e incentivo suficientes** para garantir o uso apropriado das evidências de pesquisa para subsidiar as **recomendações e decisões**	0	1	2	3	4	5
b.	A equipe e as partes interessadas apropriadas **sabem como e quando podem contribuir com evidências de pesquisa para sustentar decisões e como estas informações serão usadas**	0	1	2	3	4	5
c.	Nossa organização garante **o envolvimento das partes interessadas** apropriadas na tomada de decisão e que elas tenham acesso às evidências de pesquisa relevantes	0	1	2	3	4	5
d.	**As evidências que foram usadas e como** elas foram usadas é algo **transparente nas nossas decisões**	0	1	2	3	4	5
e.	**De maneira geral**, nossa organização faz um bom trabalho no **uso de evidências de pesquisa** para sustentar as **recomendações e decisões**	0	1	2	3	4	5

Comentários sobre o desempenho da sua organização: Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências: Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):

6. A sua organização faz um bom trabalho no acompanhamento e na avaliação de políticas e programas?											
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)						
a.	**Sempre levamos em consideração a necessidade de acompanhamento e avaliação**					0	1	2	3	4	5
b.	Nossa equipe tem **qualificação suficiente ou acordos adequados com especialistas externos** para o acompanhamento e a avaliação					0	1	2	3	4	5
c.	Nossa equipe **tem o incentivo e os recursos para realizar ou delegar o acompanhamento e a avaliação**					0	1	2	3	4	5
d.	Nossa organização **garante o envolvimento das partes interessadas apropriadas** nas decisões sobre **acompanhamento e avaliação**					0	1	2	3	4	5
e.	**De forma geral**, a nossa organização faz um bom trabalho no **acompanhamento e avaliação** de políticas e programas					0	1	2	3	4	5
Comentários sobre o desempenho da sua organização: Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências: Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):											

7. A sua organização faz um bom trabalho no apoio ao desenvolvimento profissional contínuo, o qual está voltado para tópicos importantes e é baseado em evidências?											
Não sei (0)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo plenamente (5)						
a.	Nossa equipe tem **tempo suficiente para o desenvolvimento profissional contínuo**					0	1	2	3	4	5
b.	Temos rotinas para garantir que a nossa equipe continuará a desenvolver as **qualificações apropriadas para obter, avaliar e aplicar evidências de pesquisa**					0	1	2	3	4	5

c.	Nossa equipe **prioriza as atividades de desenvolvimento profissional contínuo que sejam "baseadas em evidências"** (ou seja, com um conteúdo que seja baseado em evidências de pesquisa e use métodos de desenvolvimento profissional contínuo que sejam baseados em evidências de pesquisa)	0	1	2	3	4	5
d.	Temos **rotinas apropriadas para a priorização de atividades de desenvolvimento profissional interno** que atendem às necessidades de funcionários novos e antigos	0	1	2	3	4	5
e.	Temos **rotinas apropriadas para decidir se devemos apoiar a participação em atividades externas de desenvolvimento profissional contínuo** que atendam às necessidades de funcionários novos e antigos	0	1	2	3	4	5
f.	**De maneira geral**, a nossa organização faz um bom trabalho **no apoio ao desenvolvimento profissional contínuo**, o qual aborda tópicos importantes e é baseado em evidências	0	1	2	3	4	5

Comentários sobre o desempenho da sua organização:

Informações adicionais necessárias para avaliar o desempenho da sua organização ou para resolver as divergências:

Prioridades para melhorias (ações sugeridas para o tratamento de pontos fracos ou para a construção de pontos fortes):

Arquivo adicional 3. Um exemplo de como uma organização faz uma autoavaliação da sua capacidade de usar evidências de pesquisa para subsidiar a tomada de decisões

Valores e cultura organizacional

Em um workshop, um grupo de pessoas de diferentes departamentos dentro de uma organização internacional avaliou a capacidade da sua organização de usar evidências de pesquisa usando um cartão de pontuação semelhante ao mostrado na Tabela 1. Nenhuma das pessoas envolvidas tinha cargo de liderança. Muitas pessoas no grupo tiveram pontos de vista divergentes. Os participantes afirmaram que não tinham certeza se a organização estava ou não tendo um bom desempenho em diversas áreas, e perceberam que havia variações de desempenho entre os diferentes departamentos. Havia a percepção entre os participantes de que a cultura organizacional e os valores da organização apoiavam o uso de evidências de pesquisa com base em documentos-chave e ligações com redes internacionais. O apoio da liderança variava, assim como a periodicidade das reuniões e a disponibilidade de recursos. O grupo do workshop concordou que a organização de reuniões regulares com ênfase em pesquisas altamente relevantes e na sua utilidade para a organização poderia contribuir para melhorar a cultura da organização no que diz respeito à sua utilização de evidências de pesquisa. Foram discutidas estratégias específicas para a organização de tais reuniões. O grupo concluiu que seria importante que a liderança da organização se envolvesse neste processo de autoavaliação organizacional.

Estabelecimento de prioridades para a obtenção de pesquisas que subsidiarão as decisões

O grupo não tinha certeza sobre o uso de critérios explícitos para o estabelecimento de prioridades para a sua organização. De forma geral, eles concordaram que as prioridades na organização tinham sido estabelecidas, pelo menos de maneira geral, pelo conselho, o qual incluía uma combinação adequada de pessoas.

Eles sentiram que este processo envolvia principalmente aspectos políticos; e embora fosse transparente, não era sistemático.

A maioria do grupo considerou que este sistema era apropriado. Em alguns casos, a definição de prioridades dentro dos departamentos da organização era vista como uma improvisação. Considerou-se que ela poderia ser melhorada por meio de discussões mais estruturadas envolvendo todos aqueles afetados, e por meio da definição de critérios mais claros para decidir sobre as prioridades dentro das prioridades mais amplas estabelecidas pelo Conselho.

Obtenção de evidências de pesquisa

O grupo tinha percepções divergentes quanto ao seu acesso às evidências de pesquisa. Estas variações resultavam das suas diferentes localizações geográficas dentro da organização, bem como pelas diferenças entre seus departamentos. As variações também refletiam o fato que as pessoas tinham diferentes graus de conhecimento dos serviços à sua disposição. As pessoas concordaram que havia restrições consideráveis devido aos baixos níveis de pessoal na biblioteca, e que embora houvesse um bom acesso a bancos de dados, havia graus variados de dificuldade com relação ao acesso às publicações. Diversas estratégias para melhorar o acesso às evidências de pesquisa foram discutidas, incluindo o fornecimento de treinamento para melhorar a conscientização sobre os recursos disponíveis e o desenvolvimento de capacidades de pesquisa. Os tópicos debatidos incluíram também como melhorar o acesso às publicações através de canais já disponíveis, e por meio do aproveitamento das associações com instituições acadêmicas.

Avaliação crítica das evidências de pesquisa

O grupo concordou que, embora existissem algumas áreas fortes dentro da organização e houvesse um bom acesso a especialistas externos, os funcionários nem sempre tinham as competências adequadas. Entendeu-se que uma grande parte dos funcionários poderia se beneficiar de workshops destinados a ajudá-los a desenvolver tais competências. Foram debatidas diversas estratégias para a organização de treinamentos, incluindo a incorporação do treinamento às reuniões de rotina, onde eram realizados debates sobre as evidências relevantes, bem como workshops internos e externos, e treinamento on-line.

Os membros do grupo estavam cientes de deficiências importantes que faziam parte das políticas e recomendações da organização. Os planos para melhorias incluíam a implantação de normas para o desenvolvimento e a divulgação de recomendações e políticas, por meio da criação de um mecanismo central. Este mecanismo aprovaria os planos antes do início do trabalho sobre as políticas ou recomendações em desenvolvimento, e antes que qualquer política ou recomendação final fosse aprovada. Treinamentos e o melhor uso de especialistas externos para métodos e tópicos também foram recomendados.

Acompanhamento e avaliação dos impactos das decisões

O grupo não avaliou o desempenho da sua organização no acompanhamento e na avaliação dos impactos das suas políticas e programas. No entanto, como acontece com muitas outras organizações governamentais e não-governamentais, o acompanhamento e a avaliação representavam um grande desafio para a organização, devido a uma quantidade limitada de recursos e por causa da incerteza sobre os impactos reais da maioria dos programas e das políticas. A organização não verificava, de maneira rotineira, se havia a necessidade de acompanhamento e avaliação e tinha um conhecimento limitado nesta área. As estratégias para melhorar o acompanhamento e a

avaliação de uma organização deste tipo podem incluir: incorporação da ideia da avaliação ao processo rotineiro para aprovação de políticas e programas; uso de treinamentos ou recrutamentos para aumentar o nível de conhecimento dentro da organização; melhor coordenação com organizações parceiras; e fazer com que a avaliação do impacto seja obrigatória para políticas e programas que atendam a critérios explícitos.

Desenvolvimento profissional

Como já mencionado, o grupo identificou diversas necessidades dentro de sua organização que poderiam ser atendidas por meio da educação continuada. Eles também identificaram diversas estratégias que poderiam atender estas necessidades. Eles consideraram que não estavam em condições de estabelecer tais prioridades, ou de enfrentar os desafios do atendimento das necessidades de funcionários novos e antigos. Entretanto, eles decidiram que esta era uma questão importante que deveria ser debatida novamente com a sua organização. Também mencionaram que iriam sugerir, no relatório do workshop, que as pessoas que estivessem em cargos de liderança de nível médio dentro da sua organização deveriam fazer sua própria avaliação, e considerar como usar de maneira mais eficaz os recursos disponíveis dentro da organização para garantir o desenvolvimento profissional contínuo.

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

John N Lavis[1], Andrew D Oxman[2], Simon Lewin[3] and Atle Fretheim[4]*

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7**(Suppl 1):S3 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s3.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

Os formuladores de políticas possuem uma quantidade limitada de recursos para desenvolver – ou apoiar o desenvolvimento de – políticas e programas com base em evidências. Esses recursos incluem o tempo da equipe, suas necessidades de infra-estrutura (tais como o acesso a um bibliotecário ou à compra de artigos de revistas especializadas), e o desenvolvimento profissional contínuo. Sendo assim, eles podem preferir terceirizar o trabalho para unidades independentes, com pessoal qualificado e infra-estrutura adequada. No entanto, pode ser que os formuladores de políticas disponham de recursos financeiros limitados para tanto. Independentemente de o apoio para formulação de políticas com base em evidências ser prestado dentro da própria organização ou terceirizado, centralizado ou descentralizado, os recursos devem ser sempre usados com sabedoria para maximizar seu impacto. Os exemplos de práticas indesejáveis em uma abordagem de definição de prioridades incluem a negociação caso a caso de prazos para apoiar a formulação de políticas com base em evidências (ao invés de haver normas claras sobre o nível de apoio que pode ser dado para cada prazo), critérios implícitos (e não explícitos) para a definição de prioridades, um processo improvisado de definição de prioridades (que não seja feito de maneira sistemática e explícita) e a falta de um plano de comunicação e de um plano de avaliação e acompanhamento. Neste artigo, sugerimos perguntas que podem orientar os responsáveis pelo estabelecimento de prioridades sobre como encontrar e usar evidências de pesquisa para apoiar a formulação de políticas com base em evidências. Estas perguntas são as seguintes: 1. A abordagem para priorização define claramente os prazos que foram estabelecidos para que as questões de alta prioridade fossem tratadas de diferentes formas? 2. A abordagem incorpora critérios explícitos para o estabelecimento de prioridades? 3. A abordagem incorpora um processo explícito para o estabelecimento das prioridades? 4. A abordagem incorpora uma estratégia de comunicação e um plano de acompanhamento e avaliação?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas, assegurando que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como podem ser usadas são descritas de maneira mais detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar estas e outras ferramentas da série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e irá apresentar um plano ao Ministro sobre como alocar recursos humanos e outros recursos, de maneira a garantir que os programas existentes serão bem administrados, as questões que surgirem serão respondidas adequadamente e a formulação de políticas com base em evidências será bem apoiada em questões de alta prioridade. No passado, você descobriu que a administração de programas e a gestão reativa de problemas prejudicaram os esforços proativos para apoiar a formulação de políticas com base em evidência. No plano, você pretende incluir uma abordagem para o estabelecimento de prioridades com o objetivo de apoiar a formulação de políticas com base em evidências.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando um relatório resumido sobre como a unidade de apoio a decisões do Ministério atenderá a outras equipes do Ministério. Esse apoio inclui o atendimento rápido a solicitações de resumos das melhores evidências disponíveis sobre questões específicas até avaliações mais abrangentes de problemas com base em evidências, opções para resolver problemas, e considerações sobre a implantação que podem levar várias semanas ou meses. O relatório irá considerar como a unidade dará prioridade às questões que receberão determinados tipos de apoio.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde para o uso de evidências na formulação de políticas. Você está preparando uma proposta detalhada para o Ministério da Saúde sobre como a unidade irá priorizar as questões que exigem resumos de políticas e diálogos de políticas para apoiar a formulação de políticas com base em evidências (ambas as questões são o foco das ferramentas SUPPORT descritas nos artigos 13 [2] e 14 [3]).

HISTÓRICO

Os formuladores de políticas e as partes interessadas possuem recursos disponíveis limitados para desenvolver – ou apoiar o desenvolvimento de – políticas e programas com base em evidências. Essas limitações de recursos incluem o tempo disponível da equipe, mas também existem restrições com relação à capacidade daqueles que podem apoiar os formuladores de políticas. O que significa que somente parte do tempo disponível de funcionários qualificados pode ser alocado para localizar e usar evidências de pesquisa com o objetivo de esclarecer um problema, determinar as opções para resolvê-lo e descrever como uma opção será implantada (essas questões são o foco das ferramentas SUPPORT descritas nos Artigos 4-6 desta série [4-6]), ou alocado para outros esforços que tenham por objetivo subsidiar a formulação de políticas com base em evidências. A maior parte do tempo disponível do pessoal qualificado precisa ser alocado para a administração de programas existentes e para a resolução de questões que surgirem de outras maneiras. As limitações de recursos também podem incluir as necessidades de infra-estrutura da equipe (tais como o acesso a um bibliotecário ou à aquisição de artigos de revistas especializadas), assim como questões relativas ao seu desenvolvimento profissional contínuo.

Ao trabalhar com essas limitações de recursos, os formuladores de políticas e demais partes interessadas podem optar por agrupar todos os funcionários que dão apoio à formulação de políticas com base em evidências, ou distribuí-los em áreas de programas. A Figura 1 fornece uma representação visual de uma abordagem centralizada e de outra descentralizada para apoiar a formulação de políticas com base em evidências. Uma abordagem centralizada pode facilitar o desenvolvimento de uma abordagem comum para a definição de prioridades e para procedimentos comuns, mas requer uma integração consistente com o pessoal do programa que conhece bem as questões e o contexto (o que provavelmente pode ser alcançado através da utilização de grupos gestores, que tenham tempo limitado, para supervisionar avaliações específicas das evidências de pesquisas disponíveis). Uma abordagem descentralizada pode facilitar o desenvolvimento de uma cultura de formulação de políticas com base em evidências dentro de cada programa, mas também exigirá uma integração consistente entre o pessoal de apoio a decisões, o qual desempenhará funções semelhantes em outros programas.

Os formuladores de políticas e as partes interessadas também podem optar por terceirizar parte do trabalho ou todo ele para unidades independentes com pessoal qualificado e infra-estrutura adequada. Porém os recursos financeiros disponíveis também podem limitar o uso dessas opções. Como em uma abordagem centralizada em que o trabalho é executado dentro da organização, os contratos terceirizados exigem uma integração consistente com os formuladores de políticas e demais partes interessadas que conhecem os problemas e o contexto, com o uso de possíveis mecanismos, como grupos gestores cujo tempo disponível seja limitado.

Independentemente de o apoio para formulação de políticas com base em evidências ser prestado dentro da própria organização, terceirizado para unidades independentes, centralizado ou descentralizado, os recursos precisam ser sempre usados com sabedoria, para maximizar seu impacto. Apenas um número muito limitado de questões pode ser submetido a uma avaliação abrangente das evidências de pesquisa disponíveis. É importante observar que as limitações de recursos também devem ser levadas em consideração ao optar por uma política, um programa ou estratégia de implantação (essas questões são tratadas nos Artigos 5 [5] e 6 [6] desta série). Este artigo se concentra no uso sensato dos recursos para localizar e usar evidências de pesquisa, com o objetivo de apoiar a formulação de políticas com base em evidências.

Na Figura 2, a segunda coluna mostra exemplos de possíveis práticas indesejáveis que podem ser utilizadas em uma abordagem com definição de prioridades. Por exemplo, se os prazos para apoiar a formulação de políticas com base em evidências são negociados caso a caso, os formuladores de políticas serão incapazes de compensar as limitações de tempo que enfrentam (por exemplo, um período de meio dia, cinco dias ou dois meses) com o apoio que poderiam receber (uma busca direcionada por uma revisão sistemática ou uma avaliação abrangente das evidências de pesquisa disponíveis). Quando são usados critérios implícitos para a definição de prioridades ou o processo de definição de prioridades é improvisado, aqueles formuladores de políticas, cujas necessidades de evidências de pesquisa não estejam sendo atendidas, podem ficar desmoralizados pela falta de atenção com o seu programa ou desiludidos com a retórica da formulação de políticas com base em evidências. E sem um plano de comunicação ou um plano de acompanhamento e avaliação, os formuladores de políticas não saberão *por que* suas necessidades de evidências estão ou não estão sendo atendidas, e serão incapazes de saber se e como as suas abordagens atuais podem ser melhoradas.

Os formuladores de políticas e as demais partes interessadas, encarregados de elaborar uma abordagem com definição de prioridades para apoiar a formulação de políticas com base em evidências, enfrentam desafios difíceis.

- Eles precisam combinar uma abordagem *pró-ativa* para a definição de prioridades (por exemplo, qual prioridade deve ser dada a uma questão num plano estratégico nacional para o setor da saúde?) com uma abordagem *reativa* que possa atender as questões urgentes do dia (por exemplo, qual prioridade deve ser dada a um problema quando ele aparece na primeira página de um jornal ou é discutido pelo poder legislativo?). Uma abordagem com definição de prioridades precisa contribuir para planos futuros enquanto trata das possíveis circunstâncias difíceis atualmente existentes
- Os formuladores de políticas precisam comparar *uma orientação para doenças ou enfermidades* (por exemplo, qual prioridade deve ser dada ao HIV/AIDS ou diabetes?), *uma orientação para medicamentos, serviços e programas* (por exemplo, qual prioridade deve ser dada a um programa de triagem, um serviço de aconselhamento ou uma nova classe de medicamentos?) e *uma orientação para*

arranjos do sistema de saúde (por exemplo, qual prioridade deve ser dada a uma alteração na lei relacionada ao escopo de atuação dos enfermeiros, ou a uma mudança nos arranjos financeiros que determinam como os médicos são remunerados, ou a uma mudança nos arranjos de execução que determinam se algumas formas de atendimento devem ser prestadas somente em instalações onde há grande volume?). Uma abordagem com definição de prioridades precisa funcionar com diversas orientações ao mesmo tempo, as quais normalmente interagem entre si
- Precisam ponderar questões de confidencialidade de curto prazo com compromissos de longo prazo para a responsabilização pública e transparência. Isto é particularmente verdadeiro para os formuladores de políticas que normalmente dependem fortemente de funcionários públicos para avaliar as questões por eles. Normalmente são estabelecidas regras de sigilo absoluto para evitar que as questões sejam discutidas antes de serem examinadas pelos formuladores de políticas. Isso é importante, pois os formuladores de políticas são publicamente responsáveis (por meio de eleições periódicas) pelas decisões que tomam. Uma abordagem com a definição de prioridades – pelo menos aquela baseada dentro do governo – precisa acomodar uma combinação de regras de sigilo e de transparência

Algumas práticas desejáveis, adotadas em uma abordagem com definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências, derivam de ferramentas disponíveis e de recursos utilizados para apoiar a definição de prioridades em outros contextos. Essas ferramentas e recursos podem ser divididos em três tipos principais:
- Muitas ferramentas e recursos são voltados para a forma de se priorizar doenças e lesões. Essas ferramentas normalmente se concentram no uso de dados disponíveis sobre a incidência ou predominância de lesões e doenças [7-10]
- A maioria das ferramentas e recursos se concentra em como priorizar programas, serviços e medicamentos que são voltados para doenças e lesões, ou que são direcionados para problemas de saúde em geral. Muitas dessas ferramentas e recursos se concentram tanto nos dados sobre a predominância ou incidência, quanto nas evidências de pesquisa sobre a eficácia ou relação custo-benefício das opções de prevenção e tratamento [11-13]. Poucos lidam com um conjunto mais amplo de critérios ou têm uma abordagem mais holística com relação à definição de prioridades [14-16]
- Quase nenhum dos recursos e ferramentas aborda a questão de como a priorizar os arranjos do sistema de saúde (ou alterações dos arranjos do sistema de saúde) que apóiam o fornecimento de medicamentos, serviços e programas com boa relação custo-benefício, [17] ou como priorizar ações para abordar os determinantes sociais da saúde

As ferramentas e os recursos também estão disponíveis para apoiar a definição de prioridades, tanto para a pesquisa primária quanto para as revisões sistemáticas no

setor de pesquisa [18-22], assim como para as recomendações para o setor de saúde (por exemplo, diretrizes de prática clínica) [23].

Os elementos das ferramentas e recursos supracitados podem ser usados para ajudar a moldar uma abordagem para a definição de prioridades para as questões que serão tratadas na formulação de políticas com base em evidências. Por exemplo, dados sobre a carga de doença podem ser usados para fundamentar avaliações da contribuição de uma doença específica para a carga global de doença. Evidências de pesquisa sobre a eficácia dos programas e serviços e sobre as necessidades de medicamentos podem ajudar a fundamentar avaliações de opções para resolver problemas de saúde. Da mesma forma, as abordagens para a definição de prioridades para as pesquisas básicas (as quais podem utilizar um horizonte de 5 a 25 anos), para as pesquisas primárias aplicadas (que podem utilizar um horizonte de tempo de 2 a 5 anos), e para revisões sistemáticas (que podem usar um horizonte de tempo de 6 a 18 meses) podem todas dar idéias sobre a definição de prioridades para os resumos de políticas, os quais sejam produzidos dentro de um horizonte de tempo de 1 a 6 meses. (O Artigo 13 desta série descreve de maneira mais detalhada a preparação e uso de resumos de políticas) [2]. As abordagens em relação à definição de prioridades para recomendações também podem dar idéias sobre as prioridades para a localização e uso de evidências de pesquisa, cujo objetivo seja apoiar a formulação de pesquisas baseadas em evidências. No entanto, uma recente revisão da definição de prioridades para as recomendações concluiu que havia "pouca evidência empírica para orientar a escolha de critérios e processos para o estabelecimento de prioridades" [23].

A Tabela 1 apresenta exemplos de organizações em que uma abordagem com definição de prioridades pode ser benéfica.

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem orientar na definição de prioridades para localizar e usar evidências de pesquisa, com o objetivo de apoiar a formulação de políticas com base em evidências:

1. A abordagem para priorização define claramente os prazos que foram estabelecidos para que as questões de alta prioridade fossem tratadas de diferentes formas?
2. A abordagem incorpora critérios explícitos para o estabelecimento de prioridades?
3. A abordagem incorpora um processo explícito para o estabelecimento das prioridades?
4. A abordagem incorpora uma estratégia de comunicação e um plano de acompanhamento e avaliação?

1. **A abordagem para priorização define claramente os prazos que foram estabelecidos para que as questões de alta prioridade fossem tratadas de diferentes formas?**

Os processos de formulação de políticas podem durar dias, semanas ou até mesmo anos. Os processos de definição sistemática e explícita de prioridades normalmente não são apropriados para prazos curtos (ou seja, horas e dias), porque o processo de definição de prioridades pode levar mais tempo do que aquele necessário para se tomar uma decisão. No entanto, os critérios explícitos podem também ajudar a fundamentar julgamentos sobre questões que exigem uma abordagem do tipo "mãos à obra" para a localização e uso de evidências (por exemplo, para aqueles momentos em que um Ministro diz: "Precisamos dessas evidências agora!"). Por outro lado, esses critérios também ajudam a identificar quais questões poderiam ser tratadas durante um período mais longo ou deveriam ser totalmente desconsideradas, e a determinar quais as questões estão entre os dois extremos.

Para os processos de formulação de políticas que duram semanas ou meses, critérios explícitos para o estabelecimento de prioridades e processos sistemáticos e explícitos para o estabelecimento de prioridades podem ser valiosos. Isto é especialmente verdadeiro se os formuladores de políticas e partes interessadas forem receptivos com relação à procura por uma avaliação independente das evidências de pesquisa (como um resumo de política) (ver artigo 13 para mais detalhes sobre a preparação e uso de resumos de políticas para apoiar a formulação de políticas com base em evidências) ou com relação à busca por dados de entrada baseados em evidências, fornecidos por partes interessadas por meio de um diálogo de política (o Artigo 14 desta série descreve como organizar e utilizar os diálogos para apoiar a formulação de políticas com base em evidências) [2,3]. Esse processo de estabelecimento de prioridades deve ser dinâmico e deve ser revisado a cada período de poucas semanas ou meses, para que possa permitir um equilíbrio significativo entre as abordagens pró-ativa e reativa.

Para questões "perenes" relacionadas às políticas, e para aqueles processos de formulação de políticas que duram meses ou até anos, os formuladores de políticas e demais interessados podem adotar uma abordagem mais estratégica com relação à definição de prioridades. Isto poderia incluir a designação de pesquisadores para fazer uma revisão sistemática da literatura de pesquisa sobre uma política específica ou uma pergunta de programa, ou fazer uma avaliação do impacto de uma política ou programa (esse tópico é tratado no artigo 18 desta série) [24].

Em um cenário ideal, a abordagem com relação à priorização deixaria claros os prazos que foram estabelecidos para que as questões de alta prioridade fossem tratadas de diferentes formas? Os formuladores de políticas e partes interessadas poderiam então correlacionar as restrições de tempo que precisam enfrentar no seu trabalho (um período de meio-dia, cinco dias ou dois meses) com o tipo de apoio que poderiam receber, como:

- Uma busca por revisões sistemáticas que abordem uma questão
- Um resumo das mensagens extraídas de revisões sistemáticas, cuja qualidade tenha sido avaliada, abordando os diversos aspectos de uma questão, ou
- Uma avaliação abrangente das evidências de pesquisa disponíveis, as quais irão esclarecer um problema, definir as opções para abordar tal problema e descrever como uma opção será implantada (isto é, um resumo da política, conforme descrito no Artigo 13 [2])

A última coluna da Figura 2 destaca as práticas desejáveis que podem ser aplicadas em uma abordagem de definição de prioridades, incluindo a utilização de normas sobre prazos para os diferentes tipos de apoio. Outras práticas destacadas nesta figura constituem o foco das Perguntas 2-4 abaixo. A Tabela 2 fornece um exemplo de prazos para (e capacidade de fornecimento de) diferentes tipos de apoio, bem como as aplicações das idéias das perguntas 2 a 4, para a abordagem com definição de prioridades utilizada no Ministério da Saúde.

2. O processo incorpora critérios explícitos para o estabelecimento de prioridades?

Critérios explícitos podem ajudar a orientar aqueles envolvidos em um processo de definição de prioridades e, se as restrições de sigilo permitirem, ajudar a informar as razões para as decisões sobre as prioridades para outros formuladores de políticas e partes interessadas. Os três critérios prováveis para a priorização de uma determinada questão incluem:

- Se o(s) problema(s) subjacente(s) for(em) devidamente tratado(s), poderá haver benefícios para a saúde, melhorias na equidade no setor de saúde ou outros impactos positivos, agora ou no futuro
- As opções viáveis, se adequadamente usadas, poderiam afetar o(s) problema(s) subjacente(s), e, consequentemente, levar a benefícios para a saúde, à melhoria da equidade na saúde ou a outros impactos positivos, ou poderiam levar a uma redução dos malefícios, redução de custos ou melhoria na relação custo-benefício, e
- Os eventos políticos poderiam abrir (ou os eventos políticos já abriram) "janelas de oportunidade" para a mudança. Por exemplo, em 1993, o Presidente de Taiwan apresentou ao Parlamento um projeto de lei para o seguro nacional de saúde, com o objetivo de se antecipar a uma interpelação do partido de oposição [25]. A iminência da interpelação abriu uma janela de oportunidade significativa para mudança, e para a localização e uso de evidências de pesquisas para apoiar a formulação de políticas sobre o seguro de saúde nacional

A aplicação desses critérios exige a existência de dados e evidências de pesquisas que possam ser disponibilizados imediatamente, assim como um julgamento coletivo (com base nessas e outras considerações) para decidir se uma questão é prioritária ou não. Uma avaliação completa somente seria necessária para uma gama limitada de questões consideradas de maior prioridade.

Em parte, o primeiro critério listado acima se refere a temas como, por exemplo, a carga de doença e a provável gravidade de doenças novas ou que venham a surgir. Porém, tal critério também se refere a avaliações sobre a possibilidade de se resolver o(s) problema(s) subjacente(s). Esse(s) problema(s) subjacente(s) pode(m) variar com relação ao seu escopo, indo desde um foco específico nas características de lesões e doenças específicas, até os programas, serviços e medicamentos usados para prevenir ou tratar tais doenças e lesões, e/ou aos arranjos do sistema de saúde que apóiam a disponibilização de programas, serviços ou medicamentos. Considerando-se que as evidências de pesquisa e dados sobre o(s) problema(s) subjacente(s) podem não estar prontamente disponíveis, ou podem estar totalmente indisponíveis, pode ser necessário introduzir outras considerações. (O Artigo 4 desta série apresenta uma visão geral dos processos envolvidos no uso de evidências de pesquisa para esclarecer problemas) [4].

O segundo critério exige o julgamento sobre a probabilidade das opções terem custos aceitáveis e consequências desejáveis (isto é, a probabilidade delas serem consideradas viáveis). A descrição de opções para resolver um problema – foco do artigo 5 desta série – exige revisões sistemáticas de estudos para examinar os benefícios e malefícios das opções, bem como os dados ou evidências de pesquisa sobre os custos e a relação custo-benefício [5]. Dois acontecimentos recentes, ou seja, o crescimento dos bancos de dados contendo revisões sistemáticas e a crescente disponibilidade de resumos favoráveis aos formuladores de políticas, os quais podem ser vinculados a partir desses bancos de dados (que são tratados no artigo 7), fizeram com que avaliações preliminares desse tipo se tornassem cada vez mais viáveis [26]. No entanto, quando as evidências de pesquisa sobre a viabilidade das opções não estiverem prontamente disponíveis, outras considerações precisarão ser introduzidas.

O terceiro critério exige que seja julgado se uma janela de oportunidade para ação poderia ser aberta, ou se tal janela foi aberta [27]. Como analisamos de forma mais detalhada no Artigo 4, tais oportunidades podem aparecer devido à atenção que é dada a um problema em um determinado momento ao longo do tempo [4]. Uma cobertura significativa da mídia, por exemplo, pode ser dada aos casos documentados de lacunas significativas na qualidade e no acesso ao atendimento médico a pacientes com câncer. No entanto, essas janelas podem fechar com igual rapidez, porque a atenção da mídia geralmente muda rapidamente. As janelas de oportunidade também podem se abrir devido a eventos políticos, como, por exemplo, a formação de uma coligação de interessados que decidiram agir com relação a uma determinada questão, ou quando um político com um interesse pessoal em uma questão é nomeado para ser o Ministro da Saúde. Alguns eventos relacionados a problemas ou à política podem ser previstos, como a publicação de relatórios periódicos por agências nacionais de estatística, o desenvolvimento de um plano estratégico nacional para o setor de saúde, e a definição de orçamentos anuais, bem como eleições. Porém, muitas vezes a *natureza* específica da oportunidade não pode ser prevista.

3. O processo incorpora um processo explícito para a determinação de prioridades?

Critérios explícitos não tomam decisões – as pessoas tomam. E um processo sistemático e explícito pode ajudá-las a tomar decisões fundamentadas. São apresentadas a seguir quatro possíveis características desejáveis de um processo de definição de prioridades:

- É baseado em um resumo pré-divulgado de evidências e dados disponíveis e em um debate sobre a aplicação de critérios explícitos às questões sendo levadas em consideração para a priorização
- Garante uma representação justa daqueles envolvidos com as (ou afetados pelas) decisões futuras relacionadas às questões que são levadas em consideração para a definição de prioridades
- Existe o envolvimento de um facilitador, que usa perguntas bem elaboradas para conhecer as opiniões sobre a prioridade que deve ser dada às questões, bem como a justificativa para a priorização de tais questões, e
- Uma equipe experiente de pesquisadores e formuladores de políticas está empenhada em transformar questões de alta prioridade em problema(s) claramente definido(s), e também em opções viáveis que serão abordadas em avaliações mais detalhadas

A elaboração de um resumo pré-divulgado de evidências e dados disponíveis sobre possíveis questões prioritárias é uma maneira altamente eficiente de preparar os participantes para um processo de definição de prioridades. A descrição das lacunas nas evidências de pesquisa e dados pode ser tão importante quanto à descrição do que está disponível. Esses resumos podem fornecer uma base comum para debates.

Em um cenário ideal, o processo de definição de prioridades reuniria as diversas partes envolvidas com (ou afetadas por) qualquer decisão futura relacionada às questões sendo consideradas como possíveis prioridades. Isto requer o mapeamento cuidadoso de todas as partes interessadas e, em seguida, a seleção de pessoas adequadas de diferentes grupos de interessados. As regras de sigilo podem representar um desafio considerável neste processo, caso elas impeçam o envolvimento daqueles que serão afetados por qualquer decisão futura relacionada às questões sendo consideradas. Nesse caso, pode ser exigido que funcionários públicos, especialmente políticos, participem em nome dessas pessoas impedidas de participar.

É necessário que haja um facilitador habilidoso, bem-informado e neutro para garantir o funcionamento adequado de um processo de definição de prioridades. No Artigo 14 desta série, descrevemos a justificativa para essa combinação de atributos [3]. Para um processo de definição de prioridades que seja totalmente conduzido dentro do governo, o ideal seria que o facilitador viesse de uma unidade de apoio a decisões, ao invés das divisões responsáveis por áreas de políticas específicas (por exemplo, da política de recursos humanos) ou programas específicos (por exemplo, de tratamento de diabetes).

É necessário que haja uma equipe experiente de pesquisadores e formuladores de políticas para transformar questões de alta prioridade em problema(s) claramente definido(s), e também em opções viáveis que serão abordadas em avaliações mais detalhadas Idealmente, a equipe estabeleceria prazos claros para cada questão que precisa ser tratada. A equipe também daria orientações sobre quais questões precisam ser tratadas internamente, e quais precisam ser terceirizadas. Se certas questões forem consideradas sigilosas, elas também podem ser tratadas internamente ou terceirizadas, com cláusulas de confidencialidade claramente redigidas nos trabalhos de contrato.

Embora esse processo possa parecer complexo, conforme descrito na Tabela 2, ele pode ser operacionalizado de forma bem prática em um determinado contexto.

4. O processo incorpora uma estratégia de comunicação e um plano de acompanhamento e avaliação?

Uma estratégia de comunicação é necessária para garantir que os formuladores de políticas e demais partes interessadas estejam cientes das questões de alta prioridade, para que possam preparar dados com o objetivo de esclarecer ainda mais os problemas, estruturar as opções e descrever como uma opção será implantada. Idealmente, vários materiais, adaptados para diferentes partes interessadas, seriam produzidos, como parte da estratégia de comunicação. No entanto, em alguns contextos ou para algumas questões, as cláusulas de confidencialidade podem não permitir a comunicação com algumas partes interessadas.

Nem mesmo a melhor estratégia de comunicação atingirá todas as pessoas e tal estratégia poderá não produzir o comprometimento desejado para o tratamento de questões de alta prioridade. Um plano de acompanhamento pode ajudar a resolver esse problema identificando quando as questões de alta prioridade não estão sendo tratadas dentro do prazo estabelecido. Um plano de avaliação associado pode ser usado para uma análise mais sistemática de questões específicas, como os impactos do processo de definição de prioridades sobre o processo de formulação de políticas, e como e por que os interessados respondem às prioridades identificadas.

CONCLUSÃO

A definição de prioridades para a localização e uso de evidências de pesquisas com o objetivo de apoiar a formulação de políticas baseadas evidências pode facilmente ser totalmente ignorado, ou feito de forma muito superficial ou rápida. Além disso, a abordagem escolhida para a definição de prioridades pode não ser implantada ou pode não ser totalmente implantada. Talvez não seja possível repetir periodicamente uma abordagem específica, pois as janelas de oportunidade podem se abrir e fechar em momentos diferentes. Qualquer falha desse tipo na definição de prioridades pode representar a perda de oportunidades significativas para apoiar a formulação de

políticas com base em evidências, assim como o desgaste da cultura de formulação de políticas com base em evidências. Portanto, deve-se verificar com bastante cuidado se os prazos para resolução de questões de alta prioridade de diferentes maneiras são realistas e estão sendo cumpridos, independentemente se os critérios e processos escolhidos para determinar as prioridades são realistas e estão sendo usados, e independentemente se a estratégia de comunicação e o plano de acompanhamento e avaliação foram desenvolvidos e estão sendo postos em prática. Mesmo em ambientes com grande limitação de recursos, a atenção a essas questões pode garantir que os recursos existentes para apoiar a formulação de políticas com base em evidências estejam sendo direcionados para onde possam ter o maior impacto.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries*. Geneva (Genebra), Switzerland (Suíça): Alliance for Health Policy and Systems Research (Aliança para Pesquisa de Sistemas e Política de Saúde), World Health Organization (Organização Mundial de Saúde); 2007 [28]. – Fonte de lições aprendidas sobre as organizações que apóiam a formulação de políticas com base em evidências, mas dando pouca atenção a como as prioridades são estabelecidas por essas organizações (www.who.int/alliance-hpsr/RespondingRequests_HS_AsianCountries_Healy.pdf)

Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: Learning from other countries: An on-call facility for health care policy. *Journal of Health Services Research and Policy* 2008, 13 (supp 2): 58-64 [29]. – Fonte de lições aprendidas por uma organização independente que apóia a formulação de políticas com base em evidências, com alguma atenção sendo dada a como as prioridades são estabelecidas pela organização

Links para websites

Global burden of disease (A carga global de doença): www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en – Fonte de dados e evidências de pesquisa sobre a carga global de doença. Essa informação pode ser um dado, entre muitos outros, na definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências

Disease Control Priorities Project (Projeto de Prioridades para Controle de Doenças): www.dcp2.org/main/Home.html – Fonte de evidências de pesquisa e recomendações sobre os programas, serviços e medicamentos que devem ser priorizados em diferentes tipos de países. Essa informação pode ser um dado, entre muitos outros, na definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências

CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective = Escolhendo Intervenções que Possuem uma Boa Relação Custo-Benefício): www.who.int/choice/en – Fonte de dados, evidências de pesquisa e uma ferramenta sobre os programas, serviços e medicamentos que devem ser priorizados em diferentes regiões e países. Essa informação pode ser um dado, entre muitos outros, na definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências

Canadian Priority Setting Research Network (Rede Canadense de Pesquisa para Definição de Prioridades): www.canadianprioritysetting.ca – Fonte de artigos publicados sobre a definição de prioridades no serviço de saúde, a qual pode fornecer lições para a definição de prioridades na formulação de políticas com base em evidências

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, SL e AF contribuíram com a elaboração do esboço e com a revisão.

AGRADECIMENTOS

Por favor, veja, na Introdução desta série, os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com esta série. Além disto, gostaríamos de agradecer a Bob Nakagawa, Duff Montgomerie, Kent Ranson, Knut-Inge Klepp, Wija Oortwijn, Martin McKee, e Ole Frithjof Norheim pelos seus comentários úteis em uma versão anterior deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

3. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and**

using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S14)**.

4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

5. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S5)**.

6. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S6)**.

7. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K: **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** *Lancet* 2007, **370:**1929-38.

8. DeSavigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G: *In Focus: Fixing Health Systems*. Ottawa, Canada, International Development Research Centre. 2004.

9. Rudan I, Lawn J, Cousens S, Rowe AK, Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, *et al*: **Gaps in policy-relevant information on burden of disease in children: a systematic review.** *Lancet* 2005, **365:**2031-40.

10. Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M: **WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis.** *Lancet* 2008, **372:**1563-9.

11. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT: **Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector.** *Cost Eff Resour Alloc* 2003, **1:**8.

12. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, *et al*: **Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project.** *Lancet* 2006, **367:**1193-208.

13. Mitton C, Donaldson C: **Health care priority setting: principles, practice and challenges.** *Cost Eff Resour Alloc* 2004, **2:**3.

14. Daniels N, Sabin J: *Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources?* Cambridge: Oxford University Press; 2002.

15. Gibson JL, Martin DK, Singer PA: **Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations.** *Healthc Q* 2005, **8:**50-9, 4.

16. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K: **Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda.** *Soc Sci Med* 2003, **56:**2433-41.

17. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK: **Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda.** *Health Policy* 2007, **82:**78-94.

18. Ali N, Bhutta ZA, Bruce N, de Francisco A, Ghaffar A, Gulbinat W, *et al*: *The Combined Approach Matrix: A Priority-Setting Tool for Health Research*. Geneva, Global Forum for Health Research. 2004.

19. Gross CP, Anderson GF, Powe NR: **The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease.** *N Engl J Med* 1999, **340:**1881-7.

20. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: **On being a good listener: setting priorities for applied health services research.** *Milbank Q* 2003, **81:**363-88.

21. Nuyens Y: **Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries.** *Bull World Health Organ* 2007, **85:**319-21.

22. The Working Group on Priority Setting: **Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting.** *Health Policy Plan* 2000, **15:**130-6.

23. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**14.

24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.

25. Cheng TM: **Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far.** *Health Aff (Millwood)* 2003, **22:**61-76.

26. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

27. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.

28. Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 2007.

29. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: **Learning from other countries: an on-call facility for health care policy.** *J Health Serv Res Policy* 2008, **13 Suppl 2:**58-64.

Figura 1. Abordagens centralizadas e descentralizadas para apoiar a formulação de políticas com base em evidências

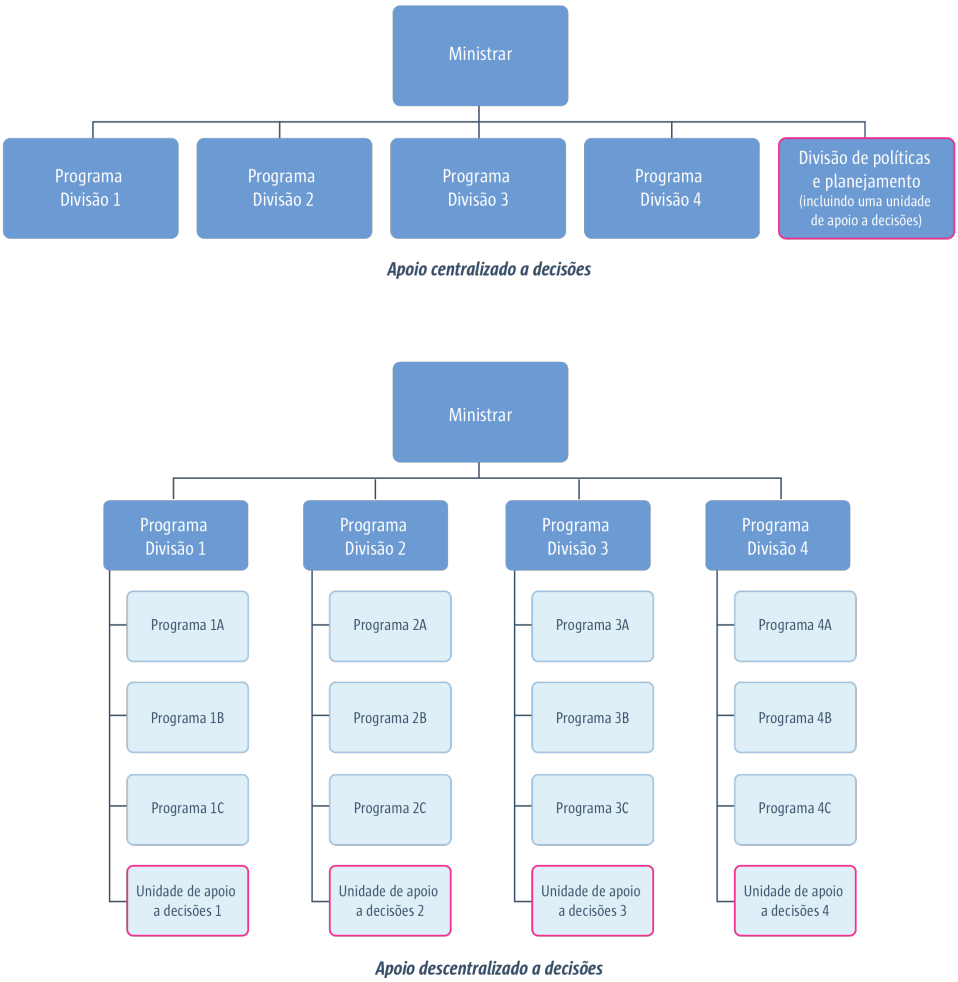


Figura 2. Características indesejáveis e desejáveis de uma abordagem de definição de prioridades

Elementos da abordagem para definição de prioridades	*Características indesejáveis*	*Características desejáveis*
Cronograma	Negociados caso por caso	Normas de cada nível de apoio
Critérios	Implícitos	Explícitos
Processos	Ad hoc	Sistemáticos e explícitos
Comunicação/ monitoramento e avaliação	Ausentes	Planejados

Tabela 1. Exemplos de organizações onde uma abordagem com definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências pode ser benéfica

Diversos tipos de organização surgiram para apoiar a formulação de políticas com base em evidências. Por exemplo:

- A Strategic Policy Unit (Unidade Estratégica de Políticas), a qual faz parte do Departamento de Saúde do Reino Unido, foi criada para examinar questões de alta prioridade que precisam ser tratadas dentro de algumas semanas ou meses
- The Canadian Agency for Drugs and Therapeutics in Healthcare (a Agência Canadense para Medicamentos e Terapêutica no Serviço de Saúde) (www.cadth.ca), uma agência nacional financiada pelo governo, a qual disponibiliza uma função de resposta rápida (chamada de Health Technology Inquiry Service [Serviço de Consulta de Tecnologias de Saúde]) para Ministros de Saúde de Províncias que buscam por dados sobre quais tecnologias de saúde devem ser introduzidas, abrangidas ou financiadas. Os prazos variam de 1 a 30 dias
- Uma Evidence-Informed Policy Network (Rede de Políticas Com base em evidências) (www.evipnet.org) no Vietã obteve um financiamento para produzir dois resumos de políticas e organizar dois diálogos de políticas no ano seguinte para atender às prioridades de formuladores de políticas e partes interessadas
- O European Observatory on Health Systems and Policies (Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde) (www.euro.who.int/observatory) prepara diversos diálogos de política, incluindo "seminários de resposta rápida", os quais podem ser organizados com pouca antecedência
- A On-call Facility for International Healthcare Comparisons (Função Sob Demanda para Comparações de Serviços de Saúde Internacionais) (www.lshtm.ac.uk/ihc/index.html), localizada dentro da London School of Hygiene and Tropical Medicine (Escola de Londres de Higiene e Medicina Tropical), atende a consultas diretas do Departamento de Saúde do Reino Unido sobre como os sistemas de saúde em outros países de renda alta estão tratando de questões específicas [29]

Cada uma dessas organizações deve, implícita ou explicitamente, ter prazos definidos dentro dos quais elas estejam preparadas para trabalhar. Elas também precisam de critérios para decidir quais questões justificam o uso de períodos significativos do seu tempo e quais questões justificam o uso de um tempo menor, ou não justificam qualquer uso do seu tempo. Os processos para tomar tais decisões também são exigidos.

Tabela 2. Exemplo de uma abordagem de definição de prioridades

Uma unidade de apoio às decisões de um Ministério oferece as seguintes opções de apoio a outras equipes do Ministério:

1. Uma busca por revisões sistemáticas que abordem uma questão (Prazo: 1 dia; Número que pode ser fornecido trimestralmente: 24)
2. Um resumo das mensagens extraídas de revisões sistemáticas, cuja qualidade tenha sido avaliada, abordando os diversos aspectos de uma questão (Prazo: 1 semana; Número que pode ser fornecido trimestralmente: 12), e
3. Uma avaliação abrangente das evidências de pesquisa disponíveis para esclarecer um problema, estruturar opções para tratar de tal problema, e descrever como uma opção será implantada (Prazo: 1 mês; Número que pode ser fornecido trimestralmente: 3)

A unidade mantém um cadastro de solicitações, sendo que a cada solicitação é atribuída uma pontuação entre 0 e 56. No recebimento, a solicitação é analisada por dois funcionários da unidade, os quais atribuem uma nota entre 1 e 7 pontos (onde 1 representa "discordo totalmente" e 7 "concordo plenamente") para cada um dos três critérios a seguir:

- Se o(s) problema(s) subjacente(s) for(em) devidamente tratado(s), poderá haver benefícios para a saúde, melhorias na equidade no setor de saúde ou outros impactos positivos, agora ou no futuro,
- As opções viáveis, se adequadamente usadas, poderiam afetar o(s) problema(s) subjacente(s), e, consequentemente, levar a benefícios para a saúde, à melhoria da equidade na saúde ou a outros impactos positivos, ou poderiam levar a uma redução dos malefícios, redução de custos ou melhoria na relação custo-benefício, e
- Os eventos políticos poderiam abrir (ou os eventos políticos podem já ter aberto) "janelas de oportunidade" para a mudança

As notas individuais para o terceiro critério são dobradas, pois se considera que esse critério é duas vezes mais importante do que os outros dois (como uma maneira de garantir que a devida atenção seja dada às prioridades do Ministro). No máximo 14 pontos podem ser atribuídos ao critério 1, 14 pontos ao critério 2, e 28 pontos ao critério 3. Um dos dois funcionários da unidade anotará a natureza do apoio solicitado (apoio do tipo 1, 2 ou 3 acima). A base para essas avaliações é a descrição da solicitação e a justificação apresentada por outros funcionários do Ministério (após a aprovação por parte do seu respectivo diretor de divisão). A solicitação deve atender a cada um dos três critérios usando dados e evidências disponíveis (quando disponíveis) e um debate sobre a aplicação de critérios explícitos nas questões que estão sendo consideradas para a priorização.

No início de cada semana, o gerente da unidade, juntamente com todos os diretores de divisões, analisa a lista de prioridades, a qual está organizada em sequência de acordo com a classificação, para cada um dos tipos de apoio (ou seja, 1, 2 e 3). Em conjunto,

eles confirmam que será dado andamento às duas principais solicitações para apoio do tipo 1 naquela semana e que será dado andamento à principal solicitação para o apoio do tipo 2. Eles também confirmam que a solicitação principal para o apoio do tipo 3 está no rumo certo, e que preparativos estão sendo feitos para começar uma nova avaliação para a solicitação de tipo 3 que ficou em segundo lugar, tão logo a avaliação atual seja concluída. O gerente da unidade (o qual possui formação em pesquisa de políticas de saúde) atua como facilitador na reunião, responsabilizando-se por justificar eventuais alterações na classificação, e por garantir que quaisquer solicitações de avaliações abrangentes sejam bem analisadas, com relação ao esclarecimento de problemas temporários, estruturação de opções e considerações de implantação. Após isto, o gerente divulga as decisões e classificações na intranet do Ministério e instrui os funcionários do Ministério, cujas solicitações não tenham sido atendidas decorrido um mês após terem sido encaminhadas, a apresentar uma solicitação atualizada.

Uma vez por mês, o gerente da unidade revisa os dados de acompanhamento da unidade em conjunto com os diretores de divisão. Os dados de acompanhamento incluem o número de recursos apresentados pelos funcionários do Ministério e suas resoluções. Uma vez por ano, a unidade reavalia a escala de sua produtividade para determinar se pode prestar mais apoio dentro de espaços de tempo mais curtos. Uma vez a cada três anos, a unidade determina uma avaliação de seus impactos sobre o processo de formulação de políticas.

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

4. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema?

John N Lavis[1], Michael G Wilson[2], Andrew D Oxman[3], Simon Lewin[4] and Atle Fretheim[5]*

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **4. Using research evidence to clarify a problem.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S4 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S4.

http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s4.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5,

2 Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5

3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam muitas vezes se deparam com situações que os levam a tentar descobrir a melhor maneira de definir um problema. Essas situações podem variar desde ter que responder a uma pergunta difícil ou desafiadora no congresso, até encontrar um problema em destaque na primeira página de um jornal. Os motivos que levam os formuladores de políticas a querer esclarecer um problema variam, podendo incluir desde decidir se deve ser dada muita atenção a um problema específico que outros afirmam que é importante, até querer saber como convencer outras pessoas a concordar que um problema é importante. Os conflitos e os debates sobre como definir um problema são uma parte extremamente importante do processo de formulação de políticas. O resultado desses conflitos e debates irá determinar se e, em parte, como os formuladores de políticas irão tomar medidas para resolver um problema. É mais provável que ações sejam geradas pelos esforços para esclarecer um problema baseados em uma avaliação de eventos simultâneos. Esses eventos simultâneos podem estar relacionados a opções de programa ou de política (por exemplo, a publicação de um relatório que demonstra a eficácia de uma determinada opção) ou a eventos políticos (por exemplo, a nomeação de um novo Ministro da Saúde, com interesse pessoal em uma questão específica). Neste artigo, sugerimos perguntas que podem ser utilizadas para orientar as pessoas envolvidas na identificação de um problema e na caracterização de suas particularidades. Estas perguntas são as seguintes: 1. Qual é o problema? 2. Como é que se soube do problema e esse processo teve influência na perspectiva de ele ser resolvido? 3. Quais indicadores podem ser usados ou coletados para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução? 4. Quais comparações podem ser feitas para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução? 5. Como o problema pode ser estruturado (ou descrito) de forma a motivar diferentes grupos?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas são descritas de maneira mais detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas desta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e a Ministra pediu que você lhe apresentasse uma nota informativa sobre um problema do sistema de saúde no qual ela tem interesse pessoal, ou seja, que muitos de seus eleitores e familiares dizem que não conseguem encontrar um médico para atendimento básico de saúde. Você quer saber se o esboço atual da nota informativa preparada por um analista de política júnior faz jus ao problema.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando uma nota informativa sobre um problema do sistema de saúde. Tudo que você sabe é que o problema está relacionado ao fato de que muitos cidadãos não têm acesso aos serviços básicos de saúde e aos prestadores de serviços básicos de saúde.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que apóia o Ministério da Saúde no uso de evidências de pesquisa para a formulação de políticas e está preparando um resumo de política para o Ministério da Saúde sobre os obstáculos no acesso ao atendimento básico de saúde. Você quer orientações sobre como esclarecer o problema de maneira sistemática e abrangente.

HISTÓRICO

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere diversas perguntas que eles podem pedir que sua equipe leve em consideração ao preparar uma nota informativa sobre um problema. Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas para orientar no esclarecimento de um problema com base nas melhores evidências locais e globais disponíveis. Este é o primeiro de um total de três artigos sobre o esclarecimento das

necessidades de evidências (ver também os Artigos 5 e 6 [2,3]). A Figura 1 descreve os processos envolvidos no esclarecimento dessas necessidades.

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam muitas vezes se deparam com situações em que eles precisam decidir qual é a melhor maneira de definir um problema. Eles podem ter:

- Identificado um problema através de um processo explícito de definição de prioridades (o qual é o foco do Artigo 3) [4]
- Lido sobre um problema em um relatório de uma agência nacional de estatísticas ou de um pesquisador independente
- Tido que responder a uma pergunta difícil sobre um problema, feita no congresso ou por alguém que vive em sua seção eleitoral
- Encontrado um problema que foi destaque na primeira página de um jornal diário, ou
- Identificado um problema graças à sua experiência pessoal com um sistema de saúde

Algumas destas situações servem para a avaliação proativa de um problema, ou o que algumas pessoas chamariam de uma questão ou desafio. Porém, normalmente elas fazem com que os formuladores de política adotem uma postura reativa.

- Os motivos que levam os formuladores de políticas a querer esclarecer um problema podem ser baseados nas seguintes considerações:
- Se muita atenção deve ser dada a um problema específico que outras pessoas consideram ser importante
- Quais fatores contribuem para um problema
- Como medir a magnitude de um problema (se ele está melhorando ou piorando, e se ele está respondendo a determinadas políticas ou programas)
- Como convencer os outros a aceitar que um problema é importante (ou que o método preferido a ser adotado é o ideal, devido à *maneira* como aborda um problema específico), ou
- Como lidar com percepções equivocadas ou gerenciar as expectativas entre aqueles que (erroneamente, aos olhos dos formuladores de políticas) consideram que o problema é importante

Os conflitos e os debates sobre como definir um problema são uma parte extremamente importante do processo de formulação de políticas [5,6]. O resultado destes conflitos e debates irá determinar se (e, em parte, *como*) os formuladores de políticas irão tomar medidas para resolver um problema.

Os problemas podem ficar em evidência nos seguintes casos:

- Um evento determinante
- Uma mudança em um indicador, ou
- Feedback sobre a operação de uma política ou programa atual [7]

Eventos focalizadores são muito comuns no setor de saúde, porque decisões mal tomadas podem levar a eventos extremos, que atraem muita atenção, tais como doenças e morte. Um exemplo de um evento focalizador seria uma ampla cobertura jornalística ao longo de vários dias consecutivos sobre o fornecimento de medicamentos controlados falsificados e as mortes decorrentes do seu uso. Uma mudança em um indicador, embora menos dramática, também pode atrair atenção para um problema, especialmente se for uma mudança grande ou se receber atenção significativa em um relatório ou comunicado à imprensa. Uma agência nacional de estatística, por exemplo, pode divulgar um relatório que mostra que há uma grande variação na remuneração dos enfermeiros em um país, e que isto está contribuindo para a falta de enfermeiros em determinados locais. Ou um problema pode ser exposto por meio de feedbacks sobre a operação de uma política ou programa atual. Feedbacks informais de um gestor de programa, encarregado de uma iniciativa de redução do tempo de espera, poderão, por exemplo, destacar o fato que o programa não está cumprindo a sua meta de redução de tempo de espera devido a limitações de recursos.

No entanto, nem todos os problemas que são divulgados são considerados dignos de ação do governo. Um problema pode ser definido como digno de ação governamental nos seguintes casos:

- Quando se compara as condições atuais com os valores relacionados a uma situação "mais ideal"
- Quando se compara o desempenho com outras jurisdições, e
- Quando se estrutura um assunto de uma maneira diferente (por exemplo, descrevendo um problema como um obstáculo para que se cumpra uma meta que é considerada prioridade nacional) [7]

Políticos de diferentes partidos políticos irão refletir diferentes valores e interpretações com relação a o que vem a ser uma situação "mais ideal". Um Ministro da Saúde poderia considerar que o desempenho do sistema de saúde em seu próprio país é melhor do que o desempenho de outro sistema em um país vizinho. Mas este Ministro poderá não fazer tal consideração quando o sistema de seu país tiver um desempenho pior do que outros exemplos internacionais igualmente apropriados. Da mesma forma, um gabinete pode optar por agir, caso um problema específico seja definido como uma falta de opções de prestadores de serviços de saúde para os pacientes (pois, isto poderia possivelmente se tornar uma fonte de frustração para os eleitores), mas *não agiria* se um problema fosse definido como uma falta de interesse por parte de médicos em ingressar em clínicas que usam modelos de prática de colaboração (pois, o gabinete pode considerar que essa questão que está muito afastada das preocupações dos eleitores).

É mais provável que os esforços para o esclarecimento de problemas resultem em ação se tais esforços:

- Refletirem um conhecimento de eventos simultâneos relacionados com as opções de política e de programa (por exemplo, a publicação de um relatório que demonstra a eficácia de uma determinada opção), e
- Forem influenciados por eventos políticos que estejam ocorrendo simultaneamente (como a nomeação de um novo Ministro da Saúde que possa ter um interesse pessoal em uma questão específica) [7]

Caso o problema não seja definido de uma maneira que "encaixa bem" com aquelas opções que são consideradas viáveis, ou caso não se encaixe com eventos políticos maiores, dificilmente tal problema será incluído na pauta de decisões. Pode-se considerar que uma opção é uma solução viável caso ela seja tecnicamente admissível, esteja de acordo com valores predominantes e com o estado de espírito atual do público, e seja aceitável em termos de viabilidade orçamentária e probabilidade de existência de apoio político ou oposição [7]. Eventos políticos relevantes podem incluir variações no humor do público, mudanças nos níveis de apoio ou oposição de grupos de interesse, e mudanças no partido no governo ou na coligação predominante no legislativo [7].

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem dar orientações sobre como identificar um problema e caracterizar suas peculiaridades:

1. Qual é o problema?
2. Como é que se soube do problema e esse processo teve influência na perspectiva de ele ser resolvido?
3. Quais indicadores podem ser usados ou coletados para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?
4. Quais comparações podem ser feitas para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?
5. Como um problema pode ser estruturado (ou descrito) de forma a motivar diferentes grupos?

1. Qual é o problema?

Um problema pode estar relacionado a um ou mais dos seguintes itens:

- Um fator de risco, doença ou enfermidade
- Os programas, serviços ou medicamentos que estão atualmente sendo usados para tratar de um fator de risco, doença ou enfermidade
- Os arranjos atuais do sistema de saúde dentro dos quais os programas, serviços e medicamentos estão sendo fornecidos, ou
- O grau atual de implantação de uma abordagem acordada (por exemplo, uma política ou diretriz)

A predominância de um fator de risco ou a carga de uma doença ou enfermidade em uma província ou país (por exemplo, taxa de incidência, taxa de predominância, taxa de mortalidade) pode representar um problema. Mas, normalmente, estas questões são a manifestação de um problema: a sua *causa* é o problema real que precisa ser resolvido. Ao invés disto, o problema pode estar no programa ou no serviço, ou pode estar relacionado especificamente com a adequação de um medicamento que está sendo atualmente usado para tratar um fator de risco, doença ou enfermidade. Programas, serviços ou medicamentos ineficazes podem, por exemplo, estar sendo usados para prevenir ou tratar o fator de risco, doença ou enfermidade.

Por outro lado, um problema pode ter origem nos arranjos atuais do sistema de saúde, dentro dos quais os programas, serviços e medicamentos estejam sendo fornecidos. Alguns possíveis problemas podem estar relacionados às estruturas/arranjos de gestão. Tais estruturas e arranjos podem incluir:

- Quem tem a responsabilidade e autoridade profissional, comercial, organizacional e política (por exemplo, com relação às leis) sobre programas específicos
- Os serviços e medicamentos ou as partes do sistema de saúde dentro das quais os programas estão localizados
- Os serviços e medicamentos fornecidos
- Como a autoridade é suspensa, e
- Como é a responsabilização das pessoas que exercem a autoridade

Alguns possíveis problemas também podem ter origem em arranjos financeiros. Estes arranjos podem afetar quem financia (ou seja, quem paga por) programas, serviços e medicamentos específicos, e as partes do sistema de saúde dentro das quais tais programas, serviços e medicamentos são fornecidos, ou como as organizações são financiadas para fornecê-los. Também pode haver uma relação com o modo como os profissionais são remunerados para fornecer programas, serviços ou medicamentos, com o fato de haver ou não incentivos para que os pacientes/consumidores os usem, e com o modo como os recursos são alocados a eles. Além disto, os problemas podem estar associados aos arranjos atuais de fornecimento. Estes arranjos podem incluir: quem é o público-alvo de programas, serviços e medicamentos específicos, quem eles atingem (ou quem os acessa e usa), quem os fornece e como é feito este fornecimento, onde eles são fornecidos, quais tecnologias de informação e de comunicação são usadas para fornecê-los, e quais sistemas de qualidade e de segurança são disponibilizados. A taxonomia dos arranjos de gestão, de finanças e de fornecimento (ou de execução) é abordada de forma mais detalhada no Artigo 5 desta série [8].

Finalmente, um problema poderá ter origem no *grau* de implantação de uma estratégia aceita de ação com relação a um programa, serviço ou medicamento, ou então uma estratégia aceita de ação com relação ao arranjo do sistema de saúde dentro dos quais os programas, serviços ou medicamentos sejam fornecidos. Por exemplo, pode ser que um problema já tenha sido definido e uma política tenha sido introduzida para tratar de tal problema, mas pode ser que a política não tenha sido colocada em prática ainda.

Neste caso, uma estratégia para identificar o problema é a identificação dos possíveis obstáculos à implantação em um ou mais dos quatro níveis a seguir:

1. O nível de cidadãos e usuários do serviço de saúde (por exemplo, os cidadãos não sabem que têm direito ao acesso gratuito a um programa, serviço ou medicamento)
2. O nível de prestador de serviço de saúde (por exemplo, profissionais da saúde não aderem totalmente às políticas e diretrizes nacionais)
3. O nível organizacional (por exemplo, as organizações não gerenciam o desempenho da sua equipe), e
4. O nível do sistema (por exemplo, as políticas não são aplicadas)

A identificação de obstáculos à implantação é o foco do Artigo 6 desta série [3].

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisam determinar as causas de um problema. Estes problemas podem estar relacionados aos seguintes fatores: um ou mais fatores de risco; uma doença ou enfermidade; os programas, serviços ou medicamentos sendo atualmente usados; os atuais arranjos de saúde; ou o nível atual de implantação de uma estratégia de ação acordada. Este processo pode ser repetitivo. O que pode parecer ser, à primeira vista, um problema aparentemente não associado, tal como desestímulos para a gestão proativa de doenças crônicas no atendimento básico de saúde, pode na verdade ser o problema em si, o qual precisa de atenção. A Tabela 1 ilustra como este simples quadro pode ser usado para esclarecer um problema, usando o tratamento da malária na África subsaariana como exemplo.

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam poderiam obter idéias adicionais sobre este componente do esclarecimento do problema nos campos da teoria da complexidade, sistemas adaptativos complexos e metodologia de sistemas flexíveis. No final deste artigo são fornecidos exemplos de recursos relevantes.

2. Como é que se soube do problema e este processo teve influência na perspectiva de ele ser resolvido?

Muitas vezes, a identificação do problema é somente o início do processo. Normalmente, um grande volume de trabalho ainda precisa ser feito para esclarecer um problema de uma maneira que confirme se há ou não a necessidade de resolvê-lo. Se houver a necessidade, também será necessário obter o apoio necessário para tratá-lo. Entender como se soube do problema pela primeira vez pode ser um passo inicial importante no processo de esclarecimento. Conforme descrito na seção Histórico deste artigo, os problemas normalmente se tornam evidentes por meio de:

- Um evento focalizador
- Uma mudança em um indicador, ou
- Feedbacks sobre a operação de políticas ou programas atuais

Os principais formuladores de políticas podem (ou não) concordar com o fato de que um problema merece atenção nas fases iniciais do processo de esclarecimento do

problema. A Tabela 2 ilustra como a pergunta discutida aqui nesta subseção (juntamente com três outras perguntas adicionais) pode ser usada para esclarecer um problema quando for relacionada a um ou mais dos seguintes itens: um fator de risco; uma doença ou enfermidade; os programas, serviços ou medicamentos sendo atualmente usados; os atuais arranjos de saúde; ou o nível atual de implantação de uma estratégia de ação acordada.

Caso os principais formuladores de políticas *realmente* concordem que um problema merece atenção e que eles querem reivindicar o que gostariam de obter ao tratar do problema (por exemplo, por meio de uma declaração de propósito ou uma meta), isto geralmente fará com que sobre pouco tempo para esclarecer o problema com precisão. Em pouco tempo, pode ser necessário passar para os detalhes sobre como as opções devem ser estruturadas.

No entanto, um evento focalizador poderá vir a ser, em uma análise mais detalhada, uma anormalidade significativa ao invés de refletir um problema generalizado. Da mesma forma, talvez se verifique que um indicador foi medido de maneira inadequada ou não foi ajustado para a variação sazonal. Ou, em uma leitura mais cuidadosa, um relatório interno sobre a operação dos programas e políticas atuais pode conter erros significativos de interpretação. Em alguns casos também, os formuladores de políticas podem erradamente associar um problema a programas, serviços ou medicamentos atualmente sendo usados quando, na verdade, o real problema está em outro lugar.

Por outro lado, os principais formuladores de política podem decidir rapidamente que um problema não merece atenção. Eles podem se concentrar em lidar com percepções equivocadas ou gerenciar as expectativas entre aqueles que tornaram o problema evidente pela primeira vez. Neste ínterim, aqueles que apóiam estes formuladores de políticas podem fazer uma revisão preliminar e chegar à conclusão que o problema é significativo. Neste caso, os principais formuladores de política ficarão com a difícil tarefa de ter que elaborar um argumento para reabrir uma questão que tinha sido efetivamente fechada – talvez até mesmo de uma forma altamente visível.

3. Quais indicadores podem ser usados ou coletados para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?

Dependendo de como um problema se torna evidente pela primeira vez, pode ser necessário ou não examinar cuidadosamente quais indicadores relacionados a um problema estão atualmente sendo medidos (ou podem e devem ser medidos) com precisão. Se, por exemplo, um problema se torna evidente por meio de uma mudança em um indicador que já é considerado altamente confiável, poderá não ser necessário dar atenção adicional a outros indicadores. Por outro lado, se um problema se torna evidente por meio de um evento focalizador, um trabalho adicional poderá ser necessário. Nestes casos:

- Pesquisas com a comunidade e registros civis são exemplos de boas fontes de indicadores sobre um fator de risco, doença ou enfermidade

- Dados administrativos do serviço de saúde (ou o que às vezes é chamado de sistemas de informação de gestão de saúde), dados de acompanhamento e avaliação, pesquisas com a comunidade, e pesquisas com o prestador de saúde podem ser boas fontes de indicadores sobre os programas, serviços e medicamentos sendo atualmente utilizados
- Pesquisas com os formuladores de políticas, conjuntos de fórmulas de medicamentos, políticas, regulamentos e legislação podem ser boas fontes de indicadores sobre os arranjos de gestão
- Levantamentos sobre despesas com saúde e pesquisas com os prestadores de serviços de saúde podem ser boas fontes de indicadores sobre os arranjos financeiros
- Dados administrativos do serviço de saúde podem ser boas fontes de indicadores sobre arranjos de fornecimento, e
- Pesquisas com a comunidade e pesquisas com os prestadores de serviços de saúde, bem como dados administrativos do serviço de saúde, podem ser boas fontes de indicadores sobre o grau atual de implantação de uma estratégia de ação acordada

Dados desagregados, tais como dados separados por etnia/cultura, sexo ou condição sócio-econômica, muitas vezes podem ser especialmente úteis para esclarecer se o problema é generalizado ou particularmente acentuado em alguns grupos. O artigo 11 desta série descreve como encontrar e utilizar evidências locais, e o Artigo 10 descreve um esquema de categorização para os grupos que poderiam ser considerados durante a incorporação de abordagens baseadas em equidade ao processo de esclarecimento do problema [9,10].

4. Quais comparações podem ser feitas para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?

Embora os indicadores permitam que os formuladores de política entendam um pouco da magnitude de um problema específico, comparações implícitas ou explícitas são o que realmente determina se um problema é grande ou pequeno, se está melhorando ou piorando, ou se parece suscetível de mudança. Pelo menos quatro tipos principais de comparações podem ser feitas:

- *Comparações ao longo do tempo dentro de um país*: podem ajudar a determinar se um problema está ficando melhor ou pior. Se ações corretivas já tiverem sido tomadas, tais comparações podem ajudar a determinar se um problema parece suscetível de mudança
- *Comparações entre países e outros comparativos apropriados (quando os dados forem comparáveis):* Pode ajudar a determinar se um problema é grande ou pequeno e quais metas podem ser alcançadas, e ajudar a mobilizar esforços para tratar de um problema
- *Comparações com planos:* (por exemplo, metas nacionais e as Metas de Desenvolvimento do Milênio) podem ajudar a mobilizar apoio para tratar de um problema, e

- *Comparações com o que os formuladores de políticas e/ou partes interessadas previram ou queriam:* pode também ajudar a mobilizar apoio para o cumprimento de metas

Embora o esclarecimento de um problema esteja amplamente baseado em dados locais, as evidências de pesquisa podem muitas vezes apresentar comparações que foram realizadas de maneira sistemática e transparente. Estudos de bancos de dados administrativos da saúde e pesquisas com a comunidade, por exemplo, os quais são frequentemente publicados na literatura de pesquisa, podem ajudar a esclarecer um problema e as metas adequadas e a mobilizar apoio. Tais estudos podem ser muito úteis para os formuladores de políticas no tratamento de percepções equivocadas ou na gestão de expectativas. Eles também podem ser usados para desenvolver ou refinar uma declaração de propósito. Por exemplo, os formuladores de políticas podem querer mudar a trajetória de um indicador existente ou medir um novo indicador de modo a permitir comparações. O Artigo 11 desta série apresenta abordagens para localizar e usar evidências locais [9]. A Tabela 3 também dá dias sobre como encontrar estudos de bancos de dados administrativos da saúde e pesquisas com a comunidade.

5. Como um problema pode ser estruturado (ou descrito) de forma a motivar diferentes grupos?

A maneira como um determinado problema é categorizado pode ter consequências importantes para a forma como os grupos podem responder. A estruturação de um problema de uma maneira nova ou alternativa pode fazer com que as questões repercutam de diferentes formas entre diferentes grupos. O Canadá, por exemplo, estruturou o campo de estudo relacionado aos determinantes sociais da saúde da forma mais neutra possível ao denominá-los de "saúde da população". Nos Estados Unidos, por outro lado, o mesmo campo é normalmente denominado de "disparidades na saúde" – um termo que transmite a idéia de que existem diferenças, mas não necessariamente de que há injustiça. No Reino Unido, o termo "desigualdades na saúde" é normalmente usado. Este termo parece transmitir explicitamente a idéia de injustiça, e só ganhou força política quando um novo partido foi eleito para o governo na década de 90, com o objetivo de reduzir injustiça na saúde e em outros setores. Alguns grupos podem responder de forma mais ativa a uma declaração sobre um problema que seja estruturada de forma negativa (por exemplo, "Nosso país tem a maior taxa de mortalidade infantil na região"), ao passo que outros podem responder melhor a uma declaração de propósito estruturada de maneira positiva (por exemplo, "Nosso país irá, dentro de cinco anos, atingir as metas nacionais de saúde relacionadas à mortalidade infantil").

Alguns grupos podem se interessar por questões relacionadas a uma determinada doença ou enfermidade (por exemplo, um aumento rápido nas taxas de doenças cardiovasculares). Outros podem se interessar por um ou mais fatores de risco (por exemplo, tabagismo, alimentação, exercício ou moradia e condições de trabalho). Mesmo os grupos com um foco similar podem ser atraídos por diferentes indicadores

relacionados ao mesmo problema. Alguns podem ser motivados por indicadores mais "pesados" como a mortalidade. Outros, porém, podem ser motivados por indicadores mais "leves" como o status de saúde informado pelos próprios pacientes. Alguns grupos específicos podem ser motivados somente por indicadores do setor de saúde, como a qualidade de vida com relação à saúde. Outros grupos, ao contrário, podem ser motivados por indicadores provenientes de setores que não sejam da saúde, mas que possam ter influência sobre a saúde e sobre os serviços de saúde, como a condição de emprego. A importância das comparações também pode variar de um grupo para o outro, com alguns grupos mais interessados em um grupo estritamente definido de pares que compartilham uma série de características essenciais (como hospitais associados a grandes universidades), e outros mais interessados em todo o espectro de organizações que prestam tipos similares de serviços de saúde (como todos os hospitais).

A pesquisa qualitativa pode colocar em evidência os significados que as pessoas ou grupos dão a um problema específico, os indicadores usados para medir tal problema, e as comparações feitas para determinar a sua importância. A Tabela 3 dá dicas para encontrar este tipo de pesquisa. Conversas com os diferentes grupos e as pesquisas qualitativas disponíveis podem ajudar os formuladores de políticas a identificar quais estruturações (quadros) de um problema (ou propósito) podem mobilizar mais apoio entre grupos diferentes para resolver um problema. No entanto, um dos principais desafios é garantir que as estruturações alternativas sendo consideradas sejam consistentes com o problema, conforme determinado através do tipo de análise sistemática descrito acima.

CONCLUSÃO

O esclarecimento do problema pode muito facilmente ser totalmente ignorado, ou então feito muito rapidamente, ou de maneira muito superficial. Pode também não ser feito de maneira repetitiva quando são encontrados dados e evidências de pesquisa adicionais relacionados a indicadores e comparações, ou quando as políticas e programas enfrentam desafios ou deixam de produzir resultados. Qualquer falha deste tipo no esclarecimento de problemas pode significar que investimentos adicionais de recurso com base nas concepções existentes de um problema serão mal-orientados. Portanto, deve-se prestar bastante atenção nos indicadores, comparações e estruturações alternativas para garantir que as decisões sobre qual problema específico merece atenção sejam bem fundamentadas. O processo de esclarecimento de um problema influenciará nas decisões sobre quais opções específicas merecem ser analisadas com cuidado com base na forma que tais opções tratam de um problema.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2 edn. New York, USA (Estados Unidos da América): Longman; 2003, pp. 90-115

Rosenhead J, Mingers J (Eds): *Rational Analysis for a Problematic World Revisited:. Problem Structuring Methods for Complexity, Uncertainty and Conflict*. Chichester, UK (Reino Unido): John Wiley & Sons Ltd.; 2001; pp 61-2

Stone D: *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York: W. W. Norton and Company; 1997

Sweeney K. Griffiths F (Eds). *Complexity and Healthcare. An Introduction*. Oxford, UK (Reino Unido): Radcliffe Medical Press; 2002, pp. 100

Links para websites

Banco de dados PPD (Program in Policy Decision-making = Programa para Tomada de Decisões sobre Políticas)/CCNC (Canadian Cochrane Network and Centre = Centro e Rede Cochrane do Canadá): www.researchtopolicy.ca/search/reviews.aspx – Fonte de uma taxonomia de arranjos de gestão, de finanças e de fornecimento no âmbito dos sistemas de saúde onde os problemas podem estar localizados, bem como revisões sistemáticas de estudos de banco de dados administrativos, pesquisas na comunidade e pesquisas qualitativas que abordem arranjos do sistema de saúde

Consultas ao HSR (Health Services Research – Pesquisa de Serviços de Saúde) da PubMed: www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html – Fonte de "parâmetros" (ou seja, estratégias de busca validadas) para identificar estudos de bancos de dados administrativos e pesquisas na comunidade que podem ajudar na comparação de um problema, e a identificar estudos qualitativos que podem ajudar a estruturar um problema de maneiras que repercutam junto a diferentes partes interessadas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. MGW, ADO, SL e AF contribuíram com a elaboração do esboço e com a revisão.

AGRADECIMENTOS

Por favor, veja, na Introdução desta série, os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com esta série. Além disto, gostaríamos de agradecer a Yogan Pillay e os participantes da Polinomics pelos comentários úteis em uma versão anterior deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S5)**.

3. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S6)**.

4. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S3)**.

5. Rochefort DA, Cobb RW: **Problem definition, agenda access, and policy choice.** *Policy Studies Journal* 1993, **21:**56-71.

6. Stone D: *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York: W. W. Norton and Company; 1997.

7. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.

8. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

9. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

10. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

11. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Geneva, World Health Organization. 2009.

12. Wilczynski NL, Haynes RB, Lavis JN, Ramkissoonsingh R, Arnold-Oatley AE: **Optimal search strategies for detecting health services research studies in MEDLINE.** *CMAJ* 2004, **171:**1179-85.

FIGURA 1. COMO ESCLARECER AS NECESSIDADES DE EVIDÊNCIAS

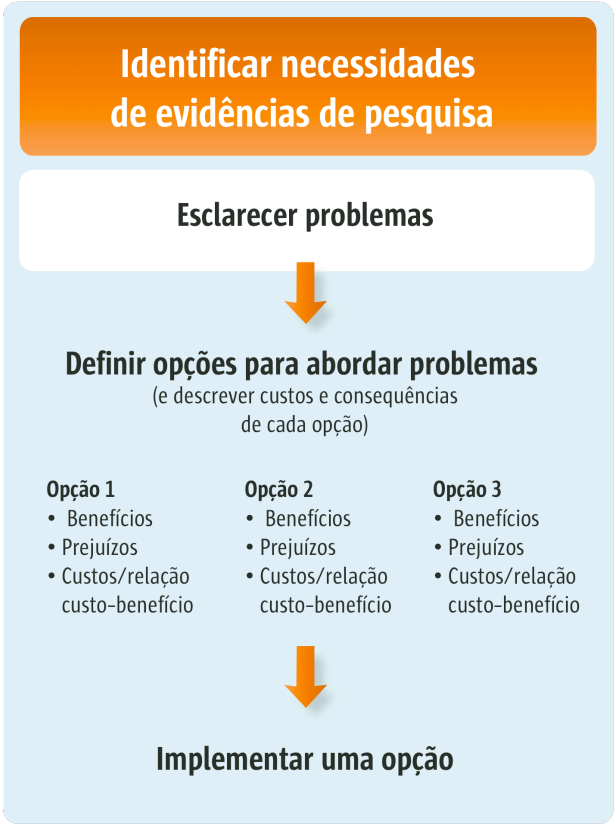


TABELA 1. ESCLARECENDO O PROBLEMA SUBJACENTE À FALTA DE USO GENERALIZADO DO TRATAMENTO RECOMENDADO PARA MALÁRIA

Membros da EVIPNet (Evidence-Informed Policy Networks = Rede de Políticas Fundamentadas em Evidências) em dez países africanos subsaarianos identificaram o problema da falta de uso generalizado da terapia combinada recomendada à base de artemisinina (ACT, na sigla em inglês) para o tratamento de malária em seus respectivos países. O seguinte quadro de quatro perguntas (e fontes relevantes de dados e evidências de pesquisa) [11] foi usado para esclarecer este problema:

- O problema está relacionado a um fator de risco, doença ou enfermidade?
  - A incidência de (e as taxas de mortalidade resultantes da) malária falciparum não-complicada, separada por idade (incluindo a separação por crianças), sexo (incluindo a separação por mulheres grávidas e lactantes), status de HIV, status de desnutrição, e status sócio-econômico
- O problema está relacionado a um programa, serviço ou medicamento sendo atualmente usado para tratar de um fator de risco, doença ou enfermidade?
  - As taxas de cura e a resistência aos medicamentos (ou uma sensibilidade reduzida aos medicamentos) da terapia combinada à base de artemisina e

outros medicamentos antimaláricos, assim como os efeitos colaterais e custos dos medicamentos
  - As opiniões e experiências dos pacientes com relação a medicamentos antimaláricos específicos
- O problema está relacionado aos arranjos atuais do sistema de saúde dentro dos quais os programas, serviços e medicamentos são fornecidos?
  - Arranjos de gestão
    - Regulamentos sobre quais ACTs e outros medicamentos antimaláricos (ou seja, medicamentos, regimens de dosagens e embalagens) podem ser registrados/licenciados para a venda, como eles são protegidos contra medicamentos falsificados ou abaixo do padrão, como é tratada a questão das patentes e lucros resultantes das ACTs e outros medicamentos antimaláricos, como eles podem ser comercializados, quem pode receitá-los e de que forma, e quem pode vendê-los ou distribuí-los e de que forma
    - Diretrizes nacionais de tratamento e/ou a política nacional de controle da malária para a terapia medicamentosa de primeira linha (e de segunda linha) recomendada para a malária falciparum não complicada, bem como seus regimes de dosagem/embalagens, direcionamento para populações específicas, e direcionamento para áreas com características específicas
    - Lista nacional de medicamentos essenciais, especialmente a lista de medicamentos antimaláricos
  - Arranjos financeiros
    - Taxas de aplicação e medicamentos para a terapia medicamentosa de primeira linha (e para a ACT, caso esta não seja a terapia de primeira linha) para malária falciparum não complicada, incluindo eventuais subsídios para populações específicas, arranjos de remuneração para trabalhadores da saúde responsáveis por receitar e aplicar a ACT
    - As opiniões e experiências de pacientes com relação a taxas e subsídios e com relação aos incentivos financeiros para promover a adesão
  - Arranjos de fornecimento
    - Índices de acesso à terapia medicamentosa de primeira linha (e para a ACT, caso não seja a terapia de primeira linha) para malária falciparum não-complicada (ou seja, quem tem acesso às pessoas que podem aplicar a terapia medicamentosa)
    - Índices de abrangência para a terapia medicamentosa de primeira linha (e para a ACT, caso não seja a terapia de primeira linha) para malária falciparum não-complicada (ou seja, quem recebe qual medicamento)
    - Padrões de tratamento para malária falciparum não complicada (ou seja, quem aplica/distribui o quê, quando, onde e como, inclusive se o tratamento faz parte da Atenção Integrada às Doenças da Infância ou de outros programas "horizontais")
    - Padrões de adesão ao tratamento de malária falciparum não complicada (ou seja, quem recebe o quê, quando, onde e como)

- Arranjos para a vigilância, farmacovigilância e o diagnóstico e tratamento de casos atípicos?
- As opiniões e experiências de pacientes sobre prestadores de serviços específicos (ou, arranjos de fornecimento, de maneira mais geral)

- O problema está relacionado ao nível atual de implantação de uma estratégia de ação acordada?
  - Por exemplo, os regulamentos podem ajudar a resolver um problema somente se eles forem cumpridos em todo o sistema de saúde. Os regulamentos podem existir sobre o registro/licenciamento, marketing, receitamento e distribuição/aplicação da ACT e outros medicamentos antimaláricos. No entanto, se não for exigido o cumprimento dos regulamentos, poderá haver muitos medicamentos falsificados ou abaixo do padrão em circulação, declarações falsas podem ser feitas em propagandas de medicamentos, e indivíduos destreinados podem receitar ou distribuir/aplicar a ACT

Todas as equipes EVIPNet concluíram que o problema poderia estar relacionado a um fator de risco, uma doença ou enfermidade, a programas, serviços ou medicamentos sendo atualmente usados; aos atuais arranjos de saúde e, em alguns casos, ao nível atual de implantação de uma estratégia de ação acordada. Isto teve um impacto importante na consideração de quais opções eram apropriadas para tratar deste problema multifacetado.

TABELA 2. ESCLARECENDO O PROBLEMA SUBJACENTE AOS ALTOS ÍNDICES DE ERRO DE MEDICAÇÃO

As perguntas 2 a 5, discutidas anteriormente neste artigo, podem ser usadas para esclarecer um problema quando este problema tiver sido atribuído a um ou mais dos seguintes itens: um fator de risco, doença ou enfermidade; os programas, serviços ou medicamentos sendo atualmente usados; os atuais arranjos de saúde; e o nível atual de implantação de uma estratégia de ação acordada. Considere o seguinte exemplo do problema de altos índices de erro de medicação:

- Como é que se tomou conhecimento do problema e este processo teve influência na perspectiva de ele ser resolvido?
  - O problema do erro médico pode ficar em evidência devido a um evento focalizador (por exemplo, uma criança morre porque um médico receita a dose errada do medicamento), uma mudança em um indicador (por exemplo, há um aumento dramático no número de relatos de erros em um determinado mês), ou devido ao feedback sobre a operação das políticas e programas atuais (por exemplo, um relatório de avaliação identifica mais tipos de erros de medicação do que se tinha sido rotineiramente medido)
  - Um relatório de avaliação pode identificar que um possível fator que contribui para um problema é a falta de limites claros no escopo da prática entre médicos,

enfermeiros e farmacêuticos, fazendo com que a responsabilidade pelas receitas, distribuição, administração e documentação de prontuários não fique clara
  - O mesmo relatório pode propor que o problema seja transformado em uma declaração de propósito, a qual pode ser usada para envolver um leque diversificado de interessados. Por exemplo, os formuladores de política podem preferir falar sobre como o seu país se tornará líder em segurança do paciente, ao invés de citar os problemas atuais da segurança do paciente
- Quais indicadores podem ser usados ou coletados para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?
  - Os formuladores de políticas podem identificar que nenhum indicador está atualmente sendo medido com precisão no país, mas eles estão interessados em começar a medir com precisão o número de relatórios de erros de medicação por trimestre e o número de "quase-acidentes" por trimestre. A coleta de tais dados permitiria que eles estabelecessem um nível alvo para o indicador
- Quais comparações podem ser feitas para determinar a magnitude do problema e para medir o andamento da sua resolução?
  - Os formuladores de políticas podem identificar que eles gostariam de fazer quatro tipos de comparações:
    - Comparações ao longo do tempo dentro de um país
    - Comparações com outros países cuja comparação seja apropriada
    - Comparações com uma meta a ser estabelecida como parte de uma estratégia nacional de segurança de pacientes
    - Comparações com o que uma associação nacional de consumidores disse que gostaria de ver
  - Em um cenário ideal, uma busca por estudos de bancos de dados administrativos ou pesquisas na comundiade permitiria que os formuladores de políticas identificassem pelo menos algumas evidências de pesquisa existentes e permitiria que eles fizessem comparações imediatamente
- Como um problema pode ser estruturado (ou descrito) de forma a motivar diferentes grupos?
  - Os formuladores de políticas podem descobrir que:
    - Os farmacêuticos respondem à linguagem usada para descrever um erro de medicação
    - Grupos de consumidores respondem a um objetivo declarado de alcançar, por exemplo, uma redução de 50% nos erros de medicação
    - Os órgãos reguladores se envolvem quando se discute a falta de limites claros no escopo da prática dos profissionais de saúde como sendo uma característica importante do problema
    - Funcionários de hospitais podem responder positivamente quando são informados sobre um plano para a coleta de um indicador que identifica divulgações incompletas de uma forma que não penaliza as unidades ou departamentos que apóiam a divulgação integral
    - Os administradores de hospitais podem se envolver de forma mais completa quando forem feitas comparações entre as suas instalações

- Em um cenário ideal, uma busca por estudos qualitativos permitiria que os formuladores de políticas compreendessem os diferentes significados que diferentes grupos atribuem ao problema

TABELA 3. COMO ENCONTRAR EVIDÊNCIAS DE PESQUISA SOBRE UM PROBLEMA

Embora grande parte da tarefa de esclarecimento do problema envolva a descoberta e a utilização de evidências locais (assunto do Artigo 11 desta série), estudos de bancos de dados administrativos publicados e de pesquisas na comunidade podem dar idéias sobre as comparações [9]. Estudos qualitativos também podem dar idéias sobre as estruturações alternativas para um problema.

O primeiro conjunto de passos envolvidos na localização de tais estudos inclui:

- A elaboração de uma lista de palavras ou frases que descrevem o problema (por exemplo, erro de medicação, escopo da prática), sinônimos para cada problema e fator (por exemplo, quase-acidentes com medicamentos, regulamentação profissional), e grafias alternativas para cada sinônimo (por exemplo, medicação, medicações)
- Decidir se a busca deve se concentrar em revisões sistemáticas (assunto do Artigo 7) ou em estudos individuais de pesquisa [8], e
- O fornecimento de detalhes adicionais que limitem a busca (por exemplo, crianças, adultos)

O segundo conjunto de passos inclui:

- Escolher aquelas palavras e frases que precisam estar presentes para que o artigo possa ser identificado (por exemplo, erro de medicação, revisão sistemática e criança), ligando-as com "e", e colocando-as entre parênteses, e
- Escolher aquelas palavras e frases que apenas uma delas precisaria estar presente (por exemplo, erro médico e seus sinônimos), ligando-as com "ou", e colocando-as entre parênteses, e
- Ligar ambos os conjuntos de parênteses usando "e"

O terceiro conjunto de passos inclui:

- Usar a internet para acessar o banco de dados relacionado à saúde, PubMed. Este banco de dados contém um "parâmetro" (ou seja, um filtro ou estratégia de busca validada) para os tipos de estudo de interesse aqui [12]
- Clicar em "special queries" ("consultas especiais") na barra de tarefas do lado esquerdo
- Clicar em "health services research" (consultas de pesquisas de serviços de saúde)
- Digitar as palavras e frases, assim como os operadores booleanos ("e"/"ou") no campo de pesquisa, e

- Clicar em “process assessment” (processar avaliação) ou “outcomes assessment” (“avaliação de resultados”) para estudos de bancos de dados administrativos e “qualitatitive research” (“pesquisa qualitativa”) para estudos qualitativos

Esta abordagem aumenta as chances de que as citações apresentadas serão do tipo de estudo adequado, embora muitos outros tipos de estudos também possam ser acessados.

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?

John N Lavis[1], Michael G Wilson[2], Andrew D Oxman[3], Jeremy Grimshaw[4], Simon Lewin[5] and Atle Fretheim[6]*

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, **7**(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S5.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s5.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5
2 Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
4 Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON, Canada K1Y 4E9
5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
6 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem se deparar com uma ou mais das três situações a seguir, as quais exigirão que eles caracterizem os custos e as consequências das opções para resolver um problema. Estas situações são as seguintes: 1. Uma decisão foi tomada e o papel deles é o de maximizar os benefícios de uma opção, minimizar os seus danos, otimizar a relação entre os impactos obtidos e o dinheiro gasto e, caso haja uma incerteza considerável sobre os custos e as consequências da opção, elaborar um plano de acompanhamento e avaliação, 2. Uma formulação de políticas já está em andamento e o papel deles é o de avaliar as opções que lhes são apresentadas, ou 3. Um processo de formulação de políticas ainda não começou e seu papel é, portanto, identificar opções, caracterizar os custos e as consequências destas opções, e buscar janelas de oportunidade para agir. Em situações como essas, as evidências de pesquisa, especialmente aquelas relacionadas aos benefícios e custos, podem ajudar a determinar se uma opção pode ser considerada viável. Neste artigo, sugerimos seis perguntas que podem ser utilizadas para orientar as pessoas envolvidas na identificação de opções de políticas e programas para resolver um problema de alta prioridade e para caracterizar os custos e as consequências de tais opções. Estas perguntas são as seguintes: 1. Foi identificado um conjunto apropriado de opções para resolver um problema? 2. Quais benefícios são importantes para aqueles que serão afetados e quais benefícios podem ser obtidos com cada opção? 3. Quais prejuízos são importantes para aqueles que serão afetados e quais prejuízos podem surgir com cada opção? 4. Quais são os custos locais de cada opção e existem evidências locais sobre a sua relação custo-benefício? 5. Quais adaptações podem ser feitas nas opções dadas e tais adaptações podem alterar os benefícios, prejuízos e custos de tais opções? 6. Quais opiniões e experiências das partes envolvidas podem influenciar na aceitação de uma opção, bem como nos seus benefícios, prejuízos e custos?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar estas e outras ferramentas desta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e irá apresentar um relatório resumido ao Ministro da Saúde sobre as evidências para apoiar diversas opções com o objetivo de resolver um problema prioritário de saúde. Você quer saber se o esboço atual do relatório inclui um conjunto razoável de opções. Você também deseja saber se o relatório aborda as prováveis perguntas relacionadas a cada opção, que possam ser respondidas de maneira plausível por meio do uso de evidências de pesquisa.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando um relatório resumido sobre as opções para resolver um problema de alta prioridade que você tem examinado detalhadamente. Tudo que você sabe é que o relatório deverá apresentar três opções e se concentrar apenas no que as evidências de pesquisa dizem sobre cada opção.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde no uso de evidências na elaboração de políticas. Você está preparando um relatório detalhado de pesquisa para o Ministério da Saúde sobre o que se sabe e o que não se sabe sobre as opções para resolver um problema de alta prioridade. Você foi informado sobre as opções a serem examinadas, mas gostaria de ter orientações sobre o tipo de evidências de pesquisa relacionado a cada opção que pode ser usada para fundamentar uma escolha entre as opções.

HISTÓRICO

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere diversas perguntas que eles podem pedir que sua equipe leve em consideração ao preparar um relatório

resumido sobre as opções para resolver um problema. Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas para orientar a identificação de opções e caracterização dos custos e consequências de cada opção. Este é o segundo artigo de um total de três sobre o esclarecimento das necessidades de evidências (ver também os Artigos 4 e 6 [2,3]). A Figura 1 descreve os processos envolvidos no esclarecimento de tais necessidades de evidências.

Os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem se deparar com uma ou mais das três situações a seguir, as quais exigirão que eles caracterizem os custos e as consequências das opções para resolver um problema. Primeiramente, um problema já pode ter sido enquadrado de uma forma específica, uma opção já pode ter sido selecionada para resolver o problema e um grupo político de votantes já pode ter sido mobilizado para apoiar tais decisões. (Outra versão desta situação é que uma opção pode ser selecionada primeiro e, em seguida, um problema pode ser identificado, como motivação para a opção.) Nestas circunstâncias, a melhor opção para aqueles que apóiam os formuladores de políticas é ajudar tais formuladores de políticas a identificar como maximizar os benefícios da opção, como minimizar seus danos e como otimizar os impactos obtidos com o dinheiro gasto. Além disso, se houver uma incerteza considerável sobre os prováveis custos e consequências de uma opção, pode ser elaborado um plano de monitoramento e avaliação para assegurar que os formuladores de políticas terão as informações corretas em mãos em um determinado ponto no futuro. Isto irá ajudá-los a decidir se uma política deve ser modificada, revogada ou se deve ser mantida inalterada (ou se um programa deve ser mantido, alterado ou interrompido). O artigo 18 desta série descreve como desenvolver um plano de acompanhamento e avaliação [4].

Em segundo lugar, os formuladores de políticas podem se deparar com um cenário em que eles estejam ativamente envolvidos com um processo de formulação de políticas. Isto pode significar que os formuladores de políticas terão de participar de eventos nas quais as opções estejam sendo ativamente debatidas, terão de se reunir com "empreendedores de políticas" que desejam convencê-los a aprovar uma determinada opção e precisarão responder aos comentários sobre o funcionamento de uma política ou programa em curso [5]. Neste segundo cenário, eles precisarão avaliar as opções que lhes forem apresentadas, a atenção sendo dada ao problema que a opção se destina a resolver, bem como quaisquer eventos políticos que possam apresentar uma janela de oportunidade, durante a qual ações específicas possam ser empreendidas.

Em terceiro lugar, os formuladores de políticas podem se deparar com uma situação em que eles terão mais oportunidades estratégicas e abertas, onde sejam capazes de definir um problema, identificar as opções, caracterizar os custos das opções e suas consequências e procurar por janelas de oportunidade para realizar as ações preferidas. Estas oportunidades são raras e os cálculos sobre quando agir precisarão ser estratégicos.

Pode-se considerar que uma política ou programa é uma solução adequada se tal política ou programa for tecnicamente viável, se estiver de acordo com valores predominantes e com o estado de espírito regional ou nacional e se for aceitável em termos de viabilidade orçamentária e probabilidade de existência de apoio político ou oposição [5]. As evidências de pesquisa podem fazer parte desta combinação de diversas maneiras e ajudar a determinar os seguintes detalhes sobre uma opção escolhida:

- Se ela é tecnicamente viável – por exemplo, pode ter sido demonstrado que uma opção oferece uma quantidade substancial de benefícios e uma quantidade baixa e aceitável de prejuízos. Por outro lado, pode ter sido demonstrado que os elementos-chave da política ou programa são consistentes com aqueles elementos que são críticos para o sucesso da opção em outros cenários
- Se ela se encaixa com os valores dominantes e com o estado de espírito atual no país e se é aceitável em termos de provável apoio político ou oposição – entrevistas com os interessados, por exemplo, podem revelar se existe uma percepção de que ela é aceitável, e
- Se é aceitável em relação ao seu impacto no orçamento – em outras palavras, se a sua relação custo-benefício foi demonstrada

Entrevistas com os formuladores de políticas têm confirmado que eles dão bastante valor às evidências de pesquisa relacionadas aos benefícios, prejuízos e custos das opções [6].

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem orientar na identificação de opções e caracterizar seus custos e consequências:

1. Foi identificado um conjunto apropriado de opções para resolver um problema?
2. Quais benefícios são importantes para aqueles que serão afetados e quais benefícios podem ser obtidos com cada opção?
3. Quais prejuízos são importantes para aqueles que serão afetados e quais prejuízos podem surgir com cada opção?
4. Quais são os custos locais de cada opção e existem evidências locais sobre a sua relação custo-benefício?
5. Quais adaptações podem ser feitas nas opções dadas e tais adaptações podem alterar os benefícios, prejuízos e custos de tais opções?
6. Quais opiniões e experiências das partes envolvidas podem influenciar na aceitação de uma opção, bem como nos seus benefícios, prejuízos e custos?

1. **Foi identificado um conjunto apropriado de opções para resolver um problema?**

De forma geral, o trabalho inicial deve se concentrar nas opções que podem afetar o problema identificado. O pensamento criativo sobre este tema pode ser incentivado por meio da identificação de opções que afetam um dos (ou ambos os) itens abaixo:

- A disponibilização de um programa, serviço ou medicamento com boa relação custo-benefício, e
- Arranjos do sistema de saúde que determinem se programas, serviços ou medicamentos com boa relação custo-benefício são disponibilizados para aqueles que precisam deles

Os formuladores de políticas e outras partes interessadas com antecedentes clínicos frequentemente se concentram em questões relacionadas a programas, serviços ou medicamentos. Mas ao mesmo tempo, eles também geralmente menosprezam as preocupações relacionadas com os arranjos do sistema de saúde, os quais são necessários para garantir uma alta taxa de cobertura para os mesmos programas, serviços ou medicamentos que são importantes tanto para eles quanto para os consumidores. Estes arranjos do sistema de saúde podem incluir:

- Arranjos de execução: por exemplo, para quem o programa, serviço ou medicamento é direcionado; quem o fornece; onde o serviço de saúde é prestado e quais tecnologias de comunicação e de informação são usadas para a prestação do serviço; assim como os sistemas de segurança e qualidade usados
- Arranjos financeiros: por exemplo, quem financia as partes relevantes do sistema, programa, serviço ou medicamento; como as organizações são financiadas para executar o programa ou serviço, ou fornecer o medicamento; como os profissionais são remunerados para tais ações; como os incentivos são apresentados aos pacientes; e como os recursos são alocados para o sistema, e
- Arranjos de gestão: por exemplo, quem tem a autoridade e responsabilidade profissional, comercial e organizacional, bem como a autoridade e responsabilidade sobre a política, para aquelas partes do sistema de saúde que poderiam ter influência sobre a resolução do problema

Um próximo passo fundamental é saber se esses elementos podem ser considerados de forma independente como opções ou se podem ser agrupados para formar novas opções que sejam apropriadas a contextos locais específicos.

Os formuladores de políticas podem ser capazes de identificar quadros (ou estruturas) atualmente existentes que permitem a identificação de opções de programa ou de políticas. Estes quadros podem ser, por si só, o foco dos relatórios. Por exemplo, o Chronic Care Model (Modelo de Atendimento de Saúde a Pacientes Crônicos) apresenta um quadro para que se analise como se pode contribuir para o atendimento de saúde a pacientes crônicos por meio do apoio à autogestão, apoio às decisões, ao projeto do sistema de fornecimento, aos sistemas de informações clínicas, ao sistema

de saúde e à comunidade em geral [7]. Por outro lado, os quadros podem ser incorporados às revisões sistemáticas ou a visões gerais das revisões sistemáticas, caso sejam usadas para estruturar as buscas por evidências de pesquisa ou a apresentação de evidências de pesquisa. Por exemplo, uma visão geral das revisões sistemáticas fornece um quadro para enfrentar os desafios relacionados aos recursos humanos para a saúde [8]. Uma dimensão deste quadro abordou os mecanismos financeiros, legais e de treinamento (ou seja, as opções de política e de programa) que poderiam ser usados. A segunda dimensão abordou o fornecimento, a distribuição, o uso eficiente e o desempenho de prestadores de serviços de saúde (ou seja, as possíveis consequências da opção). No entanto, podem existir diversos quadros que concorram entre si, e muitas vezes não existem evidências empíricas para apoiar o uso de um ou outro quadro. Além disso, assim como as opções que eles se destinam a ajudar a identificar, os quadros podem não ser mutuamente exclusivos.

A Tabela 1 fornece um exemplo de como as equipes que apóiam o uso generalizado da terapia combinada à base de artemisinina na África identificaram as opções relevantes e, em seguida, abordaram a caracterização dos seus custos e consequências, usando as Perguntas 2 a 6, listadas abaixo como sugestões.

2. Quais benefícios são importantes para aqueles que serão afetados e quais benefícios podem ser obtidos com cada opção?

O segundo estágio nas opções de estruturação (formação do quadro) envolve a caracterização dos seus custos e consequências. O primeiro passo nesta segunda fase é determinar os prováveis benefícios (ou efeitos positivos) de cada opção. Os formuladores de políticas precisam decidir quais benefícios serão provavelmente importantes para aqueles que serão afetados pelas decisões tomadas. Alguns dos estudos consultados, por exemplo, podem se concentrar em questões relacionadas com a sobrevivência, ao passo que outros podem abordar questões de qualidade de vida em relação à saúde. Outros ainda podem se concentrar em resultados "intermediários", tais como as taxas de cobertura para um tratamento eficaz. Os formuladores de política também precisam decidir se eles estão mais interessados em grupos específicos de pessoas (por exemplo, crianças, adultos ou idosos) e em comparações específicas (por exemplo, comparar a opção de não fazer nada com a opção de prestar os serviços de saúde padrão).

A sigla "POCR" se refere aos quatro elementos fundamentais que devem ser considerados para permitir a identificação de evidências de pesquisa relacionadas aos benefícios de opções específicas e para garantir que estas evidências sejam utilizadas de forma eficaz:

- **P**essoas (por exemplo, pacientes idosos com diversas doenças crônicas)
- **O**pção (por exemplo, gerenciamento de casos)
- **C**omparação (por exemplo, atendimento de saúde de rotina), e
- **R**esultado (por exemplo, a qualidade de vida com relação à saúde)

Nas buscas por evidências, deve haver a maior precisão possível na identificação daquelas características da opção que são as mais importantes para os formuladores de políticas e para outras partes interessadas. Os formuladores de políticas também devem avaliar até que ponto as evidências encontradas por eles abordam as perguntas que eles estão fazendo.

Os estudos mais adequados para responder as perguntas sobre os benefícios são ensaios controlados aleatórios, séries de tempo interrompidas e estudos com controle anterior/posterior. Todos eles se caracterizam pelo cuidado tomado para minimizar a possibilidade de que o efeito medido de uma política seja atribuível a outro fator que não tenha sido medido (ver Tabela 2 para uma visão geral das informações necessárias da opção e os tipos de estudos associados). Muitas vezes, os formuladores de políticas conseguirão encontrar revisões sistemáticas destes tipos de estudos e isso permitirá que eles economizem uma quantidade significativa de tempo. No Artigo 7 desta série, descrevemos como encontrar revisões sistemáticas [9]. Quando tais revisões sistemáticas forem encontradas, os formuladores de políticas precisarão então avaliar sua qualidade e examinar os resultados com relação à sua aplicabilidade local, assim como a sua incorporação de considerações relativas à equidade (ver a Tabela 3).

3. Quais prejuízos são importantes para aqueles que serão afetados e quais são os prováveis prejuízos de cada opção?

Neste próximo passo, são determinados os prováveis prejuízos (ou efeitos negativos) de cada opção. Novamente, os formuladores de políticas terão de decidir quais prejuízos provavelmente serão importantes para aqueles que serão afetados pelas decisões tomadas por tais formuladores de políticas. Alguns estudos podem abordar resultados muito raros, como a morte. Outros podem ser voltados para resultados frequentes, como os pequenos efeitos colaterais de um medicamento ou se concentrar em resultados "intermediários", como o abandono de tarefas de rotina por trabalhadores de saúde leigos que tenham sido designados para assumir uma nova tarefa. A sigla "POCR" mencionada anteriormente também pode ser usada para estruturar buscas por evidências de prejuízos.

Os tipos de estudos que são mais adequados para responder a perguntas sobre prejuízos variam bastante. As informações sobre os prejuízos às vezes podem derivar de estudos de eficácia. Mas normalmente, as informações podem ser encontradas em estudos onde ocorre a observação de pessoas "expostas" a uma opção, quer tal exposição seja parte de um teste específico da opção ou não (por exemplo, um sistema de monitoramento em grande escala de um medicamento). Os prós e contras destas diferentes fontes de dados foram descritos em outra parte [10]. Às vezes, os formuladores de políticas conseguirão encontrar revisões sistemáticas destes tipos de estudos e precisarão avaliar sua qualidade e aplicabilidade, incorporando também considerações de equidade. (Ver o Artigo 7 para mais informações sobre como

encontrar revisões sistemáticas [9].) Os formuladores de políticas também podem encontrar evidências locais sobre os prejuízos e esta questão é discutida no Artigo 11 desta série [11]. Quando os possíveis prejuízos tiverem sido identificados, o próximo passo é, então, identificar quais ações mitigadoras, se houver alguma, podem ser tomadas para reduzir estes prejuízos ou danos.

4. Quais são os custos locais de cada opção e existem evidências locais sobre a sua relação custo-benefício?

O próximo passo na caracterização dos custos e consequências das opções é determinar os custos de cada opção e, se possível, a sua relação custo-benefício. Duas opções podem ser eficazes, mas uma pode produzir melhores resultados por um determinado custo, ou pode produzir os mesmos resultados por um custo menor. O artigo 12 desta série descreve como as evidências de pesquisa relativas ao uso de recursos e custos podem ser incorporadas na avaliação das opções [12]. No Artigo 12, descrevemos como os dados sobre custos precisam ser coletados no contexto em que as opções estiverem sendo consideradas. O Artigo 12 também inclui uma discussão sobre como as evidências de pesquisa sobre a relação custo-benefício são muitas vezes limitadas pela falta de rigor na estimativa dos efeitos, bem como por desafios na interpretação da valorização dos recursos que estão sendo usados e pela natureza de "caixa preta" da modelagem.

As avaliações econômicas podem muitas vezes oferecer um quadro útil para a reflexão sobre as questões associadas à relação custo-benefício, mesmo que os formuladores de políticas tiverem que usar de cautela para tratar os resultados de qualquer avaliação econômica, assim como fariam para outros tipos de estudos. É importante lembrar que as avaliações econômicas são sempre escritas a partir de uma perspectiva específica, quer seja a perspectiva de um prestador de serviços, um pagador, quer da sociedade em geral. Os formuladores de políticas e demais partes interessadas precisam estar cientes do ponto de vista específico que eles mesmos adotam para qualquer análise econômica.

5. Quais adaptações podem ser feitas nas opções dadas e tais adaptações podem alterar os benefícios, prejuízos e custos de tais opções?

O penúltimo passo para caracterizar os custos e as consequências de uma opção consiste em determinar se haverá interesse significativo, ou pressão, para *adaptar* uma opção que tenha sido experimentada em outros lugares. Neste caso, os formuladores de políticas precisam procurar especificamente por estudos qualitativos (às vezes chamados de *avaliações de processos*) realizados em conjunto com estudos dos efeitos. Estes estudos podem ajudar a identificar como e por que uma opção funciona. Estas avaliações podem ser usadas para fundamentar julgamentos quanto à importância de certos elementos específicos de uma opção (e porque eles precisam ser mantidos) e quanto à insignificância de outros elementos de uma opção (os quais, portanto, podem ser eliminados ou modificados). O Artigo 4 desta série dá dicas sobre como encontrar estudos qualitativos [2].

6. **Quais opiniões e experiências das partes envolvidas podem influenciar na aceitação de uma opção, bem como nos seus benefícios, prejuízos e custos?**

O passo final para caracterizar os custos e as consequências das opções é determinar se os pontos de vista e experiências das partes interessadas podem influenciar na aceitabilidade e impacto das opções. As partes interessadas podem incluir cidadãos e usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços de saúde, gerentes trabalhando em organizações de saúde e formuladores de políticas. Se houver a probabilidade de influência, então os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisarão buscar estudos qualitativos que analisem especificamente os pontos de vista e experiências de tais partes interessadas. (Mais uma vez, o artigo 4 desta série apresenta dicas sobre como achar estudos qualitativos) [2].

A Tabela 4 dá orientações sobre como identificar diferentes tipos de evidências de pesquisa.

CONCLUSÃO

Um conjunto apropriado de opções para um contexto local específico pode ser identificado através da combinação de pensamento criativo com taxonomias genéricas (como a usada para organizar o banco de dados PPD (Program in Policy Decision-Making = Programa de Tomada de Decisões sobre Políticas)/CCNC [Canadian Cochrane Network and Centre = Centro e Rede Canadense Cochrane]) ou quadros específicos para um determinado assunto ou domínio, ou então por meio do agrupamento dessas combinações. Cada opção pode ser avaliada quanto aos seus prováveis benefícios, prejuízos e custos locais, ou relação custo-benefício, e para se saber se as adaptações podem alterar esses benefícios, prejuízos e custos, ou alterar os pontos de vista e experiências associados das partes interessadas. Os formuladores de políticas devem levar em conta a sua qualidade, bem como a aplicabilidade local dos seus resultados ao usar as revisões sistemáticas para responder perguntas sobre benefícios, prejuízos e custos. Eles devem também considerar as questões fundamentais relacionadas à equidade. São nestas questões que estão concentrados os seguintes artigos desta série: Artigo 8 (sobre a avaliação da qualidade de uma revisão sistemática), Artigo 9 (sobre a avaliação da aplicabilidade local dos resultados de uma revisão sistemática) e Artigo 10 (sobre levar a equidade em consideração ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática). Os formuladores de políticas também devem estar cientes do fato que terão de enfrentar um desafio prático para avaliar o valor relativo dos benefícios, prejuízos e custos e para fazer compensações entre eles. Este tópico é o ponto central do Artigo 16, o qual discute o uso de evidências de pesquisa na ponderação dos prós e contras de diferentes opções.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2 edn. New York, USA: Longman; 2003, pp. 116-144

Links para websites

Banco de dados PPD (Program in Policy Decision-making = Programa para Tomada de Decisões sobre Políticas)/CCNC (Canadian Cochrane Network and Centre = Centro e Rede Canadense Cochrane): www.researchtopolicy.ca/search/reviews.aspx – fonte de revisões sistemáticas de estudos sobre os arranjos do sistema de saúde (benefícios, prejuízos, características fundamentais e as opiniões e experiências das partes interessadas)

CDSR (*Cochrane Library's Cochrane Database of Systematic Reviews* = Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas da Biblioteca Cochrane) e DARE (*Database of Abstracts of Reviews of Effects* = Base de Dados de Revisões de Efeitos): http://thecochranelibrary.com – fonte de revisões sistemáticas de programas, serviços e medicamentos (benefícios e possíveis prejuízos)
Health-evidence.ca: http://health-evidence.ca – fonte de revisões sistemáticas de serviços e programas de saúde pública (benefícios e possíveis prejuízos)

EED (*Cochrane Library's Economic Evaluation Database* = Base de Dados de Avaliação Econômica da Biblioteca Cochrane): http://thecochranelibrary.com – fonte de avaliações econômicas

PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed – fonte de "hedges" ("proteções") (ou seja, estratégicas de busca validadas) para a localização de tipos selecionados de estudos individuais (prejuízos, características fundamentais, e as opiniões e experiências das partes interessadas)

Biblioteca Virtual de Saúde BIREME: www.virtualhealthlibrary.org/php/index.php?lang=en – fonte para muitos produtos de pesquisa e bancos de dados, disponíveis nas línguas faladas no continente americano (espanhol e português principalmente, bem como inglês e francês)

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. MGW, ADO, JG, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a um revisor anônimo pelos comentários úteis em uma versão prévia deste Artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

3. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S6)**.

4. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.

5. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.

6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M: **Organizing care for patients with chronic illness.** *Milbank Q* 1996, **74:**511-44.

8. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S: **Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **371:**668-74.

9. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

10. Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**19.

11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

12. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.

13. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Geneva, World Health Organization. 2009.

14. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD004015.

15. Goodman C, Brieger W, Unwin A, Mills A, Meek S, Greer G: **Medicine sellers and malaria treatment in sub-Saharan Africa: what do they do and how can their practice be improved?** *Am J Trop Med Hyg* 2007, **77:**203-18.

16. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

17. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.

18. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

19. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

Figura 1. Esclarecendo as necessidades de evidências

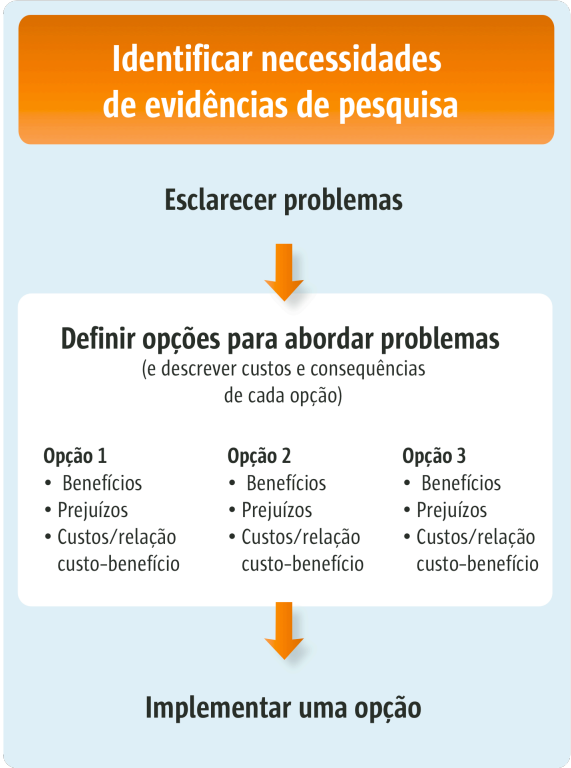


Tabela 1. Apoio ao uso generalizado de terapia combinada à base de artemisinina para tratamento da malária

A EVIPNet (Evidence-Informed Policy Networks = Rede de Políticas Fundamentadas em Evidências) em dez países africanos abaixo do Saara descreveu os custos e as consequências de três opções consideradas viáveis nestes países para apoiar o uso generalizado de uma terapia combinada à base de artemisinina para tratar a malária.

O impulso para estas atividades foram as diretrizes de 2006 da OMS sobre o tratamento da malária, as quais recomendavam a terapia combinada à base de artemisinina (ACT) para tratar a malária falciparum não complicada [13]. A fim de apoiar o uso generalizado da ACT, os governos nacionais em regiões com malária endêmica ou sazonal tiveram de determinar se iriam confirmar ou alterar os seguintes itens:

- *Arranjos de execução*: incluindo quem deve distribuir a ACT (quando, onde e como) e quem deve estar envolvido no monitoramento e monitoramento de fármacos, assim como no diagnóstico e tratamento de casos atípicos
- *Arranjos financeiros para pacientes* (por exemplo, medicamentos subsidiados) e para os emissores de receitas (entre outros), e
- *Arranjos de gestão*: incluindo quais ACTs e outros medicamentos contra a malária devem ser registrados e licenciados para venda (ou seja, quais medicamentos, os regimes de dosagem e as embalagens necessárias), como eles poderiam ser

comercializados, quem poderia receitá-los (e como), quem poderia vendê-los ou distribuí-los (e como) e quais salvaguardas devem ser aplicadas para prevenir a produção e comercialização de medicamentos falsificados ou de padrão inferior

As equipes EVIPNet de cada país participante consideraram opções que consistiam em diferentes "grupos" de arranjos de sistemas de saúde. Um país, por exemplo, considerou:

- O uso de agentes comunitários de saúde para o tratamento hipotético da malária não complicada com ACT (um arranjo de execução)
- A introdução de subsídios de ACT dentro do setor privado para apoiar a sua utilização (um arranjo financeiro) e a regulamentação da adesão à política de subsídios (um arranjo de gestão), e
- Criação de incentivos para os responsáveis por receitar medicamentos (especificamente os enfermeiros e médicos) por um período de tempo limitado para incentivar a transição para o novo tratamento (um arranjo financeiro)

Compostas por indivíduos como aqueles envolvidos nos cenários dois e três descritos anteriormente, as equipes então realizaram a tarefa de descrever os custos e as consequências para cada opção, usando as Perguntas 2-6 como sugestões.

Tipo de informação sobre cada opção	**Exemplos da natureza das evidências de pesquisa que se buscava sobre cada opção**
Benefícios	• Pessoas: todas, exceto os grupos que não incluíam crianças menores de cinco anos de idade (que estavam sendo tratados em um programa separado) e mulheres grávidas (cujos casos de malária foram considerados "complicados" e, portanto, fora do escopo deste elemento da diretriz da OMS) • Opção: ver acima • Comparação: status quo • Resultados: indicadores de processo (por exemplo, porcentual de cobertura alcançado) e indicadores de resultado (por exemplo, sobrevivência)

Tipo de informação sobre cada opção	Exemplos da natureza das evidências de pesquisa que se buscava sobre cada opção
Possíveis danos	• Conforme acima, exceto pelos resultados em que os indicadores de processo de interesse incluíam a adesão de agentes comunitários de saúde a diretrizes não relacionadas à malária. Isto ocorreu devido ao receio de que outras condições importantes deixariam de ser tratadas para que a ACT fosse fornecida
Custos e relação custo-benefício	• Custos coletados em seu próprio contexto • A avaliação econômica foi feita a partir de um ponto de vista social, visto que os formuladores de políticas estavam atuando como organizadores do sistema de saúde como um todo e não apenas como pagadores de medicamentos, serviços e programas financiados pelo governo
Elementos fundamentais da opção (como e por que funciona)	• Os formuladores de políticas já haviam investido fortemente em agentes comunitários de saúde e queriam saber se os atributos compartilhados pelos agentes comunitários de saúde e agentes de saúde leigos eram suficientes para permitir que eles esperassem benefícios similares aos obtidos apenas com os agentes de saúde leigos [14]
Opiniões e experiências das partes interessadas	• Os formuladores de políticas sabiam que uma grande parte dos tratamentos de malária foi ministrada por "vendedores de medicamentos" [15] em vez de profissionais da saúde ou agentes de saúde leigos. Portanto, eles queriam saber mais sobre as opiniões e experiências destes vendedores

Tabela 2. Tipos de elaborações de estudos adequadas para a disponibilização de determinados tipos de informações sobre opções

Tipo de informação sobre a opção	Elaborações de estudos adequadas para a disponibilização da informação	Definição
Benefícios (ou seja, efeitos positivos)	Ensaios randomizados controlados	• Estudo experimental no qual os indivíduos são aleatoriamente alocados para serem expostos a

Tipo de informação sobre a opção	Elaborações de estudos adequadas para a disponibilização da informação	Definição
		diferentes opções de programa e de política (por exemplo, por meio de cara ou coroa com uma moeda ou usando uma lista de números aleatórios gerados por computador)
	Séries temporais interrompidas	• Estudo com observações em diversos momentos em um período de tempo e após a introdução de uma política ou programa (sendo esta denominada uma "interrupção"). A estudo tenta detectar se uma política ou programa teve um efeito significativamente maior do que qualquer tendência implícita ao longo do tempo
	Estudos controlados antes/depois *	• Estudo em que as observações são feitas antes e depois da implantação de uma política ou programa, tanto em um grupo que é exposto à política ou programa quanto em um grupo controle que não é exposto. A coleta de dados é feita simultaneamente nos dois grupos
Possíveis prejuízos (ou seja, efeitos negativos)	Estudos de eficácia (veja acima)	
	Estudos observacionais	• Estudo em que pessoas expostas a uma política ou programa são observadas. Os dados podem ser obtidos a partir de bases de dados administrativas, pesquisas comunitárias ou outras fontes
Custos e relação custo-benefício	Estudos de relação custo-benefício	• Estudo no qual as despesas relativas (custos) e os resultados (efeitos) de duas ou mais abordagens são comparados
Elementos fundamentais da opção (como e por que	Estudos qualitativos realizados em conjunto com um estudo dos efeitos (ou seja,	• Estudo realizado em contextos naturais e cujo objetivo normalmente é interpretar ou dar sentido a fenômenos, com relação

Tipo de informação sobre a opção	Elaborações de estudos adequadas para a disponibilização da informação	Definição
funciona)	avaliações do processo)	aos significados que as pessoas dão a tais fenômenos. Normalmente, os dados são coletados de indivíduos ou grupos de "informantes" (por meio de entrevistas, grupos focais, observação de participantes) ou de documentos. Estes dados são então interpretados por pesquisadores
Opiniões e experiências das partes interessadas	Estudos qualitativos	• Ver acima
	Estudos observacionais	• Ver acima

* Pode demorar muito tempo para encontrar esses estudos e eles fornecem poucas informações de valor. Isto ocorre devido à forte probabilidade de que haja uma diferença importante entre aqueles que foram expostos a uma opção e aqueles que não foram expostos à opção. Portanto, os impactos podem ser imputáveis às diferenças entre os grupos e não às diferenças na exposição a uma determinada opção

Tabela 3. Questões a considerar na avaliação das evidências de pesquisa sobre os benefícios, prejuízos e custos das opções

Questão	Por que é importante considerar esta questão	Fonte de informações adicionais
Qualidade	• Evidências de pesquisa de baixa qualidade (ou seja, que não são válidas, confiáveis ou rigorosas) podem dar uma falsa impressão dos prováveis custos e consequências de uma opção	• O Artigo 8 desta série descreve como avaliar a qualidade de revisões sistemáticas [16] • O Artigo 16 descreve como utilizar um balanço incorporando as avaliações da qualidade das evidências [17]
Aplicabilidade	• As evidências de pesquisa produzidas em outras jurisdições podem ser valiosas, mas os formuladores de políticas precisam considerar qual é a probabilidade de que os custos e as consequências de uma opção sejam diferentes no seu contexto	• O Artigo 9 desta série descreve como avaliar a aplicabilidade dos resultados das revisões sistemáticas para um contexto específico [18]
Equidade	• As evidências de pesquisa que se concentram nos efeitos globais ou efeitos entre os grupos privilegiados podem ser valiosas. Entretanto, os formuladores de políticas precisam considerar qual é a probabilidade de os custos e consequências de uma opção serem diferentes em grupos não privilegiados	• O Artigo 10 descreve como considerar a equidade ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática [19]

Tabela 4. Como encontrar evidências de pesquisa sobre opções

Para caracterizar os custos e as consequências das opções, é preciso encontrar e utilizar diversos tipos de evidências de pesquisa. Quando disponíveis, as revisões sistemáticas (assunto do artigo 7) podem ajudar a caracterizar os benefícios, prejuízos e principais características das opções, assim como as opiniões e experiências das partes envolvidas [9]. Na ausência de revisões sistemáticas, devem ser encontrados estudos individuais. As avaliações econômicas podem ajudar a caracterizar a relação custo-benefício das opções.

O primeiro conjunto de passos envolvidos na localização de tais revisões e estudos inclui:

- Elaboração de uma lista de palavras ou frases que captem a opção (por exemplo, substituir "os profissionais de saúde que atualmente receitam um medicamento contra a malária" por "agentes de saúde leigos"), sinônimos para cada opção (substituição, por exemplo) e grafias alternativas para cada opção (por exemplo, médico, médicos, doutor, doutores, medicina, medicamento)
- Decidir se a busca deve se concentrar nas revisões sistemáticas ou em estudos de pesquisa individuais, e
- Fornecimento de detalhes adicionais que limitem a busca (por exemplo, crianças, adultos)

O segundo conjunto de passos inclui:

- Escolher aquelas palavras e frases em que *todas* precisem estar presentes para que o artigo possa ser identificado (por exemplo: substituição, trabalhador de saúde leigo [ou agente de saúde leigo], e revisão sistemática), ligando-as com "e" e colocando cada termo entre parênteses.
- Escolher as palavras e frases para as quais *apenas uma* delas precise estar presente (por exemplo, médico e seus sinônimos), ligando-as com "ou" e colocando cada termo entre parênteses, e
- Ligar os conjuntos de parênteses usando "e"

O terceiro conjunto de passos inclui:

- Abrir, em um navegador da Internet, o banco de dados relevante:
  - PPD/CCNC (*Program in Policy Decision-making* [Programa para Tomada de Decisões sobre Política]/*Canadian Cochrane Network and Centre* [Centro e Rede Canadenses Cochrane]) (www.researchtopolicy.ca/search/reviews.aspx) para revisões sistemáticas dos estudos sobre arranjos de saúde (benefícios, prejuízos, características fundamentais, e opiniões e experiências das partes interessadas) – ver Artigo 7 para mais informações [9]
  - CDSR (*Cochrane Library's Cochrane Database of Systematic Reviews* = Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas da Biblioteca Cochrane) e DARE (*Database of Abstracts of Reviews of Effects* = Banco de Dados de Resumos das

Revisões dos Efeitos) (http://thecochranelibrary.com) para revisões sistemáticas dos programas, serviços e medicamentos (benefícios e possíveis prejuízos) – ver Artigo 7 para mais informações [9]

- EED (*Cochrane Library's Economic Evaluation Database* = Base de Dados de Avaliação Econômica da Biblioteca Cochrane) (http://thecochranelibrary.com) para avaliações econômicas
- PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) – para os "hedges" ("proteções") (ou seja, estratégicas de busca validadas) para a localização de tipos específicos de estudos individuais (prejuízos, características fundamentais e as opiniões e experiências das partes interessadas) – ver o Artigo 4 para mais informações [2]

- Digitar as palavras e frases, assim como os operadores booleanos "e"/ "ou" no campo de pesquisa, e
- Clicar no ícone apropriado para iniciar a busca

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

Atle Fretheim[1], Susan Munabi-Babigumira[2], Andrew D Oxman[3], John N Lavis[4] and Simon Lewin[5]*

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, 7(Suppl 1):S6 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
4 Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON, Canada K1Y 4E9
5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

* Autor responsável por comunicações (atle.fretheim@nokc.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Quando uma decisão sobre uma política é tomada, o próximo grande desafio consiste em transformar esta posição citada da política em ações práticas. Quais estratégias, por exemplo, estão disponíveis para facilitar a implementação eficaz e o que se sabe sobre a eficácia de tais estratégias? Sugerimos cinco perguntas que podem ser levadas em consideração pelos formuladores de políticas ao implementarem um programa ou política de saúde. Estas são: 1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política? 2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos? 3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde? 4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias? 5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público sênior responsável pelo lançamento de um novo programa de reforma nos serviços de saúde. Você deseja assegurar que a implementação ocorrerá da maneira mais eficiente possível.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e foi instruído a preparar um plano de implementação para o lançamento do programa de reforma do governo para os serviços de saúde, o qual foi recentemente adotado. Você deseja investigar quais tipos de estratégicas devem ser consideradas neste plano.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde no uso de evidências na elaboração de políticas. Você está preparando um documento sobre os efeitos de diversas intervenções que poderiam ser incluídas em uma estratégia nacional de implementação para o novo programa de reforma dos serviços de saúde e precisa orientação sobre como fazer isto.

HISTÓRICO

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere diversas questões que eles podem pedir que sua equipe leve em consideração ao planejar a implementação de uma nova política.

Para aqueles que dão suporte aos formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere diversas questões que acreditamos que devam ser consideradas ao se discutir a implementação do programa e as possíveis abordagens úteis.

O processo de implementação de uma política pode ser desafiador e é frequentemente realizado de maneira não sistemática. É preciso ter um planejamento cuidadoso para evitar que políticas boas sejam prejudicadas por uma implantação ruim. Mas, o processo de implementação nem sempre é simples: ele pode envolver um conjunto complexo de ações em diversos níveis do sistema de saúde, assim como dentro das comunidades.

Duas questões-chave devem ser consideradas pelos responsáveis pela implementação da política, a saber: "Como as atividades relativas à opção de política podem ser implementadas para produzir mudanças reais no mundo real?" e "Quais estratégias estão disponíveis para facilitar a implementação efetiva?"

Podem ser usados diversos pontos de entrada ao se planejar a implementação da política. Nossa abordagem sugerida requer primeiramente a identificação de barreiras à implementação, e, posteriormente, a adequação das estratégias de implementação para lidar com as barreiras – e facilitadores – que forem encontradas.

Este artigo é o terceiro de três artigos sobre o esclarecimento de necessidades de evidências (ver também os Artigos 4 e 5). (a Figura 1 descreve os processos envolvidos no esclarecimento de tais necessidades).

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política?
2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos?
3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde?
4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias?
5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política?

Um ponto útil de partida para qualquer pessoa que deseje produzir mudanças é a identificação de prováveis barreiras à mudança. Saber quais são – e onde estão – os principais obstáculos que podem afetar a implementação é útil durante o processo de planejamento. Estes desafios frequentemente variam de uma política a outra, e entre diferentes contextos. As conclusões de pesquisas sobre as barreiras à implementação de políticas em outras configurações e as lições aprendidas com experiências anteriores podem ser informativas, mas talvez não sejam suficientes.

Não há uma abordagem padrão para identificar barreiras à mudança. Este processo é normalmente feito de maneira informal, considerando barreiras *perceptíveis* e de maneira implícita e não sistemática. O que propomos é uma abordagem mais estruturada à identificação de barreiras.

As pessoas que serão afetadas por uma política – as partes interessadas – são provavelmente os que estão em melhor posição para prever as possíveis barreiras à implementação de políticas. Podem ser usados diversos métodos para explorar as opiniões de grupos de interessados sobre novas políticas, incluindo, por exemplo, uma "abordagem de combinação de métodos" para a realização da chamada "análise diagnóstica". Esta abordagem poderá incluir *brainstorming* ("tempestade de ideias"), discussões de grupos (*focus group*), entrevistas e outros métodos qualitativos, ou uma combinação destes métodos. Estas atividades podem oferecer novos discernimentos sobre as percepções das partes interessadas e identificar as barreiras – e os facilitadores – para implementação da política. As pesquisas também podem ser úteis. Por exemplo, pode-se pedir aos entrevistados que classifiquem até que ponto uma lista de possíveis barreiras representa um obstáculo à mudança. Exemplos práticos destes processos são fornecidos na Tabela 1 [2,3].

Foram desenvolvidos diversos quadros e listas de verificação para ajudar a identificar possíveis barreiras à implementação de intervenções de saúde. Estes são muitas vezes baseados em uma combinação de teorias comportamentais, dados empíricos e de senso comum, e podem ser ferramentas úteis para orientar o processo de identificação das barreiras. Alguns quadros abrangem uma ampla gama de possíveis barreiras em várias partes do sistema de saúde. Por exemplo, em um quadro, as barreiras são classificadas em categorias de acordo com o nível onde existem as restrições [4]. Estes níveis incluem: a família e a comunidade, a prestação de serviços de saúde, a gestão estratégica e a política do setor da saúde, políticas públicas envolvendo diversos setores, e as características ambientais e contextuais. Alguns exemplos de barreiras identificadas em cada um destes níveis são mostrados na Tabela 2.

Adotamos uma abordagem semelhante, com foco nas restrições à implementação da política em três níveis do sistema de saúde:

- Entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos
- Entre os profissionais de saúde
- No nível organizacional

Quando as prováveis barreiras à implementação da política forem identificadas, o próximo passo consistirá em identificar as estratégias de implementação ou intervenções que podem remover tais barreiras (a Tabela 3 mostra exemplos de possíveis associações entre as barreiras e as intervenções entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos). A escolha de estratégias também pode ser orientada pelas evidências disponíveis sobre a sua eficácia e custos, assim como pelas opiniões dos interessados etc. A forma para encontrar e avaliar evidências que possam ser relevantes é abordada em outros artigos desta série [5-9].

2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos?

O comportamento dos usuários do serviço de saúde e cidadãos, especialmente em relação à utilização dos serviços de saúde (por exemplo, a subutilização, a não adesão às mudanças de estilo de vida recomendadas ou cronogramas de tratamento etc.) pode ser um obstáculo potencialmente significativo para o sucesso da implementação de uma política. É necessário entender por que os usuários em questão se comportam daquela determinada forma, pois isto influenciará nas escolhas que eles farão na utilização dos serviços de saúde. Estudos qualitativos bem feitos podem permitir que entendamos o comportamento dos usuários dos serviços de saúde [10].

Um quadro que pode ser usado para identificar os fatores que podem influenciar no comportamento de usuários do serviço de saúde e de cidadãos foi proposto pelo grupo de trabalho da OMS sobre a adesão a terapias de longo prazo. O grupo sugeriu cinco dimensões a serem consideradas [11]:

- Fatores relacionados a questões sócio-econômicas
- Fatores relacionados ao sistema de saúde e ao atendimento de saúde
- Fatores relacionados a terapias
- Fatores relacionados às condições específicas de saúde dos pacientes
- Fatores relacionados ao paciente

Visto que tais fatores estão relacionados mais especificamente a intervenções clínicas, eles podem ser especialmente úteis ao considerarmos as barreiras aos arranjos da prestação de serviços de saúde. Por exemplo, alguns dos fatores sócio-econômicos que podem afetar a adesão ao tratamento por parte dos pacientes com tuberculose incluem: a falta de redes sociais de apoio eficientes e circunstâncias de vida instáveis, crenças leigas e culturais, etnia, gênero, idade, o alto custo da medicação e transporte, bem como o papel da justiça penal [11,12].

O Cochrane Consumer and Communication Review Group (Grupo Cochrane de Revisão de Comunicação e do Consumidor) tem documentado diversos efeitos das intervenções para melhorar as interações entre os consumidores e os sistemas e prestadores de serviços de saúde, e desenvolveu uma taxonomia de intervenções destinada a usuários dos serviços de saúde e cidadãos [13]. Isto pode ser útil na conceituação e consideração de que tipos de intervenções devem ser usadas. A taxonomia inclui:

- O fornecimento de educação ou informações
- O apoio à mudança de comportamento
- O apoio ao desenvolvimento de habilidades e competências
- Apoio pessoal
- A facilitação das comunicações e tomadas de decisões, e
- A participação do sistema

Os efeitos das intervenções voltadas para as restrições à prestação eficaz de serviços de saúde foram avaliados em diversos estudos e revisões, no nível dos usuários do serviço de saúde e cidadãos. Em uma revisão, os autores encontraram efeitos positivos da participação da comunidade para a remoção de tais restrições [14]. Neste caso, a participação da comunidade foi obtida usando diversas abordagens de intervenção, incluindo: educação para a saúde (por exemplo, reuniões, instruções em grupo), incentivo a uma abordagem participativa (mobilização de lideranças e interessados para que entendam e aceitem a ideia da intervenção), o uso de uma estratégia de sensibilização (direcionada para famílias e grupos de alto risco), bem como o treinamento e a supervisão dos prestadores de serviços (por exemplo, enfermeiros e/ou mães). Estas intervenções resultaram em um aumento do conhecimento relacionado à saúde e no aumento da capacidade da comunidade, bem como na melhoria da abrangência das práticas de saneamento e de vacinação.

Pode valer a pena considerar os incentivos financeiros, tais como transferências condicionais de dinheiro, caso se considere que as barreiras sócio-econômicas desempenham um papel importante. Isto se deve ao fato de que as evidências, especialmente nos países de baixa renda ou média renda, indicam que estes incentivos podem ter um impacto sobre o uso dos serviços de saúde [15] (ver Tabela 4 para mais detalhes). Outro exemplo ilustrativo de evidência dos impactos dos incentivos financeiros é apresentado na Tabela 5 [16].

Se fatores relacionados ao paciente, como a falta de informações, pareçam ser barreiras importantes à implementação de uma política, talvez valha a pena considerar as intervenções como forma de melhorar o fornecimento de informações. Uma revisão sistemática demonstrou que as intervenções da mídia de massa, por exemplo, “podem incentivar a utilização crescente dos serviços de saúde”. Mas esta conclusão deve ser analisada com cautela, pois o estudo foi baseado quase que exclusivamente em estudos de países de alta renda [17] e, portanto, pode não se aplicar a outros contextos.

3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde?

Muitas vezes, a implementação de uma política ou programa exigirá mudanças no comportamento dos profissionais de saúde responsáveis pela implementação da política. As mudanças no comportamento profissional nem sempre ocorrem necessariamente de maneira automática. Portanto, poderão ser necessárias abordagens ativas e dirigidas. A identificação de barreiras à mudança ou fatores que influenciam a prática profissional pode ajudar a moldar o tipo de intervenção para a implementação da política. Cabana e pares fizeram uma revisão sistemática de pesquisas abordando as barreiras entre os médicos contra a adesão às diretrizes [18] e identificaram sete categorias principais de barreiras. Estas categorias podem ser usadas para a identificação de barreiras à implementação de políticas entre os profissionais de saúde:

- Falta de conscientização
- Falta de familiarização
- Falta de aceitação
- Falta de autoeficácia
- Falta de expectativa de resultado
- Inércia da prática anterior
- Barreiras externas

Exemplos de como a identificação de barreiras pode subsidiar a implementação são apresentados na Tabela 6.

O Grupo de Revisão EPOC (Effective Practice and Organisation of Care, Prática Efetiva e Organização de Atendimento) na Cochrane Collaboration desenvolveu uma taxonomia de intervenções direcionadas aos prestadores de serviços que oferece uma visão geral dos tipos de intervenções que podem ser consideradas para fins de implementação [19]. Estas são:

- Materiais educativos
- Reuniões educativas
- Visitas educacionais de sensibilização
- Líderes locais formadores de opinião
- Processos locais de formação de consenso
- Revisão por pares
- Auditoria e feedback
- Lembretes
- Intervenções personalizadas
- Intervenções intermediadas pelos pacientes
- Intervenções multifacetadas

Diversas estratégias cujo objetivo era a mudança comportamental entre os profissionais de saúde foram avaliadas com bastante rigor [20-23]. Normalmente, elas assumiram a forma de avaliações de estratégias de aplicação de diretrizes voltadas diretamente para os profissionais de saúde. A maioria, mas não todas, foi realizada em cenários de renda alta [24]. Os resultados demonstram que muitas intervenções podem ter uma influência eficaz sobre o comportamento profissional que varia de modesta a moderada. Mas, as intervenções passivas, como a circulação de diretrizes ou a realização de reuniões educativas, parecem ter somente impactos menores. As visitas educativas de sensibilização e intervenções multifacetadas voltadas especificamente para as barreiras identificadas às mudanças estão entre as abordagens mais promissoras.

Os incentivos financeiros podem ser utilizados como uma forma de influência o comportamento profissional, mas tais incentivos foram avaliados quase que inteiramente em locais de alta renda. Estes incentivos podem influenciar de maneira eficaz os profissionais de saúde quando metas comportamentais bem-definidas e simples forem fornecidas, tais como o aumento nas vacinações – pelo menos no curto prazo [25]. No entanto, foram identificadas diversas consequências potencialmente negativas de tais programas e o custo-benefício do uso de incentivos financeiros pode não ser necessariamente bom.

As medidas normativas são baratas e um meio potencialmente eficaz de produzir mudanças no comportamento profissional, mas podem ser mal recebidas por grupos profissionais [26]. O impacto dos regulamentos por si só, como uma forma de mudar o comportamento entre os profissionais de saúde, não tem sido sistematicamente analisado, pois o conhecimento disponível sobre a sua eficácia é limitado [27].

Veja a Tabela 7 para mais exemplos ilustrativos de evidências dos efeitos das intervenções para a obtenção de mudanças comportamentais entre os profissionais de saúde [28,29].

4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias?

Muitas estratégias de mudança organizacional veem as medidas que devem ser tomadas como estágios em um processo que leva à mudança. A definição do motivo pelo qual existe a necessidade de mudança e a identificação de barreiras à mudança são tarefas que estão normalmente incluídas neste processo.

Pexton propôs uma lista das barreiras mais comuns à mudança organizacional e esta lista também pode ser usada como guia para a identificação de barreiras [30]:

- Complacência cultural (resistência ou ceticismo)
- Falta de comunicação

- Falta de alinhamento e responsabilização
- Liderança passiva ou ausente
- Micro-gestão
- Uma força de trabalho sobrecarregada
- Estruturas e sistemas inadequados

Algumas formas de lidar com estes tipos de barreiras são sugeridas na Tabela 8.

Os exemplos de ferramentas e abordagens frequentemente recomendadas para organizações que estejam avaliando os preparativos para a mudança incluem [31]:

- Modelos analíticos para entender a complexidade, interdependência e fragmentação (tais como o modelo organizacional das seis caixas de Weisbord, o modelo dos 7S e os modelos de processo)
- Ferramentas para a avaliação do motivo pelo qual a mudança é necessária, tal como a análise FOFA (SWOT, Strengths, Weaknesses, Oportunities and Threats – Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças).
- Ferramentas para determinar quem e o quê mudar, tal como a análise do campo de força e gestão da qualidade total.
- Ferramentas para produzir mudanças, como o desenvolvimento organizacional, gestão de projetos e pesquisas sobre ações.

As estratégias de mudanças organizacionais mais frequentemente usadas são baseadas quase que inteiramente em teorias ou em aplicações isoladas e em opiniões. Às vezes, estas estratégias são complementadas com estudos de caso ou histórias curtas, principalmente em contextos de alta renda [31]. É difícil obter provas sobre a eficácia dessas estratégias, e isto faz com que também seja difícil dizer se um método específico poderá levar ou não à mudança organizacional desejada.

Embora os impactos destas estratégias de gestão de mudança sejam incertos, estas estratégias ainda podem ser úteis como processos, permitindo uma reflexão ativa sobre como a mudança em uma organização pode ser facilitada.

5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

Quando uma política tiver de ser implementada, talvez seja necessário produzir mudanças gerais no sistema de saúde. Estas mudanças incluem aquelas relacionadas aos arranjos de governança, arranjos financeiros e arranjos de execução [32]. Por exemplo, ao considerar o financiamento de uma opção de política, todos os custos devem ser arcados pelo governo ou são necessárias fontes adicionais de recursos? O sistema atual pode suportar a carga de trabalho logística ou burocrática adicional ou será necessário um novo mecanismo para a prestação do serviço? Há poucas evidências sobre como implementar tais mudanças: aqueles que tomam as decisões normalmente

têm de recorrer a estudos de caso e experiências em outras jurisdições. As revisões sistemáticas podem ser úteis para problemas específicos da aplicação da política, tais como aqueles relacionados aos custos da intensificação das intervenções [33] ou fatores que possam afetar a sustentabilidade de programas de saúde [34]. Em uma síntese recente, o autor resume as evidências das revisões sistemáticas sobre os efeitos dos arranjos relativos à governança, os arranjos financeiros e arranjos de execução, e as estratégias de implementação que podem melhorar a execução das intervenções que apresentam boa relação custo-benefício no atendimento básico de saúde em LMICs [27].

Na identificação da necessidade de mudanças no sistema, talvez seja útil analisar os componentes de um sistema de saúde e identificar onde é necessário fazer mudanças. A Tabela 9 mostra um quadro que pode ser usado como um ponto de partida para tais análises [35].

CONCLUSÃO

Ao levar em consideração os aspectos relativos à implementação de políticas descritos neste artigo, os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam conseguirão adotar uma abordagem estruturada, a qual inclui o uso de conclusões de pesquisas na definição de estratégicas de implementação. Atualmente os planos de implementação são normalmente desenvolvidos de maneira improvisada e raramente são fundamentados nas evidências disponíveis. Já que a abordagem apresentada neste artigo não é amplamente usada, recomendamos que haja um compartilhamento de experiências nesta área de implementação de políticas baseadas em evidências.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice (2nd edition, Edited by Edwards A and Elwyn G). Oxford University Press, 2009

Changing Professional Practice (Edited by: Thorsen T and Mäkelä M) Copenhague: Danish Institute for Health Services Research and Development (Instituto Dinamarquês para Desenvolvimento e Pesquisa de Serviços de Saúde), 1999. www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf

Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford: Elsevier, 2005

Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. Health Research Policy and Systems 2006, 4:27. www.health-policy-systems.com/content/4/1/27

NorthStar – how to design and evaluate healthcare quality improvement interventions. The ReBEQI Collaboration 2005: www.rebeqi.org/northstar

Iles V, Sutherland K. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. 2001. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf

Links para websites

Cochrane Consumers and Communication Review Group Resource Bank (banco de recursos do grupo Cochrane de análise de comunicação e de consumidores): (www.latrobe.edu.au/chcp/cochrane/resourcebank/index.html) – O Cochrane Consumers and Communication Review Group é parte da Cochrane Collaboration, uma organização sem fins lucrativos cujo objetivo é ajudar as pessoas a tomarem decisões bem fundamentadas com relação ao serviço de saúde. O Consumers and Communication Review Group coordena a produção de revisões/análises sistemáticas de intervenções que afetam as interações dos consumidores com pesquisadores, serviços e profissionais de saúde. Este banco de recursos é uma lista das revisões sistemáticas da Cochrane consideradas relevantes para as necessidades de participação e de comunicação de saúde das pessoas, e foi produzido por meio de uma busca manual na *The Cochrane Library*

O Grupo de Revisão EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, prática efetiva e organização do atendimento): www.epoc.cochrane.org/en/index.html – O EPOC é um Grupo de colaboração para revisões do Cochrane Collaboration que cria revisões de intervenções educacionais, comportamentais, financeiras e organizacionais projetadas para melhorar a prática profissional de atendimento de saúde e a organização dos serviços de saúde

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AF preparou o primeiro esboço deste artigo. SMB, ADO, JNL e SL contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Valerie Iles pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Deskins S, Harris CV, Bradlyn AS, Cottrell L, Coffman JW, Olexa J, *et al*: **Preventive care in Appalachia: use of the theory of planned behavior to identify barriers to participation in cholesterol screenings among West Virginians.** *J Rural Health* 2006, **22:**367-74.

3. Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, Zaba B, Changalucha J, Kaluvya S, *et al*: **Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program.** *AIDS Patient Care STDS* 2006, **20:**649-57.

4. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A: **Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the contraints to scaling-up.** *J Int Dev* 2003, **15:**1-14.

5. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

6. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

7. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

9. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

10. Green J, Thorogood N: *Qualitative methods for health research*. London: London School of Hygiene & Topical Medicine; 2004.

11. World Health Organization (WHO): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization (WHO). 2003.

12. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J: **Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research.** *PLoS Med* 2007, **4:**e238.

13. Santesso N, Ryan R, Hill S, Grimshaw J: *A Taxonomy of Interventions Directed at Consumers to Promote Evidence-based Prescribing and Drug Use*. Poster presentation at The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Symposium 2007. [http://www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07_poster.pdf]. 2007.

14. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A: **Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the Evidence.** *J Int Dev* 2003, **15:**41-65.

15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298:**1900-10.

16. Thornton R: **The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status.** *American Economic Review* 2008, **98:**1829-63.

17. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1:**CD000389.

18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al*: **Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.** *JAMA* 1999, **282:**1458-65.

19. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group: *Data Collection Check List*. [http://www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf]. 2002.

20. Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Aleman A, *et al*: **Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008, **22 Suppl 1:**42-60.

21. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, *et al*: **Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions.** *Med Care* 2001, **39:**II2-45.

22. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, *et al*: **Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.** *Health Technol Assess* 2004, **8:**iii-72.

23. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K: **The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings.** *J Eval Clin Pract* 2008, **14:**888-97.

24. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M: **Bridging the implementation gap between knowledge and action for health.** *Bull World Health Organ* 2004, **82:**724-31.

25. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing*. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

26. Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, Kristoffersen DT, Oxman AD: **The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis.** *PLoS Med* 2007, **4:**e232.

27. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastias G, Chopra M, Ciapponi A, *et al*: **Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **372:**928-39.

28. Uttekar BP, Uttekar V, Chakrawar BB, Sharma J, Shahane S: *Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Orissa*. Vadodora, India, Centre for Operations Research & Training (CORT). 2007.

29. Zwarenstein M, Bheekie A, Lombard C, Swingler G, Ehrlich R, Eccles M, *et al*: **Educational outreach to general practitioners reduces children's asthma symptoms: a cluster randomised controlled trial.** *Implement Sci* 2007, **2:**30.

30. Pexton C: *Overcoming Organizational Barriers to Change in Healthcare*. [http://www.ftpress.com/articles/article.aspx?p=1327759]. 23-2-2009.

31. Iles V, Sutherland K: *Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers*. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2001.

32. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

33. Johns B, Torres TT: **Costs of scaling up health interventions: a systematic review.** *Health Policy Plan* 2005, **20:**1-13.

34. Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, Lawton PD, Parkhill A, McLaren CJ, *et al*: **Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning.** *Lancet* 2008, **372:**1579-89.

35. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, *et al*: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80:**125-54.

Figura 1. Esclarecendo as necessidades de evidências

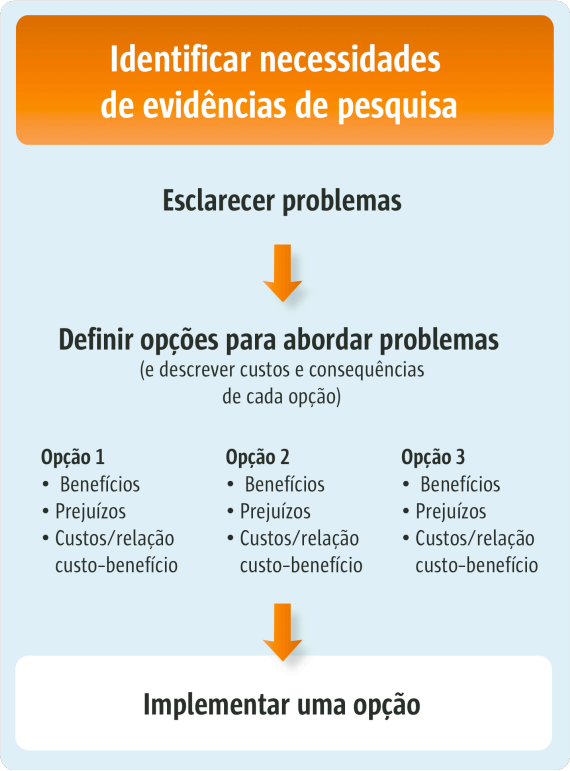


Tabela 1. Exemplos de como as barreiras à implementação de políticas podem ser identificadas

Acesso à ART (antiretroviral therapy – terapia anti-retroviral) na Tanzânia [3]

O ART tem estado livremente disponível em hospitais selecionados de referência na Tanzânia desde 2005 como parte da política do governo nacional de disponibilização mais ampla do ART. No entanto, a disponibilização de medicamentos não faz com que os pacientes tenham acesso automático a eles. Para identificar as barreiras de acesso ao ART em um contexto específico no qual as drogas foram disponibilizadas, uma equipe de pesquisadores realizou discussões de grupo com membros da comunidade e entrevistas detalhadas com aqueles que buscavam o tratamento. Os pesquisadores descobriram que "os custos de alimentação complementar e de transporte, a reputação hostil e confusa do hospital para onde os pacientes eram encaminhados, e as dificuldades de manutenção de tratamentos de longo prazo limitariam a acessibilidade." Eles também observaram que "todos [os pacientes] tinham medo do estigma e isto representava um desafio quando era preciso entrar em contato com pacientes encaminhados para o hospital, pois eles não queriam que sua condição fosse divulgada ou se recusavam a identificar um "colega de tratamento", conforme exigido pelo programa".

Triagem de colesterol nos Estados Unidos [2]

Pesquisadores americanos examinaram as barreiras à participação em triagens de colesterol em adultos e crianças em West Virginia, nos Estados Unidos. Usando a teoria do "comportamento planejado" como um quadro conceitual para fornecer um modelo para a compreensão da tomada de decisão no âmbito de sistemas específicos de crenças e culturas, os pesquisadores postularam que a intenção de um indivíduo de executar uma ação é um fator essencial para determinar se um indivíduo *irá* realizar aquela ação. Os pesquisadores realizaram entrevistas semi-estruturadas usando guias de entrevistas que se destinavam a coletar informações relevantes para os conceitos-chave da teoria do comportamento planejado. Suas constatações sugerem que as barreiras ambientais, financeiras *e* de atitude afetavam os níveis de participação nessas triagens de saúde. Estas barreiras incluem preocupações sobre os resultados dos testes, o uso de agulhas, a privacidade, a falta de conhecimento na comunidade e crenças culturais tradicionais da região.

Tabela 2. Restrições à melhoria de acesso a intervenções prioritárias de saúde, por nível (de [4])

Nível de restrição	Tipos de restrição
I. Nível da família e nível da comunidade	• Falta de demanda por intervenções eficazes • Barreiras ao uso de intervenções eficazes (físicas, financeiras, sociais)
II. Nível de prestação de serviços de saúde	• Escassez e distribuição de equipe devidamente qualificada • Supervisão, gestão de programas e orientação técnica insuficientes • Suprimentos médicos e drogas inadequados • Falta de equipamentos e infraestrutura, incluindo acessibilidade insuficiente aos serviços de saúde

III. Nível de gestão estratégica e política do setor de saúde	• Sistemas deficientes e excessivamente centralizados de planejamento e gestão • Sistema deficiente de abastecimento e de políticas de medicamentos • Regulamentação inadequada dos setores farmacêuticos e privados e práticas industriais inadequadas • Falta de ação intersetorial e parcerias no setor de saúde entre o governo e a sociedade civil • Poucos incentivos para usar insumos de forma eficiente e responder às necessidades e preferências do usuário • Dependência de financiamento dos doadores reduz a flexibilidade e a posse • Práticas de doadores que prejudicam as políticas do país
IV. Políticas públicas envolvendo diversos setores	• Burocracia governamental (reformas do serviço público, sistemas de gestão centralizados, remuneração e regras do serviço público) • Pouca disponibilidade de infraestrutura de comunicação e de transporte
V. Características ambientais e contextuais	• Quadro geral de política e governança – Corrupção, governo frágil, deficiência na exigência de cumprimento dos contratos e estado de direito frágil – Instabilidade política e insegurança – Pouca prioridade atribuída às áreas sociais – Estruturas deficientes de responsabilidade pública – Falta de imprensa livre • Ambiente físico – Predisposição climática e geográfica a doenças – Ambiente físico desfavorável à prestação do serviço

Tabela 3. Exemplos de possíveis associações entre as barreiras e as intervenções entre os usuários dos serviços de saúde e cidadãos

Identificação da barreira à implementação da política	Possíveis intervenções para tratar as barreiras identificadas
Programas atuais são ineficazes ou de eficácia incerta	• Revisar os componentes dos programas em andamento, bem como as evidências de revisões sistemáticas relacionadas a outras possíveis opções para a evidência da eficácia • Realizar avaliações rigorosas dos programas

Insatisfação com o atendimento	• Aprimorar as estratégias baseadas em evidências para melhorar a qualidade do atendimento prestado
Alguns pacientes/cidadãos que necessitam de serviços relevantes não têm acesso físico a eles	• Criação de novos serviços • Contratação de novos funcionários • Redistribuição de recursos
Negação da gravidade do problema	• Programa de educação e de conscientização da comunidade
Custos de transporte	• Fornecimento de transporte ou de apoio financeiro para o transporte

Tabela 4. Resumo das principais conclusões da revisão sistemática de programas de transferência condicional de renda em países de baixa renda ou média renda [15]

- De maneira geral, as evidências sugerem que os programas de transferência condicional de renda são eficazes no aumento do uso de serviços preventivos para crianças e mulheres, e, às vezes, na melhoria da condição de saúde
- Somente um estudo avaliou o efeito do fornecimento de diferentes quantidades de dinheiro (de US$ 1 a US$ 3). O efeito total do aumento foi quase o dobro da proporção de pessoas retornando por seus resultados de teste de HIV (72% de pessoas que tinham recebido incentivos em comparação com 39% das pessoas que não tinham)
- Embora os fluxos de caixa exigidos para os programas de transferência condicional de dinheiro possam ser significativos, o orçamento real da transferência pode corresponder a apenas 4 a 28% do orçamento total de um programa
- A relação custo-benefício dos programas de transferência condicional de renda em comparação às intervenções clássicas no lado da oferta (por exemplo, melhoria na quantidade e qualidade da infraestrutura e dos serviços) não foi examinada, pois a maioria dos programas de transferência condicional de renda foi implementada em contextos com infraestruturas (de saúde) relativamente adequadas.
- Podem ocorrer imprevistos indesejáveis. Por exemplo, um programa relatou um aumento inesperado da taxa de fertilidade quando eram usadas as transferências condicionais de dinheiro, possivelmente porque apenas as mulheres grávidas tinham direito ao benefício

Tabela 5. Exemplo de evidência que pode fundamentar a elaboração de uma estratégia de implementação voltada para usuários do serviço de saúde e cidadãos

Recompensas em dinheiro para se ter conhecimento da contaminação por HIV no Malawi [16]

As possíveis barreiras à obtenção de resultados de testes de HIV incluem os custos monetários do tempo e da viagem, e os custos psicológicos (por exemplo, o estresse, a preocupação e o medo, ou a experiência do estigma social). Os incentivos pecuniários podem compensar diretamente o tempo e os custos de transporte – e possivelmente qualquer custo psicológico sofrido. Em um experimento de campo em uma área rural do Malawi, as pessoas receberam, de forma aleatória, incentivos em dinheiro para serem informadas sobre os seus resultados de HIV após serem submetidas a testes. Quando não eram oferecidos incentivos, um terço das pessoas testadas procuram se informar sobre seus resultados. Em contraste, quando pequenos incentivos em dinheiro eram concedidos, dois terços buscavam obter seus resultados de testes de HIV.

Tabela 6. Exemplos de possíveis associações entre as barreiras e as intervenções entre os profissionais de saúde

Identificação da barreira à implementação da política	Possíveis intervenções para tratar as barreiras identificadas
Falta de conhecimento	• Métodos de entrega das informações (campanhas educativas de sensibilização, treinamento)
Não aceitação da política	• Identificação de líderes formadores de opinião que podem atuar como defensores da nova política
Tarefa que demanda tempo	• Oferecer compensação econômica

Tabela 7. Exemplo de evidências que podem fundamentar a elaboração de estratégias de implementação voltadas para profissionais de saúde

Incentivos financeiros para os trabalhadores de saúde visando o aumento dos partos institucionais na Índia [28]

Em 2005, o governo indiano introduziu o programa JSY (Janani Suraksha Yojana) que visava reduzir a mortalidade materna e neonatal por meio da promoção de partos institucionais. Os pagamentos em dinheiro para os trabalhadores comunitários de saúde (ASHAs) para partos institucionais entre as mulheres sob seus cuidados foram um dos principais componentes do programa. Desde a introdução do programa, houve um aumento substancial no número de partos institucionais em muitos estados indianos.

Visitas educativas de sensibilização para melhorar o atendimento a pessoas com asma na África do Sul [29]

Pesquisadores sul-africanos descobriram que duas visitas educativas de sensibilização a médicos de clínica geral, de 30 minutos cada, feitas por um farmacêutico treinado levou a melhorias clinicamente significativas nos quadros clínicos de crianças com asma.

Tabela 8. Lista proposta de barreiras organizacionais comuns à mudança (adaptada de [30])

Barreiras	Estratégias para lidar com as barreiras
Complacência cultural (resistência ou ceticismo)	• Apresentar algumas pequenas vitórias rapidamente mensuráveis para demonstrar porque a mudança é necessária
Falta de comunicação	• Desenvolver uma estratégia de comunicação para identificar as barreiras de comunicação na organização
Falta de alinhamento e responsabilização	• Instituir estruturas apropriadas de gestão
Liderança passiva ou ausente	• Envolver os líderes nas mudanças propostas
Micro-gestão	• Delegar poderes à equipe e instituir a visão da organização entre os membros da equipe
Força de trabalho sobrecarregada	• Demonstrar para os membros da equipe os benefícios de se repensar o fluxo de trabalho e do uso de novos processos ou tecnologias para reduzir as etapas que não agregam valor
Estruturas e sistemas inadequados	• Instituir sistemas e estruturas apropriados para apoiar a iniciativa
Falta de planos de controle para	• Desenvolver mecanismos para avaliar o

medir e manter os resultados	andamento e manter eventuais resultados positivos obtidos

Tabela 9. Os diversos componentes dos sistemas de saúde (adaptado de Lavis et al [35])

Arranjos de execução	Arranjos financeiros	Arranjos de governança
• Para quem os atendimento é prestado e os esforços feitos para chegar até esta(s) pessoa(s) (por exemplo, intervenções para garantir um atendimento culturalmente adequado)	• Financiamento – ou seja, como é obtida a receita para os programas e serviços (por exemplo, mediante planos de saúde comunitários)	• Autoridade sobre as políticas – quem toma as decisões relacionadas às políticas (por exemplo, se estas decisões são centralizadas ou descentralizadas)?
• Quem presta o atendimento (por exemplo, prestadores de serviço trabalhando de forma autônoma ou trabalhadores que fazem parte de equipes multidisciplinares)	• Financiamento – ou seja, como as clínicas são pagas pelos programas e serviços que fornecem (por exemplo, por meio de orçamentos globais)	• Autoridade organizacional – ou seja, a quem pertence e quem gerencia as clínicas (por exemplo, se existem clínicas particulares sem fins lucrativos)
• Onde o atendimento é prestado – ou seja, se o atendimento é prestado em casa ou em instalações de saúde na comunidade	• Remuneração – ou seja, como os prestadores de serviço são remunerados (por exemplo, por meio de capitação)	• A autoridade comercial – ou seja, quem pode vender e distribuir medicamentos e como eles são regulamentados
• Qual é a tecnologia da informação e de comunicação usada para prestar o atendimento – por exemplo, se os sistemas de registro são adequados para proporcionar a continuidade do atendimento	• Incentivos financeiros – por exemplo, se os pacientes recebem pagamentos para aderirem a planos de atendimento de saúde	• Autoridade profissional – por exemplo, quem é licenciado para prestar os serviços, como é determinado o seu escopo de prática e como eles recebem a habilitação

Arranjos de execução	Arranjos financeiros	Arranjos de governança
• Como são monitoradas a qualidade e a segurança do atendimento – por exemplo, se existem sistemas instalados de monitoramento da qualidade	• Alocação de recursos – ou seja, se as fórmulas dos medicamentos são usadas para decidir quais medicamentos os pacientes recebem de graça	• Envolvimento dos consumidores e das partes interessadas – quem, de fora do governo, é convidado a participar nos processos de elaboração de políticas e como as suas opiniões são levadas em consideração

7. Localização de revisões sistemáticas

John N Lavis[1], Andrew D Oxman[2], Jeremy Grimshaw[3], Marit Johansen[4], Jennifer A Boyko[5], Simon Lewin[6] and Atle Fretheim[7]*

Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **7. Finding systematic reviews.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S7 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S7.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s7.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Clinical Epidemiology Program , Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053, Carling Ave., Ottawa, ON, Canada, K1Y 4E9
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
5 Health Research Methodology Programme, 1200 Main St. West, HSC-2D1, Hamilton, ON, Canada
6 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
7 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

As revisões sistemáticas são cada vez mais vistas como uma das principais fontes de informação para a formulação de políticas, especialmente com relação à assistência na descrição dos impactos das opções. No caso dos estudos individuais, eles oferecem uma série de vantagens com relação ao entendimento dos impactos. Eles também são vistos como uma fonte essencial de informações para esclarecer problemas e apresentar perspectivas complementares com relação às opções. As revisões sistemáticas podem ser empreendidas para colocar os problemas em uma perspectiva de comparação e para descrever os possíveis malefícios de uma opção. Eles também ajudam a compreender os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções funcionam, e os pontos de vistas e experiências das partes interessadas com relação a opções específicas. Diversas restrições têm impedido uma maior utilização de revisões sistemáticas na formulação de políticas. Tais restrições incluem o desconhecimento do valor das revisões sistemáticas e uma incompatibilidade entre os termos utilizados por formuladores de políticas, ao tentar acessar as revisões sistemáticas, e os termos utilizados pelos autores originais destas revisões. As incompatibilidades entre os tipos de informação que os formuladores de políticas buscam e a maneira que os autores deixam de destacar (ou tornar óbvio) estas informações dentro das revisões sistemáticas também são um problema. Neste artigo, sugerimos três perguntas que podem ser usadas para guiar aqueles que buscam por revisões sistemáticas, especialmente as revisões sobre os impactos das opções sendo consideradas. Estas perguntas são as seguintes: 1. Uma revisão sistemática é realmente tudo o que é necessário? 2. Quais bancos de dados e estratégias de busca podem ser usados para encontrar revisões sistemáticas relevantes? 3. Quais alternativas estão disponíveis quando não for possível encontrar revisões sistemáticas relevantes?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como podem ser usadas são descritas de maneira mais detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas desta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e irá apresentar um relatório resumido ao Ministro relativo às evidências sobre um problema de alta prioridade, as opções para resolver o problema e considerações sobre a implantação. Você deseja saber se o atual esboço do relatório traça o perfil das evidências de pesquisa que foram resumidas de maneira sistemática e transparente. Você quer garantir que sua equipe encontrou as revisões sistemáticas mais relevantes dentro do tempo limitado que a sua equipe tinha disponível.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e foi solicitado que você preparasse, em poucas horas, um relatório resumido sobre um problema, sobre as opções para resolver tal problema e sobre as considerações de implantação. Tudo que lhe disseram foi que o relatório deve ser basear em qualquer revisão sistemática relevante que possa ser encontrada dentro deste espaço de tempo.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde no uso de evidências na elaboração de políticas. Você está preparando um relatório detalhado de pesquisa para o Ministério da Saúde com o que se sabe e o que não se sabe sobre um problema, as opções para resolver tal problema, e as considerações de implantação. Pediram que você encontrasse todas as revisões sistemáticas relevantes e você terá duas semanas para realizar esta tarefa, mas você quer orientações sobre como fazer isso de maneira completa e eficiente.

HISTÓRICO

Este artigo sugere diversas perguntas que os formuladores de política (Cenário 1) podem pedir que sua equipe leve em consideração ao preparar um relatório resumido

referente às evidências sobre um problema de alta prioridade, sobre as opções para resolver o problema e sobre as considerações de implantação das opções. Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas para orientar na busca por revisões sistemáticas, especialmente as revisões sobre o impacto das opções sendo consideradas. Este artigo é o primeiro de quatro artigos desta série sobre como localizar e avaliar as revisões sistemáticas para fundamentar a formulação de políticas (ver também Artigos 8-10 [2-4]). A Figura 1 descreve os passos envolvidos na localização e avaliação de revisões sistemáticas para fundamentar a elaboração de políticas. As revisões sistemáticas são cada vez mais vistas como uma das principais fontes de informação para a formulação de políticas, especialmente com relação à assistência na estruturação de opções e descrição dos impactos de tais opções [5]. As revisões sistemáticas oferecem quatro vantagens essenciais em relação a estudos individuais na caracterização dos impactos de uma opções:

1. Elas reduzem a probabilidade de os formuladores de política serem induzidos ao erro por pesquisas (por serem mais sistemáticas e transparentes na identificação, seleção, avaliação e síntese dos estudos)
2. Elas aumentam a confiança entre os formuladores de políticas sobre o que pode ser esperado de uma opção (ao aumentar o número de unidades para estudo)
3. Elas permitem que os formuladores de políticas se concentrem em avaliar a aplicabilidade dos resultados das revisões sistemáticas no seu próprio contexto (ao invés de também ter que encontrar e sintetizar as evidências de pesquisas disponíveis por conta própria). As revisões também permitem que formuladores de política se concentrem em coletar e resumir outros tipos de evidência, como as evidências locais sobre viabilidade técnica, a compatibilidade com valores predominantes e o atual estado de espírito da província/do país, assim como a aceitabilidade das opções possíveis em termos de viabilidade orçamentária e seu nível provável de apoio político ou oposição, e
4. Elas permitem que os interessados, incluindo grupos de interesse público e grupos da sociedade civil, contestem as evidências de pesquisa de forma construtiva, pois as evidências são organizadas nas revisões de maneira mais sistemática e transparente [5,6]

As duas primeiras vantagens descritas acima – a saber, a redução do viés e o aumento da precisão (para usar a terminologia dos pesquisadores) – só se aplicam às revisões sistemáticas dos impactos, algumas das quais incluem a síntese estatística dos resultados como uma etapa final. Nestes casos, as revisões são denominadas de *metanálises* [7].

Embora não sejam o foco principal deste artigo, as revisões sistemáticas são também cada vez mais utilizadas como as principais fontes de informação no esclarecimento dos problemas e no oferecimento de perspectivas complementares sobre as opções. As revisões sistemáticas também podem ser realizadas para:

- Estudos de bancos de dados administrativos e pesquisas na comunidade que ajudem a colocar os problemas em uma perspectiva comparada
- Estudos observacionais que ajudam a descrever os possíveis malefícios de uma opção, e
- Estudos qualitativos que ajudam a compreender os significados que as pessoas ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções funcionam, e os pontos de vistas (e experiências) das partes interessadas com relação a opções específicas

Estas questões são discutidas de forma mais detalhada no Artigo 4 desta série (o qual se concentra no processo de esclarecimento de um problema) e no Artigo 5 (que se concentra na estruturação de opções para resolver um problema) [8,9]. Existem muitas abordagens metodológicas que podem ser usadas em revisões sistemáticas das evidências de pesquisas qualitativas (ou em revisões sistemáticas das evidências de pesquisas qualitativas e quantitativas dentro da mesma revisão), incluindo um resumo narrativo, análise temática, teoria fundamentada, meta-etnografia, meta-estudo, síntese realista, análises cruzadas de casos, análise de conteúdo, um levantamento de caso, análise comparativa qualitativa, e metanálise Bayesiana [10,11].

Diversas restrições têm impedido uma maior utilização de revisões sistemáticas na formulação de políticas. A primeira restrição fundamental é o conhecimento limitado sobre o seu valor. Os formuladores de políticas exigem que evidências de pesquisas resumidas e as revisões sistemáticas sejam capazes de fornecer isto de uma maneira que seja tanto sistemática quanto transparente. Muitos pesquisadores e formuladores de políticas com influência nos sistemas de saúde inicialmente acreditavam que as revisões sistemáticas só poderiam incluir ensaios aleatórios controlados e exigiam alguma forma de síntese estatística [12]. Para eles, o valor dessas revisões estava somente na avaliação da eficácia das intervenções de saúde. Essa crença era sustentada por percepções equivocadas. A segunda restrição fundamental diz respeito à possibilidade de recuperação de tais revisões sistemáticas. Os formuladores de política precisam de acesso oportuno a revisões sistemáticas relevantes de alta qualidade que possam ser recuperadas usando a terminologia dos formuladores de política. Uma revisão sistemática dos fatores que influenciam o uso de evidências de investigação na formulação de políticas revelou que a escolha do momento oportuno aumentava a probabilidade de uma pesquisa ser usada por formuladores de políticas [6,13]. No passado, os formuladores de políticas não conseguiam fazer buscas em bancos de dados usando termos que eles conheciam [14], mas isto agora mudou, como veremos abaixo.

A terceira restrição fundamental diz respeito à facilidade de entendimento e interpretação de revisões sistemáticas. Os formuladores de políticas precisam ter acesso a resumos de revisões sistemáticas, de fácil utilização, que sejam escritos de maneiras que destacam o que eles precisam saber para esclarecer um problema ou descrever os custos e as consequências das opções para resolver tal problema. No passado, mesmo se as buscas fossem bem-sucedidas, eles possivelmente conseguiam ter acesso a resumos estruturados e revisões completas que eram escritas de uma

maneira que não destacava os tipos de informação que os formuladores de políticas buscavam [14]. Novamente, como explicamos abaixo, esta situação também mudou.

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem orientar os formuladores de política no processo de localização de revisões sistemáticas para fundamentar a elaboração de políticas:

1. Uma revisão sistemática é realmente tudo o que é necessário?
2. Quais bancos de dados e estratégias de busca podem ser usados para encontrar uma revisão sistemática relevante?
3. Quais alternativas estão disponíveis quando não for possível encontrar revisões sistemáticas relevantes?

1. Uma revisão sistemática é realmente tudo o que é necessário?

Antes de fazer uma busca por revisões sistemáticas, primeiro é necessário confirmar se uma revisão sistemática realmente representa o que é necessário. As revisões sistemáticas podem ser apropriadas se, por exemplo, uma pergunta que for feita, sobre uma política, abordar um arranjo específico do sistema de saúde ou um programa, serviço ou medicamento específico. Eles também podem ser úteis para estratégias específicas de implantação que sejam direcionadas para consumidores (por exemplo, cidadãos e usuários de serviços de saúde) ou para prestadores de serviços de saúde (com ou sem alguma especificação das pessoas, comparações e resultados de interesse). O Artigo 5 desta série descreve como estruturar perguntas relacionadas aos impactos das opções [8].

Mas, uma visão geral das revisões sistemáticas poderia fornecer informações úteis, se a questão sendo considerada estiver relacionada a uma categoria geral (ou várias categorias gerais) dos programas, serviços, medicamentos ou arranjos do sistema de saúde, ou estratégias de implantação. Uma síntese específica de revisões sistemáticas, por exemplo, foi considerada útil por muitos formuladores de políticas porque examinava os impactos de uma gama completa de opções que poderiam ser usadas para melhorar o fornecimento, distribuição, uso eficiente e desempenho dos prestadores de serviços de saúde [15]. Um resumo de políticas que se baseia em uma série de revisões sistemáticas também poderia vir a ser útil. Este seria o caso se a pergunta feita pelos formuladores de política abordar um gama de interesses que vão desde o esclarecimento de um problema, a definição de opções e a descrição dos seus custos e conseqüências, até considerações fundamentais da implantação. O banco de dados do PPD/CCNC (Program in Policy Decision-Making [Programa de Tomada de Decisões sobre Políticas]/Canadian Cochrane Network and Centre [Rede e Centro Cochrane do Canadá]) descrito abaixo pode ser útil para a localização de sínteses de revisões sistemáticas e resumos de políticas, bem como de revisões sistemáticas. Os

resumos de políticas são descritos de maneira mais detalhada no Artigo 13 desta série [16].

As revisões sistemáticas podem ser *inúteis,* se a pergunta estiver associada a evidências locais, tais como evidências locais sobre as limitações e realidades do local de interesse, os valores e crenças dos cidadãos, a dinâmica de poder do grupo de interesse, as limitações institucionais e os fluxos de financiamento dos doadores. O Artigo 11 aborda as considerações relacionadas à localização e uso de evidências locais para fundamentar a elaboração de políticas [17].

2. Quais bancos de dados e estratégias de busca podem ser usados para encontrar uma revisão sistemática relevante?

Quando for decidido que uma revisão sistemática é necessária, e quando a pergunta que a revisão precisa responder estiver relacionada aos impactos dos (ou, de maneira mais geral, ao que se sabe sobre os) arranjos do sistema de saúde, o banco de dados PPD/CNC pode ser priorizado como uma ferramenta de busca. Isto ocorre porque este banco de dados pode ser acessado de graça e se concentra especificamente nos arranjos do sistema de saúde, além de fornecer links para resumos de fácil utilização (e, na sua ausência, a resumos científicos) (ver Tabela 1 para uma descrição deste e de outros bancos de dados). O banco de dados possui tanto revisões sistemáticas que tratam das perguntas sobre os impactos *quanto* revisões sistemáticas que tratam de outros tipos de perguntas.

No entanto, se a pergunta que deveria ser respondida por uma revisão estiver relacionada à descrição dos impactos de programas, serviços ou medicamentos, ou das estratégias de implantação direcionadas para consumidores e prestadores de serviços de saúde, então os formuladores de políticas podem acessar dois bancos de dados normalmente mais usados por prestadores de serviços de saúde. (A seção de "Recursos", apresentada abaixo neste documento fornece links para os bancos de dados mencionados.) A Cochrane Library (Biblioteca Cochrane) – e especificamente o CDSR (*Cochrane Database of Systematic Reviews* = Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas) e o DARE (*Database of Reviews of Effects* = Banco de Dados de Revisões de Efeitos) contido no CDSR – só possui revisões sistemáticas que tratam de perguntas sobre os impactos (ver a Tabela 1). O PubMed possui revisões sistemáticas que são direcionadas para vários tipos de perguntas. Existem *hedges/parâmetros* (isto é, estratégias validadas de busca) disponíveis para auxiliar na localização de revisões sistemáticas no PubMed. Os hedges também são usados para localizar revisões sistemáticas em outros três bancos de dados: CINAHL, EMBASE, e PsycINFO (ver o Arquivo Adicional 2 mais adiante neste artigo).

É importante considerar dois pontos adicionais. Primeiramente, em qualquer um dos bancos de dados, os formuladores de políticas que desejam descrever os impactos, mas têm pouco tempo, talvez queiram dar prioridade às revisões produzidas pela Cochrane

Collaboration (também conhecida como revisões Cochrane reviews [revisões Cochrane]). Estas revisões foram consideradas como sendo de melhor qualidade e são atualizadas com mais frequência do que as revisões produzidas por outros grupos [18]. Em segundo lugar, embora as avaliações de tecnologia da saúde (ou ATS) *devam* normalmente incluir uma série de considerações econômicas, sociais, éticas e legais, assim como uma revisão das evidências de pesquisa sobre a eficácia de uma tecnologia, alguns relatórios ATS contêm uma revisão sistemática que pode ser aplicada a outros contextos, que não sejam aquele para o qual o relatório foi produzido.

A Tabela 2 fornece um exemplo de como os grupos de formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem trabalhar juntos para encontrar revisões para resolver um problema de alta prioridade.

3. Quais alternativas estão disponíveis quando não for possível encontrar revisões sistemáticas relevantes?

Apesar das melhorias na facilidade com que os formuladores de políticas podem pesquisar e encontrar revisões sistemáticas nos bancos de dados disponíveis, haverá casos pontuais em que nenhuma revisão poderá ser localizada. Se os formuladores de políticas forem capazes de esperar entre 6 e 18 meses (dependendo da complexidade da pergunta que for feita) e tiverem os recursos necessários, uma opção poderia ser solicitar a um grupo de pesquisadores experientes que elabore uma revisão sistemática [14]. No entanto, se o prazo disponível for menor do que este ou a quantidade de recursos for limitada, os formuladores de políticas podem, por outro lado, procurar por estudos individuais. Ao fazer isto, eles estarão essencialmente fazendo uma revisão por conta própria, e quanto mais sistematicamente isto for feito, melhor. Nestas situações, os formuladores de políticas podem levar em consideração as questões relacionadas à garantia de qualidade das revisões. Uma ferramenta baseada na internet que dá suporte a estas "avaliações rápidas de evidências" é descrita mais adiante neste documento, ao passo que um debate adicional sobre a qualidade das revisões é apresentado no Artigo 8 [2].

Bancos de dados específicos também podem ser priorizados durante a busca por estudos individuais. O PubMed, o qual inclui mais de 20 milhões de registros, é normalmente um bom ponto de partida. Nas buscas feitas no PubMed, podem ser usados hedges (parâmetros) para limitar as buscas aos tipos de estudos mais relevantes para um tipo específico de pergunta. Os hedges também estão disponíveis para outros bancos de dados. (Por favor, consulte a seção de "Recursos" deste documento para ver uma lista de links para hedges que são especialmente relevantes para os formuladores de políticas.)

Alguns formuladores de política só exigirão este nível básico de detalhe relacionado à localização de revisões sistemáticas ou estudos individuais se eles tiverem acesso a bancos de dados com assinatura, e se eles forem capazes de contar com a experiência

dos bibliotecários (Por favor, consulte o Arquivo Adicional 2 para ver uma lista de bancos de dados com acesso por assinatura). Isto pode ser feito dentro da sua própria organização ou por meio de colegas em outras universidades e contextos. Resumimos detalhes adicionais sobre bancos de dados de alta-prioridade onde é possível procurar por revisões sistemáticas, incluindo seu conteúdo, como elas podem ser procuradas, e quais informações são obtidas a partir dos resultados de busca (ver a Tabela 1). Isto é particularmente útil para os formuladores de políticas que querem ter acesso a informações adicionais a fim de estabelecer expectativas claras entre aqueles que os apóiam, bem como para os formuladores de políticas e bibliotecários que farão as buscas por conta própria.

Vale a pena observar dois pontos adicionais. Primeiramente, tem havido um crescimento constante no número de grupos e organizações que fornecem resumos de fácil utilização, os quais destacam as informações relevantes para a tomada de decisão contidas em revisões sistemáticas. Estes resumos são geralmente um excelente ponto de partida para os formuladores de políticas (o Artigo 13 apresenta detalhes adicionais sobre estes resumos [16]). Em segundo lugar, foram identificados termos para o PubMed com o objetivo de ajudar com a identificação de revisões sistemáticas e estudos que se concentram em países de renda baixa e média. Isto é especialmente útil para os formuladores de políticas que estão localizados nestes países. (O Arquivo Adicional 3 ao final deste artigo fornece uma lista de termos que podem ser usados em buscas por revisões sistemáticas ou estudos que se concentram nestes países.)

Embora muitas das bases de dados priorizadas acima ofereçam acesso on-line gratuito, este acesso geralmente não inclui revisões sistemáticas de texto completo. Nestes casos, os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam (e os bibliotecários) precisarão usar os mecanismos que foram criados para permitir o acesso gratuito ou de baixo custo às revisões sistemáticas de texto completo, as quais foram identificadas por eles nas suas pesquisas nos bancos de dados (ver a Tabela 3 para ver uma lista destes mecanismos).

Existem três opções-chave disponíveis:

1. O HINARI (*Health Inter Network Access to Research Initiative* = Acesso Intra Rede de Saúde a Iniciativas de Pesquisa), o qual fornece, às instituições em países de renda baixa, acesso gratuito a diversos estudos e revisões publicados
2. A Cochrane Library, a qual oferece acesso gratuito às revisões Cochrane em países de renda baixa e em países com uma assinatura nacional, e
3. Revistas especializadas que disponibilizam seu conteúdo gratuitamente assim que são publicadas ou após um período definido (por exemplo, um ano)

Três métodos adicionais merecem ser mencionados. Pode valer a pena identificar a instituição onde os autores de uma revisão estão lotados, caso eles tenham disponibilizado tal revisão gratuitamente no site da instituição destes autores. Talvez também seja possível entrar em contato com os autores diretamente por e-mail.

Finalmente, o Google Acadêmico pode ser usado para encontrar uma revisão de texto completo, caso a revisão seja de domínio público e a correta citação seja conhecida.

CONCLUSÃO

As revisões sistemáticas são cada vez mais vistas como uma das principais fontes de informação para fundamentar a formulação de políticas, especialmente na assistência com a estruturação de opções e descrição dos impactos de tais opções. Elas também são usadas para auxiliar com uma série de perguntas sobre um problema, opções para resolver tal problema, e considerações de implantação. O banco de dados PPD/CCNC é uma boa fonte para a localização de revisões sistemáticas que são dirigidas para uma série de perguntas sobre arranjos do sistema de saúde, assim como sínteses de revisões sistemáticas e resumos de política. A Cochrane Library (especialmente o CDSR [Cochrane Database of Systematic Reviews] e o DARE [Database of Reviews of Effects]) e o PubMed são ambos boas fontes de revisões sistemáticas que tratam de perguntas sobre os impactos dos programas, serviços e medicamentos. Quando não for possível localizar revisões sistemáticas e houver disponibilidade de prazo e de recursos, os formuladores de políticas podem encomendar uma revisão sistemática ou fazer sua própria avaliação rápida de evidências.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

McKibbon A, Wyer P, Jaeschke R, Hunt D. Finding the evidence. In Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ (Editors). Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Second Edition. New York: McGraw Hill Medical, 2008; pp. 29-58

Links para websites

Banco de dados PPD/CCNC (*Program in Policy Decision-making* = Programa para Tomada de Decisões sobre Políticas/*Canadian Cochrane Network and Centre* = Centro e Rede Canadense Cochrane): www.researchtopolicy.ca/search/reviews.aspx – Fonte de revisões sistemáticas de estudos sobre os arranjos do sistema de saúde (benefícios, malefícios, características fundamentais e as opiniões e experiências das partes interessadas)

CDSR (*Cochrane Library's Cochrane Database of Systematic Reviews* = Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas da Biblioteca Cochrane) e DARE (*Database of Abstracts of Reviews of Effects* = Base de Dados de Revisões de Efeitos): www.thecochranelibrary.com e www.york.ac.uk/inst/crd/signup_form.htm (para se

inscrever para atualizações eletrônicas do DARE) – Fonte de revisões sistemáticas de programas, serviços e medicamentos (incluindo benefícios e possíveis malefícios), bem como avaliações das tecnologias da saúde, que às vezes contêm revisões sistemáticas

PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed e www.ncbi.nlm.nih.gov/corehtml/query/static/clinical.shtml#reviews (para usar o "hedge" [parâmetro] para revisões) – Fonte de revisões sistemáticas que abordam uma série de perguntas, bem como estudos individuais

Health Information Research Unit (Unidade de Pesquisa de Informações de Saúde): http://hiru.mcmaster.ca/hiru/hiru_hedges_home.aspx – Fonte de "hedges" (ou seja, estratégias validadas de busca) para localizar revisões sistemáticas e vários tipos de estuods

Rapid Evidence Assessment Toolkit (Kit de Ferramentas de Avaliação Rápida de Evidências): www.gsr.gov.uk/professional_guidance/rea_toolkit/index.asp – kit de ferramentas baseado na internet, cujo objetivo é auxiliar os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam a encontrar e usar evidências de pesquisa da maneira mais abrangente possível, dentro de prazos bastante curtos, incluindo um resumo das diferenças entre uma avaliação rápida de evidências e uma revisão sistemática e quando uma avaliação rápida de evidências poderá ser usada

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, JG, MJ, JAB, SL e AF contribuíram com a elaboração do esboço e com a revisão.

AGRADECIMENTOS

Por favor, veja, na Introdução desta série, os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com esta série. Além disto, gostaríamos de agradecer a Andrew Booth e Julie Glanville pelos comentários úteis em uma versão prévia deste Artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

3. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

4. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

5. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

7. Egger M, Smith GD, O'Rourke K: **Rationale, potentials, and promise of systematic reviews.** In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context*. Edited by Egger M, Smith GD, Altman DG. London: BMJ Books; 2001:3-19.

8. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S5)**.

9. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

10. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A: **Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**45-53.

11. Mays N, Pope C, Popay J: **Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10 Suppl 1:**6-20.

12. Petticrew M: **Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions.** *BMJ* 2001, **322:**98-101.

13. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7:**239-44.

14. Lavis JN, Davies HT, Gruen RL, Walshe K, Farquhar CM: **Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more**

useful to healthcare managers and policy makers. *Healthc Policy* 2006, **1:**21-33.

15. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S: **Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **371:**668-74.

16. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

17. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

18. Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG: **Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews.** *PLoS Med* 2007, **4:**e78.

19. Montori VM, Wilczynski NL, Morgan D, Haynes RB: **Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey.** *BMJ* 2005, **330:**68.

20. Aaserud M, Austvoll-Dahlgren A, Sturm H, Kosters JP, Hill S, Furberg CD, *et al*: **Pharmaceutical policies: Effects of rational drug use, an overview of 13 reviews (Protocol).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.

21. Lagarde M, Palmer N: *Evidence From Systematic Reviews to Inform Decision Making Regarding Financing Mechanisms that Improve Access to Health Services for Poor People: A Policy Brief Prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth).* Geneva, World Health Organization. 2006.

22. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, *et al*: **Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions.** *Med Care* 2001, **39:**II2-45.

23. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB: **Optimal CINAHL search strategies for identifying therapy studies and review articles.** *J Nurs Scholarsh* 2006, **38:**194-9.

24. Wilczynski NL, Haynes RB: **EMBASE search strategies achieved high sensitivity and specificity for retrieving methodologically sound systematic reviews.** *J Clin Epidemiol* 2007, **60:**29-33.

25. Eady AM, Wilczynski NL, Haynes RB: **PsycINFO search strategies identified methodologically sound therapy studies and review articles for use by clinicians and researchers.** *J Clin Epidemiol* 2008, **61:**34-40.

FIGURA 1. COMO LOCALIZAR E AVALIAR REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA FUNDAMENTAR A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

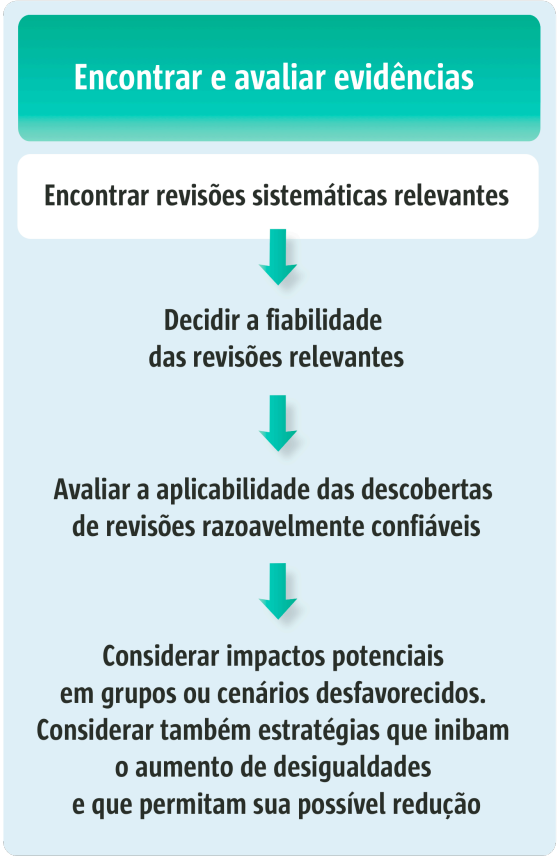


TABELA 1. BANCOS DE DADOS PARA A BUSCA POR REVISÕES SISTEMÁTICAS

Banco de dados	Comentários
Banco de dados PPD/CCNC	**Características** • Acesso gratuito on-line • Concentra-se exclusivamente em arranjos de gestão, de finanças e de fornecimento dentro dos sistemas de saúde • Contém as revisões Cochrane de impactos, outras revisões de impactos, e revisões que abordam outros tipos de perguntas (por exemplo, revisões de estudos qualitativos), assim como sínteses de revisões sistemáticas e resumos de política • Oferece links para resumos de fácil utilização (quando existentes) e para resumos científicos **O que inclui?** • Revisões sistemáticas que abordam qualquer tipo de pergunta sobre arranjos de gestão, de finanças e de fornecimento no âmbito dos sistemas de saúde • Sínteses que identificam e resumem as diversas revisões sistemáticas que abordam um desafio ou questão específica dos sistemas de saúde **Como pode ser pesquisado/a?** • Tipo de arranjo de gestão, de finanças e de fornecimento (clicando na categoria relevante) • Tipo de revisão sistemática, especialmente a revisão de impactos, a revisão Cochrane de impactos, e revisões que abordem outro tipo de pergunta • Tipo de síntese, especialmente o resumo de política, escrito principalmente para os formuladores de políticas e uma síntese das revisões sistemáticas, escrita principalmente para os pesquisadores **Quais recursos são fornecidos para os resultados de busca?** • Link(s) para um resumo de fácil utilização que destaca as informações relevantes para a tomada de decisões (se disponível) – Australasian Cochrane Centre (ACC) Policy Liaison Initiative (Iniciativa de Coordenação de Política do ACC [Centro Cochrane da Australásia]) (principalmente para formuladores de políticas na Austrália)

Banco de dados	Comentários
	– DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects = Banco de Dados de Resumos de Revisões de Efeitos) (principalmente para prestadores de serviços de saúde, mas sem limitações propriamente ditas) – Effective Health Care Research Programme Consortium (Consórcio do Programa de Pesquisas Efetivas em Atendimento de Saúde) (principalmente para prestadores de serviços de saúde em países de renda baixa e média) – Health-evidence.ca (principalmente para profissionais do serviço público de saúde e formuladores de políticas) – Reproductive Health Library (Biblioteca de Saúde Reprodutiva) (principalmente para formuladores de políticas e profissionais de saúde reprodutiva) – Rx for Change (Receita para Mudança) (principalmente para formuladores de políticas interessados em influenciar o comportamento dos responsáveis pela emissão de receitas ou dos prestadores de serviços de saúde de forma mais geral) – SUPPORT (principalmente para formuladores de políticas em países de renda baixa e média) • Link(s) para um resumo científico (quando disponível) • Link(s) para o texto completo (o que poderá exigir a inscrição ou o pagamento de uma taxa de acesso)
Cochrane Library (Biblioteca Cochrane)	**Características** • Versão on-line (com revisões de texto completo) acessível gratuitamente • Contém revisões Cochrane de impactos com foco na saúde (CDSR [Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas]) e outras revisões de impactos (DARE [Banco de Dados de Resumos de Revisões de Efeito] e HTAD [Banco de Dados de Avaliações de Tecnologia da Saúde]) • O CDSR oferece acesso a resumos científicos e sumários de fácil utilização (voltados para leigos). O DARE oferece links para sumários de fácil utilização, e o HTAD oferece acesso a resumos científicos estruturados **O que inclui?** • Revisões sistemáticas que são direcionadas para perguntas sobre os impactos de intervenções de saúde da população/públicas e do sistema/serviço de saúde, além

Banco de dados	Comentários
	de avaliações de tecnologias da saúde (muitas das quais conterão uma revisão sistemática) **Como pode ser pesquisado/a?** • A pesquisa ou busca pode ser feita em toda a Cochrane Library ou (separadamente) em um dos três bancos de dados mais relevantes que a compõem – CDSR (Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas) (revisões sistemáticas dos impactos produzidos pelos membros da Cochrane Collaboration de acordo com padrões definidos) – DARE (revisões sistemáticas dos impactos, sem restrição para quem os produziu): É importante observar que a versão mais atualizada deste banco de dados pode ser pesquisada separadamente e a maioria das revisões tem um resumo de fácil utilização preparado pelo CRD (*Centre for Reviews and Dissemination* = Centro para Revisões e Disseminação) – HTAD (avaliações de tecnologia da saúde, as quais podem conter uma revisão sistemática): É importante observar que a versão mais atualizada deste banco de dados pode ser pesquisada separadamente e a maioria das revisões tem um resumo do objetivo da avaliação da tecnologia da saúde preparado pelo CRD e um link para o texto completo (o qual normalmente não exige a inscrição ou pagamento de taxa de acesso) **Quais recursos são fornecidos para os resultados de busca?** • Um sumário de fácil utilização que destaca as informações relevantes para a tomada de decisões para todas as revisões no DARE (com algum retardo, dependendo da carga de trabalho da equipe) • Um sumário para leigos de todas as revisões Cochrane • Um resumo científico para todas as revisões Cochrane • Link(s) para o texto completo para todas as revisões Cochrane (exige uma inscrição ou pagamento de taxa de acesso)
PubMed/ MEDLINE	**Características** • Acesso gratuito on-line • Contém vários tipos de estudos direcionados para a saúde, e não apenas revisões sistemáticas Existe um hedge (parâmetro) disponível para a localização de

Banco de dados	Comentários
	revisões sistemáticas (incluindo as revisões Cochrane) • Contém somente artigos revisados por pares (ou seja, sem literatura cinza) • Oferece links para resumos científicos somente **O que inclui?** • Estudos e revisões sistemáticas que sejam dirigidos para qualquer tipo de pergunta que possa ser tratada na literatura de saúde da população/pública, do sistema/serviço de saúde, clínica e biomédica **Como pode ser pesquisado/a?** • Pela combinação dos termos de conteúdo E ("AND", em inglês) os termos que resultarão em revisões sistemáticas, sendo que os termos aqui selecionados têm o objetivo de equilibrar a sensibilidade e a especificidade de uma busca (com mais ênfase na especificidade, ao invés da sensibilidade) [19] – Cochrane Database Syst Rev [TA] OR search[Title/Abstract] OR meta-analysis[Publication Type] OR MEDLINE[Title/Abstract] OR (systematic[Title/Abstract] AND review[Title/Abstract]) (Cochrane Database Syst Rev [TA] OU busca[Título/Resumo] OU metanálise[Tipo de Publicação] OU MEDLINE[Título/Resumo] OU ([Título/Resumo]sistemático E revisão[Título/Resumo]) • Também, se possível, fazer a combinação com termos que identificarão as revisões sistemáticas e os estudos direcionados para regiões ou jurisdições específicas (por exemplo, países de renda baixa e média) – Ver o Arquivo Adicional 3 **Quais recursos são fornecidos para os resultados de busca?** • Um resumo científico (se disponível) • Link(s) para o texto completo (o que poderá exigir a inscrição ou o pagamento de uma taxa de acesso) **Notas** • Existem versões do MEDLINE que exigem a inscrição (por exemplo, OVID/MEDLINE) • O PubMed contém diversos tipos de estudos direcionados para a saúde, não apenas estudos de impactos, e hedges (parâmetros) estão disponíveis para diversos tipos de estudos

TABELA 2. COMO LOCALIZAR REVISÕES PARA APOIAR O USO GENERALIZADO DE TERAPIA COMBINADA À BASE DE ARTEMISININA PARA O TRATAMENTO DA MALÁRIA

As equipes EVIPNet (*Evidence-Informed Policy Network* = Rede de Políticas Fundamentadas em Evidência) de formuladoes de política e pesquisadores de sete países da África queriam lidar rapidamente com diversas categorias gerais de arranjos do sistema de saúde que poderiam ser usadas para apoiar o uso generalizado da ACT (*artemisin-based combination therapy* = terapia combinada à base de artemisina). Sua busca identificou três sínteses de revisões sistemáticas. A primeira síntese ainda estava em andamento e se concentrava nos impactos de arranjos específicos de gestão relacionados a medicamentos controlados como a ACT [20]. A segunda síntese se concentrava nos impactos de arranjos financeiros alternativos nos sistemas de saúde de modo mais geral [21]. E a terceira síntese concluída se concentrava nos impactos de configurações alternativas de HRH (*human resources for health* = recursos humanos para a saúde) [15]. A sua busca também identificou uma síntese de revisões sistemáticas dos impactos de estratégias de implantação voltadas para os prestadores de serviços de saúde [22].

Após ler as sínteses das revisões sistemáticas, as equipes de pesquisadores/formuladores de políticas fizeram uma busca por revisões sistemáticas em domínios não abrangidos pelas sínteses. Eles encontraram:

1. Duas revisões sistemáticas sobre arranjos de gestão. Uma delas estava voltada para os impactos do envolvimento de consumidores na tomada de decisões e a segunda abordava os arranjos de gestão relacionados ao setor privado (entretanto, a última revisão não é uma revisão de impactos propriamente dita)
2. Seis revisões sistemáticas dos impactos de arranjos financeiros específicos, incluindo incentivos para pacientes (ou seja, transferências condicionais de dinheiro), incentivos para as pessoas responsáveis por receitar medicamentos, incentivos para os médicos – arranjos de remuneração em geral, contratações junto ao setor privado para melhorar o fornecimento de serviços de saúde, determinação de preços de referência e outras políticas de precificação e aquisição, assim como uma revisão sistemática sobre o que se sabe sobre os arranjos financeiros dentro do setor privado (mais uma vez, este último estudo não foi uma revisão de impactos propriamente dita), e
3. Cinco revisões sistemáticas dos impactos de configurações específicas de recursos humanos para a saúde, incluindo o tratamento em casa, agentes de saúde leigos, e o aumento da função dos farmacêuticos ambulatoriais e enfermeiros *ou* profissionais de enfermagem ao invés de médicos. Além disto, foi encontrada uma revisão sistemática sobre as atividades de vendedores de medicamentos e como a prática deles pode ser melhorada (esta também não foi uma revisão de impactos propriamente dita)

Considerando que as diretrizes para o tratamento da malária de 2006 da OMS eram baseadas em uma busca abrangente por revisões sistemáticas sobre os impactos de medicamentos antimaláricos, as equipes conseguiram limitar suas buscas adicionais ao período que se seguiu. Foram encontradas seis revisões sistemáticas sobre medicamentos antimaláricos (publicadas em 2006 ou 2007) e também foi encontrada uma revisão sistemática sobre medicamentos antimaláricos embalados em doses unitárias.

As buscas feitas pelas equipes também permitiram que elas complementassem a síntese das revisões sistemáticas dos impactos das estratégias de implantação com várias revisões sistemáticas adicionais dos impactos de diferentes estratégias para alcançar os resultados desejados. Estes resultados incluíam a disseminação e implantação de diretrizes, a implantação de diretrizes especificamente entre profissionais de saúde aliados, com influência sobre a emissão de receitas e a distribuição, a mudança do uso dos medicamentos, a melhoria da emissão de receitas de antibióticos no atendimento ambulatorial e em hospitais, e a melhoria da adesão à medicação. Também foram encontradas sete revisões sistemáticas sobre os impactos de estratégias específicas para a promoção de mudanças, incluindo auditorias e feedbacks, suporte informatizado para a determinação da dosagem de medicamentos, reuniões de educação continuada, visitas de conscientização, formadores de opinião locais, campanhas de mídia de massa, e esforços sob medida para identificar obstáculos à mudança.

As equipes não encontraram qualquer revisão sistemática de estudos que examinassem a viabilidade e aceitação da ACT para o tratamento em casa da malária. Assim, eles fizeram uma busca por estudos individuais sobre este assunto. Foi encontrado um estudo que foi feito em quatro locais da África e tinha sido publicado no *Malaria Journal*.

TABELA 3. MECANISMOS PARA CONSULTA DE REVISÕES SISTEMÁTICAS DE TEXTO GRATUITAMENTE OU POR UM CUSTO BAIXO, APÓS A IDENTIFICAÇÃO POR MEIO DE BUSCAS EM BANCOS DE DADOS

Mecanismo	Comentários
HINARI	**Quem pode usar?** • Instituições em países selecionados de renda baixa e média têm direito a acesso gratuito ou de baixo custo. Para verificar se uma instituição já está registrada ou se uma instituição está localizada em um país que tem direito ao acesso gratuito ou de baixo custo, visite: HINARI **Como é possível acessar?** • Uma instituição deve fazer o cadastro e então será concedido acesso ilimitado a todos os seus funcionários • Por outro lado, se for reconhecido que um computador está localizado em um país autorizado, os usuários • Podem acessar o link Highwire Free Access for Developing Countries (o qual inclui o HINARI e outros recursos selecionados) **Quais recursos são fornecidos para os resultados de pesquisa?** • Um resumo científico e um artigo de texto completo para todas as revistas especializadas incluídas
Cochrane Library (Biblioteca Cochrane)	**Quem pode usar?** • Instituições em países selecionados têm acesso gratuito – para verificar se um país (ou região) é abrangido por um programa para países de renda baixa ou se uma inscrição é exigida, visite: Cochrane Library **Como é possível acessar?** • Detalhes sobre o acesso específico do país ou da região estão disponíveis no mesmo site **Quais recursos são fornecidos para os resultados de pesquisa?** • Um resumo científico, sumário leigo, e revisão de texto completo para todas as revisões Cochrane, assim como algum tipo de sumário para os três bancos de dados mais relevantes descritos na Tabela 1, os quais fazem parte da Cochrane Library **Nota**

Mecanismo	Comentários
	• A Cochrane Library também pode ser acessada através do HINARI
Revistas Especializadas	**Quem pode usar?** • Qualquer pessoa **Como é possível acessar?** • Sites de editoras de revistas especializadas com acesso livre – BioMed Central (revistas especializadas, começando com a BMC e outras revistas seletas) – OpenJournals Publishing (diversas revistas especializadas, começando com a "South African" e outras revistas seletas) – Public Library of Sciences (revistas especializadas, começando com a PLoS) – SciELO (Scientific Electronic Library Online = Biblioteca Eletrônica Científica On-line) (diversas revistas especializadas da América Latina e do Caribe) • Diretórios de acesso livre e/ou revistas especializadas gratuitas – Director of Open Access Journals (Diretório de Revistas Especializadas de Acesso Livre) – Free Medical Journals (Revistas Médicas Gratuitas) – Open J-Gate • Locais de armazenamento através dos quais as editoras de revistas especializadas disponibilizam artigos (geralmente após um prazo definido) – PubMed Central – Bioline International (revistas especializadas do Brasil, Cuba, Índia, Indonésia, Quênia, África do Sul, Uganda, Zimbábue) **Quais recursos são fornecidos para os resultados de pesquisa?** • Um resumo científico e um artigo de texto completo para todas as revistas especializadas incluídas

ARQUIVO ADICIONAL 2. BANCOS DE DADOS QUE EXIGEM UMA ASSINATURA DE ACESSO E, IDEALMENTE, O APOIO DE UM BIBLIOTECÁRIO

Banco de dados	Comentários
CINAHL	**O que é?** • Revisões sistemáticas e estudos que tratem de qualquer tipo de questão (isto é, não apenas revisões e estudos de impactos) que possa ser abrangida pela literatura de enfermagem e de saúde aliada **Como são feitas as buscas no CINAHL?** • Combine termos de conteúdo E os termos que produzirão revisões sistemáticas, com os termos selecionados aqui, cujo objetivo é melhorar a sensibilidade e especificidade de uma busca [23] – Os intervalos de confiança (no Cabeçalho exato do assunto de MH) OU "dt" (na palavra no Cabeçalho principal do assunto) OU Revisão sistemática (em um Tipo de publicação PT) (na CINAHL fornecida pela EBSCO) • Se possível, combine também com termos que irão identificar as revisões sistemáticas e os estudos que se concentram em regiões ou jurisdições específicas (por exemplo, países de baixa e média renda per capita) **Quais recursos são fornecidos para os resultados da busca?** • Um resumo científico (quando disponível)

Banco de dados	Comentários
EMBASE	**O que é?** • Revisões sistemáticas e estudos que tratem de qualquer tipo de questão que possam ser abrangida pela literatura biomédica e clínica **Como são feitas as buscas no EMBASE?** • Combine termos de conteúdo E os termos que produzirão revisões sistemáticas, com os termos selecionados aqui, cujo objetivo é melhorar a sensibilidade e especificidade de uma busca [24] • Meta-analys:.mp. OU search:.tw. OU review.pt. (no EMBASE fornecido pela Ovid) • Se possível, combine também com termos que irão identificar as revisões sistemáticas e os estudos que se concentram em regiões ou jurisdições específicas (por exemplo, países de baixa e média renda per capita) **Quais recursos são fornecidos para os resultados da busca?** • Um resumo científico (quando disponível)
PsycINFO	**O que é?** • Revisões sistemáticas e estudos que tratem de qualquer tipo de questão que possa ser abrangida pela literatura de psicologia **Como são feitas as buscas no PsycINFO?** • Combine termos de conteúdo E os termos que produzirão revisões sistemáticas, com os termos selecionados aqui, cujo objetivo é melhorar a sensibilidade e especificidade de uma busca [25] – Control:.tw. OU effectiveness.tw. OU risk:.tw. (no PsycINFO fornecido pela Ovid) • Se possível, combine também com termos que irão identificar as revisões sistemáticas e os estudos que se concentram em regiões ou jurisdições específicas (por exemplo, países de baixa e média renda per capita) **Quais recursos são fornecidos para os resultados da busca?** • Um resumo científico (quando disponível)

Banco de dados	Comentários
Outros bancos de dados para os quais ainda não foram desenvolvidos filtros de metodologia ideais para revisões sistemáticas	**Interfaces específicas de uma região com vários dos bancos de dados supracitados** • Virtual Health Library (Região da América Latina e Caribe) **Bancos de dados regionais** • African Index Medicus • African Journals Online • Índice Medicus para a Região do Leste do Mediterrâneo da OMS • Index Medicus for South-East Asian Region • LILACS (Região da América Latina e Caribe) • Western Pacific Region Index Medicus **Bancos de dados com áreas disciplinares específicas de concentração** • EconLit (Economia) • International Bibliography of the Social Sciences (Ciências Sociais) • International Politicl Science Abstract (Ciência Política) • ISI Web of Science (Artes e humanística, ciências e ciências sociais – índices de citações) • PAIS (Public Affairs Information Service) International (Assuntos públicos) • Sociological Abstracts (Sociologia) • Wilson Business Abstracts (Administração) • Worldwide Political Science Abstracts (Ciência Política) **Bancos de dados de condições/doenças** • TropIKA (Doenças tropicais)

ARQUIVO ADICIONAL 3. TERMOS QUE IDENTIFICARÃO, NA OVID MEDLINE, ESTUDOS QUE MENCIONAM PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA PER CAPITA

1. Developing Countries (Países em Desenvolvimento)/
2. Medically Underserved Area (Área com Atendimento de Saúde Precário)/
3. Africa (África)/ ou "Africa South of the Sahara" ("África ao Sul do Saara")/ ou Asia (Ásia)/ ou South America (América do Sul)/ ou Latin America (América Latina)/ ou Central America (América Central)/
4. (Africa or Asia or South America or Latin America or Central America [África ou Ásia ou América do Sul ou América Latina ou América Central]).tw.
5. (American Samoa or Argentina or Belize or Botswana or Brazil or Bulgaria or Chile or Comoros or Costa Rica or Croatia or Dominica or Equatorial Guinea or Gabon or Grenada or Hungary or Kazakhstan or Latvia or Lebanon or Libya or Lithuania or Malaysia or Mauritius or Mexico or Micronesia or Montenegro or Oman or Palau or Panama or Poland or Romania or Russia or Seychelles or Slovakia or South Africa or "Saint Kitts and Nevis" or Saint Lucia or "Saint Vincent and the Grenadines" or Turkey or Uruguay or Venezuela or Yugoslavia).mp. or Guinea.tw. or Libia.tw. or libyan.tw. or Mayotte.tw. or Northern Mariana Islands.tw. or Russian Federation.tw. or Samoa.tw. or Serbia.tw. or Slovak Republic.tw. or "St Kitts and Nevis".tw. or St Lucia.tw. or "St Vincent and the Grenadines".tw. = (Samoa Americana ou Argentina ou Belize ou Botsuana ou Brasil ou Bulgária ou Chile ou Comores ou Costa Rica ou Croácia ou Dominica ou Guiné Equatorial ou Gabão ou Granada ou Hungria ou Cazaquistão ou Letônia ou Líbano ou Líbia ou Lituânia ou Malásia ou Maurício ou México ou Micronésia ou Montenegro ou Omã ou Palau ou Panamá ou Polônia ou Romênia ou Rússia ou Seychelles ou Eslováquia ou África do Sul ou São Cristóvão e Névis ou Santa Lúcia ou "São Vicente e Granadinas" ou Turquia ou Uruguai ou Venezuela ou Iugoslávia).mp ou Guinea.tw ou Líbia.tw ou líbio.tw ou Mayotte.tw ou Ilhas Marianas do Norte.tw ou Federação Russa.tw ou Samoa.tw ou Sérvia.tw ou República Eslovaca.tw ou "São Cristóvão e Névis".tw ou Santa Lúcia.tw ou "São Vicente e Granadinas".tw. [UMIC]
6. (Albania or Algeria or Angola or Armenia or Azerbaijan or Belarus or Bhutan or Bolivia or "Bosnia and Herzegovina" or Cameroon or China or Colombia or Congo or Cuba or Djibouti or Dominican Republic or Ecuador or Egypt or El Salvador or Fiji or "Georgia (Republic)" or Guam or Guatemala or Guyana or Honduras or Indian Ocean Islands or Indonesia or Iran or Iraq or Jamaica or Jordan or Lesotho or "Macedonia (Republic)" or Marshall Islands or Micronesia or Middle East or Moldova or Morocco or Namibia or Nicaragua or Paraguay or Peru or Philippines or Samoa or Sri Lanka or Suriname or Swaziland or Syria or Thailand or Tonga or Tunisia or Turkmenistan or Ukraine or Vanuatu).mp. or Bosnia.tw. or Cape Verde.tw. or Gaza.tw. or Georgia.tw. or Kiribati.tw. or Macedonia.tw. or Maldives.tw. or Marshall Islands.tw. or Palestine.tw. or Syrian Arab Republic.tw. or West Bank.tw. = Albânia ou Argélia ou Angola ou Armênia ou Azerbaijão ou Bielo-Rússia ou Butão ou Bolívia ou "Bósnia e Herzegovina" ou Camarões ou China ou Colômbia ou Congo ou Cuba ou Djibuti ou República

Dominicana ou Equador ou Egito ou El Salvador ou Fiji ou “Geórgia (República)” ou Guam ou Guatemala ou Guiana ou Honduras ou Ilhas do Oceano Índico ou Indonésia ou Irã ou Iraque ou Jamaica ou Jordânia ou Lesoto ou “Macedônia (República)” ou Ilhas Marshall ou Micronésia ou Oriente Médio ou Moldávia ou Marrocos ou Namíbia ou Nicarágua ou Paraguai ou Peru ou Filipinas ou Samoa ou Sri Lanka ou Suriname ou Suazilândia ou Síria ou Tailândia ou Tonga ou Tunísia ou Turcomenistão ou Ucrânia ou Vanuatu).mp. ou Bósnia.tw. ou Cabo Verde.tw. ou Gaza.tw. ou Geórgia.tw. ou Kiribati.tw. ou Macedônia.tw. ou Maldivas.tw. ou Ilhas Marshall.tw. ou Palestina.tw. ou República Árabe da Síria.tw ou Cisjordânia.tw. [LMIC]
7. (Afghanistan or Bangladesh or Benin or Burkina Faso or Burundi or Cambodia or Central African Republic or Chad or Comoros or “Democratic Republic of the Congo” or Cote d'Ivoire or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Ghana or Guinea or Guinea-Bissau or Haiti or India or Kenya or Korea or Kyrgyzstan or Laos or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mauritania or Melanesia or Mongolia or Mozambique or Myanmar or Nepal or Niger or Nigeria or Pakistan or Papua New Guinea or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or Sudan or Tajikistan or Tanzania or East Timor or Togo or Uganda or Uzbekistan or Vietnam or Yemen or Zambia or Zimbabwe).mp. or Burma.tw. or Congo.tw. or Kyrgyz.tw. or Lao.tw. or North Korea.tw. or Salomon Islands.tw. or Sao Tome.tw. or Timor.tw. or Viet Nam.tw. = (Afeganistão ou Bangladesh ou Benin ou Burkina Faso ou Burundi ou Camboja ou República Africana Central ou Chade e Comores, ou “República Democrática do Congo” ou Costa do Marfim ou Eritréia ou Etiópia ou Gâmbia ou Gana ou Guiné ou Guiné-Bissau ou Haiti ou Índia ou Quênia ou Coréia ou Quirguistão ou Laos ou Libéria ou Madagascar ou Malawi ou Mali ou Mauritânia ou Melanésia ou Mongólia ou Moçambique ou Mianmar ou Nepal ou Níger ou Nigéria ou Paquistão ou Papua Nova Guiné ou Ruanda ou Senegal ou Serra Leoa ou Somália ou Sudão ou Tajiquistão ou Tanzânia ou Timor Leste ou Togo ou Uganda ou Uzbequistão ou Vietnã ou Iêmen ou Zâmbia ou Zimbábue).mp. ou Burma.tw. ou Congo.tw. ou Quirg.tw. ou Lao.tw. ou Coréia do Norte.tw. ou Ilhas Salomão.tw. ou São Tomé.tw. ou Timor.tw. ou Vietnã.tw. [LIC]
8. ((rural or remote or nonmetropolitan or underserved or under served or deprived or shortage) adj (communit$ or count$ or area? or region? or province? or district?)).tw. = ((rural ou remota ou não-metropolitana ou sub-servida ou subservida ou carente ou escassez) adj (comunidad$ ou condad$ ou área? ou região? ou província? ou distrito?))
9. ((developing or less$ developed or third world or under developed or poor$) adj (communit$ or count$ or district? or state? or province? or jurisdiction? or nation? or region? or area? or territor$)).tw. = ((em desenvolvimento ou menos$ desenvolvido ou de terceiro mundo ou subdesenvolvido ou pobre$) adj (comunidade$ ou condado$ ou distrito? ou estado? ou província? ou jurisdição? ou nação? ou região? ou área? ou território$)).tw
10. ((middle income or low income or underserved or shortage) adj (communit$ or count$ or district? or state? or province? or jurisdiction? or nation? or region? or area? or territor$)).tw. = ((de média renda ou baixa renda ou carente ou com escassez) adj (comunidade$ ou condado$ ou distrito? ou estado? ou província? ou jurisdição? ou nação? ou região? ou área? ou território$)).tw

11. (lmic ou lmics).tw.

12. ou/1-11

Nota

1. O filtro é baseado na lista de países do Banco Mundial para economias de renda mais elevada e renda média (UMIC, na sigla em inglês), economias de renda baixa e média (LMIC, na sigla em inglês) e economias de baixa renda (LIC, na sigla em inglês), a qual está disponível na seguinte URL: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html

8. Decidindo até que ponto uma revisão sistemática pode ser considerada confiável

Simon Lewin[1], Andrew D Oxman[2], John N Lavis[3] and Atle Fretheim[4]*

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S8 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S8.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s8.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (simon.lewin@nokc.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

A confiabilidade das revisões sistemáticas dos efeitos de intervenções de saúde é variável. Consequentemente, os formuladores de políticas e as demais pessoas precisam avaliar até que ponto tais evidências são confiáveis. O uso de processos sistemáticos e transparentes para determinar tais decisões pode ajudar a evitar a inclusão de erros e vieses em tais julgamentos. Neste artigo, sugerimos cinco perguntas que podem ser consideradas ao decidir até que ponto os resultados de uma revisão sistemática dos efeitos de uma intervenção são confiáveis. Estas perguntas são as seguintes: 1. A revisão abordou explicitamente a uma pergunta adequada sobre gestão ou política? 2. Foram usados critérios apropriados ao se considerar os estudos para a revisão? 3. A busca por estudos relevantes foi detalhada e adequadamente abrangente? 4. As avaliações da relevância dos estudos para o tópico da revisão e do seu risco de parcialidade podiam ser reproduzidas? 5. Os resultados foram similares entre os estudos?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e vai apresentar uma proposta ao Ministro sobre as evidências para apoiar diversas opções de programas e políticas, as quais têm por objetivo resolver um problema prioritário de saúde. Você está preocupado em saber até que ponto as revisões sistemáticas das evidências são confiáveis para cada opção e quer ter certeza de que tais revisões foram devidamente avaliadas pela sua equipe.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando um documento sobre as opções para resolver um problema prioritário de saúde. Foram identificadas diversas revisões sistemáticas dos efeitos das opções e solicitaram que você fizesse uma avaliação de até que ponto cada revisão era confiável.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde no uso de evidências na elaboração de políticas. Você está preparando um documento para o Ministério sobre os prováveis impactos das opções para resolver um problema prioritário de saúde. Você quer orientações sobre a avaliação de até que ponto as revisões sistemáticas dos impactos de cada opção são confiáveis.

HISTÓRICO

Para os tomadores de decisão (Cenário 1), este artigo sugere uma série de perguntas que eles podem pedir que sua equipe considere ao decidir até que ponto os resultados de uma revisão sistemática dos efeitos das intervenções de saúde são confiáveis.

Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas que podem ser utilizadas para orientar uma avaliação crítica das revisões sistemáticas dos efeitos.

As revisões sistemáticas de ensaios randomizados controlados (RCT, na sigla em inglês) são amplamente aceitas como fontes das evidências mais confiáveis sobre os efeitos das intervenções de saúde [2,3]. As revisões sistemáticas são caracterizadas pela sua abordagem sistemática e explícita para identificar, selecionar e avaliar pesquisas relevantes, bem como para coletar e analisar dados de estudos incluídos [3]. Cada vez mais, as revisões sistemáticas também estão sendo usadas para identificar, avaliar e combinar evidências sobre as consequências econômicas das intervenções [4], tais como a relação custo-benefício da promoção do aleitamento materno para crianças em unidades neonatais [5] ou os custos de diferentes estratégias de divulgação e de implantação de diretrizes [6]. Eles também são usados para resumir as evidências de estudos qualitativos, como as opiniões de consumidores ou prestadores de serviço sobre as intervenções de saúde [7-10]. Neste artigo, nos concentramos em revisões sistemáticas dos efeitos das políticas ou programas de saúde. Estas medidas incluem revisões de arranjos de prestação de serviço, como os efeitos da substituição de médicos por enfermeiros no atendimento primário de saúde [11] e das estratégias para implantar mudanças, tais como os efeitos das reuniões de educação continuada para profissionais de saúde [12].

A abordagem sistemática e explícita usada em uma revisão sistemática destina-se a reduzir o risco de vieses e erros que ocorrem por acaso e a ajudar a facilitar a avaliação crítica dessas sínteses [13,14]. No entanto, o rigor com que as revisões sistemáticas são realizadas varia. Portanto, nem todas as revisões são igualmente confiáveis – ou seja, as revisões podem diferir no nível de confiança que podemos ter em seus resultados. Portanto, simplesmente se basear no fato de que uma avaliação é chamada de uma "revisão sistemática" (ou uma meta-análise) não é suficiente quando se usa os resultados para fundamentar decisões políticas.

Ao utilizar revisões sistemáticas de efeitos para fundamentar as decisões políticas, os formuladores de políticas e as demais pessoas precisam julgar até que ponto esta evidência pode ser considerada confiável. O uso de processos sistemáticos e transparentes pode ajudar a evitar a inclusão de erros e vieses em seus julgamentos. Um processo sistemático e transparente permite também que outras partes interessadas, incluindo o público, entendam e avaliem esses julgamentos. Isto é particularmente importante nos casos em que tais avaliações influenciem as recomendações ou decisões relativas a intervenções clínicas ou serviços [15] ou decisões de implantar ou suspender programas ou políticas. A Figura 1 descreve os passos envolvidos na descoberta e avaliação de revisões sistemáticas para fundamentar políticas.

A confiança nos resultados de uma revisão sistemática pode ser limitada por uma série de razões, incluindo a falta de:

- Especificação da questão e métodos da revisão antes da realização da revisão, por exemplo, em um protocolo de revisão publicado
- Especificação de critérios claros para estudar a inclusão e a exclusão
- Descrição adequada dos estudos incluídos na revisão
- Avaliação do risco de parcialidade para estudos incluídos na revisão
- Avaliação do risco de parcialidade em uma publicação, ou seja, a possibilidade de que alguns estudos, geralmente aqueles com resultados positivos ("estatisticamente significativos") estejam mais propensos do que outros a serem publicados e, portanto, a serem incluídos em uma revisão
- Uso de métodos apropriados para combinar os resultados dos estudos incluídos (em uma meta-análise), quando relevantes
- Exame adequado das diferenças nos resultados dos estudos incluídos em uma revisão (ou seja, a "heterogeneidade" dos resultados)
- Fundamentação das conclusões da revisão nos dados incluídos

Outras possíveis limitações de revisões sistemáticas incluem os conflitos de interesse (os quais podem afetar a confiabilidade de uma revisão em qualquer uma das formas listadas acima) e a desatualização das revisões.

As variações na confiabilidade, por exemplo, foram observadas em um estudo comparando a metodologia e os componentes de divulgação das revisões Cochrane com as revisões publicadas em jornais impressos. Este estudo verificou que as revisões Cochrane incluíam componentes que as tornavam menos propensas a viés. Verificou-se que esta redução geral no risco de viés nas revisões Cochrane resultava especificamente das suas descrições claras dos critérios para inclusão e exclusão, e da avaliação formal do risco de viés dos estudos incluídos em cada revisão [16]. De maneira similar, outro estudo comparou a qualidade metodológica e as conclusões nas revisões Cochrane de ensaios de medicamentos com aqueles em revisões apoiadas pela indústria relacionadas aos mesmos medicamentos. Este estudo verificou que as revisões Cochrane tinham uma nota maior em avaliações de qualidade. Isto ocorria porque as revisões Cochrane consideravam a possibilidade de parcialidade com mais frequência do que as revisões que tinham o apoio do setor. Também se verificou que as revisões apoiadas pelo setor estavam muito mais propensas a recomendar os medicamentos em questão, sem ressalvas [17]. Diversos outros estudos sobre revisões também relataram diferenças nas suas qualidades e conclusões [18-21].

Diversas ferramentas foram concebidas para avaliar a qualidade das revisões sistemáticas, incluindo a AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews = Uma Ferramenta de Medição para Avaliar Revisões) [22], CASP (Critical Appraisal Skills Programme = Programa de Competências de Avaliação Crítica) [23] e um desenvolvido por Oxman and Guyatt [24] (ver também [25,26]), mas todas contêm critérios similares. (A ferramenta AMSTAR é descrita na Tabela 1.) Várias ferramentas também incluem escalas de classificação para indicar até que ponto uma revisão é confiável. Um

número crescente de revisões agora inclui estas avaliações. Em geral, uma alta classificação sugere que os resultados das revisões são mais confiáveis. Por outro lado, uma baixa classificação indica que os resultados das revisões são menos confiáveis e que as revisões devem ser cuidadosamente examinadas para que suas principais limitações sejam identificadas. No entanto, três pontos devem ser observados: em primeiro lugar, uma classificação ou nota global não indica necessariamente quais aspectos particulares de uma revisão foram realizados de maneira confiável – alguns podem ter sido realizados de forma mais confiável do que outros. Em segundo lugar, o processo de pontuação por si só também envolve a atribuição de pesos a itens diferentes na ferramenta de avaliação. Pode ser difícil justificar porque alguns itens devem receber um peso maior [27]. Finalmente, as ferramentas de classificação só podem avaliar a confiabilidade do que é relatado. Quando as informações essenciais sobre os métodos utilizados na revisão não são informadas, pode não ficar claro o que foi feito ou até que ponto o que foi feito constitui uma limitação importante.

A avaliação de até que ponto os resultados de uma revisão são confiáveis precisa ser diferenciada da compreensão dos resultados da revisão em si. A Tabela 2 fornece orientações sobre o que procurar nos resultados de uma revisão dos efeitos. Na Tabela 3 são apresentadas orientações sobre como avaliar até que ponto são confiáveis os resultados das revisões de estudos qualitativos e de revisões de estudos econômicos.

Uma avaliação da confiabilidade dos resultados de uma revisão também precisa ser diferenciada de qualquer avaliação que poderia ser feita da relevância das revisões para perguntas específicas da política. As considerações relevantes incluem, por exemplo, se uma revisão fornece evidências dos efeitos das diferentes opções de programa ou política em questão, e se os resultados de uma revisão são aplicáveis ao contexto no qual a política será implantada. O processo de avaliar a aplicabilidade dos resultados das revisões sistemáticas é discutido mais detalhadamente no artigo 9 desta série [28].

Neste artigo, sugerimos cinco perguntas que podem ser consideradas ao decidir até que ponto os resultados de uma revisão sistemática dos efeitos de opções são confiáveis.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem orientar os formuladores de políticas no momento de decidir até que ponto os resultados de uma revisão sistemática dos efeitos de uma opção são confiáveis:

1. A revisão abordou explicitamente a uma pergunta adequada sobre gestão ou política?
2. Foram usados critérios apropriados ao se considerar os estudos para a revisão?
3. A busca por estudos relevantes foi detalhada e adequadamente abrangente?
4. As avaliações da relevância dos estudos para o tópico da revisão e do seu risco de parcialidade podiam ser reproduzidas?

5. Os resultados foram similares entre os estudos?

1. A revisão abordou explicitamente a uma pergunta adequada sobre gestão ou política?

Um primeiro passo fundamental para avaliar a confiabilidade das conclusões de uma revisão sistemática é examinar a *pergunta* que está sendo respondida. A concepção técnica e a realização de uma revisão podem ser excelentes, mas os resultados desta revisão podem não ser úteis na tomada de decisão se não tiverem sido explicitamente direcionados para uma pergunta de gestão ou de política que seja sensata, apropriada e relevante para o problema que o formulador de política está considerando.

Uma pergunta apropriada de gestão ou de política:

- *Será explícita*: em outras palavras, ela será expressa de maneira detalhada e não de forma implícita no material apresentado. Se a pergunta da revisão não tiver sido expressa de forma explícita ou formulada com clareza, será difícil avaliar a realização da revisão de forma adequada. Isto ocorre porque a realização da revisão terá de ser considerada, pelo menos em parte, com relação à própria pergunta [29]. Por exemplo, é preciso avaliar, com relação à pergunta da revisão que os estudos se destinavam a responder, se os critérios utilizados para selecionar tais estudos para uma revisão foram adequados. Uma pergunta clara também ajuda os leitores a avaliar se uma revisão é relevante para o seu trabalho [29]
- *Será estabelecida a priori*: em outras palavras, antes de a revisão ser realizada. É importante que a pergunta da revisão seja especificada antes de uma revisão ser realizada, de preferência em um protocolo de revisão ou plano. Todas as revisões Cochrane, por exemplo, são precedidas por um protocolo de revisões publicadas e exemplos de tais revisões podem ser encontradas na Biblioteca Cochrane (http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/1065687/HOME). Se a pergunta da revisão não for especificada antes da revisão ser realizada, existirá o risco da pergunta ser alterada para se adequar às evidências encontradas, minando assim a confiança nos resultados
- *Responderá a uma questão de relevância para a gestão ou formulação de políticas*. Esta pergunta terá de ser avaliada em um contexto específico, com base no conjunto de questões que são importantes em uma jurisdição específica em um determinado momento. A pergunta da revisão pode não ser relevante caso:
  - Seja muito restrita: por exemplo, uma revisão pode considerar os efeitos de um programa em uma faixa etária específica de participantes apenas, localizados em um contexto específico, ou para um leque restrito de resultados. Não seria possível, neste caso, generalizar os resultados para outras populações, contextos ou resultados
  - Seja muito ampla: uma revisão, por exemplo, pode definir um programa como sendo um tipo de programa que inclui um leque muito amplo de práticas e é possível que nem todas elas sejam relevantes para um determinado local. Ou

uma revisão pode fazer uma pergunta muito ampla que não é útil do ponto de vista da tomada de decisões. Uma pergunta, por exemplo, se as enfermeiras podem efetivamente implantar programas de promoção da saúde, não será útil para decidir se um grupo especial de enfermeiros, tais como enfermeiros registrados, pode efetivamente implantar um programa de promoção de saúde para um problema de saúde específico, como a prevenção do HIV/AIDS
- Não especifique um grupo de comparação apropriado: se, por exemplo, um programa for comparado com um cenário "sem programas" em vez de ser comparado ao melhor tratamento atual para uma determinada condição

Uma pergunta de revisão bem formulada deve especificar *todos* os seguintes itens: os tipos de população e os contextos que a revisão vai abranger (por exemplo, crianças com idades entre um mês e seis anos que vivem em uma área endêmica de malária); os tipos de programas e comparações considerados (por exemplo, medicamentos contra a malária administrados em intervalos regulares (a intervenção) em comparação com placebo ou nenhum medicamento (a comparação)); e os tipos de resultados que são de interesse (por exemplo, malária clínica e anemia grave) [30,31]. A sigla PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcomes = População, Intervenção, Comparação, Resultados) é por vezes utilizada para resumir estes quatro componentes fundamentais para uma pergunta de revisão.

Embora possa parecer óbvia a necessidade de se ter uma pergunta de revisão bem formulada, muitas revisões narrativas não têm uma. Uma revisão de uma amostra de tais revisões publicadas nas principais revistas médicas revelou que 20% não indicavam claramente a sua finalidade [32].

2. Foram usados critérios apropriados ao se considerar os estudos para a revisão?

Critérios de inclusão e exclusão de uma revisão são as listas detalhadas dos tipos de população, as intervenções, as comparações e os resultados que uma revisão irá considerar. Estes critérios, especificados em um protocolo de revisão, irão determinar quais estudos foram incluídos em uma revisão. Eles irão, portanto, influenciar fortemente os resultados de uma revisão. É importante que estes critérios sejam adequados em relação à pergunta da revisão.

As seguintes perguntas devem ser examinadas ao se analisar se os critérios utilizados para considerar os estudos de revisão são adequados:

- A revisão especifica critérios claros de inclusão e de exclusão? Estes critérios são importantes como uma proteção contra a parcialidade relacionada à inclusão de estudos na revisão. Uma avaliação recente da qualidade metodológica de revisões sistemáticas em cirurgia geral, por exemplo, constatou que apenas 70% de tais revisões relataram os critérios utilizados para decidir quais estudos iriam ser incluídos em uma revisão [18]

- Os critérios de inclusão e exclusão são explícitos com relação ao seguinte: os tipos de população considerada, os tipos de intervenções e as comparações consideradas, e os tipos de resultados considerados?
- Os critérios de inclusão e de exclusão estão em linha com a pergunta de revisão? [33] Por exemplo, se uma revisão visa avaliar profilaxia e tratamento intermitente com medicamentos contra a malária para prevenir a malária em crianças que vivem em áreas endêmicas de malária, os critérios indicam a inclusão de estudos de crianças a partir de contextos adequados e eles especificam as formas de profilaxia e tratamento que serão consideradas? [31] Do mesmo modo, se o objetivo de uma revisão é examinar os efeitos das intervenções para aumentar a proporção de profissionais de saúde que trabalham na zona rural e em outras áreas carentes, os critérios indicam a gama de profissionais de saúde que serão incluídos e os tipos de intervenções educacionais ou financeiras que serão levadas em consideração? [34]

3. A busca por estudos relevantes foi detalhada e adequadamente abrangente?

Um aspecto fundamental de uma revisão sistemática é uma busca cuidadosa e passível de reprodução da literatura para estudos que atendam os critérios de qualificação de uma revisão. Esta abordagem é um dos elementos que diferenciam as revisões *sistemáticas* das revisões *narrativas*. A busca sistemática contribui para minimizar a parcialidade em uma revisão ao garantir que todas as evidências relevantes sejam levadas em consideração. Portanto, ela ajuda a alcançar as estimativas confiáveis dos efeitos da política ou do programa a ser analisado [35].

Viés de publicação – isto é, a publicação seletiva de estudos com base na direção e força dos seus resultados [36] – é um caminho através do qual o viés pode ser introduzido nas revisões. Uma revisão recente examinou até onde a publicação de ensaios aleatórios é influenciada pela descoberta ou não de resultados positivos e pela percepção de importância das constatações do ensaio. Foi demonstrado que havia uma probabilidade significativamente maior que ensaios com resultados positivos fossem publicados do que ensaios que apresentavam resultados negativos [37]. Esta revisão e outras pesquisas também demonstraram que os ensaios que apresentavam resultados positivos são publicados mais cedo do que outros [38]. O resultado disto é que as revisões podem superestimar os efeitos positivos dos programas, a menos que se tente identificar estudos que foram publicados e os que não foram.

As revisões sistemáticas variam em termos de inclusão de buscas abrangentes. Uma revisão dos relatórios de revisões publicadas sobre o tratamento da asma, por exemplo, constatou que apenas 52% das 33 revisões examinadas incluíam uma busca razoavelmente abrangente por evidências dos efeitos [20]. Por isso, é importante verificar como as buscas por estudos relevantes foram feitas.

As seguintes perguntas devem ser examinadas ao se analisar se a busca por estudos relevantes foi detalhada e razoavelmente abrangente [22]:

- Uma revisão descreve detalhadamente a estratégia usada para procurar por estudos relevantes? Esta descrição deve incluir: 1. A lista de fontes pesquisadas, 2. As palavras-chave usadas para fazer a busca em tais fontes (quando aplicável), e 3. O período em anos durante o qual as fontes foram pesquisadas. A Tabela 4 fornece exemplos da gama de fontes pesquisadas nas revisões publicadas na Cochrane Library
- A estratégia de busca incluiu bancos de dados eletrônicos de estudos publicados? Uma vasta gama de bases de dados eletrônicas de estudos publicados está disponível e pode ser pesquisada de graça ou por um custo bastante baixo. As principais bases de dados incluem a PubMed/MEDLINE (compilada pela Biblioteca Nacional de Medicina [National Library of Medicine], EUA), a CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials – Cadastro Central da Cochrane para Ensaios Controlados – compilado pela Cochrane Collaboration), e bases de dados regionais, como a LILACS (Ciências de Saúde do Caribe e da América Latina). Os artigos 4 [39] e 5 [40] nesta série apresentam mais informações sobre como encontrar literaturas relevantes de pesquisa
- As buscas em bases eletrônicas de dados foram complementadas por buscas adicionais? Estas buscas adicionais podem incluir um exame das listas de referências de estudos relevantes, um contato com autores e especialistas na área, bem como a consulta a cadastros especializados de estudos relacionados à área que é tema da revisão. Esta busca adicional é útil como uma forma de ajudar a identificar mais estudos publicados e estudos não publicados (que podem incluir estudos disponíveis na literatura "cinzenta", ou seja, nas fontes da literatura que não sejam revistas indexadas, examinadas por pares)
- As buscas estão atualizadas? A revisão especifica o período abrangido pelas buscas e as buscas estão atualizadas? Uma revisão publicada, embora seja relevante para uma pergunta de política, pode ter usado buscas que foram feitas há vários anos. Portanto, é possível que a revisão não inclua todas as últimas evidências relevantes e possa, portanto, apresentar uma estimativa não confiável dos efeitos da opção do programa ou política

4. As avaliações da relevância dos estudos para o tópico da revisão e do seu risco de parcialidade podiam ser reproduzidas?

Os autores das revisões sistemáticas precisam fazer dois julgamentos importantes sobre cada um dos estudos primários que poderão ser incluídos em uma revisão. Em primeiro lugar, o estudo atende aos critérios para inclusão em sua revisão, em outras palavras, é relevante para o tópico de revisão? Em segundo lugar, qual é o risco de haver viés nos resultados do estudo? O risco de viés refere-se ao risco de "um erro sistemático, ou desvio da verdade, nos resultados ou nas inferências" [27]. Ele também diz respeito à questão de saber se é possível presumir que os resultados de um estudo são exatos [27]. Visto que julgamentos irão afetar os resultados de uma revisão, é

importante que eles sejam apresentados de uma forma que seja transparente e que possa ser reproduzida. Outras pessoas precisam ser capazes de compreender como esses julgamentos foram feitos e ser capazes de repetir estas avaliações.

Conforme mencionado acima, as revisões precisam especificar critérios claros de inclusão e de exclusão para evitar a parcialidade no processo de seleção de estudos a serem incluídos. Estes critérios e julgamentos irão necessariamente afetar os resultados da revisão ao influenciarem os estudos selecionados para a inclusão. O viés ou os erros nesses julgamentos podem ser minimizados das seguintes maneiras: primeiro, dois revisores devem decidir, de forma independente, quais estudos devem ser incluídos em uma revisão. Debates adicionais com outros revisores também podem ser usados para resolver desacordos relacionados à inclusão de um determinado estudo. Em segundo lugar, as razões para a inclusão de um estudo (e para a exclusão de um estudo que parece relevante) devem ser registradas na revisão publicada. Isto permitirá que os leitores façam seus próprios julgamentos com relação às decisões de qualificação para inclusão ou exclusão. Isto também oferece uma "trilha de auditoria" transparente para a revisão, garantindo que o processo possa ser reproduzido.

A capacidade de uma revisão sistemática de chegar a conclusões sobre os efeitos de uma política ou programa depende também da validade dos dados obtidos a partir de cada estudo incluído. O agrupamento dos resultados dos estudos, ou a criação de um resumo de tais resultados em uma revisão, pode levar a um resultado ilusório, caso a validade dos estudos individuais incluídos na revisão seja baixa. A avaliação do risco de viés nos resultados dos estudos incluídos é, portanto, um elemento importante de uma revisão sistemática. Estas avaliações devem ser levadas em consideração na interpretação e conclusões de uma revisão [27].

Diversas abordagens diferentes para avaliar a qualidade ou o risco de viés foram desenvolvidas para os ensaios aleatórios [27, 41, 42]. Embora não discutamos estas diferentes abordagens aqui, é importante notar que as revisões devem ser explícitas com relação às abordagens utilizadas e devem aplicá-las de forma consistente.

Ao avaliar a relevância dos estudos incluídos para o tópico da revisão e o possível risco de viés, as seguintes perguntas devem ser consideradas:

- Foi usada uma abordagem explícita e transparente para avaliar a relevância dos estudos para o tópico da revisão? Uma revisão deverá descrever como a relevância foi avaliada e fornecer uma lista de estudos incluídos e excluídos
- Foi usada uma abordagem explícita e transparente para avaliar o risco de viés/parcialidade nos estudos incluídos? Uma revisão deve informar a ferramenta utilizada para avaliar o risco de viés, como a avaliação foi realizada e os resultados da avaliação
- Os resultados da avaliação de risco de viés foram levados em consideração na interpretação dos resultados de uma revisão? Quando há um alto risco de viés nos

estudos incluídos, por exemplo, poderemos ter menos confiança nos resultados de uma revisão

5. Os resultados foram similares entre os estudos?

Os resultados dos estudos incluídos em uma revisão podem ser muito similares – ou podem variar – em termos dos efeitos do programa sobre um determinado resultado. Esta variabilidade entre os estudos incluídos na revisão é normalmente chamada de "heterogeneidade" [27]. A variabilidade entre os estudos incluídos em uma revisão depende em parte do escopo da revisão. Quando o escopo é amplo, também é possível esperar que o intervalo e, portanto, a variabilidade dos estudos incluídos, também sejam grandes. Em contrapartida, se o escopo de uma revisão for restrito, os estudos incluídos tenderão a ser mais semelhantes entre si.

Se os participantes, as intervenções ou os resultados dos estudos incluídos na revisão forem muito diferentes, isso pode causar uma variação ou heterogeneidade caso o efeito de intervenção seja afetado por estes fatores. Visto que o verdadeiro efeito da intervenção será diferente em todos estes estudos, nestes casos, o efeito médio em todos os estudos não será útil.

Dependendo do nível de variabilidade, as revisões podem usar diferentes abordagens para resumir informações dos estudos incluídos, por exemplo:

- *Calculando o efeito médio (ou agrupado) de todos os estudos*: esta abordagem é útil quando a variabilidade entre os estudos é baixa. Por exemplo, uma revisão sistemática de programas de "alta hospitalar precoce combinada com atendimento hospitalar em casa" (ou seja, programas nos quais o tratamento ativo é prestado por profissionais de saúde na casa de um paciente para um problema de saúde que iria exigir internação hospitalar com cuidados intensos) constatou que os estudos incluídos eram suficientemente semelhantes para poder estimar o efeito médio do programa. A revisão encontrou evidências insuficientes de benefícios econômicos ou de saúde resultantes dos programas "alta precoce, atendimento hospitalar em casa" [43]
- *Calculando o efeito médio para subgrupos de estudos incluídos em uma revisão*: este cálculo pode ser útil quando a variabilidade geral dos estudos incluídos na revisão é alta (e é, portanto, inútil para calcular um efeito médio), exceto onde a variabilidade for baixa entre os subgrupos de estudos. Por exemplo, uma revisão de intervenções de trabalhadores de saúde leigos em atendimentos de saúde primário e comunitário agrupou estudos de acordo com os problemas de saúde tratados pelos trabalhadores de saúde leigos. Para alguns grupos, como os trabalhadores da saúde leigos, para promover a vacinação e o aleitamento materno, foi possível calcular um efeito médio em todos os estudos relevantes. A revisão encontrou evidências de que trabalhadores de saúde leigos podem melhorar a vacinação e o aleitamento materno [44]

- *Descrevendo a variedade de tamanhos dos efeitos*: quando os estudos não são suficientemente semelhantes para permitir o cálculo de um efeito médio que seja útil, pode ainda ser possível descrever a gama de efeitos encontrados nos estudos. Por exemplo, uma análise dos efeitos de auditorias e feedbacks sobre a prática dos prestadores de serviços de saúde mostraram que a conformidade com a prática desejada variou de uma redução de 16% para um aumento de 70%, com uma mediana de 5%. A revisão indicou que a auditoria e o feedback podem tornar a prática mais eficaz, mas que os efeitos são geralmente de pequenos a moderados [45]
- *Catalogação dos tipos de intervenções para solucionar um problema específico*: o amplo escopo de algumas revisões e, portanto, a variabilidade dos estudos dentro de tais revisões indicam que não é sensato tentar combinar quantitativamente os resultados dos estudos incluídos – ou mesmo descrever a variedade dos tamanhos dos efeitos. Nestes casos, pode ser feita uma revisão narrativa. Por exemplo, uma revisão sistemática da eficácia das intervenções dos serviços de saúde destinadas a reduzir as desigualdades na saúde incluiu estudos que avaliaram os programas destinados a reduzir as desigualdades na saúde e que poderiam ser implantados no sistema de saúde de maneira isolada ou em colaboração com outras agências. A variedade de estudos incluídos foi ampla, estendendo-se desde programas para melhorar o controle da pressão arterial até de intervenções de promoção da saúde. Portanto, não se tentou fazer qualquer agrupamento estatístico [46]

Quando os resultados diferem de um estudo a outro, as seguintes perguntas devem ser consideradas:

- *Existe uma explicação convincente para as diferenças que foram encontradas?* Tal explicação pode incluir diferenças nos participantes, nas intervenções, nos grupos de comparação, nos resultados, nos contextos ou nos períodos de tempo entre todos os estudos incluídos. Por exemplo, alguns estudos podem ter incluído participantes que tinham uma faixa etária mais ampla ou diferentes condições de saúde pré-existentes
- *Se uma estimativa combinada foi feita, há a probabilidade de que seja significativa?*
- Se os estudos incluídos em uma revisão são variados, uma estimativa combinada pode não ser significativa
- Explorações complementares dos dados, mediante análise de subgrupos, podem ser realizadas, mas os resultados destas análises exploratórias podem não ser confiáveis

À medida que o número de revisões sistemáticas disponíveis aumenta, fica cada vez mais comum encontrar mais de uma revisão sistemática para uma pergunta específica de política. Às vezes, os resultados ou as conclusões destas revisões podem ser diferentes. A Tabela 5 dá orientações sobre como os formuladores de políticas poderão abordar tais situações.

CONCLUSÃO

Existem variações evidentes no rigor com que as revisões sistemáticas dos efeitos são conduzidas. Por isso, é importante avaliar a confiabilidade das revisões usadas para fundamentar decisões relacionadas a políticas para que seja possível avaliar até que ponto esta evidência é confiável. Deverá ser usada uma abordagem sistemática e transparente para tais avaliações e foram desenvolvidas diversas ferramentas com esta finalidade. No entanto, estas ferramentas somente podem ser usadas para avaliar o que é relatado. É por este motivo que qualquer avaliação que for feita usando essas ferramentas precisa ser bem planejada e ser realizada com cuidado.

Quando a confiabilidade de uma revisão sistemática for fraca, os formuladores de política deverão ter menos confiança nos resultados e deverão ser cautelosos, caso usem tais resultados para fundamentar as decisões políticas (conforme resumido na Figura 2). Ao tomar decisões fundamentadas pelas evidências apresentadas em uma revisão, os formuladores de políticas precisam considerar as avaliações da confiabilidade de uma revisão juntamente com outras informações, tais como a utilidade da revisão no que diz respeito à pergunta da política e às evidências dentro do contexto local.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Higgins JPT, Altman DF: **Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008)*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008. Disponível em: www.cochrane-handbook.org

Counsell C: **Formulating Questions and Locating Primary Studies for Inclusion in Systematic Reviews.** *Ann Intern Med* 1997, **127:** 380-387

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, **7:** 10. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10

Links para websites

A Rx for Change database: www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions – resume evidências de pesquisas atuais sobre os efeitos das estratégias para melhorar a prática de prescrição de medicamentos e o uso de medicamentos. Esta base de dados inclui resumos, incluindo avaliações de

confiabilidade, de revisões sistemáticas que avaliam os efeitos das estratégias voltadas para profissionais, para a organização de saúde e para os consumidores

O Grupo de Revisão EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, prática efetiva e organização do atendimento): www.epoc.cochrane.org/en/index.html – o Grupo de Revisão dá orientações sobre a avaliação da confiabilidade dos diversos tipos de estudos de eficácia

A Colaboração SUPPORT (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials, suporte a ensaios e revisões relevantes para as políticas): http://www.support-collaboration.org/index.htm – este projeto produz resumos das revisões de alta prioridade para países de baixa e média renda per capita. Estas revisões incluem avaliações de confiabilidade

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

SL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, JNL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Duff Montgomerie pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** Health Res Policy Syst. 2009 7(Suppl 1):I1.
2. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, 364:1615-21.
3. 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
4. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** Health Res Policy Syst. 2009 7(Suppl 1):S12

5. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, Misso K, Stenhouse E, Williams AF: **Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis**. *Health Technol Assess* 2009, 13:1-iv.
6. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, *et al*: **Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.** *Health Technol Assess* 2004, 8:iii-72.
7. Carlsen B, Glenton C, Pope C: **Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines.** *Br J Gen Pract* 2007, 57:971-8.
8. Mays N, Pope C, Popay J: **Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field.** *J Health Serv Res Policy* 2005, 10 Suppl 1:6-20.
9. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J: **Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research.** *PLoS Med* 2007, 4:e238.
10. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R.: **Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking.** *Soc Sci Med* 2005, 61:133-55.
11. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B: **Substitution of doctors by nurses in primary care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, 2:CD001271.
12. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD: **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 2:CD003030.
13. Mulrow CD: **Rationale for systematic reviews.** *BMJ* 1994, 309:597-9.
14. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence.** *Health Res Policy Syst* 2006, 4:20.
15. Oxman AD, Glasziou P, Williams JW, Jr.: **What should clinicians do when faced with conflicting recommendations?** *BMJ* 2008, 337:a2530.
16. Jadad AR, Cook DJ, Jones A, Klassen TP, Tugwell P, Moher M, Moher D: **Methodology and reports of systematic reviews and meta-analyses: a comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals.** *JAMA* 1998, 280:278-80.
17. Jorgensen AW, Hilden J, Gotzsche PC: **Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review.** *BMJ* 2006, 333:782.
18. Dixon E, Hameed M, Sutherland F, Cook DJ, Doig C: **Evaluating meta-analyses in the general surgical literature: a critical appraisal.** *Ann Surg* 2005, 241:450-9.
19. Jadad AR, Cook DJ, Browman GP: **A guide to interpreting discordant systematic reviews.** *CMAJ* 1997, 156:1411-6.
20. Jadad AR, Moher M, Browman GP, Booker L, Sigouin C, Fuentes M, Stevens R: **Systematic reviews and meta-analyses on treatment of asthma: critical evaluation.** *BMJ* 2000, 320:537-40.
21. Linde K, Willich SN: **How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine.** *J R Soc Med* 2003, 96:17-22.
22. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM: **Development of AMSTAR: a measurement**

tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007, 7:10.
23. Critical Appraisal Skills Programme: *10 questions to help you make sense of reviews*. United Kingdom, Public Health Resource. 2006.
24. Oxman AD, Guyatt GH: **Validation of an index of the quality of review articles.** *J Clin Epidemiol* 1991, 44:1271-8.
25. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: *Proposed Evaluation Tools for COMPUS*. Ottawa, Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. 2005.
26. West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF, Lux L: *Systems to rate the strength of scientific evidence [Evidence report/technology assessment no 47]*. Publication No. 02-E016. Rockville, MD, USA, Agency for Healthcare Research and Quality. 2002.
27. Higgins JPT, Altman DF: **Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies**. In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008)*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008.
28. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Res Policy Syst. 2009 **7**(Suppl 1):S9.
29. Counsell C: **Formulating Questions and Locating Primary Studies for Inclusion in Systematic Reviews.** *Ann Intern Med* 1997, 127:380-7.
30. Higgins JPT, Green S: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated September 2008]*. The Cochrane Collaboration; 2008.
31. Meremikwu MM, Donegan S, Esu E: **Chemoprophylaxis and intermittent treatment for preventing malaria in children.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, 2:CD003756.
32. Mulrow CD: **The medical review article: state of the science.** *Ann Intern Med* 1987, 106:485-8.
33. Oxman AD: **Checklists for review articles.** *BMJ* 1994, 309:648-51.
34. Grobler LA, Marais BJ, Mabunda S, Marindi P, Reuter H, Volmink J: **Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in underserved communities.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, 1:CD005314.
35. Lefebvre C, Manheimer E, Glanville J, on behalf of the Cochrane Information Retrieval Methods Group: **Searching for studies**. In *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.1 [updated September 2008]*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008.
36. Dickersin K, Min YI: **Publication bias: the problem that won't go away.** *Ann N Y Acad Sci* 1993, 703:135-46.
37. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K: **Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 1:MR000006.
38. Hopewell S, Clarke M, Stewart L, Tierney J: **Time to publication for results of clinical trials.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 2:MR000011.
39. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** Health Res Policy Syst. 2009 **7**(Suppl 1):S4.
40. 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 Res Policy Syst. 2009 **7**(Suppl 1):S5.
41. Katrak P, Bialocerkowski A, Massy-Westropp N, Kumar VS, Grimmer K: **A systematic review of the content of critical appraisal tools.** *BMC Medical Research Methodology* 2004, 4:22.
42. Moher D, Jadad AR, Nichol G, Penman M, Tugwell P, Walsh S: **Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists.** *Control Clin Trials* 1995, 16:62-73.
43. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R: **Early discharge hospital at home.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 1:CD000356.
44. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, 1:CD004015.
45. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 2:CD000259.
46. Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T, Watt I: **A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health.** *J Health Serv Res Policy* 1996, 1:93-103.
47. Moher D, Jadad AR, Klassen TP: G**uides for reading and interpreting systematic reviews: III. How did the authors synthesize the data and make their conclusions?** *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, 152:915-20.
48. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH: **Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group.** *JAMA* 1994, 272:1367-71.
49. 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 Res Policy Syst. 2009 **7**(Suppl 1):S10.
50. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** Health Res Policy Syst. 2009 **7**(Suppl 1):S17.
51. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A: **Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods.** *J Health Serv Res Policy* 2005, 10:45-53.
52. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A: **Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews**. In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008)*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008.
53. Lavis JN. **Supporting the Use of Systematic Reviews in Policymaking.** PLoS Med. In Press.
54. Jefferson T, Demicheli V, Vale L: **Quality of systematic reviews of economic evaluations in health care.** *JAMA* 2002, 287:2809-12.
55. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J: **Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 2:CD003362.
56. McGuinness B, Craig D, Bullock R, Passmore P: **Statins for the prevention of dementia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, 2:CD003160.

FIGURA 1. COMO ENCONTRAR E AVALIAR AS REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA INFORMAR DECISÕES SOBRE OPÇÕES DE PROGRAMA E POLÍTICAS

Perguntas	*Razões por confiar menos em uma revisão*	
A revisão abordou de forma explícita uma política adequada ou questão de gerenciamento?	- Revisões que abordam questões pouco claras.....	....tendem a oferecer respostas vagas
	- Uma revisão que aborda uma questão distinta da política ou da questão de gerenciamento apresentada.....	....pode ser enganosa
Foram usados critérios adequados quando se consideraram estudos para a revisão?	- Critérios implícitos.....	....podem resultar em seleção tendenciosa dos estudos para inclusão
	- Critérios incongruentes com a questão abordada pela revisão.....	....podem causar a inclusão de estudos inapropriados para responder a questão
A pesquisa de estudos relevantes foi detalhada e razoavelmente abrangente?	- Pesquisas mal elaboradas (e descritas).....	....correm o risco de não obter evidências relevantes significativas
	- Pesquisas pouco abrangentes.....	....correm o risco de serem tendenciosas (por exemplo, poderão encontrar estudos com 'resultados positivos') e não poderem encontrar evidências relevantes significativas
As avaliações da relevância dos estudos para o tópico da revisão e seus riscos de má interpretação foram reproduzíveis?	- Se critérios explícitos não forem usados ou se apenas um indivíduo realizar todas as avaliações necessárias em uma revisão.....	....além de poderem ser tendenciosas, tais avaliações podem não ser reproduzíveis
Os resultados obtidos em diferentes estudos foram semelhantes entre os estudos?	Se houver diferenças significativas nos resultados obtidos em estudos distintos e não houver uma explicação convincente para tais diferenças.....	....é difícil saber quais são os resultados reais ou quais expectativas criar no caso de implementação de uma política semelhante àquelas que foram avaliadas

FIGURA 2. COMO AS REVISÕES PODEM SER NÃO CONFIÁVEIS E ENGANOSAS

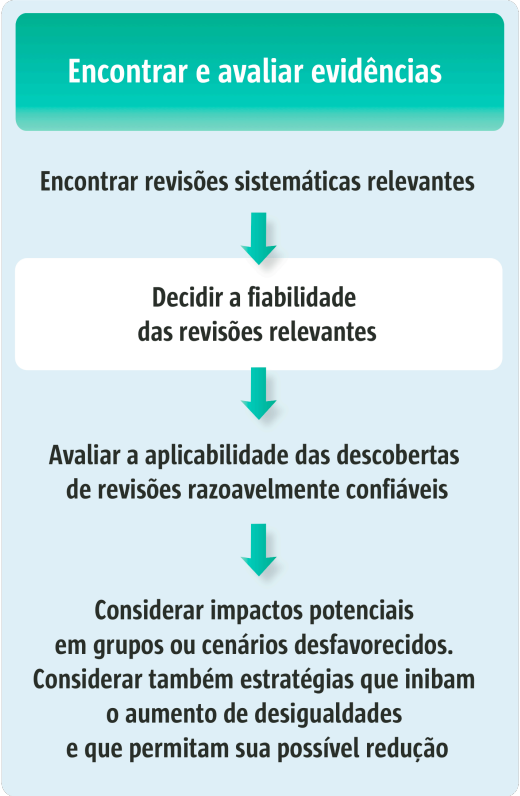


TABELA 1. AMSTAR (A MEASUREMENT TOOL TO ASSESS REVIEWS ,UMA FERRAMENTA DE MEDIÇÃO PARA AVALIAR REVISÕES) (DE [22])

Para cada questão na ferramenta abaixo, os autores de revisões precisam selecionar "Sim/Não/Não sei dizer/Não aplicável"
1. Foi fornecido um projeto "a priori"? Os critérios de inclusão e a pergunta da pesquisa devem ser estabelecidos antes da realização da revisão
2. Houve uma duplicação na seleção de estudos e extração de dados? Deve haver pelo menos dois extratores de dados independentes e deve estar estabelecido um procedimento de consenso para discordâncias

3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente?
Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O relatório deve incluir os anos e as bases de dados usadas (por exemplo, Central, EMBASE e MEDLINE). As palavras-chave e/ou os termos MESH devem ser informados e, quando possível, a estratégia de busca deve ser fornecida. 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. O status da publicação (ou seja, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão?
Os autores devem declarar que procuraram por relatórios independentemente do seu tipo de publicação. Os autores devem declarar se excluíram ou não quaisquer relatórios (da revisão sistemática), com base no seu status de publicação, idioma etc.

5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?
Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos

6. As características dos estudos incluídos foram fornecidas?
Em uma forma agregada, como uma tabela, devem ser fornecidos dados dos estudos originais sobre os participantes, as intervenções e os resultados. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados sócio-econômicos relevantes, o estado da doença, duração, gravidade ou outras doenças

7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?
Devem ser fornecidos métodos "a priori" de avaliação (por exemplo, para estudos de eficácia, caso o[s] autor[es] opte[m] por incluir apenas estudos controlados de placebo, duplo-cego e aleatórios, ou ocultação de alocação como critérios de inclusão). Para outros tipos de estudos, é importante que existam itens alternativos

8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?
O rigor metodológico e a qualidade científica dos estudos deverão ser considerados na análise e conclusões da revisão e explicitamente informados na formulação de recomendações

9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?
Para os resultados combinados deve ser feito um teste para garantir que os estudos podiam ser combinados e para avaliar a sua homogeneidade (ou seja, qui ao quadrado para homogeneidade, I^2). Se houver heterogeneidade, deverá ser usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou a adequação clínica da combinação deverá também ser levada em consideração (isto é, combinar os resultados era apropriado?)

10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?
Uma avaliação de viés de publicação deve incluir uma combinação de ferramentas gráficas (por exemplo, um gráfico de funil e outros exames disponíveis) e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de regressão Egger)

11. O conflito de interesses foi informado?
Possíveis fontes de apoio devem ser claramente reconhecidas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos

TABELA 2. COMO INTERPRETAR OS RESULTADOS DE REVISÕES SISTEMÁTICAS DOS EFEITOS

As perguntas a seguir podem ajudar a orientar os formuladores de políticas na interpretação dos resultados das revisões sistemáticas de efeitos (adaptado de [33,47,48])*:

- *Qual estimativa de efeito é apresentada?* Muitas revisões apresentam uma estimativa média do efeito em todos os estudos incluídos. Isto ocorre muitas vezes sob a forma de uma relação de risco, relação de probabilidade, ou uma diferença média padronizada
- *Uma estimativa média do efeito em todos os estudos é apropriada?* As revisões usam métodos estatísticos para sintetizar e combinar dados de resultados dos estudos incluídos na revisão. Para garantir que a combinação dos dados de resultado é apropriada, deve-se considerar se os estudos incluídos eram suficientemente semelhantes em termos de população, intervenção, comparação e resultados medidos. Sempre que uma estimativa média do efeito não for possível, as revisões geralmente apresentam uma visão geral narrativa dos dados disponíveis
- *Os limites de confiança para a estimativa do efeito são apresentados?* A revisão deverá apresentar intervalos de confiança ao redor da estimativa média do efeito. Quanto maior o intervalo de confiança menor será a certeza sobre a verdadeira magnitude do efeito
- *Se os resultados das análises de subgrupos são informados, eles são adequados?* Uma revisão pode apresentar resultados para um determinado subgrupo de participantes em todos os ensaios ou para um subgrupo de estudos [49]. Por exemplo, uma revisão das intervenções para reduzir as doenças diarréicas em crianças com menos de 5 anos de idade pode também considerar os efeitos das intervenções em crianças com menos de 1 ano de idade. Da mesma forma, uma revisão poderá incluir uma análise de subgrupo de estudos julgados como tendo um baixo risco de viés. A análise de subgrupos deve fazer sentido tanto em relação à pergunta da revisão geral quanto em relação ao conhecimento prévio dos fatores que podem ter influenciado ou moderado os efeitos da intervenção. Por exemplo, é possível prever que uma intervenção de maior intensidade pode produzir efeitos maiores. As análises de subgrupos devem ser planejadas antes que uma revisão seja realizada e estes resultados específicos sejam considerados menos confiáveis. Isto ocorre porque eles são menos confiáveis do que análises baseadas em todos os ensaios incluídos e porque análises estatísticas múltiplas podem produzir resultados positivos por acaso somente
- *Se existe uma "ausência de evidência de efeito", toma-se cuidado para não interpretar tal fato como uma "evidência de ausência de efeito"?* "Ausência de evidência de efeito" não é igual a "evidência de ausência de efeito". O primeiro sugere que não existe evidência suficiente disponível para tirar conclusões sobre os efeitos da intervenção em questão. O segundo sugere que há uma clara evidência nos estudos incluídos que a intervenção não tem os efeitos previstos [50]

- As conclusões e recomendações (se houver) decorrem tanto da pergunta da revisão original quanto da evidência que é apresentada na revisão? É importante analisar se as conclusões apresentadas pelos autores da revisão resultam diretamente dos dados coletados a partir da revisão e não vão além destas evidências
- As evidências são aplicáveis à pergunta de política sendo considerada? As diferenças nos sistemas de saúde podem significar que um programa ou uma intervenção que funciona em um contexto pode não funcionar da mesma maneira em outro. Os formuladores de políticas precisam avaliar se as evidências de pesquisa de uma revisão se aplicam ao seu contexto. Orientações sobre este assunto são apresentadas no Artigo 9 desta série [28]

* Existe alguma sobreposição entre as perguntas listadas aqui e as que se destinam a orientar a avaliação da confiabilidade de revisões sistemáticas. Isto ocorre porque a confiabilidade é um elemento importante na avaliação e compreensão dos resultados de uma revisão sistemática

TABELA 3. COMO AVALIAR ATÉ QUE PONTO OS RESULTADOS DE REVISÕES SISTEMÁTICAS DE ESTUDOS QUALITATIVOS E REVISÕES SISTEMÁTICAS DE ESTUDOS ECONÔMICOS SÃO CONFIÁVEIS

Existem cada vez mais revisões sistemáticas de estudos qualitativos sendo realizadas. Estas revisões usam uma variedade de abordagens, incluindo sínteses narrativas, meta-etnografia e revisão realista. Além de fornecer informações importantes, por si só, as revisões de estudos qualitativos também podem fundamentar e complementar revisões sistemáticas de efeitos [51,52]. No entanto, é importante que o leitor avalie a confiabilidade dessas revisões. Até hoje, poucas ferramentas foram concebidas para este fim específico. Entretanto, muitas das perguntas utilizadas para orientar os formuladores de políticas também são úteis para revisões de estudos qualitativos no momento da avaliação da confiabilidade de revisões sistemáticas de efeitos. Estas perguntas incluem, entre outras:

1. *A revisão abordou uma pergunta adequada sobre gestão ou política?* Deve ser possível responder a pergunta da revisão usando dados qualitativos e a pergunta da revisão deve ser relevante para a formulação de políticas. Revisões de estudos qualitativos podem proporcionar discernimentos sobre a opinião dos interessados e experiências sobre saúde e atendimento de saúde e, assim, ajudar a esclarecer um problema [39]. Revisões de estudos qualitativos também podem fornecer informações sobre como as opções funcionam ou por que elas funcionam (por exemplo, através do exame das avaliações de processo realizadas juntamente com a implantação de uma política ou programa) e sobre os pontos de vista das partes interessadas com relação às opções e suas experiências relevantes [40,53]
2. *Os critérios usados para selecionar os estudos eram apropriados?* A descrição de como os estudos foram selecionados deve ser apropriada em relação à pergunta da pesquisa

3. *Foi dada uma explicação clara e adequada para a abordagem de pesquisa utilizada?* Algumas revisões de estudos qualitativos realizam buscas abrangentes na literatura, ao passo que outras podem usar abordagens com amostragem. A abordagem escolhida deve ser claramente descrita e justificada
4. *A abordagem utilizada para avaliar a confiabilidade dos estudos incluídos foi adequada?* A revisão deve descrever como a confiabilidade dos estudos incluídos foi levada em consideração
5. *Foi utilizada uma abordagem adequada para analisar os resultados dos estudos incluídos?* A revisão deve usar uma abordagem aceita para a síntese e deve descrever a justificativa para a abordagem escolhida

As questões a serem consideradas durante a avaliação da confiabilidade das revisões de estudos econômicos incluem (de [54]):

1. É improvável que estudos relevantes importantes não tenham sido considerados?
2. Os critérios de inclusão usados para selecionar artigos eram apropriados?
3. A avaliação dos estudos podia ser reproduzida?
4. A concepção e/ou os métodos e/ou o tópico dos estudos incluídos eram comparáveis em linhas gerais?
5. Até que ponto os resultados gerais podem ser reproduzidos?
6. Os resultados ajudarão na alocação de recursos no serviço de saúde?

TABELA 4. EXEMPLOS DE FONTES PESQUISADAS NAS REVISÕES SISTEMÁTICAS

Revisão	Fontes pesquisadas
Revisão de sistemas de saúde Exemplo: Revisão sistemática de intervenções de trabalhadores de saúde leigos em atendimento de saúde primário e comunitário [44]	1. Bases eletrônicas de dados de estudos publicados: • MEDLINE • CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials – Cadastro Central Cochrane de Ensaios Controlados) e Cadastros Cochrane especializados (EPOC e Consumers and Communication Review Groups [Grupos de Revisão de Comunicação e Consumidores]) • Citações científicas • EMBASE • CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – Índice Acumulativo para Literatura de Saúde Aliada e de Enfermagem) • Healthstar • AMED (Allied and Complementary Medicine Database – Base de Dados de Medicina Complementar e Aliada) • Leeds Health Education Effectiveness Database (Banco de Dados da Leeds sobre Eficácia da Educação de Saúde) 2. Bibliografias de estudos que foram avaliados para serem incluídos 3. Pediu-se a todos os autores que foram contatados que dessem detalhes de estudos adicionais
Revisão de saúde pública Exemplo: Revisão sistemática da circuncisão masculina para prevenir que homens heterossexuais contraiam HIV [55]	1. Bases eletrônicas de dados de estudos publicados: • MEDLINE • EMBASE • Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) 2. Bases de dados eletrônicas de resumos de conferências: Bases de dados da Conferência da AIDSearch 3. Bases de dados eletrônicas de ensaios em andamento: • ClinicalTrials.gov • Ensaios Controlados Atuais 4. Pesquisadores e organizações relevantes no campo foram contatadas 5. As listas de referência de todos os estudos identificados

Revisão	Fontes pesquisadas
	pelos métodos acima foram verificadas. Além disto, quaisquer revisões sistemáticas, meta-análises ou orientações de prevenção identificadas durante o processo de pesquisa foram examinadas
Revisão clínica Exemplo: Revisão sistemática das estatinas para a prevenção da demência [56]	1. Bases eletrônicas: • The Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (O Cadastro Especializado do Grupo Cochrane de Demência e Melhoria Cognitiva) • Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) • MEDLINE • EMBASE • PsycINFO (uma base de dados da literatura de psicologia) • CINAHL • SIGLE (Literatura cinzenta na Europa) • LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature = Literatura de Ciência de Saúde do Caribe e da América Latina) 2. Bases de dados eletrônicas de resumos de conferências: • ISTP (Index to Scientific and Technical Proceedings = Índice para Processos Técnicos e Científicos) • INSIDE (Banco de Dados da Biblioteca Britânica de Revistas e Processos de Conferência) 3. Bases eletrônicas de dados de teses: • Index to Theses (Índice para Teses) (ex-ASLIB) (Teses do Reino Unido e da Irlanda) • Programa Digital de Teses da Austrália • Teses e Dissertações do Canadá • DATAD (Database of African Theses and Dissertations = Banco de Dados de Teses e Dissertações Africanas) • Dissertation Abstract Online (Resumo de Dissertações Online) (EUA) 4. Bancos de dados eletrônicos de ensaios em andamento: foi realizadas buscas em uma ampla variedade destes bancos de dados

TABELA 5. O QUE OS FORMULADORES DE POLÍTICAS DEVEM FAZER QUANDO DIFERENTES REVISÕES SISTEMÁTICAS QUE ABORDAM A MESMA PERGUNTA TÊM RESULTADOS DIFERENTES?

Quando se procura por evidências para fundamentar uma decisão de política específica, não é incomum identificar mais de uma revisão sistemática relevante. Às vezes, os resultados destas revisões podem ser diferentes, e isto pode fazer com que os autores de revisões cheguem a diferentes conclusões sobre os efeitos de uma intervenção. Este cenário difere daquele em que os resultados de duas ou mais revisões concordam, mas onde os pesquisadores ou outras pessoas discordam sobre a interpretação destes resultados [19].

Existem muitas razões pelas quais os resultados de diferentes revisões sistemáticas podem ser diferentes. Isto inclui diferenças nos seguintes itens: as perguntas abordadas pelas revisões, os critérios de inclusão e exclusão utilizados, quais dados foram extraídos dos estudos, como a qualidade dos estudos foi avaliada e as decisões a respeito da (e os métodos para a) análise estatística dos dados [19].

A seguinte série de perguntas elaboradas por Jadad e colegas pode ser usada para ajudar a identificar e abordar as causas das discordâncias [19]:

- As revisões são direcionadas para a mesma pergunta? Caso não, a revisão que é escolhida deve ser aquela que responda a uma questão mais próxima àquela da pergunta da política para a qual as evidências são necessárias. Por outro lado, ela deve avaliar os resultados mais relevantes para a pergunta da política
- Se as revisões abordam a mesma pergunta, elas incluem os mesmos ensaios ou estudos primários? Se elas não incluem os mesmos ensaios, deve ser selecionada a revisão que inclui os estudos mais relevantes para a pergunta da política a ser considerada
- Se as revisões incluem os mesmos estudos, elas têm a mesma qualidade? Caso não, a revisão de melhor qualidade deve ser usada

Quando ambas as revisões forem relevantes, por exemplo, quando elas abordarem diferentes aspectos da mesma pergunta, pode ser útil coletar evidências de ambas.

9. Como avaliar a aplicabilidade dos resultados de uma revisão sistemática?

John N Lavis[1], Andrew D Oxman[2], Nathan M Souza[3], Simon Lewin[4], Russell L Gruen[5] and Atle Fretheim[6]*

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S9 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S9.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s9.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canadá, L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5 The Alfred Hospital, Monash University, Level 4, 89 Commercial Rd, Melbourne, VIC, Austrália 3004
6 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

As diferenças entre os sistemas de saúde podem muitas vezes fazer com que uma opção de programa ou política que é usada em um contexto não seja viável ou aceitável em outro. Ou estas diferenças podem fazer com que uma opção não funcione da mesma maneira em outro contexto, ou até mesmo cause impactos diferentes em outro contexto. Portanto, um desafio fundamental que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisam enfrentar é a necessidade de entender se as evidências de pesquisa sobre uma opção podem ser aplicadas ao seu contexto. As revisões sistemáticas facilitam esta tarefa ao resumir as evidências de estudos feitos em uma série de contextos diferentes. No entanto, muitas revisões sistemáticas não fornecem descrições adequadas das características dos contextos reais nos quais os estudos originais foram realizados. Neste artigo, sugerimos perguntas para orientar aqueles que estiverem avaliando a aplicabilidade dos resultados de uma revisão sistemática em um contexto específico. Estas perguntas são as seguintes: 1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo? 2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção? 3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma? 4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma? 5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação? Mesmo se houver motivos plausíveis para concluir que os impactos de uma opção podem ser diferentes em um contexto específico, quase sempre é possível extrair, de uma revisão sistemática, percepções sobre possíveis opções, bem como sobre as abordagens para a implantação de opções e para o acompanhamento e avaliação.

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas desta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e irá apresentar um relatório resumido ao Ministro sobre as evidências para apoiar uma opção que foi temporariamente selecionada para resolver um problema de alta prioridade. Você está preocupado em saber se os resultados de uma revisão sistemática relevante de alta qualidade, que foi usada para fazer a seleção, podem ser aplicados ao seu contexto específico, e você quer ter certeza que a questão foi avaliada pela sua equipe.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando um relatório resumido sobre uma opção que está sendo considerada para resolver um problema de alta prioridade. Tudo que lhe disseram é que o relatório deve resumir os resultados da revisão sistemática de alta qualidade mais relevante e avaliar a aplicabilidade dos resultados ao seu contexto.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde para o uso de evidências na formulação de políticas. Você está preparando um relatório detalhado de pesquisa para o Ministério da Saúde sobre o que se sabe e o que não se sabe sobre uma opção para resolver um problema de alta prioridade. Você foi informado que os formuladores de políticas consideraram que uma revisão sistemática específica é convincente, mas você quer orientações sobre como avaliar se os resultados da revisão são aplicáveis ao seu contexto.

HISTÓRICO

Para os formuladores de políticas (Cenário 1), este artigo sugere uma série de perguntas que eles poderiam pedir que os seus funcionários considerassem ao preparar um relatório resumido sobre uma revisão sistemática, o qual poderia servir de base para selecionar uma opção e para divulgar as razões para a seleção. Para aqueles que apóiam

os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas para orientar na avaliação da possibilidade de aplicação dos resultados de uma revisão sistemática a um contexto específico. Este artigo é o terceiro de quatro artigos desta série sobre como localizar e avaliar as revisões sistemáticas para fundamentar a formulação de políticas (ver também os Artigos 7, 8 e 10 [2-4]). A Figura 1 descreve os passos envolvidos na localização e avaliação de revisões sistemáticas para fundamentar a elaboração de políticas.

As características comuns na biologia humana significam que um procedimento clínico ou um medicamento muitas vezes funciona da mesma maneira em pacientes diferentes. No entanto, isto nem sempre ocorre e, portanto, foram elaboradas perguntas para ajudar os prestadores de serviços de saúde a avaliar a possibilidade de aplicação de evidências de pesquisa aos seus pacientes [5]. As diferenças entre os sistemas de saúde muitas vezes indicam que uma opção de programa ou política que é usada em um contexto pode não ser viável ou aceitável em outro contexto. Estas diferenças também podem significar que uma opção pode não funcionar da mesma maneira em outro contexto ou que poderá causar impactos diferentes em outro contexto [6,7]. Por exemplo, a aplicação de taxas de utilização não produziu impactos positivos consistentes em muitos países da África subsaariana, em comparação com países de outras regiões. Em parte, isto se deveu a uma série de considerações contextuais, como o fato das pessoas não estarem familiarizadas com o pagamento pelos serviços públicos de saúde [8]. Portanto, um desafio fundamental que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisam enfrentar é determinar se as evidências de pesquisa sobre os impactos de uma opção podem ser aplicadas ao seu contexto.

A revisões sistemáticas facilitam esta tarefa ao oferecer um resumo único de estudos a partir de diferentes contextos. A palavra "contextos", neste caso, refere-se às *jurisdições* do país/políticas (por exemplo, Canadá ou Camarões, ou as províncias que compõem estes países). Mas os contextos também podem incluir *setores* (por exemplo, atendimento básico de saúde ou atendimento hospitalar), e *localidades* (por exemplo, urbano ou rural). As revisões sistemáticas também podem ajudar com o processo de avaliação da possibilidade de aplicação das evidências àqueles contextos específicos por meio do fornecimento de um quadro-modelo e, quando disponíveis, evidências de pesquisa que possam ser usadas para identificar aqueles fatores que são essenciais para que uma opção funcione – ou que possa modificar os seus impactos. Uma revisão sistemática de políticas farmacêuticas (ou seja, políticas de compra, de preços de referência e outras políticas de preços para medicamentos), por exemplo, forneceu um resumo dos fatores que poderia influenciar os impactos dos preços de referência, bem como a justificativa para cada fator [9]. Esses fatores incluíam a equivalência do medicamento, incentivos, isenções, disponibilidade dos medicamentos, níveis de preços e sistemas eletrônicos de informações.

Infelizmente, muitas revisões sistemáticas:

- Não destacam as características dos contextos onde os estudos são realizados, especialmente aquelas características que poderão modificar os impactos de uma opção
- Não fornecem um quadro-modelo para identificar os possíveis fatores modificadores, ou
- Não fornecem evidências de pesquisa sobre fatores modificadores

Nesses casos, os artigos analíticos de política ou as revisões narrativas podem fornecer quadros-modelo mais úteis, os quais poderiam ser usados para fundamentar julgamentos sobre a possibilidade de aplicação das evidências em uma revisão sistemática.

Um quadro-modelo para entender a corrupção no setor de saúde e seus determinantes, por exemplo, destacou como os arranjos do sistema de saúde (por exemplo, os arranjos de gestão que limitavam monopólios, exigiam transparência e apoiavam a aplicação das leis) e outros fatores influenciavam as "oportunidades" e a "pressão" para as violações, assim como a racionalização da violação, e como isto, por sua vez, influenciava o abuso de poder para fins particulares [10]. Mas o ideal seria que uma revisão sistemática sobre os impactos dos esforços anticorrupção também descrevesse os arranjos relevantes do sistema de saúde, nos contextos onde os estudos foram realizados. Haveria um interesse especial nestas características que podem influenciar as oportunidades e a pressão para a violação e a racionalização de tal comportamento, pois elas iriam permitir que o leitor fizesse a associação entre os determinantes identificados pelo quadro-modelo e os resultados apresentados na revisão.

As considerações de aplicabilidade são igualmente importantes, ou talvez até mais importantes, para outros tipos de revisões sistemáticas. As revisões de estudos de bancos de dados administrativos e de pesquisas na comunidade podem ajudar a colocar os problemas em uma perspectiva comparada, por exemplo, e as revisões de estudos observacionais podem ajudar a caracterizar os prováveis malefícios de uma opção. Revisões de estudos qualitativos que ajudam a compreender os significados que as pessoas ou grupos atribuem a problemas específicos, como e por que opções específicas funcionam, e os pontos de vistas de partes interessadas sobre experiências com opções específicas. No entanto, o que é apresentado a seguir neste artigo se concentra mais nas revisões sistemáticas sobre os impactos de uma opção. Isto pode ajudar na avaliação da possibilidade de aplicação local dos resultados de revisões de estudos observacionais sobre malefícios, pode ser apoiado por revisões sobre como e por que determinadas opções funcionam, e pode oferecer algumas idéias sobre como abordar as avaliações de aplicabilidade local de outros tipos de revisões.

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

As cinco perguntas a seguir podem dar orientações sobre como avaliar se os resultados de uma revisão sistemática podem ser aplicados a um contexto específico.

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?

Se os estudos incluídos na revisão sistemática fossem realizados no mesmo contexto onde os formuladores de políticas estão localizados, ou então em contextos muito semelhantes, pode haver pouca razão para se preocupar com a aplicabilidade dos resultados. Da mesma forma, se tiver sido demonstrado que os resultados são consistentes em diferentes contextos ou períodos, então é possível esperar que os impactos sejam semelhantes. É provável que as restrições e realidades no local de interesse, bem como os arranjos do sistema de saúde e as condições de referência, variem em diferentes contextos e ao longo do tempo. Portanto, nestes casos, resultados consistentes podem significar que os resultados são amplamente aplicáveis. (Estas três questões são o foco das três perguntas apresentadas abaixo nesta seção.)

As seguintes informações em revisões sistemáticas podem ser usadas por formuladores de políticas para fundamentar os julgamentos relacionados a tais questões:

- Informações sobre os contextos dos estudos e especificações relacionadas aos períodos durante os quais os estudos foram realizados. Tais informações pode ser normalmente encontradas em uma seção da revisão intitulada de “As características de estudos incluídos” (ou algo similar)
- Informações sobre a consistência dos resultados podem normalmente ser encontradas no resumo da revisão ou na sua seção chamada de “Resultados”

Quando não houver informações sobre os contextos e períodos em uma revisão sistemática, os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem entrar em contato com os autores da revisão para verificar se eles têm essas informações, e se eles

realmente identificaram as considerações fundamentais de possibilidade de aplicação local. Se este contato não for muito produtivo, eles podem então consultar os estudos originais para localizar tais informações, caso se considere que a prioridade da questão é suficientemente alta, e caso existam recursos e tempo para isto. Uma das possíveis vantagens do contato direto com os autores da revisão é que isto pode estimulá-los a prestar atenção nas informações necessárias para considerações e avaliações de aplicabilidade local em revisões futuras.

Uma pesquisa comparando taxas de mortalidade em hospitais sem fins lucrativos com taxas de mortalidades em hospitais com fins lucrativos fornece um exemplo de como estes dados podem ser usados [11]. Esta pesquisa foi realizada ao longo de várias décadas nos Estados Unidos, sendo que neste período o sistema de saúde passou por grandes transformações. A pesquisa demonstrou uma consistência notável ao longo do tempo na vantagem de sobrevivência significativa de ser tratado em hospitais sem fins lucrativos. Com base nestas constatações, um formulador de políticas do Canadá poderia então chegar à conclusão que um resultado com consistência similar seria visto em um contexto canadense. E esta conclusão pode levá-lo a evitar a introdução de hospitais com fins lucrativos no atual sistema, o qual é composto apenas de hospitais sem fins lucrativos (ou pelo menos a evitar o uso de benefícios de saúde como uma justificativa para fazê-lo).

2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática fossem realizados em contextos com restrições de recursos e de capacidade bastante similares àquelas do contexto onde pode ser que os resultados sejam aplicados, bem como com perspectivas bastante similares e influência política similar entre as partes interessadas do sistema de saúde, os formuladores de políticas poderiam esperar que uma opção seria viável e aceitável no próprio contexto de tais formuladores de políticas. No entanto, os formuladores de políticas dificilmente conseguirão encontrar, em uma revisão sistemática, informações sobre limitações de recursos e de capacidade, bem como sobre influência de pessoas interessadas. Ao invés disto, eles encontrarão uma descrição da opção que foi examinada. Normalmente eles estarão suficientemente familiarizados com os recursos, a capacidade e a influência das partes interessadas no seu próprio contexto para que possam avaliar a viabilidade e aceitação da opção.

Os formuladores políticas em um contexto com restrições bastante significativas de recursos e de capacidade terão que pensar duas vezes sobre a viabilidade de uma opção [12]. Alguns contextos, por exemplo, podem enfrentar uma escassez de profissionais de enfermagem e, portanto, uma opção em que esta categoria de prestador de serviço de saúde tenha um papel significativo pode não ser viável no curto prazo [13]. Da mesma forma, alguns contextos têm uma limitação tão grande de recursos que uma opção que

tenha comprovadamente produzido impactos significativos, tais como a ACT (artemisin-based combination therapy = terapia combinada à base de artemisina) para tratar malária, pode não ser considerada viável em larga escala sem um apoio significativo de doadores [14]. Alguns sistemas de saúde podem também estar muito sobrecarregados para acomodar um aumento da demanda decorrente da introdução de transferências condicionais de renda (ou seja, o fornecimento de dinheiro às famílias, contanto que elas pratiquem determinadas ações de saúde e de busca por atendimento de saúde) [14,15]. Ou os contextos podem não ter a capacidade junto aos governos ou entre os gerentes, prestadores de serviço de saúde e consumidores (ou seja, os cidadãos e usuários do serviço de saúde) de apoiar o uso generalizado de uma determinada opção. Auditorias e feedbacks (ou seja, a disponibilização, aos prestadores de serviços, de dados sobre o seu desempenho), podem não ser viáveis em contextos onde os dados coletados de maneira rotineira não sejam confiáveis.

Em um contexto em que as partes interessadas sejam contrárias a uma opção e tenham uma influência significativa sobre a prática e a política, os formuladores de políticas podem ter que avaliar com muito cuidado a provável aceitação de uma opção. Associações de prestadores de serviços de saúde, tais como associações de enfermagem, por exemplo, podem resistir à introdução ou expansão de um programa de agentes de saúde leigos, caso percebam que a renda ou o status dos enfermeiros poderá ser afetado [14,16]. Organizações da sociedade civil também podem se opor ativamente a mudanças que reduzam o uso de medicamentos controlados entre os consumidores, especialmente para medicamentos de manutenção da vida, e medicamentos que sejam importantes no tratamento de doenças crônicas [14,17]. Tais alterações podem incluir a introdução de limites (ou seja, os consumidores serão reembolsados até um número máximo pré-definido de receitas), co-seguro (ou seja, os consumidores pagam um percentual do preço do medicamento controlado), e co-pagamentos (isto é, os consumidores pagam um montante fixo por medicamento controlado).

Diversas realidades e restrições do local de interesse podem ser tratadas ao longo do tempo de forma significativa. Programas de treinamento de profissionais de saúde, por exemplo, podem ser expandidos e os doadores podem subsidiar o custo de medicamentos caros, como a ACT. Da mesma forma, os governos podem melhorar a qualidade dos dados rotineiramente coletados, e as associações de prestadores de serviços de saúde e organizações da sociedade civil podem se envolver em uma série de negociações ou diálogos.

3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática forem realizados em contextos com arranjos de sistema de saúde bastante similares àqueles do contexto onde os resultados podem ser aplicados, especialmente aqueles que podem alterar substancialmente os

possíveis impactos de uma opção, os formuladores de políticas podem normalmente esperar que haja uma eficácia relativa similar no seu contexto. Para decidir se os arranjos do sistema de saúde poderão alterar os impactos de uma opção, é necessário entender como e por que uma opção poderá funcionar. Dentro de uma revisão sistemática, os formuladores de políticas podem encontrar um quadro-modelo e evidências de pesquisas que identificarão aqueles fatores que são essenciais para que uma opção funcione – ou que podem modificar os seus impactos. Os formuladores de políticas também podem encontrar um resumo daquelas características dos contextos nos quais os estudos foram feitos, as quais podem modificar os impactos de uma opção.

Se uma revisão sistemática não fornecer as informações necessárias para determinar se arranjos específicos do sistema de saúde podem fazer com que uma opção não funcione da mesma forma, os formuladores de políticas podem procurar por:

- Artigos analíticos de políticas ou revisões narrativas que incorporem quadros-modelo úteis, os quais poderiam ser usados para identificar os fatores que podem modificar os impactos de uma opção, e
- Descrições detalhadas dos arranjos do sistema de saúde, especialmente aqueles que podem alterar substancialmente os possíveis impactos de uma opção, nos contextos onde os estudos foram feitos

O EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies = Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde) publica, e atualiza periodicamente, perfis dos sistemas de saúde de um grande número de países de renda média e alta. Estes perfis HiT (Health in Transition = Saúde em Transição) podem ser encontrados on-line (www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1) e podem ser baixados gratuitamente. O Health Policy Monitor oferece um banco de dados que permite a pesquisa on-line de características essenciais de sistemas de saúdes em alguns destes mesmos países (www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html). Muitos escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde oferece perfis dos sistemas de saúde em países na região de tais escritórios (por exemplo, www.searo.who.int/EN/Section313/Section1515_6038.htm).

Os formuladores de políticas em um contexto com arranjos de sistema de saúde bastante diferentes, especialmente arranjos que pareçam ser significativos para determinar se uma opção funcionará da mesma forma, devem ter cuidado ao presumir que será possível alcançar uma eficácia relativa comparável. Por exemplo, em uma revisão de preços de referência de medicamentos [9], seis dos dez estudos foram feitos entre pessoas mais velhas/pensionistas em British Columbia, no Canadá. Os formuladores de políticas em outros contextos podem muito bem concluir que não serão capazes de alcançar impactos comparáveis aos observados no exemplo canadense, caso eles tenham qualquer um dos seguintes problemas nos arranjos do seu próprio sistema de saúde:

- Incentivos inadequados para consumidores, prestadores de serviços de saúde, farmacêuticos e empresas farmacêuticas para cumprir com as regras do sistema de preços de medicamentos, e
- Um sistema de processamento eletrônico que não tenha a capacidade de perceber os baixos custos administrativos associados com a identificação, emissão de receitas e distribuição de medicamentos de referência e com o manuseio de isenções

Da mesma forma, outras políticas de preços examinadas em mercados farmacêuticos concorrentes podem produzir uma eficácia relativa diferente em mercados com monopólios.

Ao contrário da possibilidade de mudança associada nas realidades no local de interesse que discutimos na Pergunta 2 acima, existe uma chance menor que os arranjos do sistema de saúde possam ser modificados. É difícil mudar os arranjos do sistema de saúde e, normalmente, a lógica por trás de uma mudança teria que ser mais convincente do que apenas a possibilidade de melhorar o impacto de uma única opção.

4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática fossem feitos em contextos com condições de referência bastante similares àquelas dos contextos onde os resultados podem ser aplicados, como, por exemplo, em termos de população abrangida por um programa ou política, os formuladores de políticas poderiam esperar efeitos absolutamente similares nos seus contextos (desde que a resposta que eles tenham dado à Pergunta 3 acima os tenha levado a esperar uma eficácia relativa similar). Muitas vezes, os formuladores de políticas conseguirão encontrar informações sobre condições de referência dentro de revisões sistemáticas em uma seção intitulada "Características de estudos incluídos". Por outro lado, eles podem ter que consultar os estudos originais incluídos na revisão, na esperança de que as condições de referência tenham sido mais bem descritas em tais estudos. Normalmente, os formuladores de políticas conseguirão encontrar evidências locais sobre condições de referência em seu próprio contexto. (O Artigo 11 desta série descreve como encontrar e usar evidências locais [18].)

Formuladores de políticas que estiverem em um contexto com condições de referência diferentes podem esperar impactos absolutos diferentes. O impacto absoluto de auditorias e feedbacks, por exemplo, tende a ser maior do que nos casos em que a conformidade (de referência) com a prática recomendada é baixa [19]. Da mesma forma, o impacto absoluto de uma iniciativa de pagamento por desempenho (ou por execução de ações) pode ser maior em países de renda baixa e média (onde pequenos incentivos financeiros podem ser maiores do que os salários) do que em países de renda alta [20].

Esta pergunta que destaca a ligação entre as condições de referência e os efeitos absolutos também é altamente relevante em contextos clínicos, onde a eficácia relativa de uma intervenção clínica é normalmente a mesma em diversos pacientes, mas onde os riscos de referência dos pacientes podem variar drasticamente [21,22]. A pergunta também é altamente relevante em contextos de saúde pública onde programas de vacinação, por exemplo, podem ser introduzidos em países com condições de referência muito diferentes. O Artigo 16 desta série aborda o uso de balanços para resumir os impactos importantes e fornece mais detalhes sobre a eficácia relativa e os impactos absolutos [23].

5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?

Mesmo se os resultados das revisões sistemáticas não forem diretamente aplicáveis a um determinado contexto, ainda será possível extrair lições importantes. Os formuladores de políticas podem ficar sabendo de uma idéia para uma opção que eles não teriam considerado em outra situação. Eles podem também ter uma percepção sobre como as opções têm sido implantadas em outros contextos. E eles podem também se basear diretamente na própria revisão sistemática no desenvolvimento de um plano de acompanhamento e avaliação. Os formuladores de políticas podem conhecer, por exemplo, uma nova abordagem para apoiar o atendimento em equipe, a importância de envolver os gerentes de nível médio e os enfermeiros da linha da frente na implantação de uma opção, e que tipos de produtos e resultados eles devem rastrear, à medida que acompanham e avaliação a implantação de uma opção selecionada.

A Tabela 1 e a Tabela 2 apresentam exemplos de uma avaliação da possibilidade de aplicação de uma revisão sistemática.

CONCLUSÃO

Avaliações bem feitas da possibilidade de aplicação dos resultados de uma revisão sistemática são demoradas. No entanto, tais avaliações são essenciais quando uma opção estiver sendo proposta com base em uma revisão sistemática relevante de alta qualidade. Os formuladores de políticas e demais partes interessadas precisam saber se podem esperar resultados similares em seus próprios contextos. Ao contrário de uma avaliação da qualidade de uma revisão, a qual muitas vezes pode ser delegada para pesquisadores, uma avaliação da aplicabilidade local deve ser feita por pessoas que entendam bem as restrições e realidades do local de interesse, os arranjos do sistema de saúde, e as condições de referência no contexto específico. A avaliação da aplicabilidade local é uma tarefa que requer o envolvido ativo dos formuladores de políticas e daqueles que os apóiam.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients.** In: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York, USA (Estados Unidos da América): McGraw Hill; 2008

Haynes RB: **Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving.** *BMJ* 1999, **1999:** 652-653

Links para websites

SUPPORT Collaboration: www.support-collaboration.org – Exemplo de uma fonte de resumos de revisões sistemáticas, adequados para os formuladores de políticas, fornecendo uma avaliação da aplicabilidade dos resultados de cada revisão (neste caso em países de renda baixa e média), e destacando os fatores que os formuladores de política precisam ter em mente ao avaliar a aplicabilidade dos resultados para o seu próprio contexto

EOHSP (*European Observatory on Health Systems and Policies* = Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde): www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1 – Exemplo de uma fonte de perfis HiT (*Health in Transition* = Saúde em Transição) dos sistemas de saúde de um grande número de países de renda média e alta

Health Policy Monitor: www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html – Banco de dados que pode ser pesquisado on-line, com características essenciais dos sistemas de saúde em vários países de renda média e alta

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, NMS, SL, RLG e AF contribuíram com a elaboração do esboço e com a revisão.

AGRADECIMENTOS

Por favor, veja, na Introdução desta série, os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com esta série. Além disto, gostaríamos de agradecer a Sara Bennett, Mike Kelly, e a equipe na Unidade de Planejamento do MoHLTC (Ministry of Health and Long-Term Care = Ministério da Saúde e Atendimento de Longo Prazo) de Ontário pelos seus comentários úteis em uma versão anterior deste Artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S *et al.*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

3. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

4. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

5. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients.** In *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008.

6. Gruen RL, Morris PS, McDonald EL, Bailie RS: **Making systematic reviews more useful for policy-makers.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:**480-1.

7. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

8. Gilson L: **The lessons of user fee experience in Africa.** *Health Policy Plan* 1997, **12:**273-85.

9. Aaserud M, Dahlgren AT, Kosters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H: **Pharmaceutical policies: Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, **2:**CD005979.

10. Vian T: **Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions.** *Health Policy and Planning* 2008, **23:**83-94.

11. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, *et al*: **A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.** *CMAJ* 2002, **166:**1399-406.

12. Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A: **Intervention complexity: A conceptual framework to inform priority-setting in health.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:**285-93.

13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: **Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors.** *BMJ* 2002, **324:**819-23.

14. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Geneva, World Health Organization. 2009.

15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298:** 1900-1910.

16. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD004015.

17. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H *et al.*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD007017.

18. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

19. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **2:**CD000259.

20. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing*. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

21. Deeks JJ: **Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes.** *Statistics in Medicine* 2002, **21:**1575-1600.

22. Engels EA, Schmid CH, Terrin N, Olkin I, Lau J: **Heterogeneity and statistical significance in meta-analysis: An empirical study of 125 meta-analyses.** *Statistics in Medicine* 2000, **19:**1707-28.

23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.

24. Shepperd S, Iliffe S: **Hospital at home versus in-patient hospital care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, **3:**CD000356.

25. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, *et al*: **Admission avoidance hospital at home.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **4:**CD007491.

26. Flottorp S: *Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? A SUPPORT Summary of a systematic review*. [http://www.iecs.org.ar/support/administracion/files/20080909113811_13.pdf]. 2009.

27. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C, *et al*: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.

FIGURA 1. COMO LOCALIZAR E AVALIAR REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA FUNDAMENTAR A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

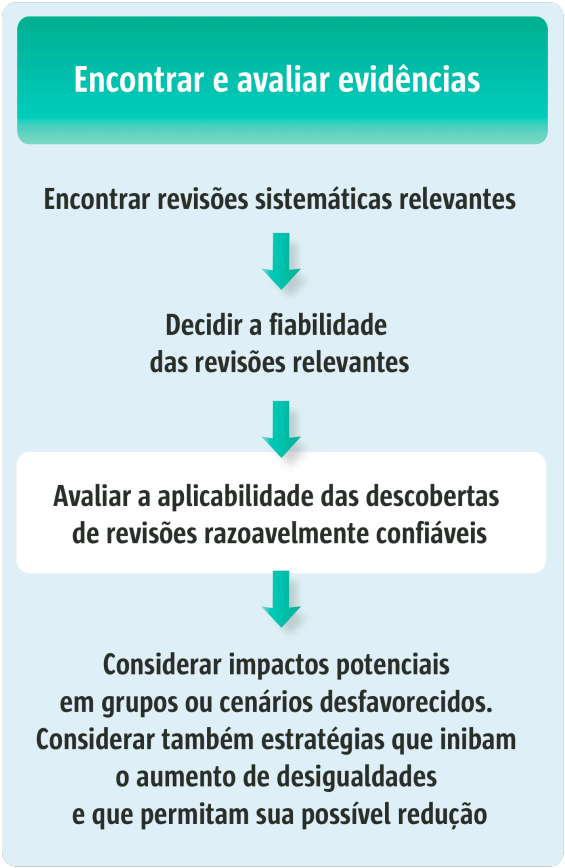


TABELA 1. UMA AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE LOCAL DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM DOMICÍLIO (A PARTIR DA PERSPECTIVA DE UM FORMULADOR DE POLÍTICAS CANADENSE)

Os formuladores de políticas que avaliam a possibilidade de aplicação de uma revisão de 2005 do atendimento de saúde em domicílio poderiam aplicar uma série de perguntas discutidas anteriormente, conforme descrito a seguir [24]:

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
   - 22 estudos foram incluídos na revisão
     - 9 do Reino Unido
     - 3 da Austrália
     - 1 da Itália, 1 da Noruega e 1 dos Estados Unidos
     - 7 não foram descritos de uma forma que identificasse o país onde o estudo foi realizado

- Os resultados não eram consistentes em todos os contextos
- Dois estudos foram publicados em 1978, ao passo que os outros foram publicados a partir de 1992. Muitos não especificaram um período e isto dificultou a sustentação da tese que os resultados foram consistentes em diversos períodos

2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
   - No Canadá, há uma grande demanda por enfermeiros (especialmente em hospitais) e muitos não são utilizados para o escopo da prática exigida em contextos do atendimento de saúde em domicílio. Isto significa que muitos enfermeiros não podem aproveitar oportunidades de carreiras em contextos do atendimento de saúde em domicílio
   - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, onde 9 de 13 estudos identificáveis foram realizados, os cidadãos diferem quanto a terem ou não cobertura suplementar que permite atendimento mais intensivo em domicílio. Isto significa que, relativamente, mais pessoas ricas podem ter acesso ao atendimento de saúde em domicílio do que as pessoas menos abastadas
   - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, os usuários de atendimento de saúde em domicílio e suas famílias podem ter que viajar distâncias muito longas se tiverem que procurar por cuidados médicos intensivos. Alguns podem, portanto, atrasar a sua alta do hospital; outros podem sofrer caso a transferência do hospital seja difícil
   - No Canadá, os enfermeiros podem ter que enfrentar uma redução em seus salários caso saiam de um hospital e passem a trabalhar na comunidade. Portanto, muitos deles podem se opor ativamente a uma mudança do atendimento hospitalar para o atendimento de saúde em domicílio
   - No Canadá, existe uma separação ainda maior entre os serviços de saúde e os serviços sociais (pelo menos fora da província de Quebec) do que no Reino Unido, o que significa que os profissionais da saúde podem enfrentar uma carga ainda maior, a qual não é abrangida pelos serviços sociais

3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
   - No Canadá, conforme sugerido anteriormente, os usuários do atendimento de saúde em domicílio e suas famílies não podem contar com a mesma amplitude de serviços disponíveis para os usuários no Reino Unido (pelo menos fora da província de Quebec)
   - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, há um compromisso do governo para a cobertura completa para atendimento hospitalar e atendimento realizado por médicos, mas não para o atendimento de saúde em domicílio, o que significa que os usuários canadenses do atendimento de saúde em domicílio e suas famílias podem ter que enfrentar obstáculos financeiros significativos no acesso ao atendimento de saúde em domicílio

- No Canadá, ao contrário do Reino Unido, a maioria dos canadenses não está "ligada" a uma prática de atendimento básico multidisciplinar de saúde, e alguns usuários canadenses do atendimento de saúde em domicílio não teriam sequer um prestador regular de serviços básicos de saúde

4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
   - No Canadá, o atendimento de saúde em domicílio já está bem estabelecido para a maioria dos tipos de atendimento, o que significa que os benefícios podem ser pequenos em termos absolutos, pelo menos para aqueles que não enfrentam barreiras financeiras

5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?
   - No Canadá, esquemas para se evitar a hospitalização podem ser uma opção relativamente desconhecida, em comparação com esquemas bem estabelecidos, tais como a alta precoce de pacientes idosos, ou os pacientes após uma cirurgia, ou o atendimento de pacientes terminais

A revisão agora foi atualizada e dividida em duas revisões distintas, sendo que uma que trata especificamente de esquemas para se evitar a internação e seria especialmente relevante para o Canadá [25].

TABELA 2: UMA AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE LOCAL DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE INTERVENÇÕES DE AGENTES DE SAÚDE LEIGOS (A PARTIR DA PERSPECTIVA DE UM FORMULADOR DE POLÍTICAS SULAFRICANO)

Formuladores de políticas que avaliam a possibilidade de aplicação de uma revisão de 2006 de intervenções com agentes de saúde leigos, para a saúde maternal e infantil no atendimento básico e comunitário de saúde, poderiam aplicar a seguinte série de perguntas [26,27]:

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
   - 48 estudos foram incluídos na revisão
     - 25 dos Estados Unidos (EUA)
     - 3 do Reino Unido
     - 2 do Brasil, 2 da África do Sul e 2 da Tanzânia
     - 1 de cada país a seguir: Bangladesh, Canadá, Etiópia, Gana, Índia, Irlanda, México, Nepal, Nova Zelândia, Paquistão, Filipinas, Tailândia, Turquia e Vietnã

- Os resultados não foram sempre consistentes em todos os contextos
- A maioria dos estudos foi publicada a partir de 1995, embora um estudo tenha sido publicado em 1980. Não está claro na revisão se os resultados foram consistentes ao longo dos diversos períodos.

2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
   - Na África do Sul, havia uma preocupação com a capacidade do sistema de saúde e de organizações não-governamentais (ONGs) de prestar apoio clínico e de gestão a uma escala muito grande de programas com agentes de saúde leigos, especialmente em áreas que atualmente têm escassez de recursos onde, poderia argumentar-se, eles são mais necessários. A capacidade pode ser diferente de contextos de renda alta (EUA, Reino Unido) onde muitos dos estudos foram realizados
   - Na África do Sul, existe um pouco de resistência entre os enfermeiros, e entre as associações profissionais de enfermagem, à ampliação do escopo de prática dos agentes de saúde leigos. Isto pode restringir a gama de tarefas que os agentes leigos de saúde são capazes de assumir. Embora a aceitação de agentes de saúde leigos pelos consumidores pareça razoável, com base em observações de programas existentes, tal fato pode variar em contextos diferentes no país e para diferentes tarefas (por exemplo, promoção do aleitamento materno, vacinação)
   - Na África do Sul, a maioria dos agentes de saúde leigos está atualmente envolvida com o atendimento de saúde em domicílio para pessoas que vivem com HIV/Aids e com o apoio no tratamento para esse grupo e para pessoas com tuberculose. Não está claro se seria viável ampliar as suas funções para incluir as áreas comprovadamente eficazes, segundo a revisão (promoção da vacinação, tratamento de infecções na infância, promoção do aleitamento materno). Além disso, as intervenções com agentes leigos de saúde que eram comprovadamente eficazes, segundo a revisão, se concentravam em questões de saúde muito específicas, tal como a promoção do aleitamento materno ou um aumento da vacinação. Poucas evidências foram identificadas com relação à eficácia dos agentes de saúde leigos mais "generalistas", os quais ficavam responsáveis pela execução de uma série de intervenções de atendimento básico de saúde.
   - Na África do Sul, as normas e as tradições relacionadas ao aleitamento materno, bem como os diferentes níveis de referência de aleitamento materno e as altas taxas de HIV/AIDS entre as mães, podem alterar a aplicabilidade dos resultados da revisão em agentes leigos de saúde para a promoção do aleitamento materno

3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
   - Na África do Sul, os agentes leigos de saúde não estão autorizados a distribuir antibióticos para o tratamento de infecções respiratórias agudas em crianças ou distribuir medicamentos antimaláricos. Portanto, pode ser difícil, no curto ou

médio prazo, ampliar o seu escopo de prática desta forma, mesmo se sua eficácia tiver sido comprovada em uma revisão
- Na África do Sul, a maioria dos agentes de saúde leigos trabalha para ONGs, as quais recebem financiamento do governo para o pagamento dos salários desses agentes de saúde leigos. Não está claro se este mecanismo de financiamento é seguro

4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
   - As taxas de vacinação de referência podem ser mais baixas na África do Sul do que em alguns dos contextos onde foram realizados os estudos sobre agentes de saúde leigos para a vacinação (Irlanda, EUA). Portanto, é possível prever efeitos absolutos mais elevados na África do Sul

5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?
   - A maioria das intervenções com agentes de saúde leigos que provou ser eficaz se concentrou em tarefas simples. A eficácia dos agentes de saúde leigos que executam uma série de intervenções de atendimento básico de saúde precisa ser avaliada

10. Como considerar a equidade ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática?

Andrew D Oxman[1], John N Lavis[2], Simon Lewin[3] and Atle Fretheim[4]*

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, 7(Suppl 1):S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo abordaremos considerações sobre equidade. Desigualdades podem ser definidas como "diferenças em saúde que são tanto desnecessárias e evitáveis quanto consideradas injustas e indevidas". Fato este devidamente documentado em relação a fatores econômicos e sociais. As políticas ou programas eficazes podem, de fato, melhorar a saúde geral de uma população. Contudo, o impacto de tais políticas e programas sobre as desigualdades pode apresentar variações: possa ser que não tenham impactos sobre desigualdades, podem reduzir as desigualdades ou exacerbá-las, independentemente de seus efeitos gerais na saúde da população.

Sugerimos quatro questões a serem consideradas no uso de evidências de pesquisa para informar considerações do possível impacto de uma opção de política ou programa em grupos carentes e nas equidades em uma cenário particular. São elas: 1. Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão?
2. Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes? 3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes?
4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde. Melhorar a cobertura do seguro de medicamentos para medicamentos essenciais é uma prioridade para o governo. O Ministro da Saúde pediu que você apresentasse opções para o aumento da cobertura, incluindo os impactos esperados de tais decisões sobre as populações carentes. Você decide solicitar um resumo de política a uma unidade que apóia o Ministério da Saúde no uso de evidências para a formulação de políticas. Você solicita que os possíveis impactos das políticas alternativas sobre as desigualdades sejam minuciosamente observados.

HISTÓRICO

Neste artigo, o quarto da série que trata do uso de revisões sistemáticas para fundamentar as decisões de políticas (ver Figura 1), sugerimos quatro questões que podem ser consideradas pelos formuladores de políticas durante a avaliação dos possíveis impactos de uma política ou programa em populações carentes e equidades. Tais questões poderiam ser aplicadas, por exemplo, no cenário mencionado acima. Para os formuladores de políticas, tais como o Ministro da Saúde ou um membro do staff sênior do Ministério, este artigo sugere uma série de questões que a equipe deveria considerar ao preparar um resumo de política referente aos impactos sobre desigualdades. Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas, como os que preparam os resumos de política, este artigo sugere algumas questões-guia para considerações ao usar evidências de pesquisa relativas aos impactos nas desigualdades, particularmente quando se usa evidências de revisões sistemáticas [2].

Não forneceremos orientações sobre como tratar desigualdades, que devem ser consideradas de acordo com políticas e cenários específicos. Apresentaremos, mais

exatamente, uma abordagem estruturada que considera os impactos das opções de políticas e programas nas desigualdades para informar decisões sobre quais opções implementar e como implementá-las.

Braveman e Gruskin definem equidade como "a ausência de disparidades em saúde sistematicamente associadas a vantagens ou desvantagens sociais" [3]. Margaret Whitehead enfatiza os elementos de uma desvantagem de forma ainda mais clara ao definir a desigualdade como "diferenças em saúde desnecessárias e evitáveis, ademais de injustas e indevidas" [4].

As desigualdades em saúde e cuidados de saúde são bem documentadas em relação a uma variedade de características econômicas e socais. As populações carentes quase sempre têm saúde mais precária [5], acesso deficiente a cuidados de saúde [6], e assistência médica escassa [7]. As políticas ou programas eficazes podem, de fato, melhorar a saúde geral da população. Contudo, seu impacto nas desigualdades pode variar: possa ser que não tenham impactos sobre desigualdades podem reduzir as desigualdades ou exacerbá-las, independentemente de seus efeitos gerais na saúde da população. É, portanto, insuficiente que os formuladores de políticas saibam se uma política ou programa é eficaz simplesmente. É preciso analisar também como uma política ou programa pode impactar as desigualdades. No caso de exacerbá-las, precisarão também considerar como tais efeitos podem ser atenuados. Muitas intervenções eficazes na redução do tabagismo, por exemplo, são adotadas mais prontamente por grupos favorecidos e tal fato pode levar ao aumento das diferenças nos índices de tabagismo e das desigualdades em saúde caso algumas atitudes específicas não sejam tomadas.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes questões podem orientar avaliações dos possíveis impactos da opção de política ou programa em populações carentes e em equidades:

1. Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão?
2. Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes?
3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes?
4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

A lógica por trás dessas questões está ilustrada na Figura 2.

1. **Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão?**

As desvantagens podem estar relacionadas a status econômico, emprego ou função, educação, local de moradia, sexo, etnicidade ou a combinação dessas características. Sociedades distintas dão mais ou menos atenção a alguns determinados fatores devido às suas circunstâncias históricas. Nos Estados Unidos, por exemplo, o foco é para as diferenças raciais, ao passo que o Reino Unido está mais voltado para a desigualdade social. Outros países podem se concentrar em grupos étnicos específicos.

A relevância dessas características pode variar dependendo da política ou do programa de interesse. Enquanto deve haver boas razões para priorizar determinados grupos ou cenários em geral, para programas ou políticas específicos é geralmente importante considerar as desigualdades em relação a uma variedade de cenários ou grupos potencialmente carentes. Deveria ser dada atenção subsequente a tais grupos ou cenários para os quais existem razões de antecipar efeitos diferenciais significativos.

Em geral, os pesquisadores e formuladores de política devem se preocupar com os efeitos diferenciais sempre que houver uma associação entre o mecanismo de ação de uma política ou programa e características particulares. Por exemplo:

- *Status econômico*: as populações de baixa renda são mais suscetíveis a mudanças de preços em produtos e serviços. Devido a menor renda disponível, aumentos no preço do cigarro, por exemplo, poderiam fazer com que essas populações deixassem de fumar. Mas se tornariam também mais vulneráveis por terem de gastar mais em cigarros caso *não* parassem de fumar
- *Emprego ou ocupação*: esquemas de seguros financiados pelo empregador podem causar diferenças de cobertura, com menos cobertura para aqueles que estão desempregados, que são autônomos ou empregados em pequenas empresas
- *Educação*: programas escolares podem afetar de formas diferentes aqueles que assistem e os que não assistem às aulas. Campanhas de informação que confiam em materiais impressos para melhorar o uso dos serviços de saúde podem apresentar impactos diferentes em populações analfabetas ou menos instruídas
- *Local de moradia*: o acesso à saúde é geralmente mais difícil em zonas rurais. Contudo, é mais provável que qualquer estratégia que não leve em consideração a necessidade de melhoria efetiva na qualidade das intervenções públicas ou clínicas seja menos eficaz em zonas rurais
- *Sexo*: estratégias para envolver partes interessadas na definição de prioridades poderão afetar mulheres e homens distintamente, resultando em prioridades com impactos diferentes em homens e mulheres
- *Etnicidade*: grupos étnicos, (por exemplo, grupos que se consideram, ou são considerados por outros como aqueles que compartilham características comuns que os diferenciam de outros grupos na sociedade [8]), poderão ter crenças e atitudes relacionadas à aceitação de um programa ou política em particular. Estratégias que não levem tais perspectivas em consideração são geralmente menos

eficazes entre grupos étnicos nos quais um programa ou política eficiente distinto talvez não seja aceito prontamente.

2. **Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes?**

Na Tabela 1 apresentamos um exemplo de um cenário no qual é possível antecipar diferenças na eficácia relativa de um programa ou política. Conforme descrito na Tabela, existem razões plausíveis para antecipar diferenças nos efeitos relativos das taxas de usuários necessárias para o pagamento de medicamentos ou de outros serviços de saúde em populações carentes (como os pobres), em comparação a outras populações não carentes. Ao tentar reduzir disparidades em tais circunstâncias, os formuladores de política deveriam procurar evidências dos impactos das opções consideradas em populações relevantes carentes. Essas evidências deveriam ser consideradas quando se decide a ação a ser tomada. Por exemplo, as taxas cobradas aos usuários devem ser realmente usadas? E caso sejam usadas, como poderiam ser organizadas e implementadas para minimizar seus efeitos adversos sobre os pobres?

As evidências dos efeitos das políticas e programas em desigualdades são escassas. Também é difícil encontrar tais evidências [9], e os vieses de publicação podem causar problemas uma vez que os estudos que identificam estatisticamente diferenças significativas dos efeitos têm maior probabilidade de serem publicados do que aqueles que não [9]. Tsikata e colegas, por exemplo, constataram que somente 10% dos ensaios controlados que avaliavam a eficiência de uma política ou programa em subgrupos sócio-econômicos [10]. Da mesma forma, Ogilvie e colegas descobriram que as revisões Cochrane de estudos sobre o controle do tabagismo raramente avaliavam o impacto da política ou programa em fatores sócio-econômicos, tanto em revisões atuais quanto em estudos primários dessas revisões [11]. Revisões sistemáticas não costumam dar evidência de eficácia diferencial [11-15]. Por esse motivo, talvez seja necessário procurar um número maior de evidências do que aquele normalmente encontrado em revisões sistemáticas. Tais evidências talvez sejam necessárias para apoiar ou refutar hipóteses plausíveis de efeitos diferenciais ou os efeitos de políticas ou programas na redução de desigualdades.

Quando análises de subgrupos são realizadas em revisões sistemáticas para explorar a existência de efeitos diferenciais, os formuladores de política deveriam estar cientes de que podem ser enganosas. Isso ocorre quando os estudos são insuficientes para detectar com segurança as diferenças nos efeitos, resultando em conclusões falsas e negativas. E testar diversas hipóteses relacionadas aos fatores que podem moderar a eficácia de uma política pode resultar em conclusões falso-positivas [16-20]. Os resultados observados em subgrupos, por exemplo, podem ser casualmente diferentes do efeito geral observado nos estudos [18,21]. Paradoxicamente, a melhor estimativa do resultado de uma política ou programa em um subgrupo pode ser o resultado *geral* (em grupos diferentes) em vez de resultados específicos para o subgrupo de interesse

[18,22,23]. Orientações gerais na interpretação de análises de subgrupos (veja a Tabela 2) deveriam ser aplicadas com um ceticismo saudável, sempre que análises de subgrupos, incluindo aquelas baseadas em fatores sócio-econômicos, são consideradas [24].

Da mesma forma, é frequente a falta de evidências diretas referentes a populações carentes dado que talvez não tenham sidos incluídas nos estudos. Nestes casos, os formuladores de políticas precisam considerar a aplicabilidade das evidências disponíveis, conforme discutido no Artigo 9 dessa série [25].

3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes?

Se a eficácia *relativa* de uma política ou programa for semelhante em cenários carentes, poderão ainda existir diferenças importantes no efeito *absoluto* devido a diferenças nas condições básicas (veja uma ilustração, um exemplo e uma explicação dos efeitos relativos e absolutos na Figura 3, na Tabela 3 na Tabela 4, respectivamente). Geralmente, os riscos básicos são maiores em populações carentes e, consequentemente, um efeito absoluto maior pode ser esperado. Se o efeito relativo da terapia de combinação de artemisinina (ACT, pela sigla em inglês) para diminuir o índice de mortalidade em casos de malária for o mesmo para crianças carentes que para outras crianças, por exemplo, o efeito absoluto seria maior em populações carentes que têm um índice de mortalidade maior. Os riscos podem ser ocasionalmente menores em populações carentes e, nesses casos, o efeito absoluto será consequentemente menor. O risco básico da doença arterial coronariana entre os filipinos é de cerca de um quinto do risco básico nos Estados Unidos. Consequentemente, o número de pessoas que necessitam de tratamento (e custo correspondente) para prevenir um caso de doença arterial coronariana é cinco vezes maior entre os filipinos.

4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

O acesso das populações carentes a cuidados médicos é geralmente precário e de péssima qualidade. Isto é particularmente verdadeiro em populações de difícil acesso, como imigrantes ilegais. Consequentemente, os programas para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento necessitam geralmente de estratégias de implementação adaptadas para lidar com fatores que limitam o acesso ou a qualidade em cenários ou grupos carentes (veja um exemplo na Tabela 5). Esses métodos podem envolver estratégias diferentes de entrega, financiamento e controle, ou o investimento de recursos adicionais. Podem também incluir o provisionamento de apoio técnico adicional para implementar estratégias não adaptadas a tais grupos.

CONCLUSÃO

Os formuladores de políticas podem esperar encontrar evidências limitadas referentes aos impactos da maioria das políticas de saúde sobre as desigualdades. Quando presentes em análises de subgrupos que exploram a existência de diferentes impactos em cenários ou grupos carentes, eles deveriam reconhecer que essas análises podem ser enganosas. Muitas políticas ou programas podem, na realidade, ter efeitos relativos semelhantes em cenários carentes ou outros. No entanto, diferenças nos efeitos absolutos (devido às diferenças de riscos ou necessidades básicos) e diferenças nas barreiras para implementá-los são provavelmente comuns. As evidências no caso de tais diferenças deveriam ser consideradas e analisadas quando se tomam decisões de políticas. É importante, como a evidência é limitada, ter certeza de que o monitoramento e as avaliações dos impactos em equidades sejam os mais rigorosos possível para garantir que os efeitos desejados sejam alcançados e os adversos evitados.

Para monitorar ou avaliar o quanto a implementação de políticas ou programas afetam de formas diferentes as populações carentes, os formuladores de política deveriam garantir que indicadores apropriados de gradientes sociais e medidas de mudanças sejam usados. Os formuladores de política, ao considerar a redução de desigualdades uma prioridade, devem analisar rigorosamente as considerações relacionadas aos impactos de arranjos do sistema de saúde em populações carentes. Talvez eles também desejem considerar estratégias potenciais para abordar os determinantes sociais da saúde e as evidências que apóiam tais estratégias [26].

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Incorporating considerations of equity (Melhorando o uso de evidências de pesquisa para o desenvolvimento de diretrizes: incorporando considerações de desigualdade). Health Res Policy Syst 2006; 4:24.
www.health-policy-systems.com/content/4/1/12 – este artigo revisa a literatura sobre a incorporação de considerações de equidades em diretrizes e recomendações

Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. J Clin Epidemiol. 2007; 60:540-6.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507 – este artigo discute os critérios usados por usuários para avaliar como as diretrizes da prática clínica abordam assuntos referentes à equidade

Braveman PA and Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health 2003; 57:254-8. http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/4/254

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992; 22:429-45. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507

Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006; 332:358-61. www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358

Links para websites

Embora o foco deste artigo (e de outros nesta série) seja nas políticas do setor de saúde, incluímos links de websites que também se concentram, embora de forma mais ampla, nos determinantes da saúde. Tais determinantes são relevantes para a formulação de políticas com base em evidências dentro e fora do setor de saúde.

Arquivos do equidad@listserv.paho.org – este é o arquivo da lista EQUIDAD da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, Pan American Health Organization). As comunicações enviadas à lista cobrem uma grande variedade de materiais, tanto literatura publicada como cinzenta, e tratam de todos os aspectos de equidade na saúde, assim como de outros tópicos dos sistemas de saúde

Cochrane Health Equity Field: http://equity.cochrane.org/en/index.html – O Cochrane Health Equity Field forma parte do Cochrane Collaboration (www.cochrane.org). Está co-registrado com o Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org) como o Campbell Equity Methods Group. Esse Campo estimula e apóia os autores de revisões sistemáticas a incluírem descrições explícitas dos efeitos de intervenções em carentes e da capacidade das intervenções de reduzir as desigualdades

European Portal for Action on Health Equity (Portal europeu para ação em equidade na saúde): www.health-inequalities.eu – este portal é uma ferramenta para promover a equidade na saúde entre diferentes grupos sócio-econômicos na União Européia. Presta informações sobre políticas e intervenções para promover a equidade na saúde nos países da Europa e entre eles

WHO – Commission on Social Determinants of Health (Comissão sobre os determinantes socais da saúde): www.who.int/social_determinants/en – os relatórios finais sobre o WHO Commission on Social Determinants of Health encontram-se disponíveis aqui. Visam apoiar países e parceiros globais da saúde para abordar os fatores sociais que levam a doenças e desigualdades. Tais relatórios concentram-se nos determinantes sociais de saúde que são conhecidos como as piores causas de saúde precária e desigualdades nos países e entre eles. Os determinantes incluem desemprego, ambientes de trabalho inseguros, favelas urbanas, globalização e falta de acesso a sistemas de saúde

World Bank – Multi-Country Projects in Equity, Poverty, and Health (Projetos multinacionais sobre equidade, pobreza e saúde): http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20219025~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476~isCURL:Y,00.html – a crescente preocupação com a saúde dos pobres provocou a criação de vários projetos de pesquisa entre países sobre equidade, pobreza e saúde. Este website fornece links para outras fontes de informação sobre equidade, pobreza e saúde

EQUINET Africa: www.equinetafrica.org – EQUINET, o Regional Network on Equity in Health in Southern Africa é uma rede de profissionais, membros da sociedade civil, formuladores de política, oficiais do estado e outros da região que se uniram como um catalisador de equidades para promover e criar valores comuns de equidade e justiça social na área de saúde

Global Equity Gauge Alliance: www.gega.org.za – a Global Equity Gauge Alliance foi criada para apoiar uma abordagem ativa no controle de desigualdades de saúde e para promover a equidade nas sociedades e entre elas. A Alliance inclui atualmente 11 grupos-membros, chamados Equity Gauges, localizados em 10 países nas Américas, na África e na Ásia

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. JNL, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Mike Kelley, Jordi Pardo, Peter Tugwell e Vivian Welsh por seus comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Reference List

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 **(Suppl 1:I1)**.

2. 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)**.

3. Braveman P, Gruskin S: **Defining equity in health.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:**254-8.

4. Whitehead M: **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Serv* 1992, **22:**429-45.

5. Marmot M: **Social determinants of health inequalities.** *Lancet* 2005, **365:**1099-1104.

6. Wilkinson R, Marmot M: *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen, World Health Organization. 1998.

7. Kahn KL, Pearson M, Harrison ER, Rogers WH, Brook RH, Desmond K, *et al*: *Analysis of Quality of Care for Patients Who Are Black or Poor in Rural and Urban Settings*. Santa Monica: RAND; 1993.

8. Scott J, Marshall G: *A dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press; 2009.

9. Howes F, Doyle J, Jackson N, Waters E: **Evidence-based public health: The importance of finding 'difficult to locate' public health and health promotion intervention studies for systematic reviews.** *J Public Health (Oxf)* 2004, **26:**101-4.

10. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Collaboration?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.

11. Ogilvie D, Petticrew M: **Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study.** *Tob Control* 2004, **13:**129-31.

12. Mackenbach JP: **Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:**162.

13. Gruen R, Bailie R, McDonald E, Weeramanthri T, Knight S: *The potential of systematic reviews to identify diversity and inequity in health care interventions*. Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.

14. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Do Cochrane systematic reviews contain useful information about health equity?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.

15. Thomson H, Petticrew M, Douglas M: **Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:**11-6.

16. Cooper H, Hedges L: *The handbook of research synthesis*. New York: Russel Sage Foundation; 1994.

17. Shadish W: **Meta-analysis and the exploration of causal mediating processes: A primer of examples, methods, and issues.** *Psychological Methods* 1996, **1:**47-65.

18. Davey SG, Egger M, Phillips AN: **Meta-analysis. Beyond the grand mean?** *BMJ* 1997, **315:**1610-4.

19. Thompson S: **Why and how sources of heterogeneity should be investigated.** In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context.* Edited by Egger M, Davey SG, Altman DG. London: BMJ Books; 2001:157-75.

20. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG: **Chapter 9.6: Investigating heterogeneity.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008).* Edited by Higgins JPT, Green S. Oxford: Cochrane Collaboration; 2008.

21. Oxman AD, Guyatt G: **A consumers guide to subgroup analyses.** *Ann Intern Med* 1992, **116:**78-84.

22. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.

23. Efron B, Morris C: **Stein's paradox in statistics.** *Scientific American* 1977, 119-27.

24. Brookes ST, Whitley E, Peters TJ, Mulheran PA, Egger M, Davey SG: **Subgroup analyses in randomised controlled trials: quantifying the risks of false-positives and false-negatives.** *Health Technol Assess* 2001, **5:**1-56.

25. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

26. Commission on Social Determinants of Health: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization. 2008.

27. Hardon A: **Ten best readings in ... the Bamako Initiative.** *Health Policy and Planning* 1990, **5:**186-9.

28. Creese A, Kutzin J: **Lessons from cost recovery in health.** In *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Edited by Colclough C. Oxford: Clarendon Press; 1997:37-62.

29. Ridde V: **Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative.** *Bull World Health Organ* 2003, **81:**532-8.

30. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, *et al*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD007017.

31. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicth JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362:**233-41.

Figura 1. Etapa 4 na descoberta e avaliação de revisões sistemáticas para informar formulações de políticas: considerações de equidade

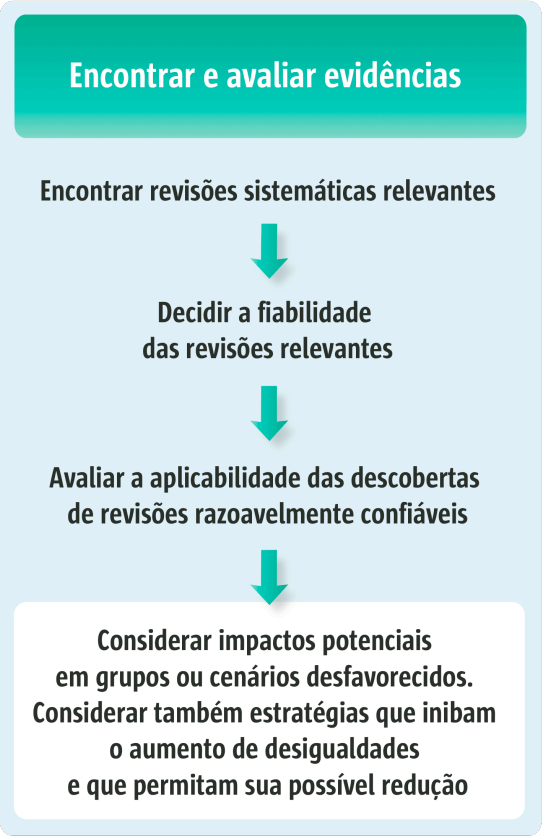


Figura 2. Quatro etapas na identificação e incorporação de considerações de equidade durante a avaliação dos dados encontrados de uma revisão sistemática

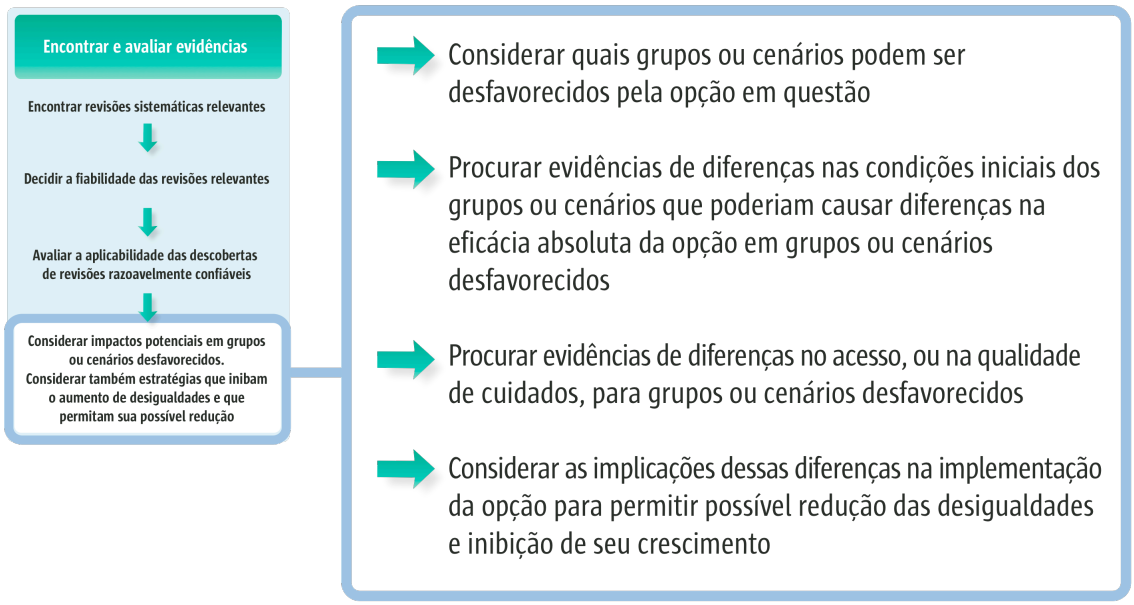


Figura 3. Redução absoluta versus redução relativa em risco

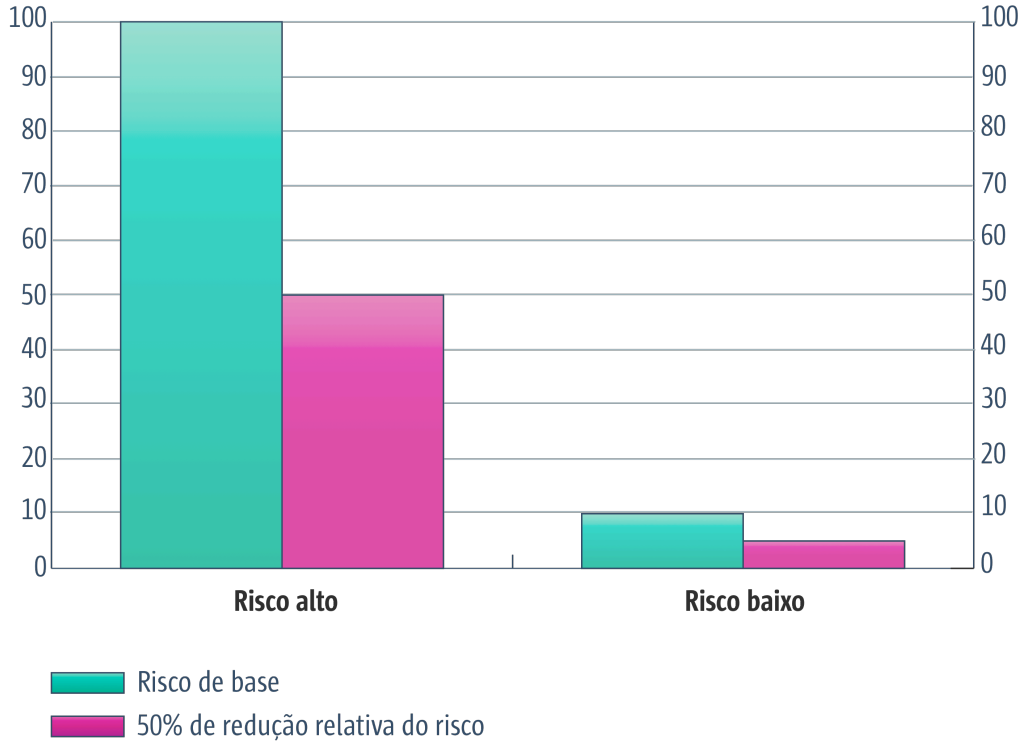


Tabela 1. Exemplo de uma razão plausível para antecipar diferenças na eficácia relativa

As taxas de usuários foram amplamente introduzidas na África Subsaariana como parte da iniciativa Bamako adotada pelos Ministros da Saúde da Região Africana WHO em 1988 [27]. A iniciativa promoveu a venda de medicamentos a usuários com fins lucrativos: a intenção era usar o lucro, além do pagamento de consultas feito pelos usuários, para melhorar o acesso à assistência e a qualidade do serviço. As opiniões sobre o impacto da introdução de taxas de usuários para melhorar o acesso aos serviços de saúde divergiram principalmente em relação aos pobres. Essa iniciativa foi a pauta de muitos debates há mais de 15 anos, mas não há dúvidas de que as taxas de usuários são uma barreira financeira para a população pobre, carente de medicamentos e de outros serviços de saúde [28,29].

Em outros casos nos quais terceiros financiam todos os gastos com medicamentos, os pacientes podem ter taxas altas de uso inapropriadas [30]. As políticas de participação de custo direto transferem parte da carga financeira das seguradoras para os pacientes, o que resulta no aumento da responsabilidade financeira dos pacientes na prescrição de medicamentos. Tais políticas visam incentivar a redução de: uso excessivo geral de medicamentos; uso de medicamentos de eficácia limitada ou daqueles usados em condições nos quais há disponibilidade de outros tratamentos de maior custo-

benefício; e despesas pagas por terceiros. Espera-se que os pacientes reajam aos pagamentos diretos diminuindo o uso de medicamentos, optando por medicamentos mais baratos ou pagando por mais despesas correntes. Ao reduzir a carga financeira para pagadores terceirizados e facilitar o uso racional de medicamentos, os níveis gerais de saúde podem melhorar ao economizar recursos e realocá-los a outros serviços de saúde.

Contudo, uma política de seguro de medicamentos muito restritiva poderá ter consequências imprevistas. Por exemplo, a transferência de custos do segurador para o consumidor poderá gerar a descontinuidade do uso de medicamentos necessários pelos pacientes. Por sua vez, isso pode gerar o deterioro da saúde e aumentar a utilização e os gastos do setor de saúde tanto para os pacientes quanto para as seguradoras. Esse é um efeito inesperado com chances de maior impacto sobre populações de baixa renda ou outras vulneráveis, uma vez que tais custos podem representar uma proporção mais substancial da renda total. Os esquemas envolvendo o pagamento direto de medicamentos por parte dos pacientes são controversos pois uma maior participação nos custos de medicamentos poderá apresentar uma barreira financeira para os pobres e outros grupos carentes. Limitar o reembolso de receitas médicas parece estar ligado a uma redução no uso de medicamentos essenciais em subgrupos vulneráveis, tanto em pacientes idosos quanto nos com deficiências graves, e ao aumento de hospitalizações e internações em casas de repouso [30].

Tabela 2. Diretrizes para interpretar análises de subgrupos

As seguintes perguntas podem ajudar a definir se uma decisão deve ser baseada na análise de um subgrupo ou nos resultados gerais:

A magnitude da diferença é importante?
Se a magnitude de uma diferença entre subgrupos não resultar em decisões distintas para subgrupos diferentes, então os resultados gerais poderão ser usados.

A diferença entre subgrupos é estatisticamente significativa?
Para definir se uma política ou programa tem um efeito diferente em situações distintas, as magnitudes dos efeitos em subgrupos diferentes devem ser diretamente comparadas entre si. A significância estatística dos resultados em análises separadas de subgrupos *não* deve ser comparada, uma vez que pode ser enganosa. Por exemplo, se a análise de um subgrupo apresentou o efeito de uma política ou programa como estatisticamente não significativo para mulheres, mas estatisticamente significativo para homens, provavelmente isso ocorreu simplesmente devido ao fato de que poucas mulheres foram incluídas nos estudos. Isso *não* responde a questão quanto à diferença entre o tamanho do efeito em mulheres e homens ter sido maior do que poderia ter sido se tal fato tivesse ocorrido por acaso. Se houver uma diferença significativa nos efeitos e

tal diferença for estatisticamente importante (por exemplo, pouco provável que tenha ocorrido por acaso), então sérias considerações devem ser tomadas para que a decisão tenha como base a análise do subgrupo em vez de uma análise geral.

Há evidências indiretas para apoiar os dados encontrados?
Evidência indireta é uma pesquisa que não comparou diretamente as opções nas quais estamos interessados na população de interesse ou mediu os resultados importantes pelos quais estamos interessados. Para que as diferenças entre os subgrupos sejam convincentes, deveriam ser plausíveis e apoiadas por outras evidências indiretas ou externas. Por exemplo, uma pesquisa que tenha medido resultados intermediários (não os de nosso interesse) poderá oferecer evidências de um mecanismo plausível para efeitos diferentes. Para a análise de subgrupos de grupos carentes, poderia haver uma razão semelhante plausível – apoiada por evidências indiretask – para antecipar os efeitos diferenciais.

A análise foi pré-especificada ou post hoc?
Os pesquisadores deveriam dizer se as análises de subgrupos foram pré-especificadas ou realizadas após a compilação dos resultados dos estudos (post hoc). Um grau de confiabilidade poderá ser depositado na análise de um subgrupo se for parte de um pequeno número de análises pré-especificadas. A realização de várias análises de subgrupos post hoc poderia ser vista como limpeza de dados, um processo inerentemente não confiável. Tal fato ocorre porque normalmente é possível encontrar uma explicação aparente, porém falsa, para as diferenças nos efeitos quando várias características distintas são consideradas.

As análises objetivam o que está no estudo ou as relações entre os estudos?
As diferenças nos subgrupos observadas nos estudos são mais confiáveis do que as análises de subconjuntos de estudos. Se tais relações de estudos forem reproduzidas nos estudos, a confiabilidade nos dados encontrados será maior.

Tabela 3. Exemplo de uma diferença nas condições básicas que levam a uma diferença na eficácia absoluta

Nascimentos em hospitais podem ajudar a reduzir a mortalidade materna quando os hospitais são devidamente equipados e compostos de equipe qualificada capaz de intervir de maneira eficaz para a redução do número de óbitos por causas comuns de morte materna, como hemorragia e eclampsia. Tipicamente, a porcentagem de nascimentos em hospitais é menor em áreas rurais do que em áreas urbanas por causa de variações no acesso. O pagamento dos custos de transporte para melhorar o acesso a hospitais pode reduzir as desigualdades. Isso ocorre porque os pagamentos podem ser mais eficazes em áreas rurais onde o custo de transporte é mais uma barreira. Deve-se

também a menor porcentagem de nascimentos em hospitais em áreas rurais (que, consequentemente, aumenta o efeito absoluto).

Tabela 4. Efeitos absoluto e relativo

Efeitos relativos são razões. Por exemplo, uma razão de risco (RR) é a razão entre o risco em um grupo de intervenção e o risco em um grupo de controle. Se o risco em um grupo de intervenção for de 2% (por exemplo, 20 por 1.000) e o risco em um grupo de controle for de 2,4% (por exemplo 24 por 1.000), a razão de risco (ou risco relativo) será de 20/24 ou 83%. A 'redução do risco relativo' é uma outra maneira de expressar os efeitos relativos. É a redução porcentual ou proporcional em risco e é igual a 1-RR que, nesse caso, é de 17% (1 - 0 ,83 = 0,17).

Se o valor RR for exatamente 1,0, isso significa que não haverá diferença entre a ocorrência do resultado no grupo de intervenção e no grupo de controle. Contudo, a importância desse valor estar acima ou abaixo de 1,0 depende do resultado sendo medido, se é bom ou mau. Se o valor RR for superior a 1,0, a intervenção aumentará o risco do resultado. Se o resultado esperado for considerado bom (por exemplo, o nascimento de um bebê saudável), um RR superior a 1,0 indicará um efeito desejado para a intervenção. Inversamente, se o resultado for ruim (por exemplo, óbito) um valor RR superior a 1,0 indicaria um efeito não desejado. Se o valor RR for inferior a 1,0, a intervenção diminuirá o risco do resultado. Então, isso indicará um efeito desejável, se o resultado for ruim (por exemplo, óbito) e indesejável se for bom (por exemplo, o nascimento de um bebê saudável).

Efeitos absolutos são diferenças. Por exemplo, uma redução de risco absoluto (RRA) é a diferença ente o risco *com* a intervenção e o risco sem a intervenção. Nesse exemplo, a RRA é de 2,0% (20 por 1.000) menos 2,4% (24 por 1.000), por exemplo, 0,4% (4 por 1.000) menos de mortes por câncer de intestino. Normalmente, o efeito absoluto é diferente em grupos de alto risco (tais como pessoas carentes) e em grupos de baixo risco, ao passo que o efeito relativo costuma ser o mesmo. Sempre que relevante, é importante considerar se grupos diferentes apresentam distintos níveis de risco. Isso é ilustrado na Figura 3, onde 50% da redução relativa de risco causa uma redução absoluta de 50 eventos por 1.000 no grupo de alto risco (de 100 para 50) e uma redução absoluta de apenas 5 por 1.000 no grupo de baixo risco (de 10 para 5).

Tabela 5. Exemplo de considerações importantes sobre implementação

Há uma maior probabilidade de as crianças carentes, quando comparadas às favorecidas, serem expostas a maiores riscos de saúde, terem menos resistência a

doenças e, consequentemente, apresentarem maiores taxas de mortalidade. Tais desigualdades são decorrentes do acesso reduzido aos serviços de saúde. Até mesmo os subsídios públicos designados para a saúde beneficiam, com frequência, mais os ricos do que os pobres. A implementação de intervenções para reduzir a mortalidade infantil não baixará necessariamente tais desigualdades e poderá, em alguns casos, até mesmo aumentá-las. Consequentemente, estratégias projetadas, tais como o fornecimento de serviços de saúde mais acessíveis e mais disponíveis, para reduzir as desigualdades devem ser consideradas [31]. Essas estratégias poderão visar a população pobre ou ser implementadas universalmente. Situações nas quais a cobertura universal ou direcionada pode ser mais apropriada incluem [31]:

Direcionamento provavelmente mais apropriado	**Cobertura universal provavelmente mais apropriada**
• Grupos de alto risco de fácil identificação • Intervenções necessárias apenas nos casos de crianças em risco • As intervenções protegem apenas aqueles que as recebem • Intervenções são amplamente fornecidas por meio do setor público • As demandas espontâneas de intervenção são baixas • Os serviços de saúde são incapazes de cobrir toda a população	• Grupos de alto risco de difícil identificação • Intervenções necessárias em todos os casos • As intervenções têm efeitos propagadores • Intervenções são amplamente fornecidas por meio do setor privado • As demandas espontâneas de intervenção são altas • Os serviços de saúde são capazes de cobrir toda a população

A cobertura universal pode ser uma estratégia mais apropriada para vacinas, necessárias a todos e de efeitos propagadores (diminuindo o risco de infecção tanto para os que são vacinados quanto para os que não são). Contudo, para diminuir também as desigualdades em cobertura, estratégias direcionadas adicionais podem ser necessárias; como aquelas que tratam de problemas referentes a diferenças de acesso aos serviços de saúde ou a falta de demanda de vacinação em populações carentes.

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

11. Busca e uso de evidências sobre condições locais

Simon Lewin[1], Andrew D Oxman[2], John N Lavis[3], Atle Fretheim[4], Sebastian Garcia Marti[5] and Susan Munabi-Babigumira[6]*

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **11. Finding and using research evidence about local conditions.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S11 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S11.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s11.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3 Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canadá, L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
5 Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Viamonte 2146, 3rd floor, C1056ABH, Buenos Aires
6 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (simon.lewin@nokc.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Evidências das condições locais são as evidências disponíveis a partir do(s) cenário(s) nos quais uma decisão ou ação será tomada sobre uma política ou programa. Tal evidência é sempre necessária, assim como outras formas de evidências, como apoio na tomada de decisões sobre as opções. Evidência global é o melhor ponto de partida para julgar os efeitos, os fatores que modificam tais efeitos e os insights para abordar e tratar os problemas. Contudo a evidência local é necessária na maioria das outras análises sobre quais decisões e atitudes tomar. Neste artigo, sugerimos cinco questões que ajudarão identificar e avaliar a evidência local necessária como apoio na tomada de uma decisão sobre as opções de políticas ou programas. Estas perguntas são as seguintes: 1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções? 2. Como encontrar a evidência local necessária? 3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível? 4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local? 5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público sênior e deve apresentar uma proposta para uma nova reforma na área da saúde. Você quer ter certeza de que a proposta estabelece claramente o número de pessoas que provavelmente se beneficiarão com a reforma da saúde, assim como a visão dos grupos interessados relativa à nova iniciativa.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e o Ministro decidiu uma nova reforma na área de saúde. Você recebeu instruções para redigir um documento de base para a reforma e precisa de informações sobre a disponibilidade de recursos para implementar as mudanças necessárias e possíveis barreiras para tal implementação.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que apóia o Ministério da Saúde no uso de pesquisas evidenciadas na formulação de políticas. Você foi comissionado para redigir um documento de base para a nova reforma na área de saúde que poderá afetar o acesso à assistência médica. Você precisa de encontrar informações sobre o acesso à assistência para idosos e para aqueles de baixa renda no seu cenário.

HISTÓRICO

Este artigo sugere uma série de questões na tomada de decisões que (Cenário 1) seus responsáveis poderiam perguntar à sua equipe ao considerar a evidência encontrada e seu uso em condições locais a fim de apoiar as opções de programas e políticas de saúde.

O artigo sugere também uma série de perguntas que aqueles que apóiam tais tomadores de decisões (Cenários 2 e 3) deveriam levar em consideração tanto quando orienta a identificação e avaliação de evidências a partir de seu cenário local para apoiar uma decisão sobre as opções de programas e políticas de saúde, quanto incorpora essa evidência na formulação de políticas.

As evidências deveriam sempre informar as opções sobre as condições locais (doravante denominada evidência local), assim como outras formas de evidência. *Evidência local* – considerada mundialmente como a melhor evidência – é o melhor ponto de partida para analisar os efeitos das opções e os fatores que modificam tais efeitos [2], e os insights para abordar e tratar os problemas. *Evidência local* é necessária na maioria das análises de quais decisões e atitudes deveriam ser tomadas.

A evidência local é a evidência disponível a partir do(s) cenário(s) no(s) qual(is) uma decisão ou atitude será tomada. A palavra 'local' nesse contexto se refere ao distrito, região ou nação, dependendo da natureza do assunto da política em questão. Tal evidência poderia incluir informações sobre a presença de fatores modificadores dos impactos de uma política (os *fatores modificadores*). Tais fatores modificadores incluiriam: as características de uma região e daqueles que nela moram ou trabalham; a necessidade de serviços (prevalência, condição ou risco de base); visões e experiências; custos; tradições políticas; capacidade institucional; e a disponibilidade de recursos, como equipe, equipamentos e medicamentos.

Existem várias fontes de evidência local, tais como: dados de rotina (por exemplo, da prevalência de doenças, uso de assistência médica ou custo de serviços); dados de pesquisas (por exemplo, da saúde, demografia e condições familiares); e dados a partir de estudos isolados (por exemplo, ensaios conduzidos no local, estudos sobre a visão de consumidores quanto um determinado assunto e avaliações de custo-benefício). Contudo, geralmente a evidência local é avaliada apenas informalmente, ou diretamente não avaliada, como parte dos processos de formulação de políticas. Em alguns cenários, tais informações podem ser difíceis de ser localizadas ou são de má qualidade. Este artigo apresenta uma abordagem sistemática para buscar, avaliar e incorporar evidências locais na formulação de políticas.

Existem várias maneiras nas quais as evidências locais podem ser usadas (veja a lista de algumas delas na Tabela 1) Por exemplo, os formuladores de políticas podem precisar de evidências locais sobre a prevalência ou magnitude de uma questão de saúde para contextualizar (e dar relevância) a evidência disponível a partir de estudos ou revisões globais conduzidas em outros contextos [3]. (Consulte a discussão desse assunto no caso de tratamento de malária na Tanzânia e no Brasil na Tabela 2) Talvez as evidências baseadas em informações nacionais, regionais ou globais não forneçam uma descrição adequada da situação local. A evidência local poderá ser útil como parte de um processo de cenário prioritário para o desenvolvimento das opções de programas e políticas baseadas em evidências [4]. Talvez, informações sobre os arranjos relativos à

prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica sejam necessárias como apoio para tais decisões. As visões e experiências dos interessados locais, tais como consumidores e profissionais da saúde, relativas a uma determinada opção são, na realidade, uma outra forma importante de evidência local [5,6]. (Veja na Tabela 3 exemplos de como a evidência local tem sido usada na Austrália para avaliar necessidades relacionadas à clínica geral e na África do Sul, com relação às visões sobre o uso de redes tratadas com inseticidas.) Finalmente, informações sobre os custos locais de uma opção e a disponibilidade de recursos são essenciais na tomada de decisões na implementação e no planejamento de opções [7-9]. (Veja exemplos referentes a essa questão na África do Sul, no Chile e nos Estados Unidos nas Tabelas 4 e 5.)

Evidências locais poderão apoiar todos os estágios do processo de formação de políticas. Por exemplo, uma evidência local pode colocar um assunto em questão na agenda política e assim ajudar a estabelecer metas. Uma evidência local poderá também ser usada por diferentes interessados e grupos de interesse para influenciar na decisão de uma determinada opção. A Shack Dwellers Federation da Namibia, por exemplo, apóia as associações locais dos moradores de cabana na arrecadação de informações sobre as condições sócio-econômicas de seus membros e de outros residentes e sobre a disponibilidade de serviços locais essenciais. Tais informações têm sido úteis na identificação das necessidades locais, assim como para dar voz aos grupos locais nos debates do governo sobre a formação de políticas. Os grupos locais também usam essas informações para influenciar os políticos e funcionários públicos municipais para melhorar a qualidade da prestação de serviços em suas regiões e para aumentar o acesso de terras para habitação [10].

Além de apoiar diretamente as decisões sobre as opções, a evidência local pode contribuir na monitoração dos efeitos de um programa ou política ao longo do tempo a fim de avaliar se os impactos esperados permanecem [11]. (Veja a discussão na Tabela 6 do uso de evidência local na monitoração e avaliação do tratamento anti-retroviral. na África do Sul.) Quando os dados são levantados de forma rotineira, algum nível de análise retrospectiva é possível e pode propiciar uma base contra a qual novos programas poderão ser avaliados. A evidência local pode também ser útil em demonstrar tendências dos efeitos de um programa em pequenas áreas geográficas, tais como vizinhanças e distritos, e elucidando as diferenças na implementação ou aceitação. Os formuladores de políticas também consideram os impactos de um programa em determinados grupos, como populações vulneráveis ou minorias. A evidência local pode também ser útil ao analisar se os recursos dos programas foram distribuídos equitativamente e se um programa está sendo implementado de forma a promover a equidade (veja, por exemplo, referência [12]).

Os formuladores de políticas precisam ser cuidadosos quando usam apenas a evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções de um programa ou uma política. A evidência local pode ser diretamente mais relevante do que os estudos conduzidos em

outros contextos, mas, por outro lado, pode ser menos confiável devido a limitações significativas nos estudos realizados no local. Além disso, mesmo quando as avaliações locais são confiáveis, podem ser enganosas devido a erros aleatórios. Análises sobre a possibilidade da base de uma conclusão ser um subsistema de avaliações relevantes (realizadas no local) ou evidências globais (inclusive estudos relevantes realizados em outros cenários) recebem maior apoio no contexto de uma revisão sistemática de *todas* as avaliações relevantes [2].

Quando uma revisão sistemática não estiver disponível e não for viável conduzi-la ou comissioná-la, será possível usar somente a evidência local como apoio na tomada de decisões sobre as opções [13]. Nestes casos, os formuladores de políticas deveriam estar cientes dos riscos de tal procedimento, em especial quando a avaliação local tiver limitações significativas (riscos tendenciosos) ou for pequena (e, consequentemente, os resultados forem imprecisos). Contudo, em circunstâncias (relativamente incomum) nas quais avaliações rigorosas, diretamente relevantes e grandes do impacto local estiverem disponíveis [14], tal evidência poderá ser ideal como apoio para as decisões.

Como todas as outras formas de evidência, a confiabilidade da evidência local precisa ser avaliada. Neste trabalho, sugerimos cinco questões que poderão ajudar a identificar e avaliar a evidência local necessária como apoio para uma decisão sobre as opções.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As cinco perguntas abaixo poderão orientar os formuladores de políticas e outros interessados identificar as prováveis opções de programas e políticas e encontrar as respectiva evidências. A Figura 1 mostra a relação entre tais questões:

1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções?
2. Como encontrar a evidência local necessária?
3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível?
4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local?
5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções?

Talvez, uma variedade de evidências locais seja necessária como apoio para uma decisão sobre opções (veja exemplos de uso de evidência local em diferentes estágios do processo de formação de políticas nas Tabelas 1 a 8). A evidência necessária dependerá da natureza da opção ou questão sendo considerada, do contexto e da disponibilidade das diferentes formas de evidências locais.

2. Como encontrar a evidência local necessária?

Evidências locais podem ser encontradas a partir de sistemas rotineiros da área da saúde, pesquisas amplas ou estudos que podem ser desagregados ou a partir de estudos específicos que levantaram ou analisaram os dados locais. Abaixo, discutiremos cada um deles em detalhes.

Assim como os processos relacionados a evidências de efeitos globais [15], os processos de busca de evidência local e de análise de sua inclusão e avaliação deveriam ser sistemáticos (por exemplo, os processos sistemáticos deveriam ser usados para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada apropriadamente) e relatados de forma transparente. O uso seletivo da evidência local (as vezes denominada 'escolha a dedo') para demonstrar a utilidade de uma determinada opção, deveria ser evitado pois poderá resultar na omissão ou negligência de informações ou de dados significativos durante a tomada de decisões. Por exemplo, incluir apenas as maiores estimativas do tamanho de um problema, tal como a quantidade de crianças cujas carteiras de vacinação não foram devidamente preenchidas, causará um entendimento pobre de um problema, como a vacinação incompleta. Poderá também resultar em recursos escassos sendo usados em intervenções desnecessárias, que não atendem as necessidades locais ou que não sejam necessários na extensão para a qual foram providos. Se as maiores estimativas forem usadas na proporção de crianças que não cumprem seu programa de vacinação a fim de apoiar uma decisão referente a opções, por exemplo, um número de recursos sendo usados em programas de vacinação poderá ser maior do que realmente é necessário. Da mesma forma, confiar apenas nos dados de cobertura média de imunização em uma população numerosa poderá ser inadequado. Tais evidências poderão ocultar grandes desigualdades na cobertura de grupos ou regiões específicas.

Uma grande variedade de evidências poderá estar disponível, mas isso não significa que tal disponibilidade esteja na forma adequada para tratar da política em questão. Por exemplo, os dados podem ser disponibilizados a partir de pesquisas sobre acesso doméstico a diferentes formas de instalações sanitárias, tais como descargas ou latrinas. Contudo, esses dados podem não ter sido analisados com o nível de agregação necessário, tal como uma determinada região ou distrito de saúde, e talvez não indiquem se as instalações sanitárias foram operacionais. Entretanto, talvez seja necessário realizar uma análise mais detalhada dos dados disponíveis ou fazer suposições sobre a aplicabilidade dos dados a uma determinada política em questão. Discutiremos esses aspectos nas Questões 4 e 5 abaixo.

Dados locais coletados a partir do sistema de informações de saúde rotineiro:

As autoridades da área de saúde em âmbito nacional, distrital ou outros (ou outras organizações no sistema de saúde) geralmente coletam dados de forma rotineira sobre vários assuntos, inclusive [16]:

- *Fatores de risco*: Tais como nutrição e pressão sanguínea
- *Mortalidade e ônus da doença*: Isso inclui resultados na saúde como mortalidade infantil, resultados no tratamento de tuberculose, mortes perioperatórias, doenças infecciosas e notificações de câncer
- *Cobertura do serviço de saúde*:
  - Cobertura de serviços ou intervenções clínicas, tais como vacinação infantil ou taxas de triagem cervical
  - Informações sobre a utilização de serviços médicos, como período de internação hospitalar, número de pacientes ambulatoriais com casos específicos de saúde e medicamentos administradas
  - Pesquisas de rotina sobre a satisfação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos
- *Recursos do sistema de saúde:*
  - Despesas com assistência médica conforme vários programas e centros de custos
  - Dados do departamento de recursos humanos, tais como números e graduação da equipe em diferentes instalações e programas, programas de desenvolvimento de equipes e ausência de equipes
  - Dados de desempenho clínico, tais como taxas de infecções pós-cirúrgicas, tempo de tratamento de pessoas com infartos do miocárdio
  - Diretrizes usadas na prestação de cuidados médicos
  - Adesão às diretrizes na prestação de cuidados médicos
- *Desigualdades em assistência médica e resultados da saúde*

Em algumas das fontes mencionadas talvez seja possível desagregar os dados de grupos específicos, tais como gênero ou idade, ou de determinadas regiões locais, como vizinhanças ou municípios [2]. Os dados a partir de sistemas rotineiros de informações de saúde talvez não tenham sido analisados sistematicamente e os recursos consideráveis talvez sejam necessários para realizar tal análise.

O Health Information Departments of Ministries of Health, National Statistics Offices e autoridades locais da saúde são bons pontos de partida para identificar as fontes locais de dados de rotina. Esses departamentos, publicam cada vez mais listas de dados que captam da Internet e analisam. Muitos também realizam estatísticas de sumários com certa regularidade. O Departamento de Saúde da cidade de Cape Town na África do Sul, por exemplo, publica informações em seu website por sub-distrito de alguns indicadores de saúde, tais como números de nascimentos, mortalidade de recém nascidos e de crianças, resultados de tratamentos de casos de tuberculose (veja: www.capetown.gov.za/en/cityhealth/Pages/CityHealth.aspx). A Association of Public Health Observatories também fornece dados dos principais indicadores para cada autoridade local na Inglaterra (veja: www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES). As instituições locais de pesquisas, organizações não governamentais de saúde (ONGs) ou os escritórios de agências bi ou multilaterais, tais como os escritórios nacionais da OMS também

poderão sugerir fontes locais de dados coletados de forma rotineira. Algumas bases de dados poderão incluir evidências locais úteis, por exemplo, relacionadas a preços locais de medicamentos, sua disponibilidade e o uso de outras tecnologias. Em geral, as autoridades locais de saúde deveriam ter uma visão geral das fontes locais de dados coletados de forma rotineira. Talvez os formuladores de políticas queiram se familiarizar com isso.

Dados a partir de grandes estudos ou fontes que podem ser desagregados ao âmbito local

Fontes importantes de dados incluem grandes pesquisas ou estudos como censos nacionais, pesquisas regionais de acesso a instalações básicas e pesquisas nacionais demográficas de saúde. Para algumas dessas fontes, a desagregação para a cidade ou estado é possível ou pode já ter acontecido. Por exemplo, o site da Neighbourhood Statistics do United Kingdom Office for National Statistics (veja: www.neighbourhood.statistics.gov.uk/Dissemination) permite que seus usuários busquem estatísticas de uma área acessando com o nome ou código postal. Uma grande variedade de dados encontra-se disponível, incluindo acesso a serviços, crime e segurança, saúde em geral e gravidez na adolescência. Da mesma forma, o site da Statistics South Africa inclui informações sobre uma grande variedade de tópicos desagregados no âmbito provincial. Por exemplo, isso inclui busca de informações, baseadas em dados a partir de pesquisa doméstica nacional, sobre a cobertura de segurança de saúde e de consultas de serviços de saúde (veja: www.statssa.gov.za).

Para outros conjuntos de dados, uma análise apropriada do nível local pode não ser realizada de forma habitual. Contudo, isso é viável quando os dados são identificados por área geográfica. A agência que conduziu a pesquisa ou a que recebeu esses dados deveria estar apta a dizer se uma outra desagregação por local é possível. Como esse processo de análise detalhada é mais complexo, geralmente recomenda-se um apoio estatístico. Alguns dados em saúde, como serviços de tratamento para infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, podem ser considerados precisos por natureza. Contudo, talvez não seja possível obter dados desagregados por local se as agências que recebem tais dados precisarem garantir que determinados indivíduos não possam ser identificados a partir das informações colocadas em domínio público.

Estudos específicos que coletam e analisam dados em áreas locais

Um grande número de estudos de pesquisa coleta, analisa e relata os dados concentrados em uma área local, tal como um estado ou uma cidade. Tais estudos podem utilizar uma grande variedade de métodos de análise e coleta de dados. Os estudos que apresentam dados em uma área local podem ser posicionados de várias formas:

- Pesquisando (preferencialmente com a ajuda de um especialista em informações) bases de dados globais de trabalhos de pesquisa publicados, tais como PubMed, a

Cochrane Library (Biblioteca Cochran) ou as bases de dados regionais da OMS (por exemplo, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Database, Ciências de Saúde do Caribe e da América Latina), usando termos geográficos, como 'Caracas' ou 'Buenos Aires'. PubMed inclui um *hedge*, ou estratégia de procura validada que permite aos usuários pesquisar bases de dados administrativas, realizar pesquisas na comunidade e estudos qualitativos (que podem ser úteis para fornecer informações sobre padrões de utilização e sobre visões e experiências, por exemplo). Encontra-se disponível em: www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html

- Pesquisando (preferencialmente com a ajuda de um especialista em informações) fontes de literatura'cinza' ou não publicada, como Google Scholar, o WHO Library Information System (http://dosei.who.int/uhtbin/cgisirsi/Mon+May++4+21:00:46+MEST+2009/0/49) e OpenSIGLE (Sistema de informações sobre literature cinza na Europa: http://opensigle.inist.fr). Muitos estudos locais, como pesquisas operacionais em serviços de saúde, são publicados como relatórios na Web, mas podem não ser publicados em revistas científicas. A literatura cinza é, então, uma boa fonte de tais evidências
- Entrando em contato com pesquisadores nas universidades, institutos de pesquisa ou departamentos de saúde ou ainda redes locais de pesquisa para informações relevantes, inclusive relatórios de estudos não publicados
- Entrando em contato ou pesquisando recursos dos observatórios de saúde, como o European Observatory on Health Care Systems (www.euro.who.int/observatory), o International Observatory on Mental Health Systems (www.cimh.unimelb.edu.au/iomhs) ou o Africa Health Workforce Observatory (www.afro.who.int/hrh-observatory)

3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível?

Como todas as outras formas de evidência, a *qualidade* da evidência local precisa ser avaliada. Quando a qualidade dos dados é baixa, a interpretação pode se tornar difícil e corre-se o risco de chegar a conclusões erradas. Quando a evidência local é levada em consideração, talvez seja útil fazer a diferença entre *dados* (por exemplo, produto não processado de medidas e observações) e *informações* (por exemplo, dados organizados ou analisados em relação a uma determinada questão ou assunto e, consequentemente, mais úteis na tomada de decisões [17]). Alguns dos prováveis problemas com as evidências locais relacionados aos dados (por exemplo, a maneira como as medidas foram realizadas). Outros se referem a *como* esses dados são transformados em informações (por exemplo, como parte do processo de análise).

Vários fatores podem comprometer a qualidade da coleta de dados locais de maneira habitual. Funcionários da assistência médica que coletam e agregam dados, por exemplo, podem ter sido indevidamente treinados para tal tarefa. Da mesma forma, se não recebem um feedback em tempo hábil, podem não entender a utilidade dos dados

no apoio à prestação de serviços. A entrada de dados pode também competir com um grande número de outras atividades de assistência em clínicas ou hospitais e o controle de qualidade central pode apresentar-se inadequado [18]. Problemas referentes a qualidade de dados pode ser difícil de retificar quando tais dados já foram coletados. Porém, talvez seja mais fácil retificar as informações inadequadas refazendo a análise. Os sistemas de coleta de dados locais poderiam perfeitamente ser projetados para oferecer um feedback útil e em tempo hábil para aqueles que coletam tais dados.

A maior parte das evidências usadas para apoiar as decisões sobre as opções é *descritiva* (por exemplo, inclui sumários simples de amostras, medidas ou resultados de dados) em vez de *comparativa* (por exemplo, baseada na comparação de um conjunto de dados com outro, por exemplo por região ou por trabalho excedente). Existem algumas exceções, como evidências de desigualdades que fiam-se em comparações.

A natureza descritiva da maioria das evidências locais tem implicações na avaliação de sua qualidade. No caso de estudos comparativos, a avaliação da qualidade se concentra principalmente nos riscos tendenciosos (por exemplo, o risco de "erro sistemático ou desvio da verdade nos resultados ou riscos de interferência" [19]). Ao passo que questões importantes para a avaliação da qualidade local incluem (adaptado de [11]. Veja também na Tabela 9 um sumário das questões que podem ser usadas como diretrizes para avaliar a qualidade da evidência local):

- *A evidência é representativa?* Essa questão visa descobrir se a evidência realmente representa a população em geral, origem de tal evidência ou para quem os dados encontrados são generalizados. Existem vários componentes para esta questão: Primeiramente, a descrição da fonte da evidência é clara? Em segundo lugar, se a evidência é extraída de uma amostra da população de interesse, existe uma descrição clara de como a amostragem foi conduzida e de que a abordagem de tal amostragem foi usada apropriadamente? Em terceiro lugar, há uma descrição de como quaisquer interferências ou generalizações foram feitas em uma população maior?

- *A evidência é precisa?*Essa pergunta questiona se os dados disponíveis combinam ou têm probabilidade de combinar com o valor real do resultado medido. O usuário, quando tratar dessa questão, poderá considerar se existem descrições claras dos processos através dos quais os dados foram coletados. Os assuntos a serem tratados incluem: quem coletou os dados e se foi devidamente treinado e recebeu o apoio necessário para essa função, quais ferramentas foram usadas na coleta de dados, quando os dados foram coletados, se a qualidade dos dados coletados foi monitorada, como a análise foi feita (se os métodos da análise foram relatados claramente) e se as limitações dos dados foram discutidas

- *Os resultados relevantes foram relatados?*Essa pergunta questiona se as medidas relatadas nos dados (tais como, resultados do tratamento ou medidas de utilização na saúde) são adequadas para tratar a questão para a qual os dados serão usados. Ao tratar essa questão o usuário poderá considerar se existe uma descrição clara do resultado ou resultados medidos, se eles são confiáveis e se tais resultados propiciam uma avaliação razoável da questão da saúde. Se a preocupação dos formuladores de políticas for, por exemplo, a forma como melhorar a qualidade da assistência para portadores de tuberculose, o resultado do tratamento para tuberculose relatado de forma habitual poderá ser uma medida útil. Isso ocorre porque a conclusão do tratamento de tuberculose estará provavelmente relacionada com a qualidade de assistência recebida pelos pacientes

4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local?

Durante a avaliação e uso da evidência local, é importante estar ciente de que algumas variações poderão ocorrer quanto a sua disponibilidade, qualidade ou resultados. Cada um desses assuntos é discutido abaixo.

Disponibilidade: grandes variações sempre ocorrem na extensão ou profundidade da evidência local disponível nas áreas geográficas, jurisdições ou grupos populacionais. Em muitas situações, essa variação pode simplesmente refletir as diferenças nas políticas ou na capacidade das autoridades de saúde ou de outras agências em diferentes jurisdições ou regiões. Em outros casos, no entanto, as variações de disponibilidade da evidência local em grupos ou regiões podem refletir outras desigualdades implícitas. Isso pode incluir o baixo acesso que certos grupos têm a instalações de saúde ou falhas de pesquisas para incluir‘ grupos de difícil acesso, tais como populações migrantes, as que falam outras línguas ou aquelas que moram em áreas remotas ou assistidas precariamente. Os grupos que são estigmatizados em razão da orientação sexual ou etnia, por exemplo, ou porque são considerados como migrantes ilegais, também podem estar relutantes em identificar-se como que pertencendo a esses grupos na coleta de dados [20,21]. Talvez exista pouca evidência local disponível relacionada a esses grupos e a coleta de tais dados pode significar um desafio. Aqueles que usam dados locais precisam investigar os motivos das variações quanto à sua disponibilidade e considerar tais fatores no processo de tomada de decisões.

A disponibilidade pode ser limitada de outras formas. Primeiramente, a evidência pode estar disponível a partir de uma única fonte, tornando dessa forma difícil a confiabilidade das informações cruzadas. Em segundo lugar, as informações podem estar disponíveis em uma região grande que inclui a região de interesse político, mas de forma tal que não permite que as informações da região local sejam separadas de um conjunto de dados mais amplo. Em terceiro lugar, os formuladores de políticas podem ter acesso a dados de boa qualidade a partir de uma determinada vizinhança e então

avaliar a extensão em que esses dados podem ser generalizados na região de interesse. Finalmente, a evidência local pode estar disponível apenas como um indicador de avaliação relacionado a um assunto de saúde. Por exemplo, os formuladores de políticas na Colômbia solicitaram dados sobre o número de hospitalizações de portadores de meningite, mas tal informação não se encontrava disponível de forma habitual. Contudo, o número de óbitos por meningite na Colômbia estava disponível a partir do sistema de informações WHOSIS (http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm). Além disso, os dados sobre as taxas de mortalidade por meningite foram disponibilizados a partir de uma fonte local (www.scielo.br/pdf/rsap/v8s1/v8s1a04.pdf). A partir desses dois conjuntos de dados é possível estimar o número total de casos de meningite no país.

Qualidade e resultados: as diferentes fontes de evidência local podem se diferenciar em qualidade. Além disso, a qualidade de evidência local pode ser diferente daquela de outras formas de evidência usada na tomada de decisões. Por exemplo, um estudo de rotina sobre dados de malária em Moçambique comparou registros de municípios baseados em registros de casos de adultos internados por malária e mortes com dados digitais capturados a nível estadual. Grandes discrepâncias entre essas fontes de dados foram identificadas (uma diferença de 62% em casos e de 48% em óbitos). Os autores sugerem que tais variações possam estar relacionadas a erros no processo de entrada de dados estaduais [22]. Tais diferenças na qualidade de dados deveriam ser explicitamente consideradas no processo de tomada de decisões.

As variações de resultados de evidência local em uma determinada questão de saúde nas fontes de evidência local podem ocorrer por várias razões, entre elas:

- Diferenças no modo no qual a questão foi definida e medida nas fontes
- Diferenças entre os indivíduos, grupos ou outras entidades sobre os quais os dados foram coletados nas fontes
- Diferenças nos comparadores usados
- Diferenças (onde aplicável) nas intervenções realizadas
- Diferenças no modo no qual os dados foram coletados e analisados nas fontes

Ao considerar tais variações, os usuários de tais dados deveriam analisar as seguintes questões:

- A variação é importante da perspectiva da política ou clínica?
- Se a variação for importante, é clara a explicação razoável a partir das fontes de dados ou uma explicação razoável pode ser hipotética (por exemplo, diferenças em recrutamento, medidas, análise etc.)?
- Existem outras fontes de informação com as quais a evidência local pode ser comparada?

Os usuários de dados deveriam documentar quaisquer decisões tomadas relacionadas à interpretação da evidência e deveriam observar as dúvidas, conforme discutido abaixo:

5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

As decisões políticas exigem uma combinação de *evidência global* (a melhor evidência disponível no mundo) – de preferência a partir de revisões sistemáticas – e diferentes tipos de *evidência local*, suposições e análises. Quando a evidência local é crucial para a decisão de uma política (por exemplo, poderá influenciar uma decisão em uma direção ou outra) é importante:

- Descrever a abordagem usada para *identificar* a evidência local. Uma abordagem sistemática para abordar tal evidência deveria perfeitamente ser usada
- Descrever a abordagem usada para *avaliar* a evidência local. Como observado anteriormente, uma abordagem sistemática para avaliar a evidência é recomendada. A realização de atalhos ou suposições necessários ou o uso de observações informais deve ser feita de forma transparente
- Descrever claramente qual evidência local está sendo usada e qual é a sua origem. Isso deveria incluir detalhes relacionados a grupos ou comunidades específicos de onde a evidência é extraída. Na medida do possível, os documentos e demais fontes deveriam ser mencionados e disponibilizados para aqueles envolvidos no processo de tomada de decisões
- Descrever falhas ou dúvidas importantes nas evidências devido à falta de informações ou à qualidade escassa. Um estudo sobre o uso de dados disponíveis a partir do Australian Childhood Immunization Register nacional, por exemplo, descobriu desafios no uso dessa fonte para medir, de forma adequada, as taxas e os resultados de imunização em determinadas populações, tais como grupos indígenas distantes [13]. Dúvidas semelhantes foram relatadas no LMICs [23,24]. Talvez existam dúvidas nas evidências devido a dados conflitantes entre os diferentes conjuntos de evidência local. Por exemplo, taxas de mortalidade hospitalar, taxas de complicações ou períodos de permanência em terapia intensiva podem avaliar a qualidade de assistência cirúrgica. Estudos encontraram uma baixa correlação entre esses diferentes indicadores [18,25,26]. Consequentemente, deve ser difícil decidir qual conjunto de dados melhor reflete a 'real' qualidade dos atendimentos cirúrgicos em um hospital ou uma região e, portanto, que conjunto de dados deveria ser usado para apoiar a elaboração de políticas. A aplicabilidade de evidências locais a determinados subgrupos populacionais pode ser incerta também. Por exemplo, evidências locais sobre taxas de gravidez na adolescência podem estar disponíveis para a população em geral mas não por subgrupos populacionais (por exemplo, por etnia ou idioma)
- Finalmente, é importante identificar e analisar quaisquer diferenças entre os dados encontrados a partir de uma evidência *global* e aqueles obtidos de uma evidência *local*. Por exemplo, a evidência global sugere que funcionários leigos da saúde podem oferecer ajuda efetiva para melhorar o entendimento sobre imunidade em crianças [27]. Contudo, a evidência local poderá analisar se, por outro lado, existe uma visão local forte de que pessoas leigas não estejam qualificadas para dar assistência de saúde. Nessas situações, promover tal estrutura localmente seria

menos eficaz. Tal evidência local poderá gerar uma menor confiabilidade (por exemplo, dúvidas maiores) quanto à aplicabilidade da evidência global no caso de funcionários leigos da saúde no entendimento da imunização, embora a revisão ainda possa ser vista como a melhor estimativa disponível de efetividade. Deve-se ter cuidado na aplicação de uma evidência econômica a partir de outros cenários a uma determinada jurisdição, uma vez que o custo relativo de alguns dados possa variar muito. Por exemplo, os custos relativos a recursos humanos geralmente variam localmente, ao passo que os custos farmacêuticos entre cenários podem ser semelhantes

Um bom entendimento do contexto e das condições locais pode ser de grande utilidade na interpretação tanto das evidências locais como das globais [28]. Elementos-chave que deveriam ser considerados em um contexto incluem: o contexto físico (como instalações de saúde, cadeias de suprimentos, sistemas bancários etc.), recursos humanos, conhecimento (inclusive a habilidade para implementar uma política ou uma intervenção), o contexto sócio-cultural (inclusive assuntos, tais como sistemas de crenças, valores, corrupção etc.) e contextos políticos. Ferramentas, como mapeamento político, podem ser úteis para desenvolver o entendimento do contexto político [29,30].

Abordagens, tais como avaliações rápidas, podem ser usadas unir a variedade de dados diferentes disponíveis a nível local e global a fim de tratar da questão de uma determinada política. Essa abordagem, por exemplo, tem sido usada para reunir dados relativos a administração da assistência a diabetes na Geórgia e em Kyrgyzstan [31,32]. A evidência local, assim como uma avaliação de seu grau de confiabilidade, pode ser também incorporada a resumos de políticas e a vários outros documentos usados como apoio no processo de elaboração de uma política. Analisaremos detalhadamente o uso de resumos de políticas em outro momento [33].

CONCLUSÃO

A evidência local pode apoiar todas as etapas do processo de uma política – desde sua influência na agenda da política até a formação das escolhas dos programas e monitoração da sustentabilidade do programa (ver na Tabela 10 exemplos dos tipos de evidência local que podem ser relevantes em determinadas questões de uma política). Evidências locais podem ser encontradas a partir de sistemas rotineiros da área da saúde, de pesquisas amplas ou de estudos que podem ser desagregados ou a partir de estudos específicos que levantaram ou analisaram os dados a nível local. Tanto a evidência necessária quanto a evidência disponível dependerão da natureza do assunto da política em questão e do contexto.

Em vários cenários, alguns passos devem ser seguidos para melhorar a qualidade e uso dos dados sobre as condições locais. Esse processo poderá incluir a motivação de coletores de dados garantindo que tais informações lhes sejam úteis e o retorno rápido.

Talvez seja necessário garantir também que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam conheçam as fontes de dados sobre as condições locais. Como todas as outras formas de evidência, a qualidade da evidência local precisa ser avaliada. Os formuladores de políticas precisam ser cuidadosos quando usam apenas a evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções de um programa ou uma política. A evidência local pode ser diretamente mais relevante do que os estudos conduzidos em outro lugar. Contudo, pode ser menos confiável devido a limitações importantes de estudos conduzidos localmente.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

WHO. World Health Statistics. Indicador de compendium (versão interina). Geneva: World Health Organisation. 2009.
www.who.int/whosis/indicators/WHS09_IndicatorCompendium_20090521.pdf

A rede da 'Creating Excellence no Reino Unido produziu um pequeno guia de evidências locais e um kit de ferramentas para reunir e analisar dados a nível local.
www.creatingexcellence.org.uk/regeneration-renewal-news262.html

Department for Education and Skills. Using local evidence. A leaflet for service managers, planners and commissioners.
www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/_download/?id=5728

Links para websites

WHO Statistical Information System (WHOSIS): www.who.int/whosis/en – uma base interativa de dados que reúne estatísticas principais de saúde para os 193 Estados-membros da OMS. Compreende mais de 100 indicadores de categorias importantes que podem ser acessados através de uma procura rápida ou de tabelas definidas pelo usuário

African Index Medicus: http://indexmedicus.afro.who.int – um índice internacional da literatura africana de saúde e de fontes de informações produzida pela OMS em colaboração com a Association for Health Information and Libraries in Africa. Este índice fornece acesso a informações publicadas em ou referentes a África que podem ser acessadas gratuitamente

The Cochrane Library: www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME – A Cochrane Library contém evidências independentes de alta qualidade para apoiar tomadas de decisões relativas à assistência de saúde. Essa biblioteca inclui evidências confiáveis a partir da Cochrane e de outras revisões sistemáticas e ensaios clínicos. As revisões da Cochrane oferecem resultados combinados dos melhores estudos de pesquisa médica do mundo e são reconhecidas como o padrão de ouro em assistência médica baseada em evidências

PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed – a base de dados PubMed contém mais de 19 milhões de citações de artigos biomédicos de uma grande variedade de revistas indexadas; essa base de dados pode ser acessada gratuitamente

Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics/en – uma parceria global de fortalecimento do sistema de informações de saúde. O site fornece uma variedade de ferramentas e informações de apoio ao fortalecimento do sistema de informações de saúde

Dados demográficos e de pesquisa de saúde: www.measuredhs.com – o programa demográfico e de pesquisas de saúde coletou, analisou e disseminou dados sobre população, saúde, HIV e nutrição por meio de mais de 200 pesquisas em mais 75 países. O site oferece uma variedade de dados disponíveis gratuitamente a partir dessas pesquisas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

SL preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, JNL, AF, SGM e SMB contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Xavier Bosch-Capblanch pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. 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)**.

3. McLaren L, Ghali LM, Lorenzetti D, Rock M: **Out of context? Translating evidence from the North Karelia project over place and time.** *Health Educ Res* 2007, **22:**414-24.

4. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S3)**.

5. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al: **Systematic review of involving patients in the planning and development of health care.** *BMJ* 2002, **325:**1263.

6. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M: **Lessons from local engagement in Latin American health systems.** *Health Expect* 2007, **10:**407-18.

7. Brunetti M, Oxman A, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, et al: **GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use**. J Clin Epidemiol . 2009. In Press

8. Hoffmann C, Stoykova BA, Nixon J, Glanville JM, Misso K, Drummond MF: **Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities.** *Value Health* 2002, **5:**71-8.

9. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

10. UN Habitat: *Partnership between shack dwellers and a local NGO housing lobby group, Windhoek, Namibia*. UN Habitat and the Together Foundation: Best Practices Database. 2002.

11. The South West Centre for Sustainable Communities: *Local evidence guide. A guide to finding local data and statistics in the South West*. [http://www.creatingexcellence.org.uk/ceimages/CE_LocalEvidenceGuide.pdf]. Creating: Excellence. 2008.

12. Mindell J, Klodawski E, Fitzpatrick J: **Using routine data to measure ethnic differentials in access to coronary revascularization.** *J Public Health* 2008, **30:**45-53.

13. Morrato EH, Elias M, Gericke CA: **Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA.** *J Public Health* 2007, **29:**463-71.

14. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.

15. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

16. World Health Organization (WHO): *World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version)*. Geneva, World Health Organisation. 2009.

17. Ackoff RL: **From data to wisdom.** *Journal of Applied Systems Analysis* 1989, **15:**3-9.

18. Powell AE, Davies HT, Thomson RG: **Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls.** *Qual Saf Health Care* 2003, **12:**122-8.

19. Higgins JPT, Green S: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated September 2008]*. The Cochrane Collaboration; 2008.

20. Hajioff S, McKee M: **The health of the Roma people: a review of the published literature.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54:**864-9.

21. Meyer IH: **Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health?** *Am J Public Health* 2001, **91:**856-9.

22. Chilundo B, Sundby J, Aanestad M: **Analysing the quality of routine malaria data in Mozambique.** *Malar J* 2004, **3:**3.

23. Bosch-Capblanch X, Ronveaux O, Doyle V, Remedios V, Bchir A: **Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries.** *Trop Med Int Health* 2009, **14:**2-10.

24. Lim SS, Stein DB, Charrow A, Murray CJ: **Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage.** *Lancet* 2008, **372:**2031-46.

25. Hartz AJ, Kuhn EM: **Comparing hospitals that perform coronary artery bypass surgery: the effect of outcome measures and data sources.** *Am J Public Health* 1994, **84:**1609-14.

26. Iezzoni LI: **Using risk-adjusted outcomes to assess clinical practice: an overview of issues pertaining to risk adjustment.** *Ann Thorac Surg* 1994, **58:**1822-6.

27. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD004015.

28. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

29. Hawkes S, Miller S, Reichenbach L, Nayyar A, Buses K: **Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics.** *Bull World Health Organ* 2004, **82:**417-23.

30. Reich M: *Political mapping of health policy: a guide for managing the political dimension of health policy*. Boston: Harvard School of Public Health; 1994.

31. Balabanova D, McKee M, Koroleva N, Chikovani I, Goguadze K, Kobaladze T, *et al*: **Navigating the health system: diabetes care in Georgia.** *Health Policy Plan* 2009, **24:**46-54.

32. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J: **The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan.** *Int J Health Plann Manage* 2004, **19:**43-61.

33. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

34. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

35. Mubyazi GM, Gonzalez-Block MA: **Research influence on antimalarial drug policy change in Tanzania: case study of replacing chloroquine with sulfadoxine-pyrimethamine as the first-line drug.** *Malar J* 2005, **4:**51.

36. Pan American Health Organization (PAHO): *Informe Regional de SIREVA II: datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis en procesos invasores, 2000-2005.* Washington, DC, Pan American Health Organization. 2007.

37. Consumers' Health Forum of Australia: *Consumers' Expectations of General Practice in Australia*. Deakin, Consumer's Health Forum. 1999.

38. Cliff J, Lewin S, Woelk G, Fernandes B, Sharp B, Daniels K, *et al*: **Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe.** *Health Policy and Planning* 2009, **Submitted**.

39. Mnzava AEP, Ntuli MV, Sharp B: **House replastering as a reason to shift from DDT spraying to synthetic pyrethroids.** *South African Medical Journal (Public Health)* 1998, **88:**1024-8.

40. Dick J, Henchie S: **A cost analysis of the tuberculosis control programme in Elsies River, Cape Town.** *S Afr Med J* 1998, **88:**380-3.

41. Keating KM, Brewer NT, Gottlieb SL, Liddon N, Ludema C, Smith JS: **Potential barriers to HPV vaccine provision among medical practices in an area with high rates of cervical cancer.** *J Adolesc Health* 2008, **43:**S61-7.

42. Ndlovu N, Daswa R: *Monitoring AIDS Treatment Rollout in South Africa: Lessons from the Joint Civil Society Monitoring Forum (JCSMF)*. Budget Brief No. 161. 13-4-2006.

43. Giles-Corti B, Donovan RJ: **The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity.** *Soc Sci Med* 2002, **54:**1793-812.

44. Lavis JN, Boyko J: *Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada*. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum. 2009.

Figura 1. Como encontrar e usar evidências sobre condições locais para informar decisões sobre opções de programa e políticas

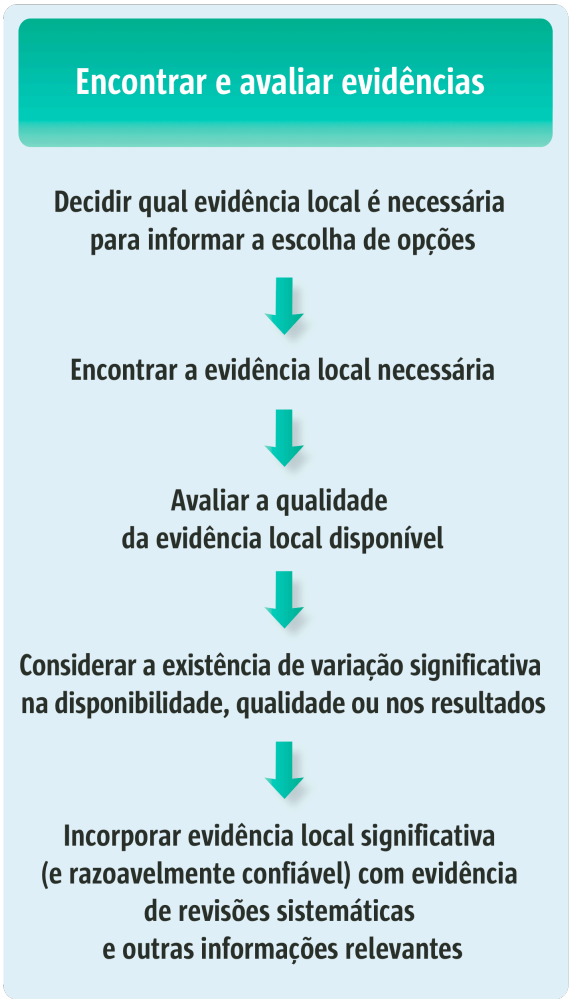


Tabela 1. Uso de evidências locais para informar decisões sobre opções

Evidências locais podem ser usadas para:

- Estimar a magnitude do problema ou assunto que a política deseja tratar
- Diagnosticar as prováveis causas do problema [34]
- Contextualizar e dar relevância à evidências a partir de revisões globais dos efeitos das intervenções (por exemplo, fornecendo informações comparativas na extensão e nos resultados das intervenções implementadas localmente)
- Ajudar na seleção das prioridades para o desenvolvimento de programas e políticas baseadas em evidências
- Descrever os arranjos locais relativos à prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica
- Informar as avaliações dos prováveis impactos das opções de políticas (por exemplo, devido à existência de fatores modificadores)

- Informar as análises de valores e preferências referentes às opções de políticas (por exemplo, a importância relativa que os afetados atribuem aos prováveis impactos das opções de políticas) e visões sobre tais opções
- Estimar os custos (e ganhos) das opções de políticas
- Avaliar a disponibilidade de recursos (inclusive recursos humanos, capacidade técnica, infraestrutura, equipamentos) necessários para a implementação de uma intervenção
- Identificar as barreiras de implementação de opções de políticas
- Monitorar a sustentabilidade dos efeitos do programa com o tempo
- Examinar os efeitos de uma opção de política em determinados grupos locais

Examinar os impactos de equidade de um programa após sua implementação

Tabela 2. Uso de evidência local para estimar a magnitude do problema ou do assunto que uma opção deseja tratar

Vários países modificam sua políticas de tratamento de malária trocando cloroquina por sulfadoxina-pirimetamina como medicamento de primeira linha para o tratamento de malária, devido a níveis crescentes de resistência do parasita à cloroquina. Na Tanzânia, o ímpeto para modificar as políticas de tratamento baseou-se em parte na evidência de uma taxa de cura de aproximadamente 40% para cloroquina comparada com 85-90% para sulfadoxina-pirimetamina. Essa evidência local da magnitude do problema foi extraída de sites sentinelas no país e ligada ao crescente aumento de morbidade e mortalidade por malária observada no país [35].

Em alguns países da América Latina existe a preocupação em avaliar a quantidade de sorotipos comuns na região que a vacina pneumocócica contém. Para estimar o tamanho desse problema, informações de sites sentinelas locais têm sido usadas para avaliar a combinação entre os sorotipos incluídos na vacina e aqueles prevalentes na região. No Brasil, por exemplo, foi estimado que 67,5% dos casos da doença invasiva em crianças menores de 5 anos de idade foram produzidos por sorotipos incluídos na vacina pneumocócica conjugada 7-valente [36].

Tabela 3. Uso de evidência local para avaliar a análise de valores e visões referentes às opções

A importância do envolvimento de consumidores e comunidades nas decisões relativas à sua assistência médica é amplamente reconhecida. Na Austrália, o Fórum de Saúde de Consumidores registrou consultas com consumidores e organizações de consumidores para analisar suas necessidades e expectativas em relação à clínica geral. Essas evidências foram reunidas para apoiar o desenvolvimento de políticas de

prestação de serviços de clínica geral e para melhorar as relações entre os principais interessados. As evidências foram inseridas em vários processos de políticas australianos, inclusive a General Practice Reform Strategy, a General Practice Strategy Review do governo e o desenvolvimento de cuidados coordenados segundo proposto pelo Council of Australian Governments [37].

A aceitação local das intervenções para controle da malária com base na comunidade apresenta um outro exemplo de envolvimento do consumidor e da comunidade. O uso de pulverização residual de interiores (IRS, indoor residual spraying) e de redes tratadas com inseticidas – as duas principais estratégias na prevenção da malária – são semelhantes quanto ao custo e à eficácia. A aceitação dessas intervenções varia conforme o cenário. No África do Sul, tanto a monitoração de programas de rotina quanto a de pesquisas têm elucidado o descontentamento da comunidade com o inseticida IRS, DDT. Isso ocorre devido ao resíduo que o DDT deixa nas paredes da casa e porque estimula a aparição de insetos indesejáveis, tais como percevejos. Em certas regiões do Moçambique, existe a preocupação de que determinados hábitos de sono – por exemplo, pessoas que dormem fora de casa devido ao calor – possam também influenciar na aceitação do uso de redes [38,39].

Tabela 4. Uso local de evidências para estimular as opções de custos (e ganhos)

A política da OMS recomenda o uso de observação direta de tratamentos (DOT, direct observation of treatment) para o tratamento de tuberculose (TB). O DOT pode ser usado de várias maneiras, inclusive por meio de clínicas básicas de assistência médica e na comunidade. Uma opção alternativa de política para pacientes com TB é a auto-supervisão de seu próprio tratamento. Um estudo foi realizado em Cape Town, na África do Sul, para avaliar os custos associados a cada uma das opções para clínica, para a comunidade e para a auto-supervisão do tratamento fornecido. Os dados locais foram usados para avaliar as exigências das entradas de recursos dessas três opções alternativas em um período de seis meses de tratamento. Esses dados foram então usados para estimar o custo por paciente tratado em cada uma das três abordagens de supervisão. Os resultados indicaram que o custo (em randes sul-africanos) por paciente foi de R3,600 por supervisão clínica, R1,080 por auto supervisão e R720 por supervisão da comunidade. Os autores concluíram que o DOT com base na comunidade por um funcionário voluntário leigo da saúde pode ser menos oneroso para os serviços de assistência de saúde do que os baseados em clínicas ou de auto-supervisão [40]. Tal informação sobre custos influenciou a decisão da cidade em expandir a prestação do DOT usando funcionários da saúde leigos com base na comunidade.

Os formuladores de políticas na América Latina necessitavam de informações sobre os custos de um implante coclear para avaliar os prováveis custos e ganhos de intervenções no tratamento da perda de audição. Uma pesquisa de literatura local usando o Google identificou um relatório do Ministro da Saúde do Chile no qual os custos foram delineados para a troca de vários componentes necessários em um implante coclear. Esses dados foram usados para estimar o custo total provável de um implante coclear no cenário local. (O relatório pode ser encontrado em: www.minsal.cl/ici/rehabilitacion/consentimiento_informado.pdf)

Tabela 5. Uso de evidência local para avaliar a disponibilidade de recursos visando apoiar uma decisão referente a opções

Um número crescente de países tem acrescentado a nova vacina contra o papilomavírus humano (HPV) na agenda de imunizações de rotina ou pelo menos tem considerado realizar tal procedimento. A vacina é altamente eficaz contra o vírus responsável por aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical e foi recomendada como parte da rotina de imunização de meninas adolescentes nos Estados Unidos. Contudo, a imunização no país é considerada irregular. Um estudo realizado em uma região do Norte da Carolina obteve altas taxas de câncer cervical. O estudo analisou as barreiras para a administração e aceitação da vacina como observado pelos prestadores de

assistência médica. As práticas médicas observaram vários aspectos-chave a se considerar, inclusive: reembolso inadequado dos custos da vacinação pelas companhias de seguro, o alto custo da vacina (considerando que muitos consumidores que precisavam da vacina não possuíam seguro de saúde adequado), o peso sobre as práticas para determinar a disponibilidade da cobertura do seguro para cada paciente (considerando as várias políticas de diferentes seguradoras) e os altos custos iniciais de práticas de aquisição e armazenamento de vacinas. Os autores do estudo observaram que tais considerações referentes a esses recursos podem se tornar barreiras para a implementação da política de vacinação nacional [41].

Tabela 6. Uso de evidências locais na monitoração e avaliação de políticas

Um programa nacional para a introdução pública de uma assistência abrangente para HIV e AIDS, inclusive o tratamento anti-retroviral (ART), foi implementado na África do Sul. O Joint Civil Society Monitoring Forum – um fórum local que inclui várias ONGs, institutos de pesquisas e outros interessados – foi criado para auxiliar o governo na implementação eficaz e efetiva do programa. Um documento resumido delineando as lições a partir desse processo observa que: "A democracia pode ser retratada pela habilidade do público em contribuir e influenciar as decisões e programas do estado. Em relação à introdução da [ART], foi relatado que o acesso a informações tem sido um desafio importante. Como relatado, nem todos os estados desejam fornecer informações a esse respeito. Isso dificultou o monitoramento e desenvolvimento de soluções apropriadas" ([42] p3-4). O relatório elucida também as dificuldades em obter dados desagregados sobre despesas com HIV e AIDS. O relatório observa como essas dificuldades criam problemas ao monitorar como os orçamentos globais de HIV/AIDS têm sido gastos, particularmente em relação ao gastos relativos com o tratamento versus a prevenção, assistência e apoio [42]. Esse exemplo elucida a necessidade de evidência local na monitoração efetiva da implementação de um programa de saúde essencial.

Tabela 7. Uso de evidência local para diagnosticar as prováveis causas de uma questão de saúde

Um estudo australiano sobre os fatores que afetam a atividade física recreativa descobriu que enquanto as pessoas que moravam em regiões carentes possuíam níveis semelhantes de acesso a espaços públicos abertos aos daqueles que viviam em áreas mais abastadas, o equipamento e espaço disponíveis nas áreas carentes eram de qualidade inferior. O estudo sugeriu que tal fato pode explicar os níveis baixos de uso desses espaços em regiões carentes [43].

Um estado na Argentina detectou um aumento na mortalidade materna. Em busca de razões explicativas, um estudo local recente foi identificado no qual as causas da mortalidade materna foram avaliadas. O relatório também avaliou aqueles aspectos da assistência médica que precisavam ser modificados a fim de diminuir a mortalidade. Esse estudo local sugeriu que o aborto era a causa mais comum de mortalidade materna.
(O relatório encontra-se disponível em: observatorio.msal.gov.ar/textos/37.pdf)

Tabela 8. Uso de evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções (por exemplo, a existência de fatores modificadores) e para identificar as barreiras na implementação de opções

Na Argentina, uma avaliação foi conduzida de um regulamento relacionado aos pagamentos de tratamentos de obesidade, tais como operações bariátricas. Uma pesquisa nacional de fatores de risco cardiovasculares foi usada para avaliar o quanto a obesidade era um problema nacional. Esta pesquisa forneceu dados sobre a proporção das pessoas que estavam acima do peso ou obesas que poderiam, portanto, ser usadas para avaliar os impactos prováveis das diferentes formas disponíveis de tratamentos para obesidade.
(Esta pesquisa encontra-se disponível em:
www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/resultados_completos.asp)

Partes interessadas canadenses participando em um diálogo deliberativo sobre como melhorar o acesso do serviço de saúde primário no Canadá consideraram uma variedade de opções. Todas incluíram alguma forma de transição, desde assistências lideradas por médicos até aquelas lideradas por equipes. Um resumo de evidências, extraído de evidências locais, foi preparado para apoiar o diálogo. Tal fato identificou quatro prováveis barreiras para a implementação das opções:

1. Desconfiança inicial entre alguns pacientes de possíveis transtornos de relacionamento com o médico principal da assistência médica
2. Desconfiança da parte dos médicos das prováveis violações de sua autonomia profissional e comercial, à luz do componente de atendimento privado do 'arranjo com médicos sobre o pagamento público/atendimento privado'
3. Provável falta de viabilidade nos termos de escala organizacional em muitas comunidades rurais e remotas, e
4. Vontade do governo de estender o pagamento público a outros prestadores e equipes de saúde enquanto se mantinha paralelamente o pagamento público existente dos médicos, como parte do 'arranjo de pagamento público/atendimento privado com os médicos'. Isto foi considerado como uma preocupação em particular durante uma recessão [44]

Tabela 9. Perguntas para orientar a avaliação da qualidade da evidência local

Principais critérios de qualidade	Subperguntas	Exemplo da avaliação de qualidade da evidência local: dados coletados rotineiramente a partir dos resultados do tratamento de TB dos registros de TB
A evidência é representativa?	• Há uma clara descrição das fontes da evidência? • Se a evidência é tirada de uma amostra da população de interesse, há um clara descrição de como a amostra foi conduzida? • A amostra teve uma abordagem apropriada (onde aplicável)? • Há uma descrição de como quaisquer interferências ou generalizações foram feitas em uma população maior?	• Os registros de TB deveriam registrar diariamente informações de cada paciente diagnosticado com TB. As informações não são baseadas em uma amostra da população de interesse. Estas, entretanto, deveriam representar o resultado de tratamentos e demográficos para pessoas portadoras de TB em um determinado cenário, desde que sejam completas para cada pessoa com TB
A evidência é precisa?	• Há uma clara descrição de quem coleta os dados? • Os coletores de dados foram adequadamente treinados e apoiados nas suas tarefas? • Quais ferramentas foram usadas para coletar os dados? • Foram usadas ferramentas apropriadas? • Quando os dados foram coletados?	• A maioria das autoridades de saúde fornece um manual com base nas diretrizes da OMS para o preenchimento do Registro de TB. Isto geralmente especifica qual informação deveria ser coletada e por quem. Usando estes dados, os formuladores de política precisam verificar se há uma diretriz clara no preenchimento do Registro, se a equipe do programa de TB foi

	• A qualidade dos dados coletados foi monitorada e demonstrou ser apropriada? • Como os dados foram analisados? • O método de análise foi informado claramente? • As limitações dos dados foram discutidas?	treinada para usá-lo, se há mecanismos implementados para verificar a qualidade dos dados na clínica e nos distritos, e se a compilação dos dados foi feita apropriadamente
Os resultados relevantes foram relatados?	• Há uma clara descrição dos resultados medidos? • O resultado medido é confiável? • Os resultados foram medidos adequadamente? • Estes resultados fornecem uma avaliação razoável das questões de saúde?	• Uma variedade padrão de medidas é geralmente incluída nos registros de TB, com base nas diretrizes da OMS. Estas são projetadas para avaliar o funcionamento do programa de TB. Contudo, os dados geralmente não fornecem medidas diretas de questões, como a satisfação dos pacientes com a assistência prestada pela equipe do programa de TB

Tabela 10. Tipos de evidência local para tratar determinadas questões da política

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
Diagnóstico do problema ou objetivo	• Para estimar a grandeza do problema ou da questão que a política almeja tratar e a respectiva visão dos interessados	• Os dados estatísticos vitais a partir de fontes, pesquisas de rotina, como o DHS nacional • Dados de morbidade a partir de fontes de rotina nacionais, subnacionais ou institucionais (por exemplo, hospitais) • Estudos locais das opiniões e experiências dos interessados
	• Para diagnosticar as prováveis causas do problema	• Estudos locais das opiniões e experiências dos interessados • Dados de pesquisa sobre os fatores de risco
	• Para descrever os arranjos locais relativos à prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica	• Políticas, diretrizes e registros dos Ministérios da Saúde e Finanças • Normas de organizações profissionais

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
• Avaliação das opções de uma política	• Para contextualizar a evidência a partir de revisões globais dos efeitos das intervenções e fazer com que tais evidências sejam relevantes	• Os dados das agências locais de saúde sobre a extensão das intervenções atualmente implementadas (para um determinado problema de saúde) e seus resultados, que podem ser comparados aos programas avaliados nas revisões globais • Dados das agências locais de atendimento de saúde sobre a cobertura local destas intervenções
	• Para informar as avaliações dos prováveis impactos das opções de políticas (por exemplo, devido à existência de fatores modificadores)	• Estudos locais de programas similares
	• Para informar as análises de valores e das preferências referentes às opções de políticas (por exemplo, a importância relativa que os afetados atribuem aos prováveis impactos das opções de políticas) e visões sobre tais opções	• Estudos locais das opiniões dos interessados • Informações a partir das organizações interessadas, por exemplo, organizações que representam os grupos públicos e os de determinados consumidores, tais como aqueles que convivem com determinados problemas de saúde • Informações de diálogos deliberativos com interessados

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
	• Para estimar os custos (e ganhos) das opções de políticas	• Estudos locais de custos e ganhos de programas • Dados dos custos levantados por departamentos ou programas de saúde ou por agências de atendimento não governamentais
	• Examinar os efeitos de uma opção de política em determinados grupos locais	• Dados de programa coletados diariamente • Estudos locais focando grupo(s) de interesse
• Exploração de estratégias de implementação de uma política	• Para avaliar a disponibilidade dos recursos (inclusive recursos humanos, capacidade técnica, infraestrutura e equipamentos)	• Dados dos recursos levantados por departamentos ou programas de saúde ou por agências de atendimento não governamentais • Estudos locais do uso de recursos por programas similares
	• Para identificar as barreiras de implementação de opções de políticas	• Estudos locais das opiniões dos interessados • Informações a partir das organizações interessadas, por exemplo, organizações que representam os grupos públicos e os de determinados consumidores, tais como aqueles que convivem com determinados problemas de saúde • Informações de diálogos deliberativos com interessados • Estudo das barreira locais
• Monitoramento dos efeitos de uma política	• Monitorar a sustentabilidade dos efeitos do programa com o tempo	• Dados de programa coletados diariamente

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
	• Examinar os impactos de equidade de um programa após sua implementação	• Dados que podem ser desagregados por sexo, idade, área de residência etc.

12. Busca e uso de evidências de pesquisa sobre utilização de recursos e custos

Andrew D Oxman[1], Atle Fretheim[2], John N Lavis[3] and Simon Lewin[4]*

Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7**(Suppl 1):S12 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S12.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s12.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
3 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, abordamos considerações concernentes à utilização de recursos e custos. As consequências de uma opção de política ou programa concernente à utilização de recursos diferem em várias formas de outros impactos (tanto em termos de benefícios quanto de danos). Entretanto, considerações referentes às consequências das opções de uso de recursos são similares àquelas relacionadas a outros impactos nos quais os formuladores de políticas e sua equipe precisam identificar impactos importantes na utilização de recursos, obter e avaliar a melhor evidência disponível com relação a esses impactos, e garantir que os valores monetários foram aplicados apropriadamente. Sugerimos quatro perguntas que podem ser consideradas para avaliar o uso de recursos e as consequências de custo de uma opção. São elas: 1. Quais são os impactos mais importantes no uso de recursos? 2. Que evidências existem para importantes impactos no uso de recursos? 3. Qual o possível grau de confiabilidade na evidência dos impactos no uso de recursos? 4. Os impactos do uso de recursos foram estimados apropriadamente em termos de custos verdadeiros?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (http://www.support collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde e a Ministra da Saúde pediu a você um resumo das opções dos custos a serem considerados como parte do programa de reforma da saúde.

HISTÓRICO

Neste artigo, apresentamos quatro perguntas que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem fazer durante a avaliação de custos de uma política ou programa. Tais questões poderiam ser aplicadas, por exemplo, no cenário mencionado acima. Nosso objetivo é encontrar evidências relacionadas ao uso do recursos e os custos de uma política ou programa, em vez da análise do custo efetivo ou outros tipos de análise econômica.

Os formuladores de políticas querem garantir que as políticas representam boa relação de qualidade e preço, como garantem àquelas influenciadas por elas. Para garantir isso é essencial considerar os custos das opções como também a saúde e outros impactos. As opções de custos diferem dos outros impactos em várias formas principais [2]:

- *Os custos em saúde são normalmente divididos*. Na maioria dos impactos, com exceção dos custos, geralmente está claro quem serão os favorecidos e quem serão os prejudicados, embora isso possa não ser o caso de todos os resultados. Uma comunidade inteira será beneficiada por um programa de vacinação devido ao efeito cascata (redução da transmissão de uma doença uma vez que a maioria dos membros da comunidade está vacinada). Do mesmo modo, nos casos de uso disseminado de antibióticos para tratamentos individuais de infecções, consequências adversas de resistência à droga podem ocorrer em uma extensa

comunidade. Estes exemplos são exceções nos resultados em saúde. Por outro lado, os custos de saúde são normalmente divididos entre o governo, as seguradoras privadas, os empregadores e os pacientes. E numa sociedade, o modo de como esses custos é dividido pode diferir ainda mais dependendo da idade do paciente (por exemplo: se estão abaixo ou acima de 65 anos) ou de circunstâncias (por exemplo: se o paciente recebe assistência social)

- *Os custos unitários tendem a variar amplamente nas jurisdições*. Por exemplo, o custo de medicamentos por unidade independe amplamente do custos reais de produção, mas em vez disso tem relação mais próxima com decisões de marketing e políticas nacionais. Deste modo, por exemplo, a maioria dos medicamentos sob patente custa substancialmente mais nos Estados Unidos que no Canadá [3]. Além disso, os custos podem variar bastante mesmo dentro de jurisdições. Hospitais ou organizações do sistema de saúde podem conseguir negociar acordos especiais com empresas farmacêuticas a preços substancialmente mais baratos do que aqueles disponíveis para doentes ou outros fornecedores. O custo por unidade também varia com o tempo devido à inflação, mas pode variar também devido a fatores relacionados com a demanda (por exemplo, quando o medicamento é indicado para o uso em uma variedade crescente de aplicações clínicas), e de fornecimento (por exemplo, quando um medicamento perde a patente)

- *O uso de recursos pode variar nas jurisdições*. Além dos custos por unidade, a quantidade de recursos usados pode variar. Isto ocorre devido a uma variedade de fatores, inclusive práticas profissionais (por exemplo, a extensão com que um exame de diagnóstico é solicitado pelos clínicos para um determinado problema de saúde), conjunto de serviços (por exemplo, equilíbrio entre assistência primária e secundária), níveis de adesão do doente, e políticas de reembolso

- *As implicações dos recursos variam amplamente nas jurisdições*. Mesmo quando o uso de recursos permanece constante, as implicações de recursos podem variar bastante nas jurisdições. O fornecimento durante um ano de um medicamento muito caro pode pagar o salário de uma enfermeira nos Estados Unidos, seis enfermeiras na Europa Oriental, e salários de 30 enfermeiras na África. O que se pode comprar com as economias de recursos caso a compra de um medicamento, uma vacina ou um procedimento seja renunciada – e os benefícios de saúde alcançados com esses gastos – pode, assim diferir significativamente [4]

- *As partes interessadas têm perspectivas diferentes sobre a verba orçamentária nas implicações de recursos*. Indivíduos doentes podem somente estar interessados com as suas despesas ou podem ter perspectivas diferentes sobre divisão de risco ou quem deve arcar com os custos dos serviços de saúde. Os hospitais ou gestores administrativos que operam com orçamentos fixos consideram o custo de uma relativa opção a outros usos possíveis do mesmo dinheiro. Ou verificam oportunidades disponíveis para substituir os recursos de um

uso para outro. Do mesmo modo, um Ministro da Saúde pode estar interessado primeiramente nos custos e orçamentos de saúde. Outros formuladores de políticas, como aqueles do Ministério das Finanças, podem aplicar uma perspectiva mais ampla e considerar um orçamento governamental completo, incluindo despesas de outras áreas e aumento ou redução de taxas

- *Conflitos de interesse com relação aos custos são comuns*. Por exemplo, o interesse econômico dos profissionais de saúde ou executivos da indústria (que geralmente querem ganhar tanto quanto possível) pode frequentemente estar em conflito com os interesses da sociedade ou governos (que normalmente querem obter o máximo que podem com o mínimo possível)

Apesar destas diferenças, as considerações sobre os custos são similares em várias formas às considerações relacionadas a outras consequências. Isso ocorre porque os formuladores de políticas e suas equipes também precisam identificar impactos importantes do uso de recursos, obter e avaliar as melhores evidências disponíveis com relação àquelas consequências para garantir que os efeitos dos recursos estejam sendo estimados apropriadamente [5-7]. Devido às diferenças entre os custos e outras consequências, considerações sobre os custos apresentam desafios especiais [2,8]. A Figura 1 mostra os quatro passos que são necessários para identificar e incorporar a evidência no uso de recursos e custos quando considerando as opções de política e programa.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem ser usadas para orientar as avaliações dos custos das opções potenciais:

1. Quais são os impactos mais importantes no uso de recursos?
2. Que evidências existem para importantes impactos no uso de recursos?
3. Qual o possível grau de confiabilidade na evidência dos impactos no uso de recursos?
4. Os impactos do uso de recursos foram estimados apropriadamente em termos de custos verdadeiros?

1. Quais são os impactos mais importantes no uso de recursos?

Políticas e os programas de saúde implicam no uso de recursos, especialmente recursos humanos, como o tempo. Ao considerar que impactos potenciais do uso de recursos são importantes, os formuladores de política devem primeiramente focar no *uso* de recursos em vez de nos *custos* (veja a Tabela 1, por exemplo). Os exemplos das consequências dos recursos potencialmente importantes que devem ser considerados incluem alterações no uso dos recursos na área de saúde, e fora da área de saúde, do

tempo do paciente e do cuidador informal (estes e outros exemplos são destaques na Tabela 2).

Quando considerados quais impactos são importantes no uso dos recursos, é essencial considerar tanto aqueles usados para implementar a opção (por exemplo, entrada de recursos, tais como medicamentos, equipamentos e cuidados) *quanto* aqueles posteriores decorrentes dos impactos da opção ou outros efeitos (por exemplo, aumento ou diminuição da utilização dos serviços de saúde devido aos impactos da opção). Incentivos aos pacientes para melhorar a adesão ao tratamento de tuberculose, por exemplo, requerem entradas de recursos substanciais. Estes incentivos podem ser compensados por meio de economias subsequentes, se houver redução de falhas no tratamento e uma menor expansão da doença (e, por isso, um menor uso de recursos subsequentes para novo tratamento e tratamento de outros que foram infectados).

Mudanças na produtividade dos doentes podem também ser importantes. Pessoas com AIDS, por exemplo, podem ser valorizados se forem capazes de trabalhar e ganhar dinheiro, mas o processo de mensurar e valorizar estas mudanças na produtividade é controverso [9]. Como outros [2,8,10], sugerimos que tais mudanças na produtividade sejam consideradas como componentes do valor intrínseco das mudanças do status de saúde, e não devem ser incluídas como consequências dos recursos.

Por outro lado, alguns resultados, como hospitalizações ou internações, podem ser consideradas como importantes em seu próprio direito e também como um componente do uso de recursos.

Quando decidir quais consequências dos recursos são potencialmente importantes, é necessário especificar o ponto de vista a partir dos quais as recomendações são feitas. Uma opção é adotar uma perspectiva societal: isto é, um amplo ponto de vista que inclui todos os importantes recursos da área de saúde e fora da área de saúde [2]. Esta opção tem a vantagem de garantir que a questão de quem paga não determina se o uso do recurso está incluído.

Os formuladores de políticas podem ter, às vezes, a missão de tomar decisões sobre o uso dos recursos dentro de um sistema de saúde. Em tais exemplos, custos ou economias fora do sistema de saúde não seriam incluídos. Esta exclusão não impediria uma consideração dos impactos de uma opção em temas, como serviços sociais ou delito, além de resultados em saúde. Mas quaisquer custos ou economias associadas com tais impactos não seriam relevantes ao orçamento da saúde, exceto se fossem transferências de fundos (por exemplo, da justiça criminal para a saúde).

Também é necessário especificar o prazo para uma decisão de política (por exemplo, o período de tempo para o recurso usado, assim como os resultados de saúde e outros impactos).

2. Que evidências existem para importantes impactos no uso de recursos?

A evidência deve ser encontrada em cada consequência potencialmente importante do recurso. Além disso, uma estimativa deve ser fornecida dos diferentes usos de recursos entre a implantação da política ou programa de um lado e o comparador (normalmente o status quo) do outro (veja a Tabela 3 para obter exemplos de recursos e fontes de dados usados para encontrar evidências das consequências de um recurso). Tal como acontece com os resultados em saúde e outros impactos, a comparação é necessária, independentemente de ser feita implícita ou explicitamente. Por exemplo, quando considera-se a opção de intensificar o uso da terapia de combinação de artemisinina (ACT, pela sigla em inglês) para malária falciparum não complicada, o aumento das despesas da ACT (e as correspondentes alterações no uso de outras drogas antimalária) deve ser comparado à atual despesa da ACT e outras drogas anti-malária (o status quo). Outras consequências do recurso de intensificar o uso da ACT, tais como treinamento ou fornecimento de incentivos a funcionários da área de saúde da comunidade para fornecer a ACT, devem também ser comparadas ao status quo (que pode variar entre cenários). Do mesmo modo, qualquer economia subsequente resultante da intensificação do uso da ACT (por exemplo, menor número de internações) deve ser comparada ao status quo. Se estiverem sendo consideradas duas opções concorrentes para intensificar o uso da ACT, será necessário comparar as consequências do recurso de *ambas* as opções para cada uma (tanto diretamente quanto indiretamente).

Revisões sistemáticas, avaliações randomizadas e estudos de observação podem fornecer evidências dos impactos das opções no uso de recursos. Tais evidências podem ser publicadas nos estudos clínicos ou nas avaliações do impacto, ou separadamente. O uso de recursos em cenários específicos pode ser recuperado de bancos de dados nacionais ou locais, tais como banco de dados de prescrição de uso de medicamentos e bancos de dados de hospitais com informações relacionadas a internações [11].

Evidências do uso de recursos podem também vir de outras fontes que não daquelas usadas para obter evidências dos benefícios para a saúde. Isto pode ocorrer porque:

- As avaliações dos ensaios ou impactos (e revisões sistemáticas destas) não informam totalmente o uso de recursos
- As avaliações dos ensaios e impactos podem não refletir totalmente as circunstâncias, e consequentemente o uso de recursos, em locais onde a decisão da política deve ser tomada, e
- O uso de recursos relevante pode se estender além da duração das avaliações dos ensaios ou impactos

Evidências do uso de recursos deveriam estar em unidades naturais, tais como visitas, internações ou o número de doses da ACT. Há duas razões para isto. Primeiro, quando somente os custos totais são informados (por exemplo, o número de unidades de um recurso multiplicado pelo custo unitário do recurso), o uso do recurso não pode ser

separado do custo unitário, que pode variar consideravelmente entre cenários e com o tempo. Segundo, sem informações sobre o uso de recursos é difícil fazer avaliações sobre a validade e a aplicabilidade da evidência.

Infelizmente, às vezes os estudos informam os custos, mas não informam os níveis subjacentes do uso de recursos. Isso foi evidente em uma avaliação econômica do sulfato de magnésio para pré-eclampsia, que informou o custo total, mas não o uso de recursos para o sulfato de magnésio, ou os recursos para administrar sulfato de magnésio e outros recursos hospitalares [12]. As diferenças nos custos podem ser devido às diferenças dos níveis subjacentes do uso de recursos, diferenças no custo unitário ou ambos.

Geralmente, não é possível encontrar evidências para os componentes do uso de recursos que são importantes na decisão da política. Um painel de orientação reunido pela OMS para desenvolver recomendações para a prevenção de hemorragia pós-parto, por exemplo, encontrou evidências limitadas do uso de recursos para misoprostol oral comparado a ocitocina intramuscular [8]. O painel considerou internação, tempo do pessoal medicamentos como sendo consequências de recursos potencialmente importantes, mas não encontrou evidências para os dois primeiros tipos de recursos. As consequências de recurso destas duas opções para prevenir a hemorragia pós-parto foram, entretanto, incertas.

3. Qual o possível grau de confiabilidade na evidência dos impactos no uso de recursos?

A qualidade da evidência para o uso de recursos deve ser avaliada para cada efeito importante do recurso (veja Tabela 4). Isso ocorre porque a qualidade da evidência pode ser melhor em alguns resultados (por exemplo, uso de medicamentos) do que em outros (por exemplo, tempo do pessoal). Os critérios para avaliar a qualidade da evidência no uso de recursos são amplamente os mesmos daqueles dos resultados em saúde [2,7,8,13]. São eles: avaliar o projeto de estudo e outras limitações do estudo (por exemplo, o risco de viés), a precisão da estimativa, a consistência dos resultados, a exatidão da evidência (veja abaixo), e o risco de viés de publicação. Os fatores que frequentemente diminuem a qualidade da evidência do recurso (por exemplo, aqueles que resultam em menor confiabilidade das estimativas dos efeitos do recurso) incluem:

- A indisponibilidade dos dados porque o uso do recurso não foi mensurado ou informado, ou somente foi informado com estimativa do custo (em outras palavras, sem os dados nos quais essas estimativas foram baseadas)
- Projetos de estudo inadequado (observação)
- Caráter indireto devido à incerteza sobre o grau de transferência das evidências do recurso de um cenário a outro, e
- Caráter indireto devido a períodos inadequados de acompanhamento. Isso torna necessário extrapolar o período dos estudos disponíveis para estimar os efeitos do recurso

Normalmente, muitas suposições devem ser feitas quando se avalia a relação custo-benefício uma política ou programa. Os modelos econômicos que são usados para estimar a relação custo-efetividade são valiosos, já que podem ajudar a explicitar estas suposições. Eles também permitem análises de sensibilidade que testam quão fortes as estimativas da relação custo-efetividade são em relação àquelas suposições. Deve ser observado, no entanto, que as várias listas de verificação usadas para avaliar a qualidade de análises econômicas na literatura da saúde não são construídas para avaliar a qualidade da evidência sobre as quais essas análises foram baseadas [14]. Preferencialmente, estas listas de verificação tendem a focar a qualidade das informações.

Além disso, embora análises publicadas da relação custo-benefício possam ser útil, especialmente para desenvolver um modelo, elas têm, com frequência, valor limitado para os formuladores de políticas quando não provêm do próprio cenário do formulador de políticas. As suposições feitas e os custos por unidade que foram usados podem não ser transferíveis do cenário onde a análise foi feita para onde a decisão deve ser tomada. Também, como em qualquer pesquisa, a análise da relação custo-benefício pode ser imperfeita. Sem conhecer o modelo completo é difícil fazer julgamentos fundados sobre a qualidade da evidência ou sua aplicabilidade [2,8,15,16].

4. Os impactos do uso de recursos foram estimados apropriadamente em termos de custos verdadeiros?

Anexar valores monetários adequados ao uso de recursos pode ajudar os formuladores de políticas a avaliar consistentemente e apropriadamente o uso do recurso (veja a Tabela 5 para exemplos de fontes de dados relevantes). Em princípio, estes valores deveriam refletir custos de oportunidade, ou seja, os benefícios previamente determinados alternando os recursos do próximo melhor uso alternativo [17].

Os cálculos do custo com base em banco de dados confiáveis ou fontes de dados da mesma jurisdição são as fontes mais confiáveis de dados para custos unitários [18]. As valorações monetárias do recurso devem ser feitas com dados que são específicos ao contexto onde a decisão política deve ser aplicada usando custos unitários transparentes e locais. Se isto não for possível, paridade do poder de compra (PPC), taxas de câmbio e fatores de inflação poderiam ser usados para auxiliar na interpretação das valorações monetárias de outros cenários ou períodos [19]. Em um estudo estimando o custo da triagem de câncer cervical em cinco países em desenvolvimento [20], por exemplo, os dados dos custos unitários foram obtidos de mais de um ano. Entretanto, deflatores específicos de cada país foram usados para ajustar todos os custos ao mesmo preço no ano. Além disso, para ajudar a comparabilidade em diferentes países, taxas de câmbio de PPC foram usadas para converter os custos expressos na moeda local em dólar. Ambos foram mensurados de acordo com valores relevantes no preço do ano 2000.

A dedução foi usada em avaliações econômicas para ajustar a preferências sociais ou individuais sobre o calendários de custos e benefícios de saúde. Isso significa que deu-se menos peso aos custos ou benefícios futuros do que naqueles imediatamente esperados. As taxas de deduções recomendadas diferem entre países e frequentemente variam em análises de sensibilidade.

Quando os custos são apresentados, estes deveriam ser informados usando a taxa de dedução apropriada para o contexto no qual a decisão da política deve ser tomada. Os dados usados para calcular os custos deduzidos, incluindo quantidades de todos os itens do recurso, custo unitário e taxa de dedução, devem ser transparentes para que seja possível avaliar a validade e a aplicabilidade ou a adequação de cada componente.

CONCLUSÃO

Os formuladores de políticas e outros estão preocupados com a obtenção da relação qualidade-preço; em outras palavras, que as políticas e os programas de saúde tenham boa relação custo-benefício (que sejam eficientes). A evidência do uso de recursos e os custos são necessários para informar julgamentos sobre a relação custo benefício. Discutimos avaliações sobre o balanço entre os prós e contras (inclusive economias e custos) das políticas e programas (como ilustrado na Figura 2) em um artigo posterior desta série [21].

A evidência do uso de recursos e os custos são necessários para informar avaliações sobre equidade [22]. Além disso, para considerar os custos totais (e relação custo-benefício) das políticas e programas, os formuladores de políticas precisam considerar quem arcará com os custos particulares e o impacto que isso terá nas desigualdades.

Em termos de eficiência e equidade, é importante garantir que todos os efeitos potencialmente importantes do recurso sejam identificados. É também essencial que a melhor evidência disponível seja usada, e que incertezas importantes sobre os efeitos do recurso (e outras) sejam reconhecidas e tratadas [23,24].

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Vist GE, Schunemann HJ, and the GRADE Working Group. Incorporating considerations of resource use. BMJ 2008; 336:1170-3.

Brunetti M, Oxman AD, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, et al. GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use. J Clin Epidemiol. In press.

Links para websites

Campbell & Cochrane Economics Methods Group. www.c-cemg.org – O Campbell & Cochrane Economic Methods Group é uma rede internacional de indivíduos com interesse e experiência em abordagens referentes à síntese de evidências que combinam métodos de revisão econômicos e sistemáticos

GRADE Working Group. www.gradeworkinggroup.org/index.htm – O Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group desenvolveu um sistema para classificar a qualidade de evidências e a solidez das recomendações de saúde. O sistema inclui uma abordagem para classificar evidências no uso de recursos e a incorporação de evidências em recomendações

International Health Economics Association. www.healtheconomics.org – O International Health Economics Association foi constituído para aumentar a comunicação entre os economistas da área de saúde, promover um alto padrão de discussão na aplicação econômica da saúde e no sistema de saúde e auxiliar os jovens pesquisadores no início de suas carreiras

Office of Health Economics, United Kingdom. www.ohe.org/page/index.cfm – O Office of Health Economics fornece pesquisa independente, serviços de assessoramento consultoria sobre implicações de políticas e questões econômicas dentro das áreas farmacêutica, de saúde e biotecnologia

CCEMG – EPPI-Centre Cost Converter. http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx – uma ferramenta simples com base na Web que pode ser usada para ajustar uma estimativa de custo expressa em uma moeda corrente e preço anual a uma outra moeda corrente e/ou preço anual

NHS Economic Evaluation Database (NHS EED). www.crd.york.ac.uk/crdweb/Home.aspx?DB=NHS%20EED&SessionID=&SearchID=&E=0&D=0&H=0&SearchFor – A NHS EED contém 24.000 resumos de documentos econômicos da área de saúde, inclusive 7.000 avaliações econômicas de qualidade. O banco de dados visa auxiliar os tomadores de decisão na identificação sistemática e descrição de avaliações econômicas, avaliando sua qualidade e enfatizando suas fortalezas e fraquezas relativas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. AF, JNL e SL contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Ian Shemilt e Luke Vale pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A *et al.*: **Incorporating considerations of resources use into grading recommendations.** *BMJ* 2008, **336:**1170-3.

3. Quon BS, Firszt R, Eisenberg MJ: **A comparison of brand-name drug prices between Canadian-based Internet pharmacies and major U.S. drug chain pharmacies.** *Ann Intern Med* 2005, **143:**397-403.

4. Russell LB: **Opportunity costs in modern medicine.** *Health Aff (Millwood)* 1992, **11:**162-9.

5. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S *et al.*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

6. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.

7. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.

8. Brunetti M, Oxman A, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, *et al*: **GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use**. J Clin Epidemiol . 2009. In Press

9. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press; 2005.

10. Luce BR, Manning WG, Siegel JE, et al: **Estimating costs in cost-effectiveness analysis.** In *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Edited by Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. New York: Oxford University Press; 1996:176-85.

11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

12. Simon J, Gray A, Duley L: **Cost-effectiveness of prophylactic magnesium sulphate for 9996 women with pre-eclampsia from 33 countries: economic evaluation of the Magpie Trial.** *BJOG* 2006, **113:**144-51.

13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ: **What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?** *BMJ* 2008, **336:**995-8.

14. Evers S, Goossens M, de Vet H, van Tulder M, Ament A: **Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria.** *Int J Technol Assess Health Care* 2005, **21:**240-5.

15. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL: **Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology.** *JAMA* 1999, **282:**1453-7.

16. Hill SR, Mitchell AS, Henry DA: **Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses: a review of submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits Scheme.** *JAMA* 2000, **283:**2116-21.

17. Palmer S, Raftery J: **Economic Notes: opportunity cost.** *BMJ* 1999, **318:**1551-2.

18. Cooper N, Coyle D, Abrams K, Mugford M, Sutton A: **Use of evidence in decision models: an appraisal of health technology assessments in the UK since 1997.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**245-50.

19. Shemilt I, Mugford M, Byford S, Drummond MF, Eisenstein E, Knapp M, *et al*: **Chapter 15: Incorporating economics evidence.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008)*. Edited by Higgins JPT, Green S. The Cochrane Collaboration; 2008.

20. Goldhaber-Fiebert JD, Goldie SJ: **Estimating the cost of cervical cancer screening in five developing countries.** *Cost Eff Resour Alloc* 2006, **4:**13.

21. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.

22. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S17)**.

24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.

25. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT *et al.*: **Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **4:**CD000409.

26. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjorndal A: **Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). A randomised trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice [ISRCTN48751230].** *BMC Health Serv Res* 2003, **3:**5.

27. Fretheim A, Aaserud M, Oxman AD: **Rational prescribing in primary care (RaPP): economic evaluation of an intervention to improve professional practice.** *PLoS Med* 2006, **3:**e216.

Figura 1. Quatro etapas necessárias para identificar e incorporar evidências dos custos das opções

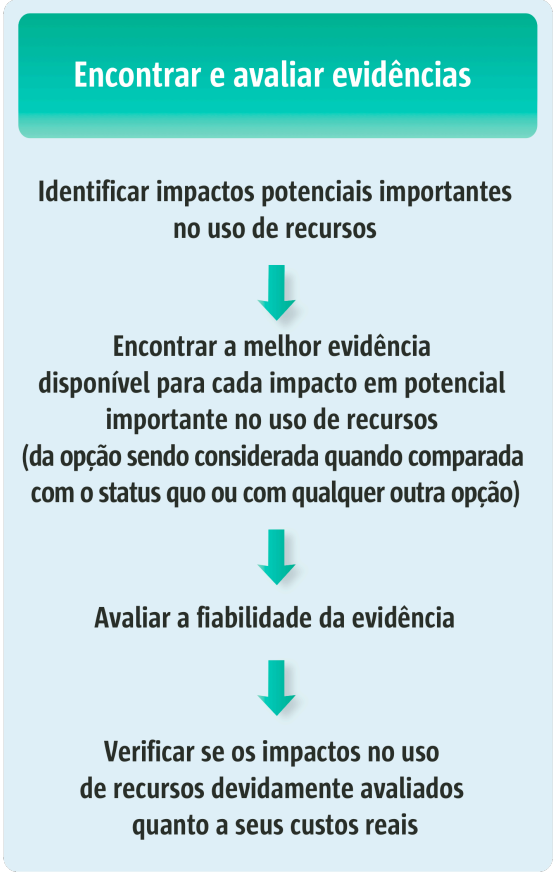
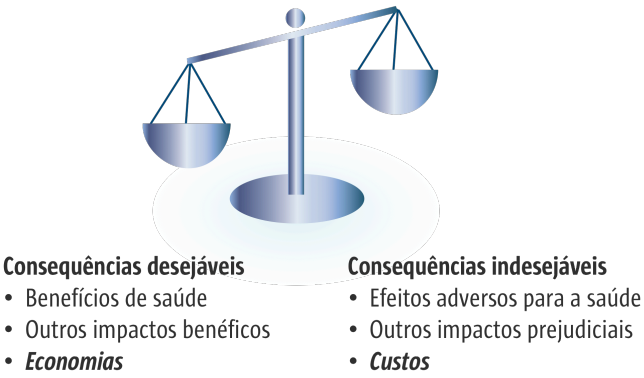


Figura 2. Ponderação dos prós e contras das políticas e dos programas de saúde, inclusive os efeitos do recurso*



* Os efeitos do recurso (as economias ou custos de uma política ou programa comparado ao status quo ou outra alternativa) precisam ser considerados junto com a saúde e outros impactos quando são feitas avaliações sobre o equilíbrio dos prós e contra de uma política ou programa de saúde.

Tabela 1. Exemplo: Identificar efeitos potencialmente importantes do recurso de um programa nacional de visitas de divulgação para melhorar prescrições para a hipertensão

Revisões sistemáticas descobriram que visitas de divulgação educacional (por exemplo, visitas pessoais a profissionais da área da saúde em seus próprios cenários por visitantes treinados em divulgação) tiveram efeitos relativamente consistentes e pequenos, mas potencialmente vantajosos sobre as prescrições [25]. Em um ensaio randomizado na Noruega, foi constatado que estas visitas aumentaram o uso de tiazida, em adesão às orientações práticas clínicas, de 11% a 17% entre pacientes com hipertensão recém-diagnosticada [26]. Para determinar se essa melhora era vantajosa (em relação aos custos de um programa de divulgação nacional), os seguintes usos de recursos foram considerados [27]:

- Desenvolvimento de software (usado para auditar registros médicos e fornecer feedback aos médicos)
- Treinamento dos visitantes (farmacêuticos) de divulgação
- Materiais impressos
- Viagens dos farmacêuticos para fazer visitas de divulgação
- Tempo dos farmacêuticos
- Tempo administrativo (por exemplo, marcar entrevistas para as visitas)
- Tempo dos médicos (para as visitas)
- Apoio técnico
- Despesa com medicamentos
- Visitas a pacientes
- Testes laboratoriais

Tabela 2. Exemplo dos efeitos potencialmente importantes do recurso*

1. Alterações no uso de recursos da saúde

• Entrega da política ou programa
  – Recursos e tempo humano
  – Suprimentos consumíveis
  – Terreno, construções, equipamentos
• Internações adicionais (ou menos), atendimento ambulatorial ou residencial
• Uso adicional (ou menor) dos testes ou exames laboratoriais
• Transporte pago (por exemplo, transporte de emergência)

2. Alterações no uso de recursos de outras áreas (não de saúde)
• Transporte para as instalações de saúde • Dietas especiais • Serviços sociais (por exemplo, moradia, assistência domiciliar, treinamento ocupacional) • Lar de adaptação • Crimes (tais como roubo, fraude, violência, investigação policial, custos judiciais), por exemplo, em relação às opções centradas no abuso de drogas ou álcool
3. Alterações no uso do tempo do doente e do cuidador informal
• Visitas de doentes • Entradas no hospital • Tempo da família e de outros cuidadores informais
4. Alterações na produtividade
• Sugerimos que mudanças na produtividade e no valor intrínseco das alterações do status da saúde sejam capturadas em termos de valor ou importância relativos aos resultados da saúde e que não sejam incluídas como efeitos do recurso

*Adaptado de Luce e colegas [10]

Tabela 3. Exemplo: Como encontrar evidências nos efeitos do recurso

As seguintes fontes de dados foram usadas para estimar as diferenças no uso do recurso entre um programa de visitas de divulgação (visando todos os médicos gerais da Noruega) e nenhum programa (o status quo) [27]. O programa é descrito em mais detalhes na Tabela 1.

Recursos	Fontes de dados
Desenvolvimento de software	Faturas, estimativas do tempo gasto
Treinamento das visitas de divulgação	Estimativa do tempo gasto; faturas
Materiais impressos	Faturas
Viagens	Registro dos dias de viagens, estimativas das distâncias
Tempo dos farmacêuticos	Registro do número de visitas e dias gastos nas visitas
Tempo administrativo	Registros e estimativas do tempo gasto
Tempo dos médicos	Registro da duração das visitas e o número de médicos presentes
Apoio técnico	Registros das faturas
Despesa com medicamentos	Registros médicos
Visitas a pacientes	Registros médicos
Testes laboratoriais	Registros médicos

Como os dados foram somente coletados por um ano e de 139 práticas (501 médicos, metade deles receberam as visitas e a outra metade não), foi necessário extrapolar o uso do recurso além de um ano e no restante do país

Tabela 4. Exemplo: Como avaliar a qualidade das evidências relacionadas aos efeitos do recurso

A qualidade das evidências para as estimativas de diferença no uso de recursos entre um programa de visitas de divulgação (visando todos os médicos gerais na Noruega) e nenhum programa (o status quo) variou. (Veja também as Tabelas 1 e 3.)

Recursos	Fontes de dados
Desenvolvimento de software	Alta qualidade
Treinamento das visitas de divulgação	Alta qualidade
Materiais impressos	Alta qualidade
Viagens	Qualidade moderada*
Tempo dos farmacêuticos	Qualidade moderada*
Tempo administrativo	Alta qualidade
Tempo dos médicos	Qualidade moderada*
Apoio técnico	Alta qualidade
Despesa com medicamentos	Qualidade moderada a baixa†
Visitas a pacientes	Qualidade moderada a baixa†
Testes laboratoriais (potássio)	Qualidade moderada a baixa†

* A evidência das viagens, do tempo dos farmacêuticos e dos médicos foi de qualidade moderada. Isso ocorreu devido a incertezas sobre a extrapolação dos dados das práticas nas avaliações do resto do país

† A evidência das despesas dos medicamentos, visitas a doentes e testes laboratoriais foi de qualidade moderada a baixo. Isso ocorreu devido a incertezas sobre a extrapolação dos dados de avaliação no resto do país e à extrapolação acima de um ano (duração da avaliação) para estimar os efeitos do recurso de vários anos de um programa indicado a todos os médicos gerais no país

Tabela 5. Exemplo: Como anexar valor monetário aos efeitos do recurso

As seguintes fontes de dados foram usadas para estimar o valor monetário das diferenças no uso do recurso entre um programa de visitas de divulgação (visando todos os médicos gerais da Noruega) e nenhum programa (o status quo) [27]. (Veja também as Tabelas 1, 3 e 4.)

Variável	Fontes de dados para valores monetários
Desenvolvimento de software	Faturas, pagamentos de salários
Treinamento das visitas de divulgação	Pagamentos de salários
Materiais impressos	Faturas
Viagens	Faturas de viagens
Tempo dos farmacêuticos	Pagamentos de salários
Tempo administrativo	Pagamentos de salário, estimativas padrão das despesas gerais, cálculo do aluguel do escritório
Tempo dos médicos	Tarifa padrão para encontros interdisciplinares
Apoio técnico	Faturas
Despesa com medicamentos	"Felleskatalogen 2003" (uma lista Norueguesa de medicamentos e preços)
Visitas a pacientes	Tarifa padrão de consulta
Testes laboratoriais (potássio)	Tarifa padrão

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

13. Preparo e uso de resumo de políticas baseadas em evidências

John N Lavis[1], Govin Permanand[2], Andrew D Oxman[3], Simon Lewin[4] and Atle Fretheim[5]*

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S13 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S13.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s13.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2 Health Evidence Network, World Health Organization Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, Copenhagen, Denmark DK-2100
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

O resumo de políticas é uma abordagem relativamente nova na integração de evidências de pesquisas para os formuladores de políticas. A primeira etapa de um resumo de política é priorizar um problema relacionado a políticas. Então, isso é usado para mobilizar todas as evidências de pesquisa relevantes para as diferentes características do problema. Contar com as revisões sistemáticas disponíveis torna possível o processo de mobilização de evidências, o que não aconteceria se os estudos individuais relevantes tivessem que ser identificados e sintetizados para cada característica do problema em questão. Neste artigo, sugerimos algumas questões que poderão orientar o preparo e uso de resumos de políticas para apoiar a elaboração de políticas com base em evidências. São elas: 1. O resumo de políticas trata de um problema de alta prioridade e descreve o contexto relevante do problema em questão? 2. O resumo da política descreve o problema, os custos e as consequências das opções para tratar do problema e das principais considerações para a implementação? 3. O resumo da política emprega métodos transparentes e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas da pesquisa? 4. O resumo da política leva em consideração a qualidade, aplicabilidade local e equidade ao discutir as evidências sintetizadas da pesquisa? 5. O resumo da política emprega um formato de entrada gradual? 6. O resumo da política foi revisado em termos de qualidade científica e relevância do sistema?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é funcionário público sênior e recebeu um resumo de política descrevendo a evidência de uma pesquisa sobre um assunto de crescente interesse para o Ministro. Sua responsabilidade é garantir que o resumo da política mostre o perfil da evidência da pesquisa de tal forma que informe os diferentes elementos do problema e reconheça a importância de contar tanto com a evidência global quanto com a local. Você deve garantir que o resumo da política não colocará o Ministro em situação complicada recomendando o que não é política ou economicamente viável.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e algumas horas lhe foram concedidas para preparar a avaliação de um resumo de política enviado ao Ministro como assunto de alta prioridade. Você foi informado apenas de que esse resumo de política é, de várias formas, diferente do tipo de resumo de política que você produziu no passado, inclusive quanto a forma na qual apresenta evidências da pesquisa com respeito a um problema, as opções e considerações de implementação e o fato de que não se conclui com uma recomendação específica.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que apoia o Ministério da Saúde no uso de pesquisas evidenciadas na formulação de políticas. Você está preparando um resumo de política para o Ministério e para os principais interessados em apresentar o perfil do que é ou não conhecido sobre um problema, as opções para tratá-lo e considerações quanto a sua implementação. Você deve preparar o resumo sistematicamente e relatar os métodos e dados encontrados de forma transparente e de fácil entendimento, mas precisa de orientações para apresentar um trabalho exato e eficiente.

HISTÓRICO

Para os formuladores de políticas (Cenário 1), este artigo sugere um número de questões que eles ou seu grupo de trabalho deveriam considerar ao avaliar o resumo de uma política. Para aqueles que apoiam os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere um número de perguntas para orientar a avaliação de um resumo de política ou a preparação da mesma.

Recentemente, três mudanças ocorreram com o intuito de reunir evidências de pesquisa para os formuladores de políticas. Primeiramente, houve uma mudança da coleta de estudos únicos para o agrupamento de revisões sistemáticas de estudos que tratam de questões típicas relevantes a políticas. Um número de grupos de pesquisa, incluindo a colaboração do SUPPORT (www.support-collaboration.org/), agora criam resumos fáceis sobre revisões sistemáticas para os formuladores de políticas. Esses resumos sempre destacam as principais mensagens da revisão mas alguns, tais como os resumos do SUPPORT, também tecem considerações referentes à qualidade, aplicabilidade local e equidade [2]. Essa mudança permitiu que os formuladores de políticas analisassem de forma mais ampla materiais numerosos de evidências de pesquisas. Além disso, permitiu que extraíssem com facilidade o que precisavam saber de revisões sistemáticas determinadas que tratam diretamente das características principais de qualquer problema de política de interesse.

Em segundo lugar, houve mais esforços complementares recentemente para integrar as revisões sistemáticas (junto com a evidência de pesquisa local) na forma de um produto novo, o resumo de política, o que mobiliza a melhor evidência de pesquisa disponível sobre problemas de alta prioridade [3]. Para resumos de políticas, o ponto inicial é o problema e *não* a evidência de pesquisa relacionada que foi criada ou identificada. Uma vez priorizado um assunto, o foco dirige-se para a mobilização de todas as evidências da pesquisa que tratam das diferentes características do problema em questão. Tal procedimento inclui realce do problema, das opções para tratar o problema e das considerações chave de implementação. Se basear em revisões sistemáticas disponíveis torna viável o processo de mobilização de evidências, o que não aconteceria se os estudos individuais relevantes tivessem que ser identificados e sintetizados para todas as características do problema. Neste artigo, restringimos o nosso uso do termo “resumo de política” para aqueles produtos que correspondem exatamente a essa descrição. Contudo, o termo tem sido aplicado também em outros lugares para diferentes tipos de produtos preparados por aqueles que apoiam os formuladores de políticas. A apropriação desse termo por aqueles envolvidos em produzir e apoiar o uso de evidências de pesquisas reflete, talvez, o direcionamento crescente deles às necessidades e aos contextos dos formuladores de políticas.

Os mecanismos de integração de evidências e os resumos de políticas em particular foram amplamente desenvolvidos como uma resposta aos dados encontrados nas revisões sistemáticas de fatores que influenciam o uso de evidência de pesquisa na

elaboração de políticas [4,5]. Três fatores em particular apareceram como significativos. São eles: 1. Sincronismo ou exatidão, 2. Concordância entre as evidências de pesquisa e as crenças, os valores, os interesses ou os objetivos e as estratégias políticas dos formuladores de políticas e partes interessadas e 3. Interações entre pesquisadores e formuladores de políticas.

O acesso tanto ao estoque de sínteses de revisões sistemáticas como a resumos de políticas ajuda a tratar da necessidade dos formuladores de políticas quanto a informações precisas para os processos de elaboração de políticas [6]. As sínteses de revisões e os resumos de políticas geralmente podem ser criados em dias e semanas em vez de meses ou anos exigidos para preparar uma revisão sistemática desde o início. Realizar uma pesquisa primária (por exemplo, estudos originais) pode ser um processo semelhante e geralmente demanda mais tempo. Os mecanismos de integração de evidências e resumos de políticas em particular podem também facilitar, para os formuladores de políticas e outras partes interessadas, determinar como e se a evidência de pesquisa disponível está de acordo com suas próprias crenças, valores, interesses ou objetivos e estratégias políticas. Com um problema esclarecido, o que se conhece ou não sobre as opções detalhadamente descritas e as principais considerações sobre a implementação claramente sinalizadas, os formuladores de políticas poderão identificar mais prontamente maneiras viáveis a seguir.

Em terceiro lugar, algumas mudanças ocorreram objetivando o motivo pelo qual a integração de evidências de pesquisa foi produzida. Os resumos sobre políticas estão sendo usados de modo crescente como uma entrada nos diálogos sobre políticas envolvendo indivíduos que iniciaram e aqueles que estarão envolvidos ou serão afetados por decisões sobre um problema em particular. Tais diálogos propiciam a oportunidade para uma maior interação entre os pesquisadores e os formuladores de políticas. Diálogos nos quais a evidência da pesquisa é apenas uma entrada na discussão de uma política constituem o foco do Artigo 14 desta série [7].

As formas usadas para a integração de evidências tem sido, com frequência, desenvolvidas como resultado de poucos estudos empíricos disponíveis das preferência dos formuladores de políticas da área da saúde para diferentes tipos de mecanismos (e *não* de seus usos ou efeitos, que geralmente não foram avaliados) [4,8]. Esses estudos revelaram a necessidade dos formuladores de políticas de elaborar formas que propiciem desde a entrada graduada até detalhes completos de uma revisão *e* facilitem a avaliação de informações relevantes na tomada de decisões [4]. Um formato gradual de entrada de mensagens resumidas de uma página, uma síntese executiva de três páginas que resume todo o relatório e um relatório de 25 páginas (por exemplo, um formato 1:3:25) tem se mostrado promissor [9]. De forma presumida, o resumo de uma ou três páginas deveria seguir o formato estruturado [10]. Os resumos estruturados mostram causar um efeito nos resultados intermediários, tais como oferecer possibilidade de investigação, legibilidade e revogação dos provedores da área de saúde. Contudo, nenhum estudo comparou o texto completo com os resumos

estruturados e nenhum estudo examinou o impacto das características do formato causado nos formuladores de políticas [11]. Informações relevantes para a tomada de decisões poderão incluir os impacto importantes (benefícios e danos) e custos (por exemplo, recursos usados) das opções feitas referentes a programas e políticas, assim como a aplicabilidade local e considerações de equidade [4].

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes questões poderão servir como orientação no preparo e uso dos resumos de políticas para apoiar as políticas baseadas em evidências.

1. O resumo de políticas trata de um problema de alta prioridade e descreve o contexto relevante do problema em questão?
2. O resumo da política descreve o problema, custos e consequências das opções ao tratar do problema e das principais considerações para a implementação?
3. O resumo da política emprega métodos transparentes e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas da pesquisa?
4. O resumo da política leva em consideração a qualidade, aplicabilidade local e equidade na discussão de evidências de pesquisa?
5. O resumo da política emprega um formato de entrada gradual?
6. O resumo da política foi revisado em termos de qualidade científica e relevância do sistema?

1. O resumo de políticas trata de um problema de alta prioridade e descreve o contexto relevante do problema em questão?

Os resumos de políticas são claramente distintos de outras sínteses de integração de evidências pelo fato de começarem com a identificação explícita de uma questão de alta prioridade. Nas situações onde um assunto permanece na agenda de um interessado importante por algum tempo, os resumos de políticas poderão atuar como uma forma de estímulo ao progresso. Tal fato está em destaque na Tabela 1 de baixas taxas de cobertura para terapias combinadas com base em artemisinina (ACT) para tratar de malária falciparum sem complicações em países da África Subsaariana. Como alternativa, se o assunto for relativamente novo, o resumo de política poderá ser pauta de agenda. De uma forma ou de outra, é crucial que o assunto seja considerado como prioridade por pelo menos alguns interessados importantes. De maneira ideal, o processo de priorização deveria ser também sistemático e transparente e o Artigo 3 nesta série esboça uma abordagem para que isso seja alcançado [12].

A segunda característica principal de resumos de políticas é que são tipicamente de *contexto específico*. A descrição das características principais de um contexto em um resumo de políticas é importante como uma maneira para criar um grau de competitividade entre os leitores de tais resumos. A Tabela 2 elucida assuntos

relacionados ao acesso limitado ou injusto a assistência médica básica sustentável e de alta qualidade das comunidades do Canadá. Naquele país, conforme descrição do resumo de políticas, o assunto pode ser entendido apenas no contexto das características particulares da saúde primária Canadense e na existência de acertos de atendimento particular/pagamento público com os médicos. Tal fato é de grande importância neste contexto uma vez que historicamente significa que a maior parte da saúde primária no Canadá é realizada por médicos particulares com pagamento público (tipicamente atendimento pago) [13]. O aumento ao acesso de maneira criativa, inclusive o uso de modelos de práticas de colaboração, demanda entendimento de que: 1. Os médicos costumam ser cuidadosos para não incorrer em infrações de sua autonomia comercial e profissional, 2. Nenhum outro prestador de serviços de saúde atualmente consegue manter em escala viável,o pagamento público necessário para exercer sua função independentemente como os prestadores de serviços de saúde básica e 3. Muitas formas de assistência (inclusive prescrição de drogas e serviço de atendimento de cuidados domiciliares) não seriam ainda cobertas [14].

2. O resumo da política descreve o problema, custos e consequências das opções ao tratar do problema e das principais considerações para a implementação?

Um resumo de políticas poderia perfeitamente descrever as diferentes características de um problema, o que é conhecido (e não conhecido) sobre os custos e consequências das opções no tratamento do problema e do que é importante levar em consideração para a implementação. Conforme descrição no Artigo 4, um problema pode ser entendido em um ou mais dos seguintes termos [15]:

1. A natureza e ônus das doenças e ferimentos comuns que o sistema de saúde precisa prevenir ou tratar
2. Os serviços, programas e drogas de boa relação custo benefício necessários na prevenção e no tratamento e,
3. Os planos de sistemas de assistência médica mais amplos que determinam o uso e acesso aos programas, serviços e drogas de boa relação custo benefício, inclusive como afetam os grupos em particular.

Um resumo de política ajudaria esclarecer o problema ao diagnosticá-lo em um ou mais desses termos.

O número de opções descritas em um resumo para ser apresentado a formuladores de políticas seniores poderia perfeitamente estar de acordo com as convenções de documentos locais. Muitos formuladores de políticas estão familiarizados com três opções de modelos, por exemplo. Contudo, independentemente do número selecionado, cada opção feita no resumo de políticas poderá ser caracterizada em termos de:

- Benefícios de cada opção
- Danos de cada opção
- Os custos de cada opção ou seu custo benefício relativo(se possível)

- O grau de dúvidas relacionado a esses custos e consequências (de forma que a monitoração e avaliação possam concentrar-se em determinadas áreas de dúvidas no exercício de uma dada opção)
- Elementos chave da opção de política se testada em outra situação e se a adaptação for levada em consideração, e
- A visão dos interessados sobre a opção e experiências com cada uma delas

Um resumo de políticas ajudaria esclarecer as trocas realizadas na seleção de uma opção. Caso as opções não sejam projetadas para serem mutuamente exclusivas, um resumo de políticas também ajudaria esclarecer os benefícios de uma combinação de determinados elementos das diferentes opções e qual combinação de opções traria sinergia positiva. Como alternativa, os elementos de uma ou mais opções individuais poderiam ser apresentados primeiro, seguidos de pacotes de opções combinando os elementos diferentes de várias formas.

As barreiras para a implementação (ver mais detalhes no Artigo 6 desta série) se apresentam em níveis diferentes, variando entre o nível do consumidor (cidadão ou receptor de assistência médica) e os sistemas mais amplos, organizações e provedores de assistência médica [16]. Os resumos de políticas ajudariam identificar tais barreiras e descrever as expectativas razoáveis (novamente, em termos de benefícios, danos e custos) como resultado da busca de estratégias alternativas de implementação para lidar com essas barreiras. Um resumo de políticas poderia também identificar o que precisa ser levado em consideração na preparação de um plano de avaliação e monitoração. A Tabela 3 oferece um possível esboço de resumo de políticas.

3. O resumo da política emprega métodos transparentes e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas da pesquisa?

Os formuladores de políticas e grande número de interessados que estarão envolvidos ou serão afetados por uma decisão, fazem parte da principal audiência de um resumo de políticas. A linguagem de pesquisa deve ser mínima pois a maioria das pessoas não está familiarizada com ela. Um resumo de políticas, no entanto, deveria perfeitamente descrever de maneira de fácil de entendimento como a evidência de pesquisa sintetizada foi identificada, selecionada e avaliada. Tal objetivo poderá ser atingido com o uso de técnicas tais como caixas explicativas nos resumos para esclarecer ou elucidar determinados conceitos ou através da inclusão de anexos adicionais. Os métodos também deveriam ser sistemáticos por natureza e relatados de forma transparente, porém inteligível. Por exemplo, os usuários poderiam receber uma descrição de como as revisões sistemáticas que tratam dos benefícios e danos de determinados planos de sistemas de saúde foram identificadas através de uma atualização contínua de dados de base contendo revisões em certos domínios. Tal fato poderia garantir significativamente aos leitores que a maioria, se não todas, as revisões principais foram encontradas e que poucas, ou nenhuma, foram desconsideradas.

4. O resumo da política leva em consideração a qualidade, aplicabilidade local e equidade na discussão de evidências de pesquisa?

As revisões sistemáticas podem ser de alta ou baixa qualidade, os dados encontrados podem ser altamente aplicáveis a uma dada situação de formuladores de políticas ou de aplicabilidade muito limitada e podem levar ou não em consideração os impactos que uma opção poderá causar em grupos carentes e em equidade em um cenário situação específico. Um resumo de políticas poderia perfeitamente sinalizar tais variações para os formuladores de políticas e outros leitores. Conforme descrição no Artigo 8, critérios explícitos encontram-se disponíveis para ajudar avaliar a qualidade [17]. De grande importância, algumas bases de dados de revisões sistemáticas tais como, Rx for Change (www.rxforchange.ca), fornecem taxas de qualidade para todas as revisões da base de dados. Se possível, um resumo de políticas ofereceria uma revisão de qualidade para todas as revisões sistemáticas das quais mensagens importantes foram extraídas. Critérios explícitos estão também disponíveis para ajudar na avaliação local da aplicabilidade e encontram-se em detalhes no Artigo 9 [18]. Dado que os resumos de políticas são tipicamente de contexto específico, um resumo de políticas poderia perfeitamente comentar também sobre a aplicabilidade local dos dados encontrados de qualquer revisão sistemática crucial para o entendimento dos impactos da opção em questão. Considerações quanto a equidade podem ser realizadas com o uso de critérios explícitos (vide Artigo 10) [19]. Um resumo de políticas também deveria mencionar em sua introdução se algum grupo recebeu uma determinada atenção no resumo. Mensagens-chave específicas de grupos poderiam ser adicionadas a todas principais mensagens em cada seção.

5. O resumo da política emprega um formato de entrada gradual?

Um resumo de políticas poderia perfeitamente permitir que formuladores de políticas ocupados e outros leitores verificassem as mensagens principais rapidamente para determinar se essas estão suficientemente próximas de seu assunto principal em questão e contexto para garantir a leitura de todo o documento. Um formato graduado de entrada poderia tomar várias formas. Isso poderia ser feito, por exemplo, por meio do formato 1:3:25, por exemplo, mensagens resumidas de uma página, uma síntese executiva de *três* páginas que resume todo o relatório e um relatório de 25 páginas [9]. Ou um resumo poderia ter um formato de 1:12, com uma página de mensagens resumidas de seguida de um relatório de 12 páginas. Seja qual for a forma escolhida, o mínimo que um resumo de políticas deveria conter é uma lista de mensagens principais, um relatório e uma lista de referência para aqueles que desejam ler mais. As mensagens principais poderiam variar entre a identificação do problema através do que é conhecido sobre as opções e considerações importantes para a implantação.

Outras características de um resumo de políticas poderia engajar prováveis leitores e facilitar a avaliação de quem estivesse envolvido para preparar, informar e financiar tal resumo. O título de um resumo de políticas poderia ser expresso de forma que

envolvesse os formuladores de políticas e outros interessados. Uma questão convincente, por exemplo, poderia ser usada como título. A página inicial e/ou a seção de reconhecimentos de um resumo de política poderia conter uma lista de autores e suas inscrições. Poderá incluir também uma lista daqueles envolvidos em estabelecer os termos de referência de um resumo de política, uma lista dos principais informantes contatados para perspectivas adicionais sobre o assunto e para identificar dados relevantes e evidências de pesquisa e suas filiações. Uma lista dos financiadores, tanto da organização que produz o resumo de políticas como do resumo de políticas propriamente dito e uma declaração sobre quaisquer conflitos de interesse entre os autores, poderiam também fazer parte do documento do resumo de políticas.

6. O resumo da política foi revisado em termos de qualidade científica e relevância do sistema?

Os resumos de políticas precisam atender a dois requisitos padrão: qualidade científica e relevância do sistema. Para que tais requisitos sejam alcançados, o processo de revisão poderia envolver pelo menos um interessado e pelo menos um pesquisador. Esse processo tão conhecido como *revisão de mérito* difere de um processo típico de revisão por *pares* que geralmente envolve apenas os pesquisadores no processo de revisão e consequentemente concentra-se principalmente na qualidade científica. O envolvimento de formuladores de pesquisas e de outros interessados poderá ajudar garantir a relevância do resumo para o sistema de saúde.

CONCLUSÃO

O resumo de política constitui uma nova abordagem de apoio para as políticas baseadas em evidências. Seu preparo e uso continuam evoluindo através da prática e da experiência. Avaliações dessa nova abordagem são necessárias para melhorar nosso entendimento de quais características de um projeto particular serão bem aceitas para determinados tipos de assunto em determinados contextos. A descrição de diferentes características de um problema poderá, por exemplo, ser entendida como sendo particularmente importante para tópicos altamente politizados onde a própria natureza do problema é controversa. Levar as equidades em consideração focando apenas um grupo poderá ser entendido como inadequado em sistemas políticos que tenham talvez a tradição de tratar de todos os grupos etnoculturais em documentos de políticas ou talvez, não concentrar-se em nenhum grupo em particular. As avaliações são necessárias também para melhorar nosso entendimento de como e se os resumos de políticas influenciam as políticas baseadas em evidências. A Tabela 4 contém a descrição de uma abordagem de avaliação formativa de resumos de políticas.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Research Matters. Knowledge Translation: A 'Research Matters' Toolkit. Ottawa, Canadá: International Development Research Centre (Centro de Pesquisa de Desenvolvimento Internacional): www.idrc.ca/research-matters/ev-128908-201-1-DO_TOPIC.html – fonte de outros exemplos de resumos de políticas (capítulo 8) e, mais importante, orientações sobre uma comunicações efetivas (capítulos 6 e 7)

Canadian Health Services Research Foundation (Fundação de serviços de pesquisas de saúde canadense). Communication Notes: Redação Acessível ao Leitor - 1:3:25. Ottawa, Canadá: Canadian Health Services Research Foundation (Fundação de Pesquisas de Serviços de Saúde Canadense): www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/cn-1325_e.pdf – fonte de conselhos sobre como escrever para um público de formuladores de decisão e outras partes interessadas

Lavis JN, Boyko JA: *Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada*. Hamilton, Canadá: McMaster Health Forum; 2009 [14] – exemplo de um resumo de política em um determinado país (Canadá)

Oxman AD, Bjorndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK: *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions*. Oslo, Noruega: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (Centro Norueguês de Conhecimento para Serviços de Saúde); 2008 [20]: www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/5114.cms?threepage=1 – exemplo de um resumo de política que fornece uma revisão exaustiva dos elementos potenciais de opções de política antes de reuni-las em três opções viáveis para um país específico (Noruega)

Links para websites

Health Evidence Network/European Observatory on Health Systems and Policies: www.euro.who.int/hen/policybriefs/20070327_1 – fonte de resumos de políticas que visa aos formuladores de políticas da Organização Mundial da Saúde da região europeia

Banco de dados PPD (Program in Policy Decision-making, Programa para Tomada de Decisões sobre Políticas)/CCNC (Canadian Cochrane Network and Centre, Centro e Rede Canadense Cochrane): www.researchtopolicy.ca/search/reviews.aspx – fonte de resumos de políticas e revisões sistemáticas e visões gerais de revisões sistemáticas (com links a resumos amigáveis de resumos de revisões sistemáticas e visões gerais de revisões sistemáticas para os formuladores de decisão)

Colaboração do SUPPORT: www.support-collaboration.org – exemplo de uma fonte de resumos amigáveis de revisões sistemáticas relevantes de países de baixa e média renda per capita para formuladores de decisão

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. GP, ADO, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Gostaríamos também de agradecer a Sandy Campbell e equipe do Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (MoHLTC) Planning Unit por seus comentários úteis sobre uma versão anterior deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Rosenbaum SE, Glenton C, Oxman A, Members of the SUPPORT Collaboration: *Evidence Summaries Tailored for Health Policy Makers in Low- and Middle-Income Countries*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. 2009.

3. Colby DC, Quinn BC, Williams CH, Bilheimer LT, Goodell S: **Research glut and information famine: making research evidence more useful for policymakers.** *Health Aff (Millwood)* 2008, **27:**1177-82.

4. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

5. Lavis JN, Hammill A, 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.

6. Lavis JN, Davies HT, Gruen RL, Walshe K, Farquhar CM: **Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more**

useful to healthcare managers and policy makers. *Healthc Policy* 2006, **1:**21-33.

7. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S14)**.

8. Lavis JN, Wilson MG, Grimshaw J, Haynes RB, Ouimet M, Raina P, et al: *Towards Optimally Packaged and Relevance Assessed Health Technology Assessments: Report Submitted to the Canadian Agency for Drugs and Therapeutics in Healthcare*. Hamilton, Canada, McMaster University Program in Policy Decision-Making. 2007.

9. The Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF): *Communication Notes: Reader-Friendly Writing - 1:3:25*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2009.

10. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ: **More informative abstracts revisited.** *Ann Intern Med* 1990, **113:**69-76.

11. Hartley J: **Current findings from research on structured abstracts.** *J Med Libr Assoc* 2004, **92:**368-71.

12. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S3)**.

13. Lavis JN: **Political elites and their influence on health care reform in Canada.** In *The Governance of Health Care in Canada*. Edited by McIntoch T, Forest P-G, Marchildon GP. Toronto: University of Toronto Press Incorporated; 2004:257-79.

14. Lavis JN, Boyko J: *Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada*. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum. 2009.

15. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.

16. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S6)**.

17. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

18. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

19. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

20. Oxman AD, Bjorndal A, Flottorp S, Lewin S, Lindahl AK: *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. 2008.

21. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M: **Organizing care for patients with chronic illness.** *Milbank Q* 1996, **74:**511-44.

Tabela 1: Esboço de um resumo de políticas de apoio ao uso de um tratamento altamente eficaz para malária na África

Qual tratamento foi identificado?

- O problema generalizado é uma das taxas baixas de cobertura para terapias combinadas à base de artemisinina (ACT) no tratamento de malária falciparum não complicada na África Subsaariana. As principais características do problema incluem:
  - Incidência e taxa de mortalidade altas da malária
  - Os tratamentos existentes tem taxas de cura inferiores a ACT. Contudo, os pacientes geralmente favorecem os tratamentos existentes devido a sua experiência anterior e ao alto preço de ACT
  - A política nacional de controle a malária, orientações sobre o tratamento e formulários de drogas em vários países nem sempre apoiam a prescrição, distribuição e uso de ACT
  - Geralmente, o plano de liberação de ACT se fia principalmente nos médicos, mas nem todas as pessoas tem acesso regular a eles e sentem-se seguros recebendo cuidados de funcionários da saúde da comunidade. Os planos financeiros favorecem os tratamentos existentes com ACT (muito mais caro) no entanto, alguns pacientes são céticos em relação a medicações altamente subsidiadas. Geralmente os planos de Governança não permitem que os funcionários de saúde da comunidade prescrevam ACT e não oferecem proteção contra drogas falsificadas ou abaixo do padrão

Quais informações as revisões sistemáticas fornecem sobre as três opções viáveis para o tratamento do problema?

- Cada uma das três opções abaixo foi avaliada quanto aos seus prováveis benefícios, danos, custos (e custo benefício), elementos fundamentais da opção da política se foi testada em outro lugar, e a visão e experiência dos devidos interessados:
  - Aumentar o campo de ação dos funcionários da saúde da comunidade incluindo o diagnóstico da malária e a prescrição de ACT (plano de governança), introduzir o pagamento alvo para definir a taxa de cobertura para o tratamento com ACT (acordo financeiro) e oferecer treinamento e supervisão tanto para o uso de testes de diagnóstico rápido como para prescrições (acordo de atendimento)
  - Introduzir subsídios parciais tanto para testes de diagnóstico rápido como para ACT no setor privado onde os cuidados são prestados em áreas urbanas (plano financeiro)
  - Limitar os tipos de drogas contra malária que podem ser importadas e introduzir penalidades para os financiadores de drogas falsificadas ou de baixo padrão (plano de governança) e mudar a política nacional de controle a malária e farmacopéia para garantir que a ACT seja o tratamento recomendado de primeira linha

- Dúvidas importantes foram sinalizadas quanto aos benefícios e prováveis danos decorrentes de cada opção, recebendo uma atenção especial como qualquer outro plano de monitoração e avaliação

O que é importante ser levado em consideração quanto a implementação?

- Algumas barreiras foram identificadas em relação a implementação, entre elas a familiaridade de alguns pacientes e prestadores de assistência médica com as opções de tratamento existentes e sua resistência a mudanças. Revisões sistemáticas dos efeitos das campanhas na mídia, dos efeitos das estratégias usadas para mudar o comportamento em geral dos prestadores de assistência médica, especificamente para influenciar a prescrição e distribuição, provaram ser todas de grande utilidade para decidir como lidar com tais barreiras

Observações sobre a base de apoio das evidências:

- Seis revisões sistemáticas das drogas contra a malária tinham sido publicadas desde a publicação das diretrizes da Organização Mundial da Saúde em 2006, organismo do qual a ACT recebeu apoio extra sendo recomendado como um tratamento de primeira linha
- Das revisões sistemáticas identificadas: dois planos relevantes de governança, seis planos financeiros, cinco configurações específicas de recursos humanos para a área da saúde e quinze estratégias de implementação foram tratados, muitos dos quais poderiam ser complementados por estudos locais

Tabela 2.Esboço do resumo de política sobre o aumento do acesso a assistência médica básica de alta qualidade no Canadá

Quais problemas foram identificados?

- O problema é o acesso limitado ou injusto à assistência médica básica sustentável e de alta qualidade à comunidade nos sistemas de saúde com financiamento federal, estadual e territorial no Canadá. Características principais do problema incluem:
  - As doenças crônicas representam uma fatia significativa dos problemas comuns que o sistema de assistência básica de saúde precisa prevenir ou tratar
  - O acesso aos programas, serviços e drogas de boa relação custo-benefício no Canadá não é ideal. Isso ocorre tanto quando os Canadenses identificam suas próprias necessidades de cuidados ou (servidores de saúde mais proativos) quando têm uma indicação (ou necessidade) para prevenção ou tratamento, particularmente para prevenção e tratamento crônicos
  - Os planos do sistema de saúde nem sempre apoiaram a liberação de drogas, serviços e programas de saúde de boa relação custo-benefício. Muitos canadenses não:
    1. Têm um médico de cabeceira ou um local de assistência médica

2. Recebem serviços de controle de doenças crônicas ou
3. Recebem cuidados de uma assistência médica básica que faz uso de registros eletrônicos, oferece incentivos financeiros para melhorar sua qualidade ou serviços de enfermagem

O que é mais difícil determinar é o número de médicos que recebem aperfeiçoamento profissional contínuo e eficaz para a gestão de doenças crônicas e o número de práticas de assistência médica básica que:

1. São constantemente controlados com relação ao desempenho deles frente à gestão de doenças crônicas
2. Empregam modelos de práticas colaborativas ou médicas e
3. Aderem às principais características de modelos (os Modelos de Cuidados Crônicos) de assistência médica básica holística [21]

Quais informações as revisões sistemáticas fornecem sobre as três opções viáveis para o tratamento do problema?

- Cada uma das três opções abaixo foi avaliada quanto aos seus prováveis benefícios, danos, custos (e custo benefício), elementos fundamentais se tivesse sido testada em outro lugar e a visão e experiência dos devidos interessados sobre a opção em questão:
  - Apoio ao aumento da atuação com doenças crônicas em assistências lideradas por médicos combinando registro de saúde eletrônico, pagamento alvo, aperfeiçoamento profissional contínuo e auditoria de suas práticas de assistência médica básica
  - Apoio ao aumento alvo de assistência médica básica colaborativa, interprofissional
  - Apoio ao uso do Modelo de Assistência Crônica em cenário de assistência médica básica. Esse modelo requer a combinação de apoio de gestão própria, apoio de decisão, projeto de sistema de atendimento, sistemas de informações clínicas, sistemas de saúde e comunidade
- Dúvidas importantes sobre os benefícios e possíveis danos de cada opção foram sinalizadas. Assim sendo, uma atenção especial foi dada para esses assuntos em qualquer plano aplicado de avaliação e monitoração

O que é importante ser levado em consideração quanto a implementação?

- Poucas evidências empíricas de pesquisa poderiam ser identificadas sobre as estratégias e barreiras de implementação. Quatro das barreiras de implementação foram identificadas:
  1. Desconfiança inicial entre alguns pacientes de possíveis transtornos de relacionamento com o médico principal da assistência médica
  2. Atenção dos médicos em relação a possíveis infrações de sua autonomia comercial e profissional
  3. A escala de organização necessária para algumas opções não é viável em várias comunidades remotas e rurais, e

4. Hesitação por parte dos governos para ampliar a largura e a profundidade do pagamento público para assistência de saúde básica, principalmente durante a recessão

Observações sobre a base de apoio das evidências:

- Dúzias de revisões sistemáticas foram identificadas, algumas trataram diretamente de uma opção e outras trataram de elementos de uma ou mais opções [14]

Tabela 3: Possível esboço de um resumo de política

Título (Possivelmente na forma de uma questão convincente)

Principais mensagens (provavelmente como relatório por itens)

- Qual é o problema?
- Qual o conhecimento que temos (e não temos) sobre as opções viáveis para tratar do problemas?
- O que deve ser levado em consideração na implementação?

Relatório

- Introdução descritiva do assunto e do contexto onde será tratado
- Definição do problema de maneira que suas características possam ser entendidas de acordo com um ou mais dos seguintes termos:
  1. A natureza e o ônus das doenças e ferimentos comuns que o sistema de saúde precisa prevenir ou tratar
  2. Os serviços, programas e drogas de boa relação custo benefício necessários na prevenção e no tratamento e,
  3. Os planos dos sistemas de assistência médica que determinam o uso e acesso aos programas, serviços e drogas de bom custo-benefício e como afetam determinados grupos
- Opções para tratar do problema e a devida avaliação de cada uma delas em uma tabela (como mostra o exemplo abaixo)

Categoria dos dados encontrados	Natureza dos dados encontrados das revisões sistemáticas e outras evidências de pesquisa disponíveis
Benefícios	
Prejuízos	
Custos e relação custo-benefício	
Dúvidas sobre os benefícios e prováveis danos	
Elementos fundamentais da opção (como e por que funciona)	
Experiência e visão dos interessados	

- Considerações de implementação incluindo prováveis barreiras para implementar as opções avaliadas na tabela (favor verificar exemplo abaixo), cada estratégia para uma implementação viável também avaliada na tabela (favor verificar exemplo acima) e sugestões para o plano de monitoração e avaliação

Níveis	Opção 1	Opção 2	Opção 3
Consumidor			
Prestador de assistência médica			
Organização			
Sistema			

Conteúdo adicional para usar na capa ou em anexos:

- Uma lista de autores com suas filiações
- Uma lista dos envolvidos, com suas filiações, que estabelecem os termos de referência para o resumo de políticas
- Uma lista dos principais informantes contatados, com sua filiações, a fim de obter perspectivas adicionais sobre o assunto e identificar os dados relevantes e evidências de pesquisa
- Uma lista dos financiadores (para a organização que realiza o resumo de políticas e para o resumo de políticas propriamente dito)
- Uma declaração sobre quaisquer conflitos de interesse entre os autores

Conteúdo adicional que poderá aparecer na tabela informativa ou no anexo

- Métodos usados para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas de pesquisas (inclusive considerações de avaliações de qualidade, aplicabilidade local e equidade)

- Processo de revisão usado para garantir a qualidade científica e a relevância do sistema do resumo de políticas

Tabela 4. Exemplo de uma abordagem de avaliação formativa de uma série de resumos de políticas

- O McMaster Health Forum examina aqueles para os quais manda um resumo de políticas, com metas a longo prazo para identificar quais características do projeto funcionam melhor em determinados tipos de assuntos e em quais contextos de sistemas de saúde em particular. A participação é voluntária, com confidencialidade garantida e anonimato protegido
- Doze características da série de resumos de políticas são o foco das questões na pesquisa de avaliação formativa:
  - Descreve o contexto do assunto tratado
  - Descreve características diferentes do problema, incluindo (quando possível) como afeta determinados grupos
  - Descreve três opções para tratar do problema
  - Descreve considerações importantes de implementação
  - Emprega métodos transparentes e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar as evidências sintetizadas da pesquisa
  - Leva a qualidade em consideração quando analisa as evidências de pesquisa
  - Leva a aplicabilidade em consideração quando analisa as evidências de pesquisa
  - Leva a qualidade em consideração quando analisa as evidências de pesquisa
  - Não toma conclusões com determinadas recomendações
  - Emprega um formato de entrada gradual (por exemplo uma lista das principais mensagens e um relatório completo)
  - Inclui uma lista de referência para aqueles que desejam ler mais sobre uma determinada revisão sistemática ou estudo de pesquisa e
  - Esta sujeito a revisão de pelo menos um formulador de pesquisas, um interessado e um pesquisador. Esse processo é denominado como revisão de *mérito* para distinguir da revisão padrão *similar*, que envolveria, de forma típica, somente pesquisadores no processo de revisão
- Para cada característica do projeto, a análise questiona:
  - Qual o grau de utilidade encontrado nessa abordagem (em uma escala de 1 = Inútil a 7 = Útil)?
  - Comentários ou sugestões adicionais são apresentados para melhorias?
- A pesquisa também pergunta:
  - O quanto o resumo de políticas alcançou suas metas, isto é, para apresentar as evidências disponíveis de pesquisa sobre um assunto de alta prioridade a fim de informar o diálogo sobre políticas onde a evidência de pesquisa seria apenas uma entrada para a análise (em uma escala de 1 = Falhou a 7 = Alcançou)?

  - Quais características do resumo de políticas deveriam ser mantidas futuramente?
  - Quais características do resumo de políticas deveriam ser mudadas futuramente?
  - Quais são aqueles interessados que podem tratam melhor ou de maneira diferente os assuntos de alta prioridade e o que podem no âmbito pessoal fazer de diferente ou de melhor?
  - Suas funções e experiência (para que o McMaster Health Forum possa descrever se determinados grupos têm visões e experiências diferentes sobre resumos de políticas)
- As Redes de Políticas Baseadas em Evidências (EVIPNet) que operam na África, Ásia e Américas planejam usar abordagens semelhantes na avaliação formativa de seus resumos de políticas

14. Organizar e utilizar os diálogos da política para apoiar a política de saúde baseadas em evidências

John N Lavis[1], Jennifer Boyko[2], Andrew D Oxman[3], Simon Lewin[4] and Atle Fretheim[5]*

Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf

1 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2 Health Research Methodology Programme, 1200 Main St. West, HSC-2D1, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z52
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (lavisj@mcmaster.ca)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

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 prioritária. O aumento no interesse do uso de diálogos sobre políticas tem sido impulsionado por inúmeros fatores: 1. O reconhecimento da necessidade do "suporte de decisão" contextualizada localmente para os formuladores de política e outras partes interessadas 2. O reconhecimento que a evidência de pesquisa é apenas uma entrada dos processos de decisão dos formuladores de política e outros interessados 3.O reconhecimento que muitos interessados podem acrescentar valor significativo nestes processos, e 4. O reconhecimento de que muitos interessados podem tomar medidas para tratar de questões de alta prioridade e não somente os formuladores de política. Neste artigo, sugerimos questões para orientar aqueles que organizam e usam os diálogos sobre políticas para apoiar a formulação de políticas com base em evidências. São eles: 1. O diálogo aborda uma questão de alta prioridade? 2. O diálogo fornece oportunidades para discutir o problema, opções para abordar o problema e considerações das principais implementações? 3. O diálogo é informado por uma política resumida pré-circulada e por discussões sobre toda a variedade de fatores que podem influenciar o processo de elaboração da política? 4. O diálogo assegura a justa representação entre aqueles que estão envolvidos ou são influenciados pelas futuras decisões relacionadas a este assunto? 5. O diálogo envolve o facilitador, segue uma regra de não atribuição de comentários individuais e *não* visa o consenso? 6. Os resultados são produzidos e as atividades de acompanhamento realizadas para embasar a ação?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário publico sênior e foi convidado a participar em um diálogo sobre política referente a uma questão que interessa o Ministro. Para você é importante que o diálogo de política seja organizado de forma a informar os diferentes elementos do assunto, e reconhece a importância de se basear tanto na evidência de pesquisa como também nas opiniões e experiências. Você também quer garantir que o diálogo de política não conclua com uma recomendação que é política e economicamente inviável e, portanto, potencialmente alheia ao Ministro.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e tem algumas horas para preparar uma avaliação de um documento de planejamento para o diálogo de política que abordará uma questão de alta prioridade para o Ministério. Tudo o que você sabe é que este diálogo de política é diferente em inúmeras formas dos tipos de processo de envolvimento da parte interessada que você organizou anteriormente para o Ministério, inclusive como este será informado através de um resumo pré-circulado das melhores evidências de pesquisas disponíveis dos problemas, opções para abordar e considerações de implementações.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que apoia o Ministério da Saúde no uso de pesquisas evidenciadas na formulação de políticas. Você está organizando um diálogo de política para funcionários-seniores do Ministério e principais interessados no qual deliberarão sobre um problema, as opções para abordá-lo e as considerações de implementações. Você foi solicitado a organizar esse diálogo de política de uma maneira que melhore o impacto potencial dele, mas você quer orientação em como fazê-lo.

HISTÓRICO

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere várias perguntas para que seus funcionários considerem ao decidir se participam de um diálogo de política ou como maximizar o valor de um diálogo de política que estão patrocinando. Para aqueles que apóiam os formuladores de política (Cenários 2 e 3), este artigo sugere várias perguntas para orientar as avaliações de um plano de diálogo de política ou a organização de um.

Houve um crescente interesse em identificar mecanismos interativos de compartilhamento de conhecimentos que 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 prioritária [2,3]. Este interesse tem sido alimentado por vários desenvolvimentos:

1. O reconhecimento da necessidade de "suporte a decisão" localmente contextualizado para os formuladores de política e outras partes interessadas [4,5]
2. O reconhecimento que a evidência de pesquisa é somente uma entrada nos processos de tomadas de decisões por parte dos formuladores de política e outras partes interessadas [6,7]
3. O reconhecimento de que muitas partes interessadas podem acrescentar valor significativo a esses processos [8,9], e
4. O reconhecimento de que muitas partes interessadas podem tomar medidas para abordar questões de alta prioridade - não somente os formuladores de política

O diálogo de política constitui um "mecanismo interativo de compartilhamento de conhecimentos" promissor. O desenvolvimento desses diálogos foram informados, pelo menos em parte, pelas descobertas de duas revisões sistemáticas de fatores influenciando o uso de evidência de pesquisa na elaboração de políticas [10,11]. Embora as revisões tenham identificado que a pesquisa neste campo não era extensiva, rigorosa ou consistente, alguns fatores emergiram consistentemente:

- Níveis mais altos de interações entre os pesquisadores e os formuladores de política aumentaram a probabilidade da evidência de pesquisa usada (principalmente quando as interações tiveram como base relacionamentos informais). Inversamente, a falta de interação diminuiu a probabilidade da evidência de pesquisa ser usada
- O senso de oportunidade aumentou a probabilidade da evidência de pesquisa ser usada na elaboração de políticas, enquanto a falta dela diminuiu essa probabilidade
- A probabilidade da evidência de pesquisa ser usada na elaboração de políticas aumentou quando a evidência de pesquisa disponível coincidiu com as crenças, os valores, os interesses ou objetivos políticos e as estratégias de políticos, funcionários públicos e interessados (ou quando uma postura política em especial ainda não tinha sido decidida). Inversamente, a falta de acordo diminuiu a probabilidade da evidência de pesquisa ser usada.

O diálogo de política tem o potencial de melhorar o uso da pesquisa quando os fatores enumerados acima são ajustados. Esse potencial pode ser atingido através do suporte relacionado diretamente a:

1. As interações entre os pesquisadores e formuladores de política (e entre uma ampla variedade de interessados que podem tomar medidas)
2. A oportuna identificação e interpretação da evidência de pesquisa disponível (quando um diálogo de política é organizado com urgência para abordar uma questão de alta prioridade), e
3. A identificação em "tempo real" da harmonia entre a evidência de pesquisa e as crenças, os valores ou objetivos e as estratégias dos formuladores de política e das partes interessadas.

A tabela 1 fornece uma estrutura simples para distinguir as diferenças entre "diálogo" e "debate". Enquanto o *diálogo* é o objetivo dos diálogos sobre políticas, o *debate* não oferece, geralmente, oportunidades adequadas para apoiar a interação construtiva e a identificação de bases para compartilhamento. Isto não significa que o debate não tenha um papel crítico e complementar na elaboração de políticas. Na realidade, os fóruns são também necessários para possibilitar contestações de posições de valores a serem articulados. Nestes, o grau e a qualidade da evidência de pesquisa que apoiam definições alternativas de problemas, opções e estratégias de implementação (apoiados por posições de valores muito diferentes) podem ser publicamente apresentadas e debatidas.

Os modelos de diálogos de política podem ser diferenciados de três formas, tanto uns dos outros como dos processos de envolvimento das partes interessadas em termos de:

- Objetivos – que podem incluir compartilhamento de informações, redes de contato, discussões, desenvolvimento de declaração de consenso e planejamento de ações sobre objetivos e/ou processos relacionados
- Composição de grupos, e
- Processos grupais - que podem incluir materiais e formatos pré- e pós-circulados (por exemplo, deliberações simultâneas em vários grupos ou deliberações sequenciais em um único grupo, e regras)

Atenção considerável foi dada para estas distinções (e suas implicações) em iniciativas de envolvimento público [12,13] e em desenvolvimento de diretrizes para práticas clínicas [14-16]. Por exemplo, pesquisadores desenvolveram uma base de evidência para informar as opções de elaboração de processos para o desenvolvimento de diretrizes. Isto inclui abordagens sobre composição de paineis, o formato dos resumos de evidências pré-circuladas e regras de consenso [17].

Muito menos atenção foi dada aos benefícios, prejuízos e custos das abordagens alternativas aos diálogos de política que procuram apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidência ou apoiar outros tipos de ações baseadas em evidências

relacionadas ao sistema de saúde. Uma revisão sistemática não encontrou avaliações rigorosas dos efeitos dos diálogos sobre políticas [3]. No entanto, a revisão identificou uma variedade de características de diálogo de política que parecem promissoras, inclusive consultas com todas as partes afetadas por um resultado, a justa representação de cientistas e partes interessadas, sínteses de alta qualidade de evidências científicas e uma presidência habilidosa [2,3]. Nossa própria avaliação formativa de um diálogo de política que envolve formuladores de política, grupos da sociedade civil e pesquisadores de 20 países de renda baixa e média descobriram que sumários de evidências pré-circulados, instalações habilitadas, aplicação das regras de Chatham House (proibindo a atribuição de determinados comentários) e a falta de ênfase em arquivar consensos estavam entre as características de elaboração mais valorizadas [18].

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem orientar como organizar e usar diálogos de política para apoiar formulações de políticas com base em evidências:

1. O diálogo aborda uma questão de alta prioridade?
2. O diálogo fornece oportunidades para discutir o problema, opções para abordar o problema e considerações das principais implementações?
3. O diálogo é informado por uma política resumida pré-circulada e por discussões sobre toda a variedade de fatores que podem influenciar o processo de elaboração da política?
4. O diálogo assegura a justa representação entre aqueles que estão envolvidos ou são influenciados pelas futuras decisões relacionadas a este assunto?
5. O diálogo envolve o facilitador, segue uma regra de não atribuição de comentários individuais e *não* visa o consenso?
6. Os resultados são produzidos e as atividades de acompanhamento realizadas para embasar a ação?

1. O diálogo aborda uma questão de alta prioridade?

O diálogo de política deveria abordar preferentemente uma questão considerada de alta prioridade por alguns ou por todas as partes interessadas. Se uma matéria específica estiver na pauta das principais partes interessadas por algum tempo, então o diálogo de política, como os resumos de política (já discutidos no Artigo 13 desta série), poderá agir como uma forma de estímulo [19]. O programa Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) tanto em Burkina Faso quanto na República dos Camarões, por exemplo, convocou um diálogo de política nacional para abordar um desafio antigo de baixas taxas de cobertura para as terapias combinadas com base em artemisinina (ACT) para tratar malária falciparum sem complicações. Se uma matéria em um sumário de política é relativamente nova, então os diálogos de políticas associados podem potencialmente desempenhar um papel de definição da agenda. Mas sem considerar se é ou não, o foco do diálogo de política deveria, preferentemente, sempre ser uma

matéria considerada prioritária por, no mínimo, algumas das principais partes interessadas.

O processo de obter consenso em uma seleção de matérias prioritárias para um diálogo de política, entretanto, poderá deixar os organizadores reféns dos formuladores de política e das partes interessadas que apoiam o status quo ou procuram evitar mudanças. As matérias relacionadas com a obtenção de consenso sobre como um problema pode ser melhor esclarecido ou as opções melhores enquadradas, podem também privilegiar aqueles que procuram evitar mudanças. Estes grupos podem também ser privilegiados pela escolha dos convidados ao diálogo ou do facilitador, e pelas decisões com relação as atividades de acompanhamento para apoiar a ação. (Estas são as preocupações do foco das Perguntas 2 a 6 abaixo). Enquanto nosso foco neste artigo é primariamente nos diálogos de políticas organizados com o envolvimento ativo dos regimes políticos existentes, outros cenários de diálogo de política são possíveis. Estes podem incluir diálogos organizados por aqueles que trabalham com líderes da oposição, Ministérios "sombra" da Saúde e outros que podem não compartilhar a ortodoxia prevalecente sobre o que constitui matéria de alta prioridade ou um conjunto viável de abordagens a serem tratadas.

Devido à maneira na qual as prioridades mudam, o sentido de oportunidade dos diálogos de política é, geralmente, crítico. Para abordar matérias quando elas são consideradas de alta prioridade e as "janelas de oportunidades" para mudança forem evidentes, pode ser necessário organizar diálogos de políticas rapidamente.

2. O diálogo fornece oportunidades para discutir o problema, opções para abordar o problema e considerações das principais implementações?

O diálogo de política, como a política resumida, se concentra em:

1. Características diferentes de um problema, incluindo (quando possível) como isso afeta determinados grupos
2. Opções para abordar o problema, e
3. Considerações-chave de implementações

Durante diálogos de política, os participantes podem concluir que nenhuma das opções são ideais. Nesses casos, podem defender característica adicionais "emprestadas" de outras opções para criar uma nova opção híbrida (ou "agrupadas"). Também é possível convocar diálogos em etapas diferentes do processo de elaboração de políticas, dando maior ênfase à definição do *problema* logo no início do processo e posteriormente à *implementação*.

Os *resumos* de políticas apresentam a melhor evidência de pesquisa sintetizada disponível. Mas (como descrito no Artigo 13 desta série) não falam explicitamente das

ações potenciais com base na evidência. Por outro lado, o *diálogos* de política podem fazer isso. O foco, nestes casos, poderia ser trabalhado através de ações que podem ser tomadas *individualmente* (por um político, por exemplo) ou *coletivamente* (por uma coligação, por exemplo, de associações de profissionais de saúde). O fato de que isto pode ser feito coletivamente, entretanto, não implica que todos podem ser inclusos. Pode, em vez disso, significar que somente muitos dos grupos cujos membros estão participando do diálogo de política avançarão coletivamente. E como discutimos abaixo, o consenso sobre o tipo de ação coletiva escolhida não é normalmente procurado ativamente.

3. O diálogo é informado por uma política resumida pré-circulada e por discussões sobre toda a variedade de fatores que podem influenciar o processo de elaboração da política?

Um informe resumido de política, como descrito no Artigo 13 desta série, é uma forma altamente eficiente de introdução global e de evidência de pesquisa local sobre um problema [19]. O resumo também fornece opções para abordar um problema, bem como introduz considerações de implementação principais para os participantes no diálogo. O objetivo do diálogo de política é apoiar a discussão total das considerações relevantes (inclusive a evidência de pesquisa) sobre uma matéria de alta prioridade para informar a elaboração de políticas e outros tipos de ação. O diálogo fornece o veículo para aproveitar os muitos tipos de informações e criar o conhecimento contextualizado localmente que pode informar a elaboração de políticas e outros tipos de ação.

Para garantir que a principal evidência de pesquisa seja levada em conta, é importante ter resumos de políticas pré-circulados. Isso também pode ser decisivo porque informes resumidos de políticas fornecem bases comuns a partir das quais discussões sobre as matérias podem ser lançadas. No início de cada conjunto de deliberações (sobre um problema, opções e considerações de implementações, respectivamente), aspectos principais de cada seção correspondente de informes resumidos de políticas poderão ser apresentados informalmente. Estas ênfases finais seriam de preferência apresentadas e discutidas informalmente. A alternativa de um método mais formal de apresentação pode dar a alguns participantes a impressão de que a evidência de pesquisa constitui o único foco de deliberações ou prevalece sobre outras considerações. Uma rodada final de deliberações com foco em quem pode apoiar as implementação das possíveis ações não corresponde à seção escrita de um informe resumido de política.

Enquanto a evidência de pesquisa pode ser codificada na forma de informe resumido de política, são talvez as opiniões, experiências e conhecimentos implícitos daqueles que estão envolvidos, ou são influenciados, em futuras decisões das matérias de alta prioridade que podem melhor aparecer espontaneamente durante o diálogo de política. Os participantes do diálogo seriam preferencialmente convidados a colocar seus próprios entendimentos sobre fatores que precisam ser considerados. Estes incluem

com base na realidade e nas restrições, os valores e crenças de cidadãos e comunidades, o poder dinâmico entre os grupos de interesse, restrições institucionais e considerações relacionadas a fatores externos (tais como uma economia mais ampla ou, no caso de países de baixa e média renda, prioridades de estratégias de doadores). Esses entendimentos são especialmente importantes dado que eles moldam a abordagem de um participante para um problema, as opções que eles podem escolher para abordar o problema, a implementação de opções e decisões futuras com relação àqueles que deveriam se comprometer com determinadas ações.

4. O diálogo assegura a justa representação entre aqueles que estão envolvidos ou são influenciados pelas futuras decisões relacionadas a este assunto?

Um diálogo de política de preferência reuniria muitas partes envolvidas ou influenciadas por futuras decisões com relação à matéria de alta prioridade para assegurar a justa representação. Como um primeiro passo, isso solicita o levantamento cuidadoso de todos os interessados com relação a essa matéria disponível. O levantamento dos interessados poderá ser obtido através da criação de um inventário de categorias de funções específicas à questão. Aqueles envolvidos poderiam incluir:

- Os formuladores de política (inclusive funcionário eleitos, funcionários políticos ou servidores públicos) do governo nacional e/ou de governos subnacionais, se existir autoridade de elaboração de política pública independente com relação às questões existentes a nível subnacional. Estes formuladores de política podem ser retirados de diferentes departamentos e não somente dos departamentos financeiros e de saúde.
- Gerentes em distritos/regiões, instituições de saúde (por exemplo, hospitais) e organizações não governamentais e outros tipos relevantes de organizações
- Funcionários ou membros de grupos de sociedades civis, que poderiam incluir grupos de consumidores, associações de saúde profissional e associações de indústrias, entre outros, e
- Pesquisadores em instituições de pesquisa nacional, universidades e outras jurisdições.

Em alguns países, indivíduos podem desempenhar vários tipos de função simultaneamente (ou sequencialmente).

Como segundo passo, os indivíduos deverão ser cuidadosamente selecionados das categorias de função supracitadas. Dois critérios podem ser úteis:

1. A capacidade dos indivíduos para articular as opiniões e experiências de um determinado distrito eleitoral sobre a questão, enquanto se relacionam de forma construtiva e paralela com os participantes de outros distritos e aprendemos com eles, e
2. A capacidade dos indivíduos de defender as ações que abordarão a questão dentro de seus distritos eleitorais

Sistemas de políticas diferentes terão tradições diferentes com relação aos indivíduos - e a quantidade de indivíduos convidados para as reuniões para discutir questões de alta prioridade. Pode ser possível ou não, ou desejável, adaptar a tradição para cada diálogo de política específico. Mas quando for o momento de determinar o número de convidados, a principal consideração deverá ser a representação equilibrada de todos os distritos eleitorais principais de um lado e, do outro, a oportunidade para que todos os indivíduos
contribuam. Um total de quinze a vinte participantes pode alcançar este equilíbrio para algumas questões e em alguns contextos. Um grupo com o dobro de tamanho pode ser necessário para outras questões e em outros contextos. Em alguns dos países africanos que falam francês, por exemplo, equipes da EVIPNet organizaram políticas de diálogos que eram muitos maiores (isto é discutido na Tabela 2). Para permitir que todos os indivíduos contribuam nestes casos, os organizadores locais incluíram deliberações simultâneas frequentes entre subgrupos.

Cartas-convite a diálogos de política podem ser essenciais no envolvimento de indivíduos-chave. O título para o diálogo de política seria de preferência redigido de uma forma que envolveria os formuladores de política convidados e os interessados e poderia, por exemplo, ter um formulário de perguntas obrigatórias. A carta convite forneceria, de preferência, uma lista para aqueles envolvidos no planejamento do diálogo e uma lista dos financiadores (da convocação da organização e do próprio diálogo), como também de seus afiliados.

5. O diálogo envolve o facilitador, segue uma regra de não atribuição de comentários individuais e *não* visa o consenso?

Um facilitador habilidoso, entendido e neutro é solicitado para garantir que o diálogo de política está funcionando bem. É necessário habilidade para manter as deliberações focadas na questão em pauta, garantir que todos os participantes do diálogo tenham "voz" nas deliberações, desafiar construtivamente qualquer possibilidade de interpretação errônea das questões sob discussão e constatar outros fatores que podem influenciar a tomada de decisão. É especialmente importante para o facilitador se guardar contra a possibilidade que percepções sobre a posição familiar dos participantes (se com base na posição em uma organização, conhecimentos educacionais e outros fatores) ou outras considerações como a barreira da língua, não privilegie alguns participantes em razão de outros. Um nível intermediário de conhecimento sobre a questão em pauta *e* o contexto local é solicitado para interpretar as contribuições do informe resumido de política para conduzir a dinâmica durante as deliberações. É também exigido neutralidade para garantir que todos os participantes vejam o diálogo como um porto seguro para deliberações e não um veículo para os facilitadores guiarem as deliberações na direção que eles possam preferir.

Dispor desta segurança para deliberação exige algumas regras comumente acordadas para reassegurar que os indivíduos possam falar francamente e sem medo de repercussão nos meios de comunicação - ou em qualquer outro lugar - por assim ter

feito. Muitos diálogos de política seguem a regra de Chatham House: "Os participantes são livres para usar as informações recebidas durante a reunião, mas nem a identidade nem a afiliação do(s) interlocutor(es), nem a de qualquer outro participante, deverão ser reveladas" (www.chathamhouse.org.uk/about/chathamhouserule/). Esta regra assegura que os participantes do diálogo sintam-se com poder para agir no que aprenderam enquanto sabem que suas contribuições não serão usadas para ofendê-los no futuro.

Não visar o consenso pode parecer paradoxal à primeira vista. Mas é uma condição importante para muitos formuladores de política e partes interessadas. Os formuladores de política são os principais responsáveis por definir a política. Consequentemente, enquanto o desenvolvimento da política atual acontece tipicamente através de um complexo conjunto de interações envolvendo funcionários governamentais e partes interessadas, a maioria dos formuladores de política estaria muito hesitante em se comprometerem com uma abordagem após um único diálogo ou sem a oportunidade de consultar os formuladores de políticas em outros departamentos do governo ou outras partes interessadas. Igualmente, algumas partes interessadas precisarão voltar a seus grupos ou organizações para decidirem que ações o grupos ou organizações tomarão. Tudo isso dito, embora a procura do consenso posa ser um objetivo apropriado na maioria dos contextos, o consenso pode e provavelmente deverá ser abrangido se surgir espontaneamente.

6. Os resultados são produzidos e as atividades de acompanhamento realizadas para embasar a ação?

Ações para melhorar a saúde é o resultado preferencial para os diálogos de política e, por isso, mecanismos são necessários para preparar tanto os participantes do diálogo quanto outros com ferramentas que apoiem essas ações. No mínimo, tanto o informe resumido de política quanto sumário de alto nível do diálogo de política (por exemplo, um sumário com os pontos chaves em vez de um relatório detalhado) deverá ser ativamente disseminado. O sumário do diálogo precisaria permanecer verdadeiro para a regra de Chatham House que exige que os comentários não sejam atribuídos para identificar indivíduos ou indivíduos com afiliações identificadas. Sob esta mesma regra, o informe resumido de política poderá não incluir uma lista de participantes do diálogo.

Etapas adicionais também poderão ser tomadas para apoiar qualquer ação exigida. Por exemplo, o McMaster Health Forum, um comitê com base universitária de diálogos sobre políticas:

1. Oferece aos participantes do diálogo a oportunidade para participar de uma curta entrevista de vídeo no qual podem descrever percepções extraídas do diálogo, ou de ações que eles veem como críticas para abordar uma questão de alta prioridade. Ao mesmo tempo, fica claro também que a escolha pessoal deles por

uma aplicação mais amena da regra de Chatham House Rule não altera a aplicação da regra aos demais.

2. Oferecer um resumo personalizado sobre as implicações do diálogo para os principais grupos interessados para apoiar seus entendimentos do que o informe resumido de política e sumário do diálogo podem significar a eles, e
3. Oferecer um serviço de evidência de um ano que destaquem publicações recentes ou revisões sistemáticas identificadas recentemente. Isto fornece momentum incorporado as ações propostas ou necessidades para mudanças. As entrevistas de vídeos e serviço de evidência atualizado são todos postados no website do Fórum para inspirar e informar outros.

Como em todos os esforços deste domínio nascente, acompanhar estas atividades garanta mais avaliações.

Ao longo do tempo, as considerações podem ser dadas de como os diálogos de política podem adequar' com os outros processos de política baseada na evidência e como podem se tornar a norma de questões importantes.

CONCLUSÃO

Os diálogos de política representam uma abordagem nova e envolvente para apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidência. São uma das muitas formas de interação política que poderiam ser mais útil que a baseada em evidência. A organização e o uso dos diálogos de política continuam a evoluir através da experiência prática. As evoluções desta abordagem são necessárias a fim de melhorar nossa compreensão de quais características de projetos particulares e atividades de acompanhamento são bem recebidas para tipos particulares de questões e em determinados tipos de contextos. Por exemplo, a regra de Chatham House pode ser percebida como sendo importante para tópicos altamente politizados. Do mesmo modo, o objetivo de *não* visar o consenso pode ser percebido como inapropriado no sistema de política que tem uma grande tradição de sociedades civis envolvidas na elaboração de políticas. As avaliações são também necessárias como uma forma de melhorar nosso entendimento de se, e como, os diálogos de política e atividades relacionadas de acompanhamento apoiam a elaboração de políticas baseadas em evidência. A Tabela 3 fornece a descrição de uma abordagem com relação à avaliação formativa de diálogo sobre políticas.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Ottawa, Canadá: Canadian Health Services Research Foundation; 2005 [3] www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_e.pdf

Links para websites

Chatham House: www.chathamhouse.org.uk – fonte da "Regra de Chatham House"

Evidence-Informed Policy Networks: www.evipnet.org – rede de grupos envolvidos em convocar diálogos sobre política.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JNL preparou o primeiro esboço deste artigo. JB, ADO, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Gostaríamos de agradecer a Donna Friedsam e Gill Walt pelos comentários úteis em uma versão anterior deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Culyer AJ, Lomas J: **Deliberative process and evidence-informed decisions-making in health care: Do they work and how might we know?** *Evidence & Policy* 2006, **12:**357-71.

3. Lomas J, Culver T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2005.

4. Lavis JN: **Moving forward on both systematic reviews and deliberative processes.** *Healthcare Policy* 2006, **1:**59-63.

5. Lomas J: **Decision support: A new approach to making the best healthcare management and policy choices.** *Healthcare Quarterly* 2007, **10:**16-8.

6. Hanney SR, Gonzalez Block MA, Buxton MJ, Kogan M: **The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples, and methods of assessment.** *Health Research Policy and Systems* 2003, **1**.

7. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:**1615-21.

8. Gregory J, Hartz-Karp J, Watson R: **Using deliberative techniques to engage the community in policy development.** *Australia and New Zealand Health Policy* 2008, **5**.

9. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD: **Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement.** *Health Research Policy and Systems* 2006, **4**.

10. Lavis JN, Hammill A, 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.

11. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10:**35-48.

12. Abelson J, Forest P-G, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin F-P: **Deliberations about deliberative methods: Issues in the design and evaluation of public participation processes.** *Social Science & Medicine* 2003, **57:**239-51.

13. Abelson J, Forest P-G, Eyles J, Casebeer A, Martin E, Mackean G: **Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study.** *Social Science & Medicine* 2007, **64:**2115-28.

14. Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J, *et al*: **Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines.** *Journal of Health Services Research and Policy* 1999, **4:**236-48.

15. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD: **Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process.** *Health Research Policy and Systems* 2006, **4**.

16. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD: **Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes.** *Health Research Policy and Systems* 2006, **4**.

17. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD: **Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**13.

18. Lavis JN, Hamid M, Sewankambo NK, Ongolo-Zogo P, Bennett S, Oxman AD, *et al*: *International Dialogue on Evidence-Informed Action*. Hamilton, Canada: McMaster University Program in Policy Decision-Making; 2007.

19. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

Tabela 1. Diferenças entre diálogo e debate

Diálogo	Debate
Colaborativo	Oposicionista
Base comum	Vitorioso
Grandes perspectivas	Afirma perspectivas
Busca acordos	Busca diferenças
Causas de introspecção	Causa crítica
Procura por fortalezas	Procura debilidades
Reavaliação de suposições	Defende suposições
Atento a significados	Atento a combates
Permanece aberta	Implicação de uma conclusão

Fonte: Adaptado do Co-Intelligence Institute e presente no Jones CM, Mittelmark MB. The IUHPE Blueprint for Directed and Sustained Dialogue for Partnership Initiatives

Tabela 2. Diálogo de política sobre a melhora no tratamento da malária

Duas equipes da EVIPNet, uma em Burkina Faso e outra na República de Camarões, convocaram um diálogo de política nacional para apoiar uma discussão de considerações relevantes (incluindo evidência de pesquisa) sobre como apoiar o uso generalizado da terapia baseada em artemisinina para tratar casos de malária falciparum sem complicações.

O diálogo em Burkina Faso reuniu, em maio de 2008, 38 interessados para discutir esse problema, três opções para abordar e as principais considerações de implementação. Os discernimentos derivados da política de diálogo informam diretamente a preparação da aplicação bem sucedida do governo de Burkina Faso para o Global Fund to Fight AIDS, Tuberculose e Malária

Em janeiro de 2009, aconteceu o diálogo na República dos Camarões que incluiu quase o dobro do número de envolvido de Burkina Faso, foi discutido através de características particulares do mesmo problema de tratamento de malária dos Camarões três opções apropriadas para o problema, bem como as considerações de implementações relacionadas. O grupo foi dividido em quatro menores “grupos de trabalho” para cada conjunto de deliberações. O diálogo recebeu atenção significativa da mídia e aumentou a probabilidade da ação significante nos meses seguintes.

Tabela 3. Um exemplo de uma abordagem para a avaliação formativa dos diálogos de política

- O McMaster Health Forum indaga os participantes de todos os diálogos de política convocados por ele e tem a meta a longo prazo de identificar *quais* características de elaboração melhor se adaptam a *que* tipo determinado de questões e *em que* tipo de contexto relacionado ao sistema médico. A participação é voluntária, com confidencialidade garantida e anonimato protegido.
- Os diálogos são caracterizados por doze aspectos e estes são o foco das questões na pesquisa de avaliação formativa. Um diálogo:
  - Aborda um tema de alta prioridade
  - Fornece oportunidade para discutir diferentes aspectos do problema, incluindo (quando possível) como estes influenciam grupos específicos
  - Fornece oportunidade de discutir três opções para abordar o tema da política
  - Fornece oportunidade para discutir as principais considerações de implementação
  - Fornece oportunidade para discutir quem deve tomar qual ação
  - É informado por uma evidência pré-circulada que mobiliza tanto a evidência de pesquisa local quanto a global sobre o problema, três opções para abordar o problema e principais considerações de implementação
  - É informado por uma discussão sobre a ampla variedade de fatores que podem esclarecer como abordar o problema, opções para abordá-lo e a implementação dessas opções
  - Reúnem as partes que estariam envolvidas, ou seriam influenciadas por futuras decisões relacionadas ao assunto
  - Assegura uma justa representação entre os formuladores de política, as partes interessadas e os pesquisadores
  - Envolve um facilitador para auxiliar durante as deliberações
  - Permite franqueza, deliberações confidenciais seguindo a regra de Chatham House: "Os participantes são livres para usar as informações recebidas durante a reunião, mas nem a identidade nem a afiliação do(s) interlocutor(es), nem a de qualquer outro participante deverão ser reveladas", e
  - *Não* busca consenso
- Para cada característica do projeto, a análise questiona:
  - Em uma escala de 1(Sem valor) a 7 (Útil), qual a utilidade desta abordagem?
  - Comentários e sugestões para melhoria?
- A pesquisa também pergunta:
  - Quão bem o diálogo sobre políticas atingiu seu propósito, ou seja, para apoiar discussão de considerações relevantes (incluindo evidência de pesquisa) sobre questões de alta prioridade para informar a ação em uma escala de 1 (Reprovado) a 7 (Aprovado)?
  - Quais aspectos do diálogo deveriam ser mantidos no futuro?
  - Quais aspectos do diálogo deveriam ser alterados no futuro?

  - O que os demais podem fazer melhor ou de forma diferente para abordar uma questão de alta prioridade e, em termos pessoais, o que podem fazer melhor ou de forma diferente?
  - Suas funções e experiência (para que o McMaster Health Forum possa determinar se grupos distintos têm visões e experiências diferentes sobre os diálogos)
- O McMaster Health Forum também planeja conduzir breves pesquisas de acompanhamento seis meses após um diálogo, com o objetivo de identificar quais, se houver, ações foram tomadas pelos participantes do diálogo e quais impactos, se houver, foram causados Aqui novamente, a participação é voluntária, com confidencialidade garantida e anonimato protegido
- As Redes de Políticas Baseadas em Evidências (EVIPNet, Evidence-Informed Policy Networks) que operam na África, Ásia e nas Américas planejam usar abordagens semelhantes na avaliação formativa de seus diálogos sobre políticas

15. Envolvendo o público na elaboração de políticas baseadas em evidências

Andrew D Oxman[1], Simon Lewin[2], John N Lavis[3] and Atle Fretheim[4]*

Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **15. Engaging the public in evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S15 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S15.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s15.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
3 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, direcionamos estratégias para informar e envolver o público no desenvolvimento e na implementação de políticas. A importância de envolver o público (tanto pacientes quanto cidadãos) em todos os níveis dos sistemas de saúde é amplamente reconhecida. Eles são os destinatários finais dos impactos desejáveis e indesejáveis de políticas públicas, e muitos governos e organizações reconheceram o valor de envolvê-los no desenvolvimento de políticas baseadas em evidências. Os benefícios potenciais disso inclui o estabelecimento de políticas que incluam suas ideias e abordem suas preocupações, a melhor implementação de políticas, melhores serviços de saúde e melhor saúde. O envolvimento público pode também ser visto como uma meta por meio do encorajamento da democracia participativa, responsabilidade pública e transparência. Sugerimos três perguntas que podem ser consideradas com relação às estratégias da participação pública. Estas são: 1. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com a mídia para informar o público sobre o desenvolvimento e a implementação de políticas? 2. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com grupos da sociedade civil para informá-los e envolvê-los no desenvolvimento e na implementação de políticas? 3. Quais métodos podem ser usados para envolver consumidores no desenvolvimento e na implementação de políticas?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

O Ministro da Saúde prometeu uma nova reforma no sistema de saúde. Na declaração de suas intenções, a Ministra enfatizou a importância de envolver partes interessadas no desenvolvimento da proposta para a reforma. Você é um membro da equipe responsável por desenvolver a proposta e por garantir que as principais partes interessadas sejam informadas sobre as evidências de pesquisas relevantes e envolvidos de fato no desenvolvimento de políticas baseadas em evidências.

HISTÓRICO

Neste artigo, apresentamos três perguntas que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem perguntar quando considerarem estratégias para informar e envolver o público no desenvolvimento e na implementação de políticas baseadas em evidências, como o cenário descrito acima.

Muitas das terminologias usadas para descrever indivíduos que entram em contato com o sistema de saúde apresentam problemas [2,3]. Palavras como ‘paciente’, ‘cliente’, ‘consumidor’ e ‘usuário’ são comumente usadas, mas podem ser confusas ou consideradas inaceitáveis por aqueles a quem se referem. Vários destes termos, por exemplo, sugerem implicitamente a existência de uma relação de mercado e muitas pessoas condenam isto. No entanto, o termo ‘consumidor’ é normalmente usado quando descreve abordagens que envolvem pessoas em decisões relacionadas aos serviços de saúde [4,5].

‘Consumidores’ do sistema de saúde podem incluir pacientes, cuidadores não remunerados, familiares ou tutores de pacientes, usuários de serviços de saúde, pessoas inválidas, membros da sociedade que são destinatários em potencial tanto da promoção

da saúde quanto dos programas de saúde pública, pessoas que acreditam terem sido expostas a produtos ou serviços prejudiciais, pessoas que acreditam não terem tido direito a produtos ou serviços que criam benéficos para elas, como também aqueles que pagam por serviços de saúde (por exemplo, como contribuintes) [6]. Dependendo do contexto, pode-se descrever pessoas como 'pessoas leigas', 'não especialistas', 'usuários de serviços', 'membros da sociedade em geral' ou como 'cidadãos'. Neste artigo, usamos o termo 'o público' para incluir pessoas em qualquer um destes vários papéis, e o termo 'consumidor' quando nos referimos a *indivíduos* em qualquer destes papéis.

A importância de envolver o público em todos os níveis dos sistemas de saúde é amplamente reconhecida. Isso ocorre porque os membros da coletividade são os últimos destinatários dos efeitos da política de saúde, tanto os intencionais como os não intencionais, e muitos governos e organizações reconheceram o valor do envolvimento da coletividade no desenvolvimento de políticas. Os benefícios potenciais disso inclui o desenvolvimento de políticas que incluam suas ideias ou abordem suas preocupações, a melhor implementação de políticas, melhores serviços de saúde e melhores resultados de saúde.

O envolvimento público pode também ser visto como uma meta por meio do encorajamento da democracia participativa, responsabilidade pública e transparência. A Declaração de Ata-Alma da Organização Mundial da Saúde, por exemplo, declara que "... as pessoas têm o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente no planejamento e na implementação de seu sistema de saúde" [7].

Contudo, há pouca evidência dos efeitos do envolvimento público na política de saúde [4,5,8-12]. Dos 42 documentos identificados em uma revisão sistemática do envolvimento público no planejamento e desenvolvimento do sistema de saúde por exemplo, 31 deles (74%) foram estudos de caso [8]. Geralmente, estes documentos atribuíam o envolvimento do público às mudanças nos serviços, incluindo tentativas de tornar os serviços mais acessíveis. As mudanças nas atitudes das organizações para envolver a coletividade e as reações positivas dos consumidores que participaram das iniciativas também foram informadas. Embora esta evidência sugira que a participação coletiva possa ter contribuído para as mudanças no fornecimento de serviços, tais evidências foram limitadas e vieram quase totalmente de países de alta renda.

Quando se consideram estratégias para informar e envolver a coletividade no desenvolvimento e na implementação de políticas de saúde, é útil considerar três amplas classes de estratégia: aquelas para a mídia (incluindo o uso de tecnologias da comunicação e informação interativas), aquelas para os grupos de sociedade civil (organizações que representam vários interesses), e aquelas relacionadas ao envolvimento de consumidores. Como ilustrado na Figura 1, o envolvimento efetivo da coletividade na elaboração de políticas baseadas em evidências pode exigir a combinação destas estratégias.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes perguntas podem ser consideradas durante o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde:

1. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com a mídia para informar o público sobre o desenvolvimento e a implementação de políticas?
2. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com grupos da sociedade civil para informá-los e envolvê-los no desenvolvimento e na implementação de políticas?
3. Quais métodos podem ser usados para envolver consumidores no desenvolvimento e na implementação de políticas?

1. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com a mídia para informar o público sobre o desenvolvimento e a implementação de políticas?

Uma das maneiras na qual a coletividade pode ser informada sobre o (e potencialmente envolvidos no) desenvolvimento de políticas baseadas em evidências é pelo uso de relatórios na mídia. Estes relatórios são capazes de receber ampla cobertura e são uma importante fonte de informação para a coletividade, os profissionais da área de saúde e os formuladores de políticas. Embora o impacto das informações de saúde sejam difícil de mensurar, a mídia pode influenciar comportamentos de saúde individuais, níveis de utilização do serviço de saúde, práticas no serviço de saúde e política de saúde [13-16]. Entretanto, as agências de avaliação de tecnologia em saúde (HTA), os elaboradores de diretrizes para a prática clínica e as unidades que apóiam o uso das evidências de pesquisa na política da saúde fizeram, até agora, esforços insignificantes para comunicar as evidências ao público desta maneira [17].

Os jornalistas concordam que a criação de relatórios de pesquisas precisos relacionados às políticas de saúde é importante. Entretanto, muitos enfrentam restrições que podem limitar suas capacidades para atingir este objetivo [18,19]. Estes obstáculos podem incluir falta de tempo, de espaço publicitário (ou tempo de antena) e de conhecimento; concorrência por audiências, dificuldades para entender e comunicar o jargão; problemas para encontrar e usar fontes; problemas com editores (que raramente têm treinamento em pesquisa e que podem inibir a capacidade de relatar a pesquisa com precisão); e pressões comerciais (a necessidade dos jornalistas de vender suas histórias). Como consequência, muitos relatórios de saúde são imprecisos ou incompletos [20-24].

São necessários esforços mútuos por parte dos pesquisadores e dos jornalistas para lidar com estas restrições, e podem implicar no uso de uma variedade de estratégias, inclusive treinamento, ou inovações, como comunicados de imprensa estruturados

[25]. Comunicados de imprensa bem planejados poderiam ajudar a abordar a falta de tempo, espaço e conhecimento na mídia, como também as dificuldades que os jornalistas possam ter em entender o jargão. Porém, não está claro se estas estratégias podem resultar em maior cobertura para determinados temas de saúde [26]. Entender as restrições que os jornalistas enfrentam pode também contribuir a elaborar estratégias comunicação mais efetivas. Isto poderia, por exemplo, refletir reconhecimento das pressões de concorrência por espaço publicitário e audiências, assim como temas relacionados a descobertas e usos de fontes, ou problemas com controle editorial. Os esforços que não reconhecem estas restrições na mídia são improváveis de serem eficazes.

As estratégias possíveis para trabalhar com a mídia para informar o público sobre o desenvolvimento e a implementação de políticas baseadas em evidências incluem:

- *Comunicados de imprensa estruturados*: comunicados de imprensa sobre pesquisas não enfatiza sempre limitações de estudo, e os dados são geralmente apresentados em formatos que podem exagerar a importância das descobertas [22,26]. Apresentações comparáveis aos formatos de resumos estruturados usados em muitos jornais (que incluem uma seção para a descrição contextual dos resultados, uma seção enfatizando limitações e uma declaração sobre potenciais conflitos de interesse) poderiam ajudar a garantir que os jornalistas estão fornecendo – e são, consequentemente, mais passíveis de informar – as principais informações com relação às avaliações de impacto ou a outras pesquisas relevantes sobre políticas. Os comunicados de imprensa de revisões sistemáticas de políticas relevantes poderiam ajudar a contextualizar a pesquisa e transferir o foco da criação de relatórios a partir do último (mas frequentemente confuso) e único estudo a um entendimento mais amplo de pesquisas que merecem ser publicadas, relevantes para importantes decisões políticas [27,28]. Também poderiam ser usadas estruturas que são similares àquelas fornecidas nos sumários das revisões sistemáticas incluindo, por exemplo, principais mensagens, um sumário das principais descobertas e uma descrição das bases para as informações usadas [29-32]. Do mesmo modo, os comunicados de imprensa sobre resumos de políticas poderiam usar uma estrutura que espelhasse o conteúdo de um resumo de política, incluindo seções estruturadas com informações sobre como um problema é definido, as opções de políticas relevantes e estratégias implementações, e sumários das principais mensagens sobre a evidência implícita [33].

- *Tabelas informativas*: geralmente, as informações não informam sobre os benefícios e prejuízos de intervenções clínicas e opções de políticas, ou são relatadas de uma maneira que não são informativas ou podem ser enganosas [22,23,26,34]. As tabelas padronizadas, similares aos sumários de tabelas de descobertas, que quantificam a probabilidade de resultados juntamente com diferentes tratamentos ou opções de política [35,36], poderiam também ser usadas para melhorar o

entendimento dos benefícios, prejuízos e custos de opções diferentes, e até que ponto poderíamos estar seguros destas consequências [32,37,38]

- *Coletivas de imprensa*: fornecer oportunidades para questionar aqueles envolvidos no desenvolvimento de políticas e nas decisões pode oferecer valores adicionais aos jornalistas. A eficácia das coletivas de imprensa podem ser maximizadas por meio de: planejamento antecipado (duas a três semanas antes, quando possível), organização oportuna da coletiva para atingir o máximo de cobertura (por exemplo: realizá-la durante a manhã para uma duração de tempo apropriado, garantindo que não entre em conflito com outros eventos), emissão de convites que incluam todos os fatos relevantes com antecedência, garantia de fácil acesso à coletiva de imprensa, preparação de um kit de imprensa (incluindo uma coletiva de imprensa estruturada, tabelas informativas, material de apoio relevante e ilustrações apropriadas), e garantia de apresentações sejam adequadamente simples e tenham mensagens claras [39]

- *Fornecer histórias*: é importante para os jornalistas poder contar histórias que atraiam seus públicos e que também sejam fáceis de entender, além de informativas. Fornecer aos jornalistas histórias apropriadas pode facilitar isso. Estas podem ter um papel complementar na pesquisa e podem facilitar a aplicação das evidências de pesquisa nas decisões de saúde [40]. As histórias podem também ser veículos capazes de levar resultados de pesquisas aos formuladores de políticas e profissionais da área de saúde, assim como ao público. Contudo, é importante garantir que as histórias sejam usadas adequadamente para personalizar e ilustrar as descobertas das pesquisas e para apresentar informações de maneiras mais significativas. Por outro lado, é importante garantir que as histórias não entrem em conflito com as evidências disponíveis.

- *Evitar jargões*: deve-se evitar jargão desnecessário para melhorar a comunicação com os jornalistas e o público. Nos casos nos quais a terminologia é necessária ou útil, um glossário ou a inclusão de tabelas informativas pode ajudar a explicar os termos essenciais e assim ajudar a melhorar o relato de temas de política de saúde importantes. Outra estratégia é primeiro escrever sobre os temas em linguagem simples e depois introduzir os termos técnicos relevantes. Isso permite aos leitores entender conceitos técnicos mais claramente antes de verem detalhes técnicos complexos. A alternativa mais comum, que é usar o termo técnico primeiro e fornecer uma definição depois, apresenta uma barreira para o entendimento imediato e interrompe o fluxo da leitura e a assimilação de ideias.

- *Fornecer acesso aos especialistas*: para facilitar a boa cobertura de temas importantes relacionados a políticas de saúde, é essencial identificar pessoas com conhecimento relevante, incluindo pesquisadores que familiarizados com a pesquisa em questão, assim como formuladores de políticas, partes interessadas e pessoas com um bom entendimento da pesquisa relevante ou dos métodos de

desenvolvimento da política. Especialistas em criar sumários familiarizados com a mídia e que podem orientar a comunicação com ela podem ajudar a garantir que as informações mais importantes sejam comunicadas de maneira compreensível.

- *Folhas de dicas*: fornecer aos jornalistas perguntas simples para considerar e discutir quando estiverem entrevistando especialistas, pesquisando ou escrevendo histórias pode ajudar a garantir que as principais perguntas sobre temas e opções referentes a políticas de saúde sejam respondidas, e que as respostas sejam informadas [21,41,42]

- *Treinamento*: workshops ou outros tipos de treinamentos capazes de ajudar os jornalistas a obter grandes entendimentos de políticas baseadas em evidências e a desenvolver habilidades que podem contribuir a melhorar a qualidade dos relatórios sobre políticas de saúde [19,43]. Como consequência, a extensão na qual o público é bem informado e mais capaz de se envolver no desenvolvimento e na implementação das políticas de saúde pode ser melhorada.

Além de trabalhar com a mídia tradicional, deve-se considerar o uso de novas tecnologias da informação e comunicação interativas (ICTs, information and communication technologies), incluindo websites, blogs e site de redes sociais – que estão se tornando cada vez mais importantes. Entretanto, a falta de acesso à Internet em algumas comunidades, especialmente nos países de baixa e média renda, limita o acesso a plataformas on-line para o envolvimento do público. Os contextos infraestrutural e cultural variam e exigem diferentes modelos e abordagens. Além disso, embora a Internet seja uma fonte de informação importante e cada vez mais popular, os elaboradores de políticas enfrentam o desafio (similares àqueles em outras formas de mídia) de competir com grandes quantidades de informação sobre saúde, algumas delas não tão precisas nem completas [35,44]. Consequentemente, aproveitar todo o potencial das ICTs para envolver o público na elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências exige a combinação de tecnologias antigas e novas e planejamento ponderado.

Um relatório da OCDE sobre os desafios de envolver cidadãos on-line [45] propõe as 10 seguintes estratégias para orientar consultas on-line:

1. Começar a planejar com antecipação
2. Demonstrar compromisso por consultas on-line e comunicar isso claramente
3. Garantir proteção dos dados pessoais
4. Adaptar sua abordagem para que se ajuste a seu grupo de destino
5. Integrar consultas on-line com métodos tradicionais
6. Testar e adaptar ferramentas (por exemplo: software, questionários)
7. Promover suas consultas on-line
8. Garantir que tempo, recursos e experiência suficientes estejam prontos a serem concedidos por meio da análise dos estímulos recebimentos durante a consulta on-line

9. Publicar os resultados da consulta on-line o quanto antes e informar os participantes dos próximos passos do processo de elaboração de políticas. Garantir que os participantes sejam informados de como os resultados foram usados na tomada de decisões.
10. Avaliar o processo de consulta e seus impactos

2. Quais estratégias podem ser usadas quando se trabalha com grupos da sociedade civil para informá-los e envolvê-los no desenvolvimento e na implementação de políticas?

Sociedade civil pode ser definida de várias formas. Neste artigo, usamos este termo para fazer referência à grande variedade de organizações fora do estado. Estas podem incluir organizações de pacientes, grupos comunitários, coligações, grupos de defesa, organizações religiosas, organizações de caridade e voluntárias, associações profissionais, sindicatos e associações comerciais.

O NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica), com base no Reino Unido, adotou uma abordagem detalhada para envolver o público e tem um programa com funcionários dedicados, responsáveis pelo envolvimento público [46-49]. Os esforços do NICE para envolver organizações de partes interessadas são muito mais abrangentes do que os de outros desenvolvedores de diretrizes clínicas. Não temos conhecimento de programas similares que visam o envolvimento de organizações de partes interessadas ou sociedades civis no desenvolvimento ou na implementação de políticas de saúde baseadas em evidências. Entretanto, todas as estratégias usadas pelo NICE poderiam ser potencialmente aplicadas ao compromisso da sociedade civil com a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências. A sociedade civil, por exemplo, poderia ser potencialmente envolvida em estágios comparáveis para o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde, como ilustrado na Figura 2.

O NICE inclui as seguintes organizações como partes interessadas em seu processo de desenvolvimento de diretrizes clínicas [50]:

- Organizações nacionais de pacientes e cuidadores que representam de forma direta ou indireta os interesses das pessoas cujo cuidado é coberto por cada diretriz (‘partes interessadas: paciente e cuidador’)
- Organizações nacionais que representam profissionais da área de saúde que fornecem serviços descritos em cada diretriz (‘parte interessada: profissionais envolvidos’)
- Empresas que produzem os medicamentos ou aparelhos usados na área clínica cobertas por cada diretriz e cujos interesses podem ser significativamente influenciados por cada diretriz (‘parte interessada: comercial’)
- Fornecedores e representantes dos serviços de saúde na Inglaterra, Irlanda do Norte e no País de Gales

- Organizações oficiais, incluindo o Department of Health, o Welsh Assembly Government, o National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland, a Healthcare Commission e a National Patient Safety Agency
- Organizações de pesquisa que conduziram pesquisas nacionalmente reconhecidas em cada área relevante

Talvez seja importante envolver uma lista mais ampla de sociedades civis ou organizações de partes interessadas para aquelas políticas de saúde enfocadas nos arranjos dos sistemas de saúde inclusive, por exemplo, sindicados e associações empresariais. O NICE alerta organizações de partes interessadas potenciais de diversas maneiras e as convida a assentarem seus interesses. Estes alertas incluem a publicação de comunicados de imprensa, listagem de tópicos nos websites com detalhes de como se inscrever, contato com organizações que se inscreveram para diretrizes prévias a fim de alertá-los sobre novos tópicos e escrever para outras organizações de pacientes, cuidadores e profissionais que podem manifestar um interesse. O NICE, por conseguinte, entra em contato com as partes interessadas inscritas e as encoraja a se envolverem no desenvolvimento de diferentes estágios destas diretrizes. Isto inclui determinar o escopo das diretrizes, submeter evidências, comentar o esboço da diretriz e verificar as revisões das diretrizes antes da publicação.

Os políticos e seus escritórios eleitorais são susceptíveis de estarem familiarizados com os desafios potenciais de trabalhar com sociedades civis e reivindicam, inclusive, que grupos específicos representam pacientes relevantes ou o público. Nem todos os grupos deste tipo fazem isso apropriadamente. Muitos grupos de pacientes são primariamente grupos de defesa que têm como foco a obtenção de recursos para a sua área de interesse em particular ou o fornecimento de suporte a pares, em vez de o envolvimento em questões mais amplas de políticas de saúde [51]. E muitas organizações de pacientes são fundadas por indústrias e, portanto, podem também ter interesses conflitantes [52]. As organizações profissionais também podem ter conflitos de interesse similares. Algumas, por exemplo, podem receber fundos de indústrias e se preocuparem primariamente com os efeitos das políticas em seus próprios membros em vez de na saúde ou no sistema de assistência de saúde mais amplo.

3. Quais métodos podem ser usados para envolver consumidores no desenvolvimento e na implementação de políticas?

Foram desenvolvidas estruturas úteis para descrever e considerar abordagens para o envolvimento do consumidor incluindo, por exemplo, a estrutura apresentada por Oliver e seus colegas [4,5]. Igualmente, Telford e seus colegas também desenvolveram um conjunto de princípios e indicadores para o envolvimento [53]. Enquanto ambas as abordagens foram desenvolvidas no contexto do envolvimento do consumidor em pesquisas, elas fornecem estruturas úteis para considerar o compromisso do público no desenvolvimento e na implementação de políticas de saúde.

A estrutura desenvolvida por Oliver e seus colegas (Tabela 1) caracteriza diversos métodos para envolver consumidores com base no grau do envolvimento, no fórum para comunicação, no envolvimento na tomada de decisões, no recrutamento de representantes, no treinamento e suporte financeiro.

Nessa estrutura, o grau de envolvimento é classificado de três formas, denominados *consulta*, *colaboração* e *controle do consumidor*. O processo de *consulta* implica em pedir aos consumidores seus pontos de vista e usá-los para informar a tomada de decisão. Os formuladores de políticas ou pesquisadores podem, por exemplo, realizar reuniões únicas com consumidores para determinar as prioridades deles ou podem escrever aos consumidores em termos acessíveis para convidá-los a dar suas opiniões. As opiniões dos consumidores, nesses casos, não são necessariamente adotadas, embora possam informar as decisões tomadas.

Colaboração gera parcerias ativas e contínuas com os consumidores. Por exemplo, consumidores podem ser membros do comitê (por exemplo: nos conselhos das diretorias das organizações de serviços de saúde ou nos comitês regulatórios) ou podem colaborar de forma menos formal. Novamente, não há garantias de que as opiniões dos consumidores irão influenciar as decisões, mas a colaboração oferece mais oportunidades para eles de serem ouvidos do que a consulta. Os métodos formais do processo de decisão podem ajudar a garantir formas adequadas de colaboração [54]. Sem estes, talvez seja difícil julgar se o envolvimento público teve qualquer influência.

Controle do consumidor, o terceiro tipo de envolvimento do consumidor na estrutura, implica no desenvolvimento e na defesa ou na implementação de políticas de saúde por eles mesmos. Os profissionais só se veem envolvidos na etapa de convite aos consumidores. No contexto dos sistemas públicos de saúde isto pode implicar, por exemplo, na inclusão de políticos que são eleitos para representar seus eleitores.

Dentro desta estrutura, os métodos são mais diferenciados pelas descrições do fórum de comunicação (tais como entrevistas individuais, grupos de foco, júris de cidadãos, audiências públicas, reuniões de comitês e grupos de trabalho); e os métodos do processo de tomada de decisões (tais como, consenso ou votação informal por parte de comitês). A presença ou a ausência de descrições transparentes de métodos para o processo de tomada de decisões pode distinguir o envolvimento implícito nas decisões (como participação em reuniões de comitê) e o envolvimento explícito nas decisões. Sem um processo de tomada de decisões transparente, há o risco de perceber o envolvimento do consumidor apenas como algo simbólico.

Telford e seus colegas usaram um processo consensual para identificar princípios e indicadores do envolvimento bem-sucedido do consumidor [53]. Cada um dos oito princípios identificados pode ser medido por pelo menos um indicador claro (consulte a Tabela 2). Embora especificamente desenvolvidos para abordar o envolvimento do

consumidor em pesquisas, estes princípios e indicadores são também relevantes para o compromisso do público no desenvolvimento e na implementação de políticas.

CONCLUSÃO

Os formuladores de políticas, e aqueles que os apóiam, precisam criar estratégias para envolver o público na elaboração de políticas baseadas em evidências que se adaptem a contextos e políticas específicas, e aos principais grupos-alvo. Nos países pobres, por exemplo, o rádio pode ser o meio de comunicação mais importante. A Internet oferece novas oportunidades para o envolvimento interativo de um número maior de consumidores no desenvolvimento de políticas e nas decisões, e novos caminhos para manter o público informado. Entretanto, o acesso à Internet varia bastante. Por isso, é importante que o uso da Internet como uma ferramenta de participação seja complementada com outras estratégias para evitar aumentar as desigualdades no envolvimento público.

Para que o público seja envolvido de fato na elaboração de políticas baseadas em evidências – e evitar acusações de envolvimentos e consultas simbólicas – é importante que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam planejem e avaliem cuidadosamente as estratégias a serem usadas.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Ferramenta de autoavaliação e planejamento organizacional para a participação de consumidores e comunidades: uma ferramenta para as organizações envolvidas na política e educação relacionadas à saúde. Versão 1.0. 2003.
www.healthissuescentre.org.au/documents/items/2008/05/208317-upload-00001.pdf

Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. BMJ 2002;325:1263–7

Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Edição 3

Links para websites

International Alliance of Patients' Organizations (IAPO): www.patientsorganizations.org – uma aliança global de organizações de pacientes que trabalham nos âmbitos local, nacional, regional e internacional para representar e apoiar pacientes, suas famílias e cuidadores

Association of Health Care Journalists (AHCJ): www.healthjournalism.org/index.php – uma organização independente e sem fins lucrativos dedicada a antecipar o entendimento público sobre temas relacionados à saúde. A missão dessa organização é melhorar a qualidade, a precisão e a visibilidade de informes, trabalhos científicos e edições relacionados à saúde

INVOLVE é um grupo nacional de consultoria fundado pelo National Institute for Health Research (NIHR): www.invo.org.uk/index.asp – apóia e promove o envolvimento ativo do público em pesquisas referentes à assistência social e saúde pública feitas pelo NHS

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. SL, JNL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Sandy Oliver pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Herxheimer A, Goodare H: **Who are you, and who are we? Looking through some key words.** *Health Expect* 1999, **2:**3-6.

3. Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N: **Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?** *Health Expect* 2005, **8:**345-51.

4. Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, et al: **Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach.** *Health Technol Assess* 2004, **8:**1-IV.

5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): *Community engagement to improve health*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.

6. Hanley B, Bradburn J, Barnes M, Evans C, Goodare H, Kelson M, et al: *Involving the public in NHS, public health and social care research: briefing notes for researchers*. INVOLVE. 2004.

7. World Health Organization (WHO): *Declaration of Alma Ata: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva, World Health Organization. 1978.

8. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, *et al*: **Systematic review of involving patients in the planning and development of health care.** *BMJ* 2002, **325:**1263.

9. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3:**CD004563.

10. Morgan LM: **Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge.** *Health Policy Plan* 2001, **16:**221-30.

11. Zakus JD, Lysack CL: **Revisiting community participation.** *Health Policy Plan* 1998, **13:**1-12.

12. Macq J, Torfoss T, Getahun H: **Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences.** *Trop Med Int Health* 2007, **12:**873-85.

13. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1:**CD000389.

14. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C: **Mass media interventions for promoting HIV testing.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **3:**CD004775.

15. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K: **Mass media interventions for smoking cessation in adults.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD004704.

16. Bertrand JT, Anhang R: **The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries.** *World Health Organ Tech Rep Ser* 2006, **938:**205-41.

17. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

18. Larsson A, Oxman AD, Carling C, Herrin J: **Medical messages in the media--barriers and solutions to improving medical journalism.** *Health Expect* 2003, **6:**323-31.

19. Voss M: **Checking the pulse: Midwestern reporters' opinions on their ability to report health care news.** *Am J Public Health* 2002, **92:**1158-60.

20. Oxman AD, Guyatt GH, Cook DJ, Jaeschke R, Heddle N, Keller J: **An index of scientific quality for health reports in the lay press.** *J Clin Epidemiol* 1993, **46:**987-1001.

21. Johansen LW, Bjorndal A, Flottorp S, Grotting T, Oxman AD: **[Evaluation of health information in newspapers and brochures. What can we believe?].** *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996, **116:**260-4.

22. Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J, *et al*: **Coverage by the news media of the benefits and risks of medications.** *N Engl J Med* 2000, **342:**1645-50.

23. Cassels A, Hughes MA, Cole C, Mintzes B, Lexchin J, McCormack JP: **Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs.** *CMAJ* 2003, **168:**1133-7.

24. Biondo E, Khoury MC: **[Validation of a questionnaire to assess the quality of health information in Argentinian newspapers].** *Biomedica* 2005, **25:**366-76.

25. Woloshin S, Schwartz LM: **Press releases: translating research into news.** *JAMA* 2002, **287:**2856-8.

26. Stryker JE: **Reporting medical information: effects of press releases and newsworthiness on medical journal articles' visibility in the news media.** *Prev Med* 2002, **35:**519-30.

27. Cochrane Collaboration: *Cochrane Library press releases*. [http://www.cochrane.org/press/releases.htm]. 2009.

28. Health Behavior News Service: *Translating evidence into news*. [http://www.cfah.org/hbns/journalist/]. 2009.

29. Glenton C, Underland V, Kho M, Pennick V, Oxman AD: **Summaries of findings, descriptions of interventions, and information about adverse effects would make reviews more informative.** *J Clin Epidemiol* 2006, **59:**770-8.

30. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services: *Cochrane Library reports*. [http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner?cochrane=1&count=1000]. 2009.

31. SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials (SUPPORT) Collaboration: *SUPPORT structured summaries of systematic reviews*. [http://www.support-collaboration.org/summaries.htm]. 2009.

32. Centre for Health Communication and Participation: *Health Knowledge bulletins*. [http://www.latrobe.edu.au/chcp/hkn/bulletins.html]. 2009.

33. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

34. Glenton C, Paulsen EJ, Oxman AD: **Portals to Wonderland: health portals lead to confusing information about the effects of health care.** *BMC Med Inform Decis Mak* 2005, **5:**7.

35. Rosenbaum SE, Glenton C, Nylund HK, Oxman AD: *Development of summary of findings tables for Cochrane reviews*. J Clin Epidemiol. 2010. In Press

36. Rosenbaum SE, Glenton C, Oxman AD: *Evaluation of summary of findings tables for Cochrane reviews. Two randomized trials*. J Clin Epidemiol. 2010. In Press

37. Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG: **Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials.** *Ann Intern Med* 2009, **150:**516-27.

38. Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG: **The drug facts box: providing consumers with simple tabular data on drug benefit and harm.** *Med Decis Making* 2007, **27:**655-62.

39. European Commission: *Research. Guide to successful communications*. [http://ec.europa.eu/research/science-society/science-communication/mediarelations3_en.htm]. 2009.

40. Enkin MW, Jadad AR: **Using anecdotal information in evidence-based health care: heresy or necessity?** *Ann Oncol* 1998, **9:**963-6.

41. Moynihan R: *Tipsheet for reporting on drugs, devices and medical technologies. The Commonwealth Fund*. [http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Other/2004/Sep/Tipsheet--For-Reporting-on-Drugs--Devices-and-Medical-Technologies.aspx]. 2009.

42. Guyatt G, Ray J, Gibson N, Cook DJ, Ashpole B, Baines C, *et al*: **A Journalist's Guide for Health Stories.** *American Medical Writers Association Journal* 1999, **14:**32-41.

43. Levi R: *Medical Journalism. Exposing Fact, Fiction, Fraud*. Lund: Studentlitteratur; 2000.

44. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER: **Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review.** *JAMA* 2002, **287:**2691-2700.

45. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): *Promises and Problems of E-Democracy: Challenges of online citizen engagement*. [http://www.oecd.org/dataoecd/9/11/35176328.pdf]. OECD. 2003.

46. Kelson M: **The NICE Patient Involvement Unit.** *Evidence-Based Healthcare & Public Health* 2005, **9:**304-7.

47. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): *About the Patient and Public Involvement Programme (PPIP)*. [http://www.nice.org.uk/media/D44/49/AboutPPIP.pdf]. National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). 2009.

48. Culyer AJ: **Involving stakeholders in healthcare decisions--the experience of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England and Wales.** *Healthc Q* 2005, **8:**56-60.

49. de Joncheere K, Hill SR, Klazinga N, Makela M, Oxman A: *The Clinical Guideline Programme of the National Institute for Health and Clinical Excellence*. A review by the WHO. London, NICE. 2007.

50. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): *How NICE clinical guidelines are developed: an overview for stakeholders, the public and the NHS*. Fourth Edition. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009.

51. Glenton C, Oxman AD: **The use of evidence by health care user organizations.** *Health Expect* 1998, **1:**14-22.

52. Mintzes B: **Should patient groups accept money from drug companies? No.** *BMJ* 2007, **334:**935.

53. Telford R, Boote JD, Cooper CL: **What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study.** *Health Expect* 2004, **7:**209-20.

54. Renfrew MJ, Dyson L, Herbert G, McFadden A, McCormick F, Thomas J, *et al*: **Developing evidence-based recommendations in public health--incorporating the views of practitioners, service users and user representatives.** *Health Expect* 2008, **11:**3-15.

Figura 1. Estratégias para envolver o público na elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências

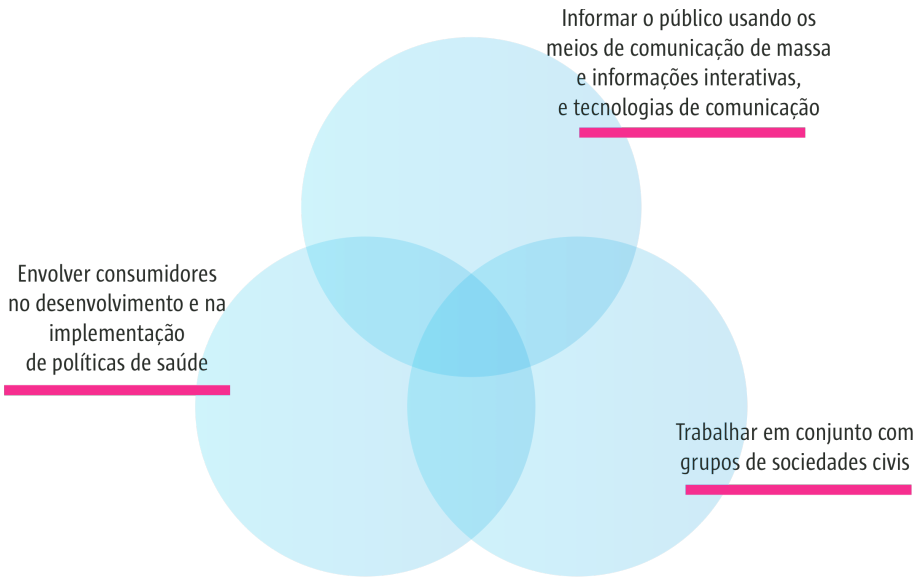
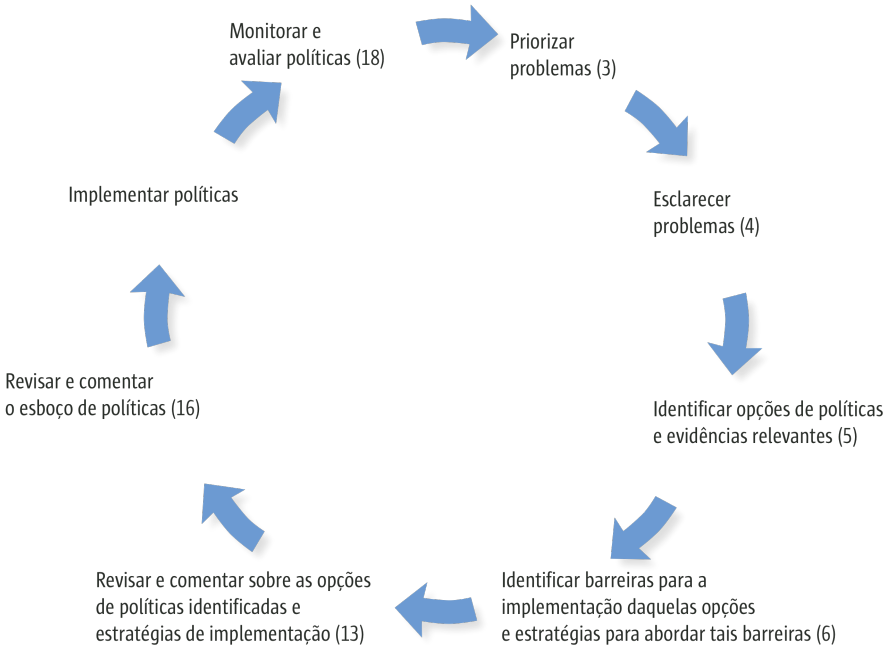


Figura 2. Envolvendo a sociedade civil nos estágios do ciclo de desenvolvimento e implementação de políticas*



* Os números entre parênteses indicam os artigos desta série (descritos na Introdução [1]) que abordam o uso de evidências de pesquisa para informar cada estágio do ciclo

Tabela 1. Uma estrutura para descrever e considerar abordagens para envolver o consumidor*

Características de abordagens diferentes	Exemplos
Grau de envolvimento do consumidor	• Consulta • Colaboração • Controle do consumidor
Fórum para comunicação	• Consulta escrita • Entrevistas • Grupos de foco • Painéis de consumidores • Participação em comitês
Envolvimento na tomada de decisões	• Nenhum envolvimento • Envolvimento implícito • Envolvimento explícito
Recrutamento	• Convites pessoais e planejados • Publicidade ampla • Uso da mídia de massa • Contato por telefone, carta ou e-mail
Treinamento e suporte	• Educação (por exemplo, seminários) • Aconselhamento • Orientação • Dias de introdução
Suporte financeiro	• Sem suporte financeiro • Reembolso de despesas • Taxa ou honorários

* Adaptado de Oliver e seus colegas [4]

Tabela 2. Princípios e indicadores do envolvimento bem-sucedido do consumidor*

Princípios	Indicadores
Os papéis dos consumidores são acordados	• Os papéis dos consumidores foram documentados
O custo do envolvimento do consumidor é orçado	• Os consumidores foram reembolsados por suas viagens • Os consumidores foram reembolsados por seus custos indiretos (por exemplo: custos com o cuidador)
Os formuladores de políticas respeitam as diferentes habilidades, experiência e conhecimentos dos consumidores	• A contribuição dos consumidores foi informada
Foram oferecidos treinamento e suporte pessoal aos consumidores para capacitá-los em seu envolvimento	• Foi proporcionado aos consumidores treinamento para permitir seu envolvimento
Os formuladores de políticas garantem que têm as habilidades necessárias para envolver os consumidores de fato	• Foi proporcionado aos formuladores de políticas treinamento para capacitá-los a envolver os consumidores de fato
Os consumidores são envolvidos no processo de tomada de decisões	• As recomendações dos consumidores foram documentadas • O papel dos consumidores no processo de tomada de decisões foi documentado
O envolvimento do consumidor é descrito nos resumos de políticas	• A contribuição dos consumidores foi descrita e reconhecida nos resumos de políticas
Os resumos de políticas estão disponíveis para os consumidores em formatos e idiomas que podem ser facilmente entendidos	• Os sumários de resumos de políticas foram distribuídos aos consumidores em formatos apropriados

*Adaptado de Telford e seus colegas [53]

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

Andrew D Oxman[1], John N Lavis[2], Simon Lewin[3] and Atle Fretheim[4]*

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 16: Using research evidence in balancing the pros and cons of policies**. Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S1. http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S16

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, abordamos o uso de evidências para informar julgamentos sobre a avaliação dos prós e contras das opções de políticas e programas. Sugerimos cinco questões que podem ser consideradas ao fazer estes julgamentos. Estas são: 1. Que opções estão sendo comparadas? 2. Quais são os resultados potenciais mais importantes das opções sendo comparadas? 3. Qual é a melhor estimativa de impacto das opções sendo comparadas para cada resultado importante? 4. Qual o grau de confiabilidade dos formuladores de políticas e de outros nos impactos estimados? 5. É um modelo econômico formal susceptível de facilitar processos de tomada de decisões?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde. O Ministro da Saúde pediu que você apresentasse um resumo dos benefícios esperados, prejuízos e custos de uma importante mudança na política de saúde que está sendo avaliada.

HISTÓRICO

Neste artigo, sugerimos cinco perguntas que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem fazer quando consideram como garantir que os julgamentos dos prós e contras das políticas de saúde e opções de programa sejam bem informados por meio de evidências de pesquisa. Tais questões podem ser feitas, por exemplo, em cenários como o descrito acima.

Não se tomam decisões somente com base em pesquisas [2]. Julgamentos são sempre exigidos, incluindo aqueles sobre quais evidências usar, como interpretar estas evidências, e nossa confiança nelas. E mais importante ainda, as decisões sobre opções exigem julgamentos para saber se as consequências desejáveis e antecipadas pesam mais do que as consequências indesejáveis. (consulte a Figura 1) [3]. Além de fazer julgamentos sobre o tamanho provável dos impactos, os processos de tomada de decisões exigem julgamentos sobre a importância dos impactos, os recursos que são exigidos para implementar a opção [4], e a extensão na qual a opção é uma prioridade com relação às outras formas nas quais esses recursos poderiam ser usados.

Seria simples tomar uma decisão se a opção tivesse diversos e amplos benefícios com poucas desvantagens e custos mínimos, se tivéssemos certeza sobre a evidência e a importância dos benefícios, e se a opção fosse realmente uma prioridade. Infelizmente,

isto quase nunca é assim. Frequentemente, os impactos esperados e os custos são incertos, e julgamentos complexos e difíceis devem ser feitos.

As questões que propomos aqui não reduzem a necessidade de julgamentos. Contudo, mais considerações e discussões sistemáticas destas questões poderiam ajudar a garantir que considerações importantes não fossem negligenciadas e que julgamentos fossem bem informados. Isto poderia também ajudar a resolver desacordos ou pelo menos ajudar a fornecer esclarecimentos. Se estes julgamentos fossem feitos com transparência, poderiam ajudar outros a entender a razão por trás das decisões políticas de saúde.

Preparar e usar um balancete (como explicado na Tabela 1 e abordada nas primeiras quatros questões discutidas abaixo) pode facilitar tomadas de decisões bem informadas. Às vezes, o uso de um modelo econômico formal, tal como uma análise da relação custo-benefício, pode ser útil também. Este último tema é abordado na quinta pergunta deste artigo. As considerações sugeridas aqui são baseadas no trabalho do GRADE Working Group [5]. Embora o foco do Group tenha sido principalmente nas diretrizes práticas clínicas, sua abordagem sobre decisões relativas a intervenções clínicas podem também ser aplicadas a políticas e programas [6].

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As cinco perguntas seguintes podem ser usadas para guiar o uso de evidências para informar julgamentos dos prós e contras das opções de políticas e programas de saúde:

1. Que opções estão sendo comparadas?
2. Quais são os resultados potenciais mais importantes das opções sendo comparadas?
3. Qual é a melhor estimativa de impacto das opções sendo comparadas para cada resultado importante?
4. Qual o grau de confiabilidade dos formuladores de políticas e de outros nos impactos estimados?
5. É um modelo econômico formal susceptível de facilitar processos de tomada de decisões?

As primeiras quatro perguntas têm a intenção de orientar o uso do balancete no processo de tomada de decisões políticas. Responder a questão final pode ajudar a garantir que os recursos escassos usados em análises econômicas completas sejam aplicados onde mais necessário.

De preferência, os balancetes (e modelos econômicos) deveriam ser criados por pesquisadores ou pela equipe de apoio técnico juntamente com formuladores de políticas. Eles também deveriam se fundamentar em revisões sistemáticas pelas mesmas razões descritas em outro lugar que realcem a importância das revisões sistemáticas em geral [7]. Não consideraremos os diversos julgamentos detalhados que

devem ser feitos quando da construção do balancete, já que foram abordados em outro lugar [8]. Os formuladores de políticas raramente estão, se é que estiveram alguma vez, em uma posição na qual são exigidos a fazer, por conta própria, todos estes julgamentos. No entanto, mesmo em situações nas quais exista apoio técnico competente para preparar o balancete, é importante que os formuladores de políticas saibam o que procurar e quais questões perguntar. Isto garante que os balancetes possam ser usados de maneira judiciosa para informar as decisões pelas quais os formuladores de políticas são responsáveis.

1. Que opções estão sendo comparadas?

Quando um balancete é usado, como o mostrado na Tabela 2, a primeira consideração é a necessidade de identificar quais opções estão sendo comparadas. Geralmente, isto não é tão simples como parece (veja a Tabela 3, por exemplo). Aqueles que preparam um balancete devem decidir entre ambas as opções que estão sendo consideradas *e* a opção comparativa. Tipicamente, a comparação é o status quo. Contudo, o status quo pode variar entre cenários. Por isso, é preciso determinar quais características do status quo são:

- Fundamentais – de tal modo que pesquisas com comparações sem estas mesmas características sejam excluídas
- Importantes, mas não fundamentais – de tal modo que pesquisas com comparações sem estas mesmas características sejam excluídas, mas com menor certeza de que os resultados seriam os mesmos no cenário escolhido, e
- Irrelevantes – de tal modo que estaríamos confiantes de que os resultados seriam provavelmente os mesmos no cenário escolhido

Também é necessário fazer estes mesmos julgamentos sobre as opções sendo consideradas: quais das suas características são fundamentais, importantes ou irrelevantes em termos de como podem influenciar os impactos prováveis?

2. Quais são os resultados potenciais mais importantes das opções sendo comparadas?

Geralmente, os formuladores de políticas são motivados pelo desejo de servir às pessoas que representam e deveriam estar interessados primeiramente nos impactos das opções políticas e programas nos resultados que são importantes para aqueles atingidos (consulte, por exemplo, a Tabela 4). Estes incluem resultados de saúde, acesso a – ou utilização de – serviços de saúde, efeitos não planejados(prejuízos), e uso de recursos (custos ou economias) (consulte a Figura 1). Outras consequências importantes incluem a distribuição e equidade dos benefícios e custos [9], e os efeitos propagados a outros setores. Consequências éticas, como aquelas relacionadas à redução da autonomia das pessoas, podem ser igualmente importantes.

Ser explícito sobre quais resultados são importantes pode ajudar a garantir que as consequências importantes de uma opção não sejam negligenciadas. Isto também pode ajudar a garantir que consequências irrelevantes não sejam superestimadas. Isto é particularmente importante para os resultados secundários – por exemplo, resultados que não são importantes em si mesmo. Eles são considerados importantes porque acredita-se que refletem resultados importantes. Por exemplo, as pessoas, geralmente, não consideram a pressão arterial como uma preocupação importante. O que torna a questão da pressão arterial importante é sua associação a riscos de derrames, ataques cardíacos e morte, todos de *suma* importância para as pessoas. Portanto, quando se consideram opções dirigidas à hipertensão (ou outros fatores de riscos cardiovasculares), as decisões deveriam ser baseadas nos impactos destas opções nos resultados importantes (doença cardiovascular). A evidência isolada dos impactos na pressão arterial é somente uma forma de evidência indireta dos impactos nas doenças cardiovasculares.

3. Qual é a melhor estimativa de impacto das opções sendo comparadas para cada resultado importante?

Decidir se os impactos desejáveis de uma opção valem os impactos indesejáveis exige uma estimativa de quão importantes estes diferentes impactos serão (e suas consequências econômicas). De forma ideal, isto deveria ser como uma comparação entre o que se poderia esperar para cada resultado importante se uma opção *tivesse* sido implementada, e o que poderia ser esperado se *não tivesse sido* implementada– ou o que se poderia esperar se uma outra opção tivesse sido implementada (consulte a Tabela 5, por exemplo) . Também é útil saber quão precisa é cada estimativa – por exemplo, qual o intervalo de confiabilidade de cada estimativa (isto é explicado em mais detalhes na Tabela 6).

É importante que os tomadores de decisão reconheçam as diferenças entre as estimativas dos efeitos que são apresentados como efeitos *relativos* e aqueles que são apresentados como efeitos *absolutos*. Pacientes, profissionais de saúde e pessoas que tomam decisões sobre políticas e programas de saúde estão mais propensos a usar uma intervenção se seus efeitos são informados como relativos do que se são informados como absolutos [10] Por exemplo, um estudo informou que 61% de uma amostragem com profissionais de saúde na Austrália concordaram em implementar um programa de triagem de câncer colorretal que reduziria a taxa de mortalidade por câncer de intestino para 17% (a redução de risco relativo). Em comparação, somente 24% dos profissionais de saúde concordaram em implementar um programa que produziria uma redução absoluta de mortes por câncer de intestino de 0,4% (a redução de risco absoluto) [11]. Ambas as estimativas foram, de fato, do mesmo programa (para uma explicação da diferença entre efeitos relativos e absolutos, consulte a Tabela 4 no Artigo 10 desta série [9]).

4. Qual o grau de confiabilidade dos formuladores de políticas e de outros nos impactos estimados?

Seis fatores podem reduzir nossa confiança nas estimativas dos impactos de uma política ou um programa [12]:

- Um desenho de estudo inadequado
- Outras limitações de estudo
- Imprecisão
- Resultados inconsistentes
- Aspecto indireto das evidências
- Viés de publicação

Uma avaliação destes fatores é inevitavelmente técnica. Os formuladores de políticas não necessitam ter uma compreensão detalhada destes fatores ou saber como eles são avaliados. Mas tantos os formuladores de políticas quanto sua equipe de apoio técnico ainda podem se beneficiar se entenderem a importância de considerar estes fatores.

Estudos nos quais um programa é atribuído de forma randomizada reduzem o risco de diferenças desconhecidas ou não mensuradas entre os grupos sendo comparados. Isto dá uma maior certeza de que os impactos são atribuíveis ao programa e não a algum outro fator [13-15]. Os desenhos de estudos que não usam atribuições randomizadas podem explicar somente diferenças que são mensuradas. Por exemplo, um estudo no qual comunidades são atribuídas de forma randomizada a uma opção de programa ou política, tal como o licenciamento a vendedores de cigarro, forneceria evidências mais convincentes dos impactos de uma opção do que um estudo faria se comparasse comunidades que decidiram por si mesmas se implementariam uma determinada opção. Isto acontece porque as comunidades que decidem implementar uma opção tendem a se diferenciarem daquelas que não o fazem de formas que poderiam ter um impacto nos resultados de interesse (neste caso, a prevalência do consumo de cigarros). Por esta razão, seria impossível saber se as diferenças nos resultados foram devido à opção de política ou de programa ou devido àquelas entre as comunidades.

Outras limitações do estudo podem afetar tanto as avaliações de impacto randomizadas quanto as não randomizadas. Dados incompletos ou as medidas não confiáveis dos resultados, por exemplo, podem aumentar o risco de uma estimativa ser tendenciosa e, por isso, reduzir o grau de confiança nas estimativas derivadas.

Imprecisão (conforme indicado por um amplo intervalo de confiança) também diminui a confiabilidade na exclusão da chance como fator, formando algumas diferenças observadas nos resultados entre grupos comparados e, consequentemente, nossa confiabilidade no efeito estimado. (A Tabela 6 explica o conceito de intervalos de confiabilidade mais detalhadamente).

Se estudos diferentes da mesma opção de política ou programa tiverem resultados inconsistentes e não houver explicações convincentes de tais diferenças, também haverá menor confiabilidade no conhecimento dos impactos esperados decorrentes da implementação da opção.

Há várias formas nas quais estudos podem não ser diretamente relevantes a uma determinada questão e, por isso, gera menor confiabilidade nos resultados. Como observado acima, se um resultado indiretamente relevante (tal como, pressão arterial) for medido no lugar de um resultado importante (doença cardiovascular), haverá menor confiabilidade nos impactos dos resultados importantes (para os quais o resultado indireto é secundário). Se somente comparações *indiretas* forem fornecidas, a confiabilidade também será menor. Teremos menor confiabilidade nos estudos de uma opção que não apresenta comparações, por exemplo, entre a opção comparada a um controle (sem nenhuma intervenção) e estudos de uma opção diferente comparada a um controle. Outras formas na qual evidências podem incluir de forma indireta diferenças entre um estudo e o cenário de interesse:

- As características da população
- A opção sendo considerada, ou
- O status quo ou a opção de comparação

Estudos que descobrem efeitos estatisticamente significantes têm geralmente maior probabilidade de serem publicados do que aqueles que não [16]. Quando tal 'viés de publicação' parecer provável, a confiabilidade nas estimativas de estudos publicados isolados pode também ver-se reduzida. Os vieses de publicação deveriam ser considerados em casos nos quais houvesse um número de estudos pequenos, especialmente se patrocinados pela -indústria, ou se os pesquisadores fossem conhecidos por compartilharem outros conflitos de interesses similares.

Em resumo, avaliações da 'qualidade' ou robustez da evidência, e confiabilidade nas estimativas dos possíveis impactos das opções, dependem da considerações de *todos* os fatores observados acima. Embora não haja regras estabelecidas para avaliar estes fatores, os julgamentos relacionados à qualidade das evidências que abordam explicitamente cada fato ajudam a reduzir a probabilidade de fatores importantes serem negligenciados. Elas também ajudam a reduzir a probabilidade de avaliações tendenciosas da evidência (consulte a Tabela 7, por exemplo). Usando uma abordagem sistemática e transparente, tais como o método GRADE (consulte a Tabela 8), fica mais fácil verificar os julgamentos feitos [5].

5. É um modelo econômico formal susceptível de facilitar processos de tomada de decisões?

Modelos econômicos formais, tais como análises da relação custo-benefício e análises de custo-utilidade, podem ajudar a informar julgamentos sobre o equilíbrio entre as consequências desejáveis e indesejáveis de uma opção [17]. Os modelos econômicos

podem ser valiosos para processos decisórios complexos e para testar quão sensível uma decisão é no que se refere a estimativas ou suposições importantes. Um modelo, no entanto, só é tão bom quanto os dados nos quais se baseia. Quando estimativas de benefícios, prejuízos ou uso de recursos procedem de evidências de baixa qualidade, os resultados serão necessariamente altamente especulativos (a Tabela 9 fornece um exemplo disto).

É mais provável que um modelo econômico completo ajude a informar uma decisão quando:

- Haja uma grande diferença nos recursos consumidos entre as opções comparadas
- Grandes investimentos de capital sejam exigidos, como construção de novas instalações
- Haja incertezas sobre se os benefícios líquidos compensam os custos incrementais
- Haja evidências de boa qualidade com relação ao consumo de recursos

Um modelo econômico também pode ser usado para esclarecer necessidades de informações ao explorar a sensibilidade de uma análise em uma variedade de estimativas plausíveis.

Infelizmente, análises da relação custo-benefício publicadas, especialmente aquelas relacionadas a drogas, têm grande probabilidade de serem imperfeitas ou tendenciosas. Elas também são específicas a um cenário determinado, que pode diferir de importantes formas do cenário de interesse [18]. Os formuladores de políticas devem, portanto, considerar desenvolver seus próprios modelos econômicos. Para tanto, eles devem ter os recursos e a experiência necessários.

CONCLUSÃO

As decisões políticas são informadas por avaliações feitas do equilíbrio entre os prós e contras das opções. Como recomendamos, estas deveriam ser feitas de forma sistemática e transparente. Quando o benefício líquido (por exemplo, diferenças entre as consequências desejáveis e indesejáveis) é grande em relação aos custos, somos mais confiantes na decisão. Quando o benefício líquido é menor em relação aos custos, essa confiança diminui.

Geralmente, quanto menos confiança tivermos nos possíveis impactos de uma opção, menos confiantes seremos ao decidir o que fazer. Há exceções: primeiramente, nosso grau de confiança nos impactos de algo pode ser tão pequeno que torna-se fácil decidir não fazê-lo.

segundo, mesmo se houver pouca confiabilidade nos benefícios de uma determinada opção, poderá ser fácil decidir fazer algo simples porque haverá pouco ou nenhum risco de prejuízo, não custará muito e poderá apresentar benefícios. Muitos tipos de

informação relacionadas à saúde poderiam ser categorizadas como tais. Os formuladores de políticas, no entanto, devem ser cautelosos em pensar que políticas e programas aparentemente inofensivos não podem trazer prejuízos [19]. Mesmo algo tão simples quanto fornecer informações de saúde pode, na realidade, ser fatal [20]. Isto é demonstrado pelo conselho dado às mães em muitos países por quase 50 anos: que bebês deveriam dormir na posição prona. O conselho aparentemente inofensivo causou dezenas de milhares de mortes pela síndrome da morte súbita do lactente [21].

Finalmente, apesar de incertezas importantes sobre os possíveis impactos de uma política ou programa, pode ser fácil chegar a uma decisão de que algo promissor só deve ser feito no contexto de uma avaliação bem projetada de seus impactos [22].

Mesmo quando estamos confiantes sobre os impactos de uma política ou programa, pode não ser uma prioridade implementá-la. Nosso grau de confiança é um fator essencial no momento de decidir o que fazer e até que ponto fazê-lo é uma prioridade. Outros fatores adicionais (como aqueles descritos na Tabela 10) também podem determinar se a implementação de uma política ou um programa é prioridade ou não.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ, and the GRADE Working Group. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336:924-6

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ, and the GRADE Working Group. What is 'quality of evidence' and why is it important to clinicians? BMJ 2008; 336:995-8

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Vist GE, Schunemann HJ, and the GRADE Working Group. Incorporating considerations of resource use. BMJ 2008; 336:1170-3

Links para websites

Sumários do SUPPORT: www.support-collaboration.org/index.htm – sumários concisos dos prós e contras das políticas e dos programas de saúde para países de baixa -e média renda com base em revisões sistemáticas

GRADE Working Group: www.gradeworkinggroup.org – o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (ou GRADE) Working

Group desenvolveu uma abordagem para classificar a qualidade das evidências e a solidez das recomendações clínicas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. JNL, AF e SL contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Benjamin Djulbegovic e dois revisores anônimos pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1:**227-42.

3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al: **Going from evidence to recommendations.** *BMJ* 2008, **336:**1049-51.

4. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.

5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al: **GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations.** *BMJ* 2008, **336:**924-6.

6. The SUPPORT Collaboration: *How SUPPORT Summaries are prepared.* [http://www.support-collaboration.org/summaries/methods.htm]. 2009.

7. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, et al: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

8. Guyatt G, Oxman A, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, et al: **GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and Summary of Findings tables**. J Clin Epidemiol. 2009. In Press

9. 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 Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.

10. Akl E, Oxman A, Herrin J, Vist G, Terrenato I, Sperati F, et al: **Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. In Press

11. Adily A, Ward J: **Evidence based practice in population health: a regional survey to inform workforce development and organisational change.** *J Epidemiol Community Health* 2004, **58:**455-60.

12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ: **What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?** *BMJ* 2008, **336:**995-8.

13. Kleijnen J, Gotzsche P, Kunz R, Oxman A, Chalmers I: **So what's so special about randomisation.** In *Non-Random Reflections on Health Care Research: On the 25th Anniversary Of Archie Cochrane's Effectiveness and Efficiency*. Edited by Chalmers I, Maynard A. London: BMJ Publishers; 1997:93-106.

14. Kunz R, Oxman AD: **The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials.** *BMJ* 1998, **317:**1185-90.

15. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development. 2006.

16. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K: **Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **1:**MR000006.

17. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, *et al*: **Incorporating considerations of resources use into grading recommendations.** *BMJ* 2008, **336:**1170-3.

18. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL: **Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology.** *JAMA* 1999, **282:**1453-7.

19. Macintyre S, Petticrew M: **Good intentions and received wisdom are not enough.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54:**802-3.

20. Chalmers I: **Invalid health information is potentially lethal.** *BMJ* 2001, **322:**998.

21. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S: **Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002.** *Int J Epidemiol* 2005, **34:**874-87.

22. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S17)**.

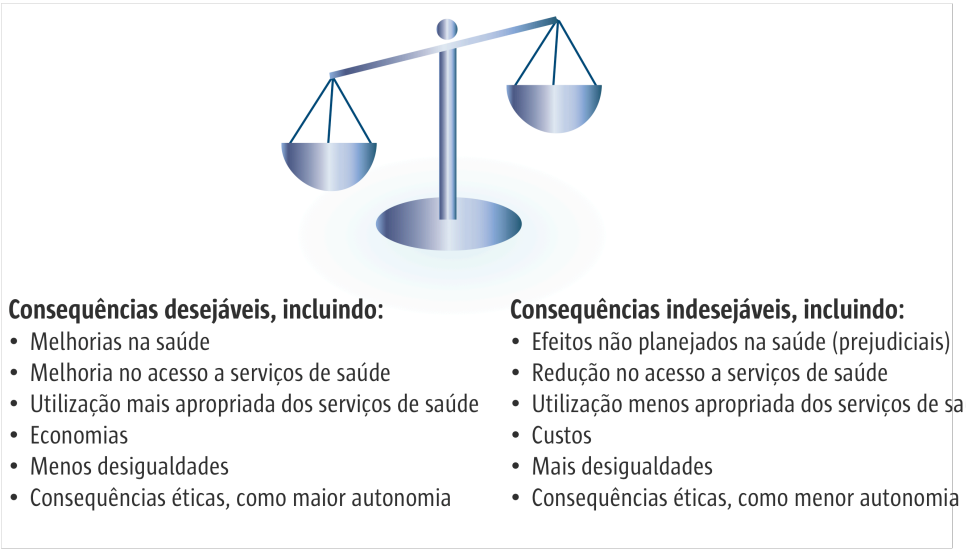
23. Eddy DM: **Comparing benefits and harms: the balance sheet.** *JAMA* 1990, **263:**2493, 2498, 2501.

24. Stead LF, Lancaster T: **Interventions for preventing tobacco sales to minors.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD001497.

25. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK: **Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda.** *Health Policy* 2007, **82:**78-94.

26. Aaserud M, Trommald M, Oxman AD, Innvaer S: **[Evaluation of reimbursement applications for new drugs].** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002, **122:**2619-23.

Figura 1. Ponderação dos prós e contras das políticas e dos programas de saúde*



* As decisões sobre as opções de políticas e programas de saúde exigem julgamentos sobre se as consequências desejáveis de uma opção compensam as consequências indesejáveis

Tabela 1. Os prós e contras de balancetes

Um balancete é uma maneira simples, mas poderosa de apresentar as vantagens e desvantagens de diferentes opções, inclusive opções de políticas [17,23]. Nesta seção descrevemos as evidências e os julgamentos necessários para preparar e usar um balancete, como o mostrado na Tabela 2. Também descrevemos as vantagens de usar um balancete comparado ao uso de julgamentos não sistemáticos e não transparentes de especialistas.

O objetivo de um balancete é ajudar os formuladores de políticas a desenvolver um entendimento preciso das consequências importantes das opções sendo comparadas. Os balancetes ajudam a conseguir isto de várias formas. Primeiramente, eles condensam as informações mais importantes possibilitando, deste modo, considerações eficientes. Segundo, os balancetes se concentram nos resultados mais importantes. Isso aumenta a probabilidade de que os tomadores de decisão obterão uma percepção precisa do que é conhecido sobre os impactos das opções sendo consideradas e suas consequências importantes. Terceiro, o ato de criar um balancete é uma mecanismo útil para organizar pensamentos, estruturar análises de evidências e focar discussões. Quarto, os balancetes podem ajudar a desenvolver julgamentos mais explícitos sobre quais são as consequências mais importantes das opções de políticas, as evidências implícitas, e os julgamentos subsequentes sobre o balanço entre as vantagens e desvantagem relativas das várias opções. E por último, os balancetes

podem fornecer a outros tomadores de decisão informações ‘não processadas, ajudando-os, deste modo, a aplicar seus próprio julgamentos sobre conflitos entre as consequências desejáveis e as indesejáveis.

Mas há duas limitações importantes que também precisam ser consideradas quando se usam balancetes no processo decisório. Primeiramente, quando há difíceis conflitos entre os vários resultados, os julgamentos podem exigir um alto nível de informações processadas pelos formuladores de decisões. Segundo, quando se ponderam diferentes resultados, os julgamentos de valor utilizados pelos formuladores de decisões podem permanecer implícitos. O modelo econômico formal pode ajudar a lidar com estas limitações ao tornar quaisquer suposições implícitas (inclusive julgamentos de valor) mais explícitas. Isso permite o uso de análises de sensibilidade para explorar os efeitos tanto de incertezas quanto de suposições variantes nos resultados.

Tabela 2. O licenciamento a vendedores de cigarro deveria estar condicionado à não venda de cigarros a menores?

População: Menores (conforme definido pelo limite de idade legal)
Cenário: Europa
Intervenções: Licença para vendedores de cigarro + verificações de conformidade[1]
Comparação: Sem licenciamento ou verificações de conformidade

Resultados	Impacto			Número de estudos	Qualidade das evidências (GRADE)[2]
	Pessimista	Melhor estimativa	Otimista		
Redução do número de fumantes por ano	0	?	1.650 no país (população 4,5 milhões)	4	⊕◯◯◯ Muito baixa[3]
Anos de vida salvos por ano	0	?	9.240 no país (população 4,5 milhões)	4	⊕◯◯◯ Muito baixa[4]
Custo por ano	€10,5 milhões (3 controles por ano)	?	€7,2 milhões (1 controle por ano + controle interno)	0	⊕◯◯◯ Muito baixa[5]

[1] A lei de licenciamento proposta no país europeu em questão exigiria que os vendedores tivessem uma licença para vender cigarros. As opções de políticas que foram consideradas incluíram três verificações de conformidade por ano, e uma por ano juntamente com controle interno. As verificações de conformidade (mediante a tentativa de um adolescente de comprar cigarros) são feitas para garantir a não venda de cigarros a menores. A penalidade pelo não cumprimento é a perda da licença de venda. O controle interno exige que os próprios vendedores tenham rotinas para controlar a venda de cigarros a menores

[2] Consulte a Tabela 8

[3] A revisão sistemática usada como base para este sumário (que não foi usada no laudo pericial o qual nos referimos nas tabelas subsequentes), incluiu um ensaio randomizado relevante e três estudos controlados antes e depois com limitações importantes. Houve um alto risco de viés para os impactos estimados na prevalência do consumo de cigarros. Inconsistências importantes nos resultados não apresentaram explicações convicentes. Os estudos na revisão foram baseados nos Estados Unidos (2), no Reino Unido (1) e na Austrália (1), com diferenças nas intervenções e incertezas sobre se resultados similares seriam esperados no países nos quais esta política foi considerada. Dois estudos encontraram um efeito em grupos de baixa idade que não foi mantido em um estudo; dois estudos não encontraram uma mudança no comportamento do fumante. É difícil estimar, com base nestes estudos, qual seria a melhor estimativa do impacto do licenciamento a vendedores de cigarro com verificações de conformidade na redução do número de pessoas que fumam. Uma estimativa mais baixa seria a não existência de impactos desta intervenção. A estimativa mais alta é retirada de um laudo pericial (consulte as Tabelas 3-5)

[4] A estimativa mais alta de anos de vida salvos, que é retirada do mesmo laudo pericial, tem as mesmas limitações do que a estimativa do impacto no comportamento do fumante, já que se baseia naquela estimativa. Além disso, baseia-se em suposições sobre o que aconteceria mais além da extensão dos estudos que avaliaram impactos no comportamento do fumante também, e suposições sobre o impacto das alterações no comportamento do fumante em relação à mortalidade.

[5] As estimativas de custos da política foram tiradas do laudo pericial (descritas na tabelas subsequentes deste artigo). Estas tem como base uma estimativa de quantos vendedores venderam cigarros, uma suposição de custo do processo para cada licença, e uma suposição sobre os custos de cada verificação de conformidade.

Tabela 3. O que está sendo comparado? Exemplo de caso: o licenciamento a vendedores de cigarro

A redução dos adolescentes fumantes foi uma prioridade no Ministério da Saúde em um país europeu. Um relatório das opções de políticas para atingir isso foi comissionado pelo governo interessado e preparou-se um relatório por especialistas líderes em saúde pública. Uma das opções de políticas consideradas no relatório foi o licenciamento a vendedores de cigarro. A perda de tal licença foi proposta como penalidade para a venda ilegal de cigarros a menores. Esta opção foi comparada no relatório ao status quo, ou seja, a ausência de licenciamento a vendedores de cigarro. Os especialistas em saúde pública não realizaram nem usaram uma revisão sistemática, tampouco especificaram quais características da opção de política (ou comparador) consideraram como sendo cruciais ou importantes.

Várias questões importantes não foram consideradas no relatório. Podem ter existido, por exemplo, diferenças importantes entre o status quo das áreas nas quais os formuladores de políticas consideraram implementar a política e aquelas nas quais os estudos foram realizados. Tais considerações podem ter incluído outras políticas já adotadas para reduzir a venda de cigarros a menores. É possível que a legislação existente já tenha estabelecido a venda de cigarros a menores como ilegal, ou contenha outros métodos pelos quais a legislação poderia ser aplicada (por exemplo: mediante multas ou outras penalidades para a venda ilegal de cigarros, educação individual dos vendedores (informando-os sobre as exigências legais), ou campanhas na mídia (para conscientizar a comunidade). Também poderiam ter existido diferenças na facilidade com a qual menores conseguem cigarros de outras fontes (por exemplo: dos pais e amigos ou através de furtos).

Os especialistas consideraram de forma explícita duas opções de políticas para o licenciamento a vendedores de cigarro, instituindo três verificações de conformidades por ano (por um adolescente tentando comprar cigarros) para ter certeza de que os vendedores não estavam vendendo cigarros a menores, e uma verificação de conformidade por ano com controle interno (exigindo que os próprios vendedores controlassem a não venda de cigarros a menores). A penalidade para a não conformidade em ambos os casos era a perda da licença. Outras formas de fazer cumprir o licenciamento são possíveis, algumas delas foram avaliadas em outros estudos. Os especialistas que escreveram este relatório não abordaram explicitamente se as diferenças nas abordagens referentes à aplicação do licenciamento foram susceptíveis de gerar modificações importantes na efetividade da política.

Tabela 4. Quais são os resultados mais importantes? Exemplo de caso: o licenciamento a vendedores de cigarro

O resultado primário considerado pelo laudo pericial autorizado pelo governo interessado foi a prevalência do tabagismo. Isso foi reconhecido como sendo um resultado secundário das consequências do tabagismo. O impacto nos anos de vida salvos foi estimado com base no impacto estimado na prevalência do tabagismo e nos dados epidemiológicos vinculando tabagismo com mortalidade. Impactos na morbidade não foram considerados. Outros impactos que foram expressamente considerados pelos especialistas foram os custos administrativos e a aceitabilidade política e pública. Há vários outros resultados que o laudo pericial poderia ter considerado, inclusive:

- Os custos para os vendedores e possíveis prejuízos (por exemplo: aumento de furtos ou comércio de fronteiras)
- Quem pagaria pelos custos administrativos de tais esquemas
- As possíveis diferenças nos impactos da política sobre diferentes populações (por exemplo: menores em desvantagem sócio-econômica ou aqueles que moram próximos da fronteira do país (que poderiam atravessar a fronteira do país vizinho para comprar cigarros)
- Consequências éticas (por exemplo: aquelas relacionadas ao uso de um menor ou uma pessoa pretendendo ser um menor para verificações de conformidade, ou a equidade da política em relação aos impactos potencialmente diferentes nos distintos grupos de menores e vendedores)

Tabela 5. Quais são as melhores estimativas dos impactos? Exemplo de caso: o licenciamento a vendedores de cigarro

O laudo pericial sobre políticas para reduzir o tabagismo na adolescência autorizado pelo governo interessado estimou que outorgar licença a vendedores de cigarro resultaria em uma redução relativa de 10% no número de fumantes. Usando a atual prevalência de fumantes como referência, o efeito absoluto da política foi estimado como sendo uma redução de 1.650 fumantes por ano. Com base nos modelos epidemiológicos do aumento do risco de morte devido ao tabagismo, os especialistas estimaram que esta política pouparia 9.240 vidas por ano. Não foi fornecido intervalos de confiança, embora foi observado que o atual efeito era muito incerto e uma variedade de estimativas foi usada para calcular a relação custo-benefício do licenciamento a vendedores de cigarro. Os custos administrativos foram estimados, com base na estimativa de quantos vendedores venderam cigarro, uma suposição sobre quanto custaria processar cada licença, e uma suposição sobre quanto cada inspeção custaria (para verificar a conformidade com a exigência de não vender cigarros a menores).

Usando estas distintas suposições, o custo estimado custo total foi entre €7,2 milhões e €10,5 milhões por ano.

Tabela 6. Intervalos de confiabilidade

Um intervalo de confiabilidade (IC) é a variação aproximada de uma estimativa que exprime o grau de precisão de uma estimativa. O intervalo de confiabilidade é um guia que representa o grau de certeza sobre a quantidade na qual estamos interessados (por exemplo: o efeito da opção de uma política em um resultado de interesse). Quanto menor for a variação entre os números mais altos e mais baixos do intervalo de confiabilidade, mais precisa será a estimativa, e maior certeza haverá com relação ao valor real. Quanto maior a variação, mais será a incerteza. A amplitude, ou variação, do intervalo de confiabilidade reflete a extensão na qual a chance pode ser responsável por uma estimativa observada (intervalos mais amplos refletem maior probabilidades de a chance ser um fator). Um IC de 95% significa que podemos estar 95% confiantes de que o tamanho real de um efeito está entre o limite de confiança mais alto e mais baixo. Opostamente, há 5% de probabilidade de que o efeito verdadeiro esteja fora desta variação.

Tabela 7. Quão confiantes estamos nos impactos estimados? Exemplo de caso: o licenciamento a vendedores de cigarro

O laudo pericial autorizado pelo governo interessado concluiu que as bases empíricas para o licenciamento a vendedores de cigarro foram "sólidas", mas a base para este julgamento não foi clara. Os especialistas não conduziram, nem mencionaram, a revisão sistemática que é indicada na Tabela 3, ou qualquer outra revisão sistemática como a base para suas estimativas, embora uma revisão sistemática estivesse disponível [24]. Em contraste com o julgamento não explicado dos especialistas, uma avaliação da evidência resumida na revisão sistemática usando a abordagem GRADE sugere que a qualidade da evidência era muito baixa para todos os resultados importantes (consulte a Tabela 8 para informações adicionais sobre o sistema de avaliação GRADE). A tabela 1 resume as descobertas do relatório dos especialistas na forma de balancete para esta decisão política e mostra uma avaliação de qualidade da evidência para as três estimativas usando a abordagem GRADE.

Os autores da revisão sistemática (que incluiu uma variedade mais ampla de intervenções e desenhos de estudos) concluíram: "Intervenções com vendedores podem levar a uma grande diminuição nos números de lojas de varejo vendendo cigarros a jovens. Entretanto, algumas das comunidades estudadas nesta revisão atingiram níveis

sustentados de alta conformidade. Isto pode explicar porque existe pouca evidência para um efeito da intervenção nas percepções dos jovens sobre a facilidade de acesso a cigarros e sobre o comportamento do tabagismo." As estimativas 'pessimistas' dos benefícios na Tabela 1 são consistentes com as descobertas da revisão sistemática e não foram consideradas no laudo pericial.

Tabela 8. O sistema GRADE para avaliar a qualidade das evidências

Avaliar a qualidade das evidências requer julgamentos rigorosos sobre até que ponto se pode ter certeza de que uma estimativa de efeito é correta. O GRADE fornece uma abordagem sistemática e transparente para tornar os julgamentos de cada resultado de uma decisão importantes [12]. Os julgamentos se baseiam no tipo de desenho do estudo (avaliações randomizadas versus estudos de observação), o risco de viés (limitações do estudo), a consistência dos resultados nos estudos, e a precisão da estimativa geral em todos os estudos. Com base nestas considerações para cada resultado, a qualidade da evidência é classificada como alta, moderada, baixa ou muito baixa, usando as seguintes definições:

⊗⊗⊗⊗ **Alta**	• Confiante que o efeito verdadeiro está perto daquele da estimativa do efeito
⊗⊗⊗○ **Moderada**	• O efeito verdadeiro pode estar perto da estimativa do efeito, mas há uma possibilidade de que seja substancialmente diferente
⊗⊗○○ **Baixa**	• O efeito verdadeiro pode ser substancialmente diferente do da estimativa do efeito
⊗○○○ **Muito baixa**	• Bastante incerto sobre a estimativa

Tabela 9. Um modelo formal econômico pode ajudar? Exemplo de caso: o licenciamento a vendedores de cigarro

O laudo pericial autorizado pelo governo interessado incluiu uma análise econômica. Esta conclui que o custo por ano de vida salvo por licenciar vendedores de cigarro e conduzir verificações de conformidade, esta aproximadamente entre €900 e €92.000, com a melhor estimativa de €8,000. Os autores observaram que estavam substancialmente incertos sobre suas estimativas e sugeriram enfocar na variação de estimativas em vez de na melhor estimativa. Contudo, eles relataram estimativas exatas (com base em suposições que fizeram) e concluíram que a base empírica para

recomendar o licenciamento a vendedores de cigarro era sólida. Como resultado, os formuladores de políticas que não leram este relatório poderiam fazer uma conclusão crítica (errônea, em nossa opinião) de que o relatório forneceu evidências de alta qualidade de que o licenciamento a vendedores de cigarro era tão efetivo em custo quanto (ou mais efetivo em custo que) uma ampla variedade de serviços preventivos clínicos pagos pelo governo. Uma revisão mais sistemática das evidências implícitas [24] e uma sumário das descobertas que incluíram julgamentos mais sistemáticos e transparentes da qualidade das evidências (conforme mostrado na Tabela 1), teria fornecido uma melhor base para o processo decisório.

Tabela 10. Fatores que podem determinar a importância da implementação de políticas e programas de saúde

O seguintes fatores podem, algumas vezes, ser considerados de forma independente (ou em combinação) como critério para definir prioridades na implementação de políticas e programas de saúde:

- Quão sério é o problema – q uanto mais sério for o problema, maior será a probabilidade de que a política ou o programa que o aborda seja uma prioridade
- O número de pessoas que são afetadas pelo problema – quanto maior for o número de pessoas afetadas, maior será a probabilidade de que a política ou o programa que o aborda seja uma prioridade
- Benefícios – quanto maior for o benefício, maior será a probabilidade de que a política ou o programa seja uma prioridade
- Efeitos adversos – quanto maior for o risco de efeitos indesejáveis, menor será a probabilidade de que a política ou o programa seja uma prioridade
- Uso de recursos (custos) – quanto maior for o custo, menor será a probabilidade de que a política ou o programa seja uma prioridade
- Relação custo-benefício – quanto menor for o custo por unidade de benefício, maior será a probabilidade de que a política ou o programa seja uma prioridade
- Impactos sobre equidade – políticas ou programas que reduzem desigualdades podem ser mais prioritários do que os que não as reduzem (ou aqueles que as aumentam)

As decisões sobre prioridades deveriam apoiar-se nos critérios compartilhados ou nas razões, como as ideias mostradas acima. Elas também deveriam ser abertas a controles e deveriam poder fazer parte das considerações feitas pelas partes envolvidas. A regulamentação deveria garantir o cumprimento destas três condições [25]. Quando critérios, como os acima, são usados implicitamente em vez de explicitamente, é difícil avaliar se os critérios ou as decisões foram adequados [26].

17. Como lidar com insuficiente evidência de pesquisa?

Andrew D Oxman[1*], *John N Lavis*[2], *Atle Fretheim*[3] *and Simon Lewin*[4]

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; 2009, **7**(Suppl 1):S17 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S17.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s17.pdf

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo, trataremos do problema de tomar de decisões em situações nas quais há evidências insuficientes disponíveis. Geralmente, os formuladores de políticas têm poucas evidências para realmente conhecer os impactos futuros de uma opção de política ou programa de saúde mas devem, ainda assim, tomar decisões. Sugerimos quatro questões a serem consideradas quando não houver evidências suficientes para ter certeza dos impactos da implementação de uma opção. Estas são: 1. Existe uma revisão sistemática dos impactos da opção? 2. A evidência inconclusiva foi mal interpretada como evidência sem efeito? 3. E possível ter certeza de uma decisão mesmo com a falta de evidências? 4. A opção é potencialmente prejudicial, ineficiente ou não compensa o custo?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

O Ministério da Saúde está analisando algumas estratégias para selecionar e contratar profissionais em áreas rurais carentes. O Ministro da Saúde pediu sua opinião sobre tais estratégias. Você encontrou vários artigos que descreve estratégias usadas anteriormente em outros cenários, porém sem avaliações seguras de seus impactos [2].

HISTÓRICO

Neste artigo, apresentamos cinco perguntas que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem fazer ao considerar cenários nos quais possa haver evidências insuficientes para avaliar os impactos das opções de política e programa.

É irreal supor que os impactos de um programa ou política de saúde possam ser previstos com um grau de certeza absoluto. Muitos procedimentos administrativos, financeiros e de entrega não foram rigorosamente avaliados. Tampouco os programas, serviços e medicamentos para os quais tais procedimentos oferecem suporte. Contudo, os formuladores de políticas precisam tomar decisões, independentemente da disponibilidade (ou escassez) de evidências que as apóiem.

Neste artigo, nos concentraremos nas decisões tomadas em situações nas quais há poucas evidências disponíveis para saber se uma determinada opção terá os impactos pretendidos ou não pretendidos (e indesejáveis). Erros comuns cometidos quando há poucas evidências disponíveis incluem suposições sobre a evidência sem uma revisão sistemática, confundindo a falta de evidências com evidências sem efeito, supondo que a falta de evidências suficientes implica necessariamente em incertezas sobre uma

decisão e a suposição que fingir certeza é politicamente conveniente. Apresentamos neste artigo quatro questões que podem ajudar a evitar tais enganos.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes questões podem ser consideradas caso não haja evidências suficientes que garantam um grau de certeza sobre os impactos da implementação de uma política ou de um programa:

1. Existe uma revisão sistemática dos impactos da opção?
2. A evidência inconclusiva foi mal interpretada como evidência sem efeito?
3. E possível ter certeza de uma decisão mesmo com a falta de evidências?
4. A opção é potencialmente prejudicial, ineficiente ou não compensa o custo?

1. Existe uma revisão sistemática dos impactos da opção?

O primeiro passo para lidar com a falta de evidências é averiguar as evidências que *estão* disponíveis. É arriscado criar suposições sobre a disponibilidade de evidências sem consultar revisões sistemáticas. Considerações referentes à detecção e avaliação crítica de revisões sistemáticas podem ser encontradas nos Artigos 5 e 6 desta série [3,4].

Para muitas questões relacionadas a sistemas de saúde, não é possível encontrar revisões sistemáticas relevantes e atualizadas. É de conhecimento geral, por exemplo, que os profissionais da área de saúde são críticos na concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDGs) e de outras metas da área da saúde. Apesar disso, uma visão geral das revisões sistemáticas de opções que abordam recursos humanos na área da saúde encontrou apenas uma pequena quantidade de evidências de pesquisa sintetizadas de alta qualidade referentes aos efeitos de algumas opções para o aperfeiçoamento dos recursos humanos na área da saúde [5]. Outras visões gerais das revisões encontraram lacunas semelhantes [e.g. 6]. A falta de revisões sistemáticas não implica necessariamente em falta de evidências. Porém, em tais circunstâncias, torna-se difícil para os formuladores de políticas saber qual evidência encontra-se disponível (consulte a Tabela 1, por exemplo).

Talvez seja necessário realizar avaliações rápidas quando houver limitações de tempo ou recursos. Tais avaliações devem ser transparentes quanto aos métodos usados, assim como a quaisquer limitações metodológicas ou dúvidas relacionadas. Deveriam também tratar da necessidade e urgência da realização de uma futura revisão sistemática [7]. A comissão de novas revisões também deve ser levada em consideração, sempre que uma revisão relevante e atualizada de boa qualidade não esteja disponível. Processos adequados deveriam ser estabelecidos, inclusive a definição de prioridades para revisões sistemáticas [8]. Criar e estreitar laços de colaboração internacionais, tais como o Cochrane Collaboration (www.cochrane.org), podem evitar duplicações

desnecessárias de esforços que envolvam a produção de revisões sistemáticas e ajudar a garantir a pronta disponibilidade de revisões atualizadas.

2. A evidência inconclusiva foi mal interpretada como evidência sem efeito?

Outro erro comum encontrado em situações nas quais as evidências não são conclusivas é a má interpretação entre a falta de evidência de um efeito e a 'evidência sem efeito' [9]. É errado alegar que uma evidência não conclusiva demonstra que uma política ou um programa tenha sido 'sem efeito'. 'Significância estatística' *não deve* ser confundida com importância.

Quando os resultados não são 'estatisticamente significativos' não que dizer que não houve impactos. Geralmente, um limite de 5% é usado para indicar significância estatística. Isso significa que os resultados são considerados 'estatisticamente não significativos' se a análise mostra que diferenças tão grandes quanto (ou maiores que) à diferença observada podem ocorrer por mero acaso *mais de* uma em vinte vezes ($p \geq 0{,}05$). Há, no entanto, dois problemas com tal suposição. Primeiramente, o limite de 5% é arbitrário. Segundo, os resultados 'estatisticamente não significativos' (geralmente considerados erroneamente como 'negativos'), podem ser inconclusivos ou não. A Tabela 2 apresenta uma discussão mais detalha desse ponto e a Figura 1 ilustra como o uso do termo 'estatisticamente não significativo' ou 'negativo' pode ser enganoso.

As tendências que são 'positivas' (por exemplo, em favor de uma opção) mas 'estatisticamente não signifactivas' são frequentemente descritas como 'promissoras', o que pode ser errôneo também. Tendências 'negativas' da mesma magnitude, por outro lado, não são tipicamente descritas como 'sinais de alerta'.

Os formuladores de políticas deveriam saber que pesquisadores normalmente cometem esses tipos de erros. Para evitar enganos, eles deveriam ser cuidadosos quanto às interpretações equivocadas da significância estatística.

3. E possível ter certeza de uma decisão mesmo com a falta de evidências?

Alguns formuladores de políticas talvez concordem com Charlie Brown que afirmava: "Eu sempre estou certo se é uma questão de opinião". Mas muitos concordariam que uma evidência de alta qualidade oferece uma base bem mas confiável na tomada de decisões. No entanto, deve haver bons motivo para se manter confiante sobre uma decisão mesmo na falta de evidências. Há pouquíssimas evidências de qualidade que demonstrem, por exemplo, que administrar aspirinas a crianças com gripe ou catapora pode causar a síndrome de Reye, doença rara, porém fatal [10]. Apesar das limitações dessa evidência, o US Surgeon General e outros desaconselharam o uso de aspirina nessas circunstâncias. Isso é devido à disponibilidade de paracetamol (acetaminofeno) como uma alternativa de efeito semelhante e de baixo custo que evita que as crianças

sejam colocadas em risco, mesmo na ausência de certeza do grau de risco propriamente dito. Por outro lado, talvez seja razoável acreditar que as políticas ou os programas de alto custo e efeitos potencialmente adversos *não* deveriam ser implementadas sem uma rigorosa avaliação de seus impactos.

4. A opção é potencialmente prejudicial, ineficiente ou não compensa o custo?

"As boas intenções e teorias plausíveis dos profissionais são insuficientes para selecionar políticas e práticas para a proteção, promoção e restabelecimento da saúde. Humildade e incerteza são condições prévias para avaliações imparciais dos efeitos de prescrições e proscrições dos formuladores de políticas e profissionais a outras pessoas. Prestaremos serviço ao público de maneira mais responsável e ética quando pesquisas elaboradas para reduzir a probabilidade de vieses e casualidades se tornarem um elemento esperado da prática profissional e da formulação de políticas e não um complemento opcional." (Iain Chalmers, Editor, the James Lind Library, apresentação no Norwegian Directorate for Health and Social Welfare em 1 de setembro de 2003. Para mais detalhes sobre esses comentários, consulte as Referências bibliográficas [11])

É arriscado não admitir ter incerteza por razões de conveniência política. Como pudemos observar no Artigo1 dessa série [12], admitir a existência de dados incorretos na sustentação de políticas pode reduzir riscos políticos, pois isso permite que formuladores de políticas criem maneiras para alterar o curso caso tais políticas não obtenham o resultado esperado.

Conforme a citação acima sugere, boas intenções e teorias plausíveis não são suficientes na hora de selecionar políticas e práticas. Isso é verdade para sistemas de saúde e intervenções clínicas. Exemplos de intervenções clínicas consideradas relativamente ineficazes ou prejudiciais após terem sido inicialmente tidas como benéficas e amplamente usadas incluem:

- Soluções de reidratação osmolar altas em vez de baixas para crianças com diarréia [13]
- Diazepam ou fenitoína em vez de sulfato de magnésio para mulheres com eclampsia [14,15]
- Seis ou mais visitas pré-natal em vez de quatro [16]
- Corticosteróides para pacientes com trauma craniano grave [17]
- Albumina em vez de água salgada para reanimação de pacientes críticos [18]
- Terapia de reposição hormonal para reduzir o risco de doenças coronárias e AVCs em mulheres [19]
- Repelentes eletrônicos de mosquitos para evitar picadas de mosquitos infecção por malária [20]

Todas as intervenções citadas acima foram baseadas em teorias subjacentes, evidências indiretas, resultados secundários e estudos de observacionais: ensaios randomizados subsequentemente desaprovaram todas as suposições subjacentes. Tal fato sustenta a afirmação (acima citada) de que com avaliações rigorosas uma *expectativa* em vez de uma *opção* para apoiar decisões sobre a prestação de intervenções clínicas, o público poderá ser atendido de forma mais responsável e ética.

Tais preocupações se aplicam também a sistemas de saúde e intervenções de saúde pública. Exemplos de sistemas de saúde e intervenções de saúde pública amplamente usados e defendidos, porém com chances de serem ineficazes e mais prejudiciais do que benéficos são os seguintes:

- Intervenções na comunidade e em escolas para reduzir o risco de gravidez na adolescência [21]
- Tratamento diretamente observado no caso de tuberculose [22]
- Taxas de usuários por medicamentos essenciais [23]
- Hospitais privados com fins lucrativos em vez de sem fins lucrativos [24]
- Redução da má distribuição ao impor que os médicos trabalhem durante um número mínimo de anos em áreas carentes antes de se especializarem [2]
- Algumas formas de financiamento com base em resultados ou remuneração por desempenho [25]
- Contrato com o setor privado para prestação de serviços de saúde [26]

Recomenda-se muita cautela antes de investir recursos escassos em políticas ou programas que demandam grandes investimentos que não possam ser recuperados [27]. Em caso de grau significativo de incerteza sobre os impactos de tais opções, uma avaliação rigorosa (um estudo piloto, por exemplo) poderá evitar um potencial desperdício de recursos. E embora tais procedimentos pareçam apresentar atrasos desnecessários, Julio Frenk, ex-Ministro da Saúde do México, observou o seguinte: "Tanto politicamente, em termos de prestação de contas àqueles que financiam o sistema, quanto eticamente, em termos do melhor uso possível dos recursos disponíveis, a avaliação é absolutamente crucial" [28]. As decisões tomadas tanto a favor quanto em contra de uma determinada opção poderão, da mesma forma, ter consequências indesejáveis no caso de falta de evidências (consulte a Tabela 3 para ver um exemplo e obter explicações detalhadas). Sustentar a formulação de políticas testando uma opção proposta em uma avaliação bem desenhada oferece uma melhor abordagem.

Quando os julgamentos sobre os efeitos de opções se baseiam em teorias, resultados secundários, estudos limitados de observação, avaliações inadequadas dos impactos, analogias ou provas casuísticas, os formuladores de políticas devem ser cautelosos quanto à implementação destas (consulte exemplo na Tabela 4) [29].

E mesmo quando o grau de incerteza sobre os benefícios de uma opção for pequeno, poderá ainda existir uma incerteza significativa sobre *outras* consequências

potencialmente importantes, inclusive efeitos (prejuízos) e custos não intencionais (consulte exemplo na Tabela 5). Políticas ou programas com lógicas convincentes podem ser, na realidade, prejudiciais.

No caso de opções promissoras, mas para as quais não há evidências suficientes para indicar a probabilidade de danos, ineficácia ou de custo não compensador, uma avaliação bem projetada dos impactos é altamente recomendável. Tal procedimento pode ser realizado antes da implementação do programa ou da política ou ser integrado como parte da implementação propriamente dita. Considerações mais detalhadas referentes ao monitoramento e à avaliação encontram-se no Artigo 18 desta série [29].

CONCLUSÃO

A maioria das políticas e dos programas é complexo e tendem a gerar efeitos diversos. Algumas evidências estarão quase sempre disponíveis com base na experiência adquirida com políticas e programas similares em outros cenários. Entretanto, conforme os Artigos 8 e 9 dessa série, é de crucial importância que os formuladores de políticas considerem o grau de confiabilidade de tal evidência e avaliem a aplicabilidade dos dados encontrados em seu próprio cenário [4,30]. A incerteza quanto ao impacto de políticas e programas em resultados significativos é típica. Na existência de incerteza significativa, erros comuns, como aqueles descritos nesse artigo, deveriam ser evitados.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Chalkidou K, Hoy A, Littlejohns P. Making a decision to wait for more evidence: When the National Institute for Health and Clinical Excellence recommends a technology only in the context of research. J R Soc Med 2007; 100:453-60. http://jrsm.rsmjournals.com/cgi/content/full/100/10/453

Oxman AD, Bjørndal A, Becerra F, Gonzalez Block MA, Haines A, Hooker Odom C, et al. Helping to ensure well-informed public policy decisions: a framework for mandatory impact evaluation. Lancet. In press.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. JNL, AF e SL contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Iain Chalmers e Malcolm Maclure pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Grobler LA, Marais BJ, Mabunda S, Marindi P, Reuter H, Volmink J: **Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in underserved communities.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, **1:**CD005314.

3. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.

4. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.

5. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S: **Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **371:**668-74.

6. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastias G, Chopra M, Ciapponi A *et al.*: **Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **372:**928-39.

7. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4:**20.

8. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S3)**.

9. Alderson P, Chalmers I: **Survey of claims of no effect in abstracts of Cochrane reviews.** *BMJ* 2003, **326:**475.

10. Centers for Disease Control (CDC): **Surgeon General's advisory on the use of salicylates and Reye syndrome.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1982, **31:**289-90.

11. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1:**227-42.

12. 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)**.

13. Hahn S, Kim S, Garner P: **Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration caused by acute diarrhoea in children.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1:**CD002847.

14. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4:**CD000127.

15. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4:**CD000128.

16. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M: **Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy.** *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **4:**CD000934.

17. Alderson P, Roberts I: **Corticosteroids for acute traumatic brain injury.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1:**CD000196.

18. Liberati A, Moja L, Moschetti I, Gensini GF, Gusinu R: **Human albumin solution for resuscitation and volume expansion in critically ill patients.** *Intern Emerg Med* 2006, **1:**243-5.

19. Farquhar C, Marjoribanks J, Lethaby A, Suckling JA, Lamberts Q: **Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **2:**CD004143.

20. Enayati AA, Hemingway J, Garner P: **Electronic mosquito repellents for preventing mosquito bites and malaria infection.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **2:**CD005434.

21. Guyatt GH, DiCenso A, Farewell V, Willan A, Griffith L: **Randomized trials versus observational studies in adolescent pregnancy prevention.** *J Clin Epidemiol* 2000, **53:**167-74.

22. Volmink J, Garner P: **Directly observed therapy for treating tuberculosis.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **4:**CD003343.

23. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, *et al*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1:**CD007017.

24. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, *et al*: **A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.** *CMAJ* 2002, **166:**1399-406.

25. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing*. Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

26. Lagarde M, Palmer N: **The impact of contracting out on access to health services in low and middle income countries.** *Cochrane Library* 2009, **4:**CD008133.

27. Chalkidou K, Hoy A, Littlejohns P: **Making a decision to wait for more evidence: when the National Institute for Health and Clinical Excellence recommends a technology only in the context of research.** *J R Soc Med* 2007, **100:**453-60.

28. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

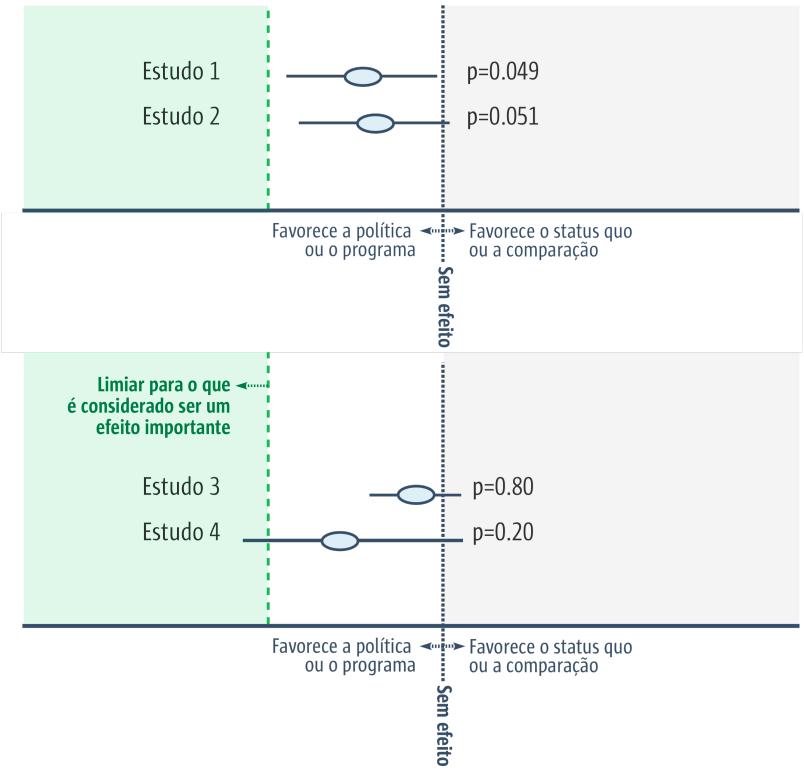
29. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.

30. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.

31. UK Cabinet Office: *Modernising government: presented to parliament by the prime minister and the minister for the Cabinet Office by command of Her Majesty*. Cm 4310. London, Stationary Office. 1999.

32. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R: **Using evidence to inform health policy: case study.** *BMJ* 2001, **322:**222-5.

Figura 1. Dois problemas na classificação de resultados como 'estatisticamente insignificantes' ou 'negativos'



Os pontos em azul na Figura acima indicam o efeito previsto em cada estudo e as linhas horizontais, os intervalos de 95% de confiabilidade. Um intervalo de 95% de confiabilidade significa que podemos ter 95% de certeza de que a verdadeira extensão do efeito está entre o limite de confiabilidade superior e inferior (as duas extremidades das linhas horizontais). Por outro lado, há 5% de probabilidade de que o efeito verdadeiro esteja fora desta variação.

Tabela 1. Uma investigação independente sobre as desigualdades na área da saúde – um exemplo da necessidade de revisões sistemáticas atualizadas para saber que evidências há

Em 1997, o primeiro governo trabalhista britânico estava interessado em reduzir as desigualdades na área da saúde. Para tanto, aconselhou-se com a comunidade de saúde pública sobre como reduzir as desigualdades, mas foram impostos limites claros sobre quais conselhos seriam considerados aceitáveis. O governo exigiu rapidez, mas determinou que tais conselhos fossem baseados em evidências para cumprir o desejo expresso do governo de ter uma política pública baseada em evidências [31]. A saúde pública e outras comunidades responderam com entusiasmo. Uma quantidade

considerável de material foi produzido pela e para a investigação e foram sugeridas várias recomendações [32].

Revisões subsequentes de tais recomendações, entretanto, encontraram pouca evidência da provável ou real efetividade de muitas das recomendações 32]. Houve também uma falta notável de pesquisas adequadas de evidências relevantes ou de tentativas para evitar vieses na maneira na qual as informações foram identificadas, avaliadas e usadas.

Isso não significa que governos não possam desenvolver ou implementar políticas apoiadas em evidências equivocadas. A falta de evidência dificulta, entretanto, que decidam prioridades. A rapidez com que os pesquisadores recomendam políticas tendo pouco conhecimento sobre a provável efetividade das mesmas torna esse processo ainda mais difícil.

Essa investigação no Reino Unido poderia ter sido mais fácil se revisões sistemáticas atualizadas estivessem disponíveis. Além disso, um sistema que garanta que as recomendações resultantes da investigação fossem revisadas regularmente como novas informações e evidências emergentes de revisões sistemáticas atualizadas teria ajudado a garantir que ajustes nas políticas tivessem sido realizados. Tal fato teria também ajudado a evitar dificuldades futuras e semelhantes quando investigações similares fossem realizadas, ou políticas análogas consideradas em outras jurisdições. Redes internacionais, como The Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) (cujo foco é saúde) e a Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org) (cujo foco é educação, crime e justiça e bem-estar social) têm estruturas para preparar e manter revisões sistemáticas atualizadas e assim facilitar o uso mais efetivo de evidências.

O investimento de recursos públicas em pesquisas primárias tem sido substancial e se mantido dessa forma. Contudo, o retorno permanece bem menor do que o esperado e os resultados dispersos em vez de sintetizados. Indivíduos envolvidos em tarefas e calendários semelhantes àqueles da investigação britânica teriam sido muito mais beneficiados se revisões sistemáticas atualizadas estivessem rapidamente disponibilizadas. Quanto ao desenvolvimento de políticas de saúde, não existem respostas inequívocas à questão “O que funciona?” Uma revisão sistemática é o melhor ponto de partida para descobrir o que é conhecido.

Tabela 2. ‘Estatística não significativa’

A Figura 1 ilustra dois problemas que surgem quando os resultados são classificados como ‘estatisticamente não significativos’ ou ‘negativos’:

1. *A classificação é baseada em um limite arbitrário*. Os resultados do Estudo 1, por exemplo, são ligeiramente diferentes dos do Estudo 2. Contudo, com o uso do limite convencional de P < 0,05, os resultados do Estudo 1 são classificados como 'estatisticamente significativos' e os resultados do Estudo 2 como 'estatisticamente não significativos'.

2. *'Resultados estatisticamente não siginficativos podem ser inconclusivos ou não*. Se a linha vertical curta de cor verde na figura abaixo indicar o menor efeito considerado importante, os resultados do Estudo 3 serão conclusivos, uma vez que um impacto importante é altamente improvável. Os resultados do Estudo 4 serão categorizados como 'inconclusivos' uma vez que um impacto importante não seria improvável (o intervalo de confiabilidade de 95% ultrapassa o limiar do que é considerado como um efeito importante). Ambos os resultados, entretanto, poderiam ser considerados como 'estatisticamente não significativos' ou 'negativos'.

Tabela 3. Dizer "não" ou "sim" em vez de "apenas no contexto de uma avaliação"e suas consequências

Todos os países enfrentam limitações de recursos. Por esse motivo, no Reino Unido, por exemplo, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) tem oficialmente como princípio recomendar que, na existência de incertezas significativas sobre os efeitos de uma intervenção, tal intervenção deve ser usada somente no contexto de uma pesquisa [27]. 16 (aproximadamente 4%) das recomendações sobre a avaliação de tecnologias do NICE publicadas entre 1999 e início de 2007 aconselharam o uso de uma tecnologia apenas no contexto de pesquisas. Tomar decisões erradas dizendo "não" ou "sim" a uma tecnologia ignorando tal fato apresenta resumidamente as consequências abaixo (ver Referência bibliográfica [27] para mais detalhes).

Dizer "não" em vez de "apenas em pesquisa" e suas consequências

- O acesso a tecnologias potencialmente efetivas e promissoras é negado aos pacientes
- Ocorrem Atrasos na elaboração de evidências em áreas importantes tendo como resultado um impacto geral negativo na área da saúde

Dizer "sim" em vez de "apenas em pesquisa" e suas consequências

- O acesso a intervenções ineficazes ou potencialmente prejudiciais e improcedentes é promovido
- Qualquer pesquisa futura ou em curso é rigorosamente dificultada Talvez questões importantes sobre eficácia e relação custo-benefício não sejam nunca respondidas
- Poucos recursos serão desperdiçados

- Reverter um “sim” por qualquer evidência futura compromete a credibilidade e torna a implementação mais difícil

Tabela 4. Exemplo de uma intervenção potencialmente ineficaz ou prejudicial que foi altamente promovida com base em evidências insuficientes

Há medicação eficaz para tuberculose disponível desde os anos 40. Apesar disso, essa doença continua matando dois milhões de pessoas por ano, sobretudo em países de baixa renda. Indivíduos acometidos de tuberculose necessitam de tratamento de seis a oito meses. A dificuldade que muitos têm em completar o tratamento é a maior barreira para erradicar a doença. A baixa adesão ao tratamento pode causar infecção prolongada, resistência às drogas, reincidência ou mesmo morte. Consequentemente, o tratamento incompleto oferece um grande risco tanto para o indivíduo quanto para a comunidade como um todo.

O DOT (Directly observed therapy, tratamento diretamente observado) visa aumentar a adesão de indivíduos ao tratamento de tuberculose por meio de funcionários da área da saúde, membros da família ou da comunidade para que observem de modo direto os pacientes submetidos à medicação contra a tuberculose. O DOT é uma vantagem em potencial pois a probabilidade da adesão aumentar é maior em função de um monitoramento mais próximo das pessoas e do processo social envolvendo a pressão do grupo. Uma das desvantagens potenciais é que esse tratamento foge dos modelos de comunicação de adesão com ênfase na cooperação entre paciente e prestador de serviços, e retoma a abordagem médica tradicional na qual o paciente recebe conselhos e tratamento com passividade. Além disso, as implicações de recursos são substanciais para uma política desse tipo, particularmente em países de média ou baixa renda nos quais a carga pode ser maior. O DOT pode tornar a adesão ainda pior quando aplicado rigidamente em um cenário autoritário, ou quando os pacientes precisam viajar longas distâncias para a supervisão de seus tratamentos.

A Organização Mundial da Saúde e outras organizações vêm promovendo ativamente o DOT desde os anos 80, geralmente como parte de um programa de gerenciamento abrangente de atendimento à tuberculose conhecido como DOTS (directly observed therapy, short course, tratamento diretamente observado, curso rápido), uma estratégia composta de cinco elementos para o controle da tuberculose. Embora a estratégia como um todo pareça segura, há uma incerteza significativa quanto ao DOT ser um elemento chave do DOTS. Quando o DOTS foi lançado, a eficácia do DOT foi totalmente evidenciada através de estudos de observação e nenhuma avaliação randomizada dos impactos do DOT foi realizada. Subsequentemente, 11 ensaios randomizados compararam o DOT a uma autoadministração e descobriram que o DOT

não melhorava a adesão ao tratamento, apesar dos recursos substanciais exigidos e suas outras desvantagens [22].

Tabela 5. Exemplo de incertezas significativas sobre prejuízos importantes em potencial

Embora haja quase nenhuma dúvida de que os incentivos financeiros, quando suficientemente grandes, podem mudar comportamentos, eles podem também causar comportamentos inesperados. O custo tanto dos incentivos como de sua administração também pode ser substancial [25]. Os efeitos inesperados observados da remuneração por desempenho (pagamento pela obtenção de resultados bem definidos) incluem:

- *Comportamentos inesperados*: As transferências condicionais de dinheiro (CCT, conditional cash transfers) fizeram com que algumas mães mantivessem seus filhos desnutridos para manter a elegibilidade. Um aumento da fertilidade entre 2% e 4%, observado em outro estudo, pode ter ocorrido devido ao fato de apenas gestantes serem elegíveis para o subsídio CCT
- *Distorções*: Incentivos financeiros podem fazer com que os recebedores ignorem outras funções importantes
- *Jogos*: Os incentivas financeiros podem se tornar um mero jogo (mudanças em relatórios em vez de mudanças esperadas na prática)
- *Corrupção*: Os incentivos financeiros podem ser roubados ou utilizados incorretamente, se administrados inadequadamente
- *Escolha a dedo*: Os incentivos de desempenho para prestadores de serviços podem influenciar o acesso dos pacientes a tratamentos de saúde ao mudar o grau de empenho dos funcionários ou das organizações da área da saúde em cuidar de tais pacientes, populações carentes e pacientes mais difíceis
- *Aumentando a diferença entre ricos e pobres*: Os incentivos de desempenho para prestadores de serviços podem aumentar a lacuna de recursos existente entre organizações que atendem pacientes carentes e aquelas que não
- *Dependência de incentivos financeiros*: Contar com incentivos pode fomentar a dependência neles. Se o comportamento dos prestadores de serviços não for inerente, poderá diminuir ou desaparecer quando tais incentivos cessarem ou novos forem introduzidos
- *Desmoralização*: Os incentivos financeiros podem causar sentimentos de injustiça e desmoralização em situações nas quais, por exemplo, os profissionais com contratos de curto prazo recebam mais incentivos financeiros do que aqueles com práticas a longo prazo ou, quando houver favoritismo
- *Burocracia*: Os esquemas financeiros com base em resultados podem ter custos administrativos substanciais associados ao controle de desempenho e ao gerenciamento de pagamentos dos incentivos financeiros

Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

18. Como monitoraro planejamento e avaliação de políticas?

Atle Fretheim[1], Andrew D Oxman[2], John N Lavis[3] and Simon Lewin[4]*

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 18: Planning monitoring and evaluation of policies.** Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S1. http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S18

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

2 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

3 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5

4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

* Autor responsável por comunicações (atle.fretheim@nokc.no)

Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

O termo *monitoramento* é frequentemente utilizado para descrever o processo de coleta sistemática de dados para informar os formuladores de políticas, gerentes e outros interessados se uma nova política ou programa estão sendo implementados de acordo com suas expectativas Os indicadores são usados para o monitoramento com o objetivo de determinar, por exemplo, se os objetivos foram alcançados ou se os fundos alocados foram usados adequadamente. Algumas vezes o termo *avaliação* é usado intercaladamente com o termo *monitoramento*, mas o primeiro geralmente sugere um foco mais forte na obtenção dos resultados. Quando o termo *avaliação do impacto* é usado, isto geralmente implica que há um esforço específico para tentar determinar se as mudanças observadas nos resultados podem ser atribuídas a uma determinada política ou programa. Neste artigo, sugerimos quatro perguntas que podem ser usadas para orientar o monitoramento e a avaliação de uma política ou opção de programa. São elas: 1. É necessário o monitoramento? 2. O que deve ser medido? 3. A avaliação do impacto deve ser feita? 4. Como a avaliação do impacto deve ser feita?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no site do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas desta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você um funcionário público sênior responsável por vários programas de saúde. Você quer assegurar que tem informações necessárias para avaliar como os vários programas são desempenhados e o impacto que eles têm.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e foi instruído a preparar um memorando de várias questões que deveriam ser levados em consideração quando o programa nacional de vacinação for avaliado.

Cenário 3: Você trabalha numa unidade de apoio do governo e usa a evidência na formulação de políticas. Você está preparando um monitoramento e avaliação para o programa nacional de controle da tuberculose.

EXPERIÊNCIA

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere várias perguntas que suas equipes podem perguntar no planejamento do monitoramento e da avaliação de uma nova política.

Para aqueles que apóiam os formuladores de decisão (Cenários 2 e 3), este artigo sugere várias perguntas que devem ser consideradas no planejamento de como monitorar a implementação das políticas e programas e a avaliação de seus impactos.

Os formuladores de políticas e outros interessados muitas vezes precisam saber se a nova política ou programa foi implementado de acordo com suas expectativas. O lançamento do programa progrediu conforme planejado? Os objetivos estão sendo obtidos? E os fundos provisionados estão sendo gastos apropriadamente?

Monitoramento é o termo normalmente usado para descrever o processo de coletar dados sistematicamente para fornecer respostas a estas perguntas [2]. O termo *monitoramento de desempenho* é frequentemente usado quando o principal foco de uma avaliação é comparar "quão bem um projeto, programa ou política foi implementado contra os resultados esperados" [2].

Indicadores são frequentemente usados como parte do processo de monitoramento. Um indicador foi definido como um "fator quantitativo, qualitativo ou variável que fornece um meio simples e confiável para medir realizações, refletir as mudanças ligadas á uma intervenção, ou ajudar avaliar o desempenho" [2]. Um indicador pode ser simplesmente a contagem de eventos, por exemplo, o número de vacinações realizadas dentro de um período definido, ou uma estrutura com base em várias fontes de dados, por exemplo, a proporção de todas as crianças que foram imunizadas antes do primeiro ano de vida.

O termo *avaliação* é utilizado indistintamente com o termo *monitoramento*, mas o primeiro normalmente sugere um foco mais forte sobre o alcance dos resultados. Estes termos não são usados consistentemente e podem significar coisas diferentes para pessoas diferentes. O termo *avaliação do impacto* é frequentemente usado quando um esforço/tentativa é feito para avaliar se as alterações observadas nos resultados (ou 'impactos') podem ser atribuídas a uma determinada política ou programa.

PERGUNTAS A CONSIDERAR

1. É necessário o monitoramento?
2. O que deve ser medido?
3. A avaliação do impacto deve ser feita?
4. Como a avaliação do impacto deve ser feita?

1. É necessário o monitoramento?

A importância de monitorar depende da necessidade percebida entre os interessados para saber mais sobre o que está acontecendo 'na base'.

Determinar se um sistema de monitoramento de uma política ou programa deve ser estabelecido pode depender de vários fatores, inclusive:

- Se um sistema de monitoramento já está no local incluindo os indicadores pretendidos, ou se um novo conjunto de indicadores foi solicitado
- O custo provável de estabelecer o sistema solicitado. Por exemplo, poderiam ser adicionados alguns itens novos no procedimento de coletar dados, ou seria necessário conduzir um levantamento domiciliar adicional de larga escala ou ainda desenvolver uma ferramenta completamente nova?

- Se as descobertas podem ser úteis. Que ações deveriam ser tomadas se o monitoramento revelasse que as coisas não estão saindo conforme planejado?

O monitoramento não é vantajoso se os dados permanecem sem uso. Os dados são especialmente úteis se uma ação corretiva for tomada quando uma lacuna for identificada entre os resultados esperados e os reais. Estas descobertas podem resultar em expectativas a ser reconsideradas. Isto pode tomar formas de avaliações, por exemplo, se os planos iniciais foram muito ambiciosos, ou se a nova política deixou de ser tão eficaz quanto era esperado.

Ver Tabela 1 para dois exemplos ilustrativos de sistemas de monitoramento que foram colocados no local dentro de um sistema de saúde [3,4].

2. O que deve ser medido?

Os indicadores que tem como foco várias partes de uma 'rede de resultados' (por exemplo, entradas, atividades, saídas, resultados ou impactos – ver Figura1) são normalmente usados para monitorar a implementação de uma opção de programa ou política. Em algumas circunstâncias isso pode ser suficiente para monitorar entradas (por exemplo, a provisão de recursos como pessoal e equipamento). Em outra isso pode ser importante para monitorar atividades do programa ou resultados (tais como o número de crianças completamente imunizadas).

Vários fatores precisam ser considerados quando selecionamos qual(is) indicador(es) usar [5,6]:

- *Validade*: até onde um indicador mede com precisão o que pretende medir
- *Aceitabilidade*: até que ponto o indicador é aceitável para os que estão sendo avaliados e daqueles submetidos à avaliação
- *Viabilidade*: até que ponto estão disponíveis para coleta dados válidos, consistentes e confiáveis
- *Confiabilidade*: até que ponto há erro de medição mínima ou as descobertas são reprodutíveis, eles deverão ser coletados novamente por outra organização?
- *Sensibilidade à mudança*: até onde um indicador tem a capacidade de detectar mudanças na unidade de medida
- *Validade previsível*: até onde o indicador tem a capacidade de prever resultados relevantes com precisão

Os custos com relação aos dados coletados, a capacidade de análise e ao feedback dos dados aos administradores e fornecedores podem também limitar a escolha dos indicadores. Em locais onde os recursos analíticos são escassos, pode ser preferível selecionar um indicador simples mesmo que se esse não tenha a melhor validade previsível, em vez de um indicador que exija manipulação estatística.

Uma troca muitas vezes é evidente entre querer usar indicadores desejados e ótimos e ter que usar aqueles indicadores baseados em dados existentes. Há boas razões para não selecionar mais indicadores do que aqueles absolutamente essenciais. Essas razões incluem: a necessidade de limitar a carga da coleção de dados dentro de um sistema de saúde, evitar a coleção de dados que não são utilizados, e focar na coleção de dados de alta qualidade, mesmo que isto signifique coletar menos dados completos [7].

As informações coletadas diariamente no sistema de saúde podem fornecer dados valiosos que podem ser usados como fonte de dados para o monitoramento. Os dados podem também ser especificamente coletados para o monitoramento, por exemplo, através de pesquisas e entrevistas. Considerações devem ser dadas no nível de motivação entre aqueles estimados para coletar os dados. Em muitos lugares, a saúde pessoal precisará integrar coleção de dados de uma programação ativa diária. Portanto, se as informações coletadas foram poucas ou sem nenhum valor local, as motivações para o comprometimento destas tarefas podem ser baixas. Do mesmo modo, se incentivos ou penalidades forem associadas com as conclusões do processo de monitoramento (por exemplo, onde o pagamento dos fornecedores está ligado aos indicadores de desempenho), devem ser considerado o risco de manipulação de dados ou sistema de jogo.

3. A avaliação do impacto deve ser feita?

Uma das limitações de monitoramento de atividades, conforme descrito acima é o fato que tais atividades não indicam necessariamente se uma política ou programa apresentou impacto nos indicadores que foram medidos. Isto ocorre porque os indicadores usados para monitoramento quase sempre serão influenciados por outros fatores que não aqueles relacionados com intervenções específicas. Isso faz com que seja extremamente difícil determinar quais fatores causaram as mudanças observadas. Se o monitoramento revelar que o desempenho está melhorando, isto não significa necessariamente que a intervenção é (somente) o fator casual. É possível que os indicadores tivessem melhorado mesmo na falta de uma intervenção (ver Figura 2).

O estabelecimento de uma relação causal entre um programa ou política e as mudanças nos resultados é a essência do que é a avaliação do impacto. O que teria acontecido se com aqueles que receberam uma intervenção eles não tivessem de fato a recebido, é *a* pergunta principal da avaliação do impacto, de acordo com o Banco Mundial [8].

Pode haver fortes razões para esperar resultados positivos com base na documentação sólida de, por exemplo, avaliações prévias. Entretanto, muitas vezes falta esta evidência. Ou a evidência disponível poder não ser aplicada ao cenário atual. Assim, há um risco real que o novo programa possa se ineficaz, ou até mesmo pior, causar mais mal que bem. Essa questão é importante aos formuladores de políticas para esclarecer na implementação de novos programas. Isso também é importante devido ao benefício

que este conhecimento poderia trazer para o futuro da política de saúde tanto no cenário do programa quanto em outras jurisdições.

Conduzir avaliações de impacto poder ser custoso. Se estes estudos representam boa relação de qualidade e preço, estes podem ser constatados através da comparação das consequências do comprometimento de uma avaliação com as consequências do não comprometimento de outra. Por exemplo, um programa pode ser interrompido ou modificado se os resultados fossem negativos? Se a resposta for 'não' o valor de comprometimento de uma avaliação do impacto é claramente limitado.

Geralmente é mais provável representar a qualidade do investimento de uma avaliação de impacto quando os resultados podem ser obtidos enquanto a intervenção estiver sendo implementada. Nestas circunstâncias há uma oportunidade de melhorar ou interromper o lançamento com base nos resultados de uma avaliação de impacto conduzido nos estágios iniciais da implementação. Isto forneceria qualidade do investimento em duas instâncias: primeiro, quando um estudo piloto não for possível e, segundo quando for possível e prático modificar ou interromper o lançamento (se necessário) com base nos resultados.

O sistema de seguro de saúde do governo mexicano, Seguro Popular, é um exemplo de uma avaliação de impacto inserida na implantação de um programa [9-11]. Implementada em 2001, a estrutura foi estabelecida para aumentar a cobertura do seguro de saúde para quase 50 milhões de mexicanos que não estavam cobertos por nenhum outro programa existente. Aproveitando o calendário do uma implementação progressiva, o governo iniciou uma avaliação de comparação de resultados para as comunidades receberem o sistema para aqueles que ainda estavam esperando. Além de avaliar se a reforma obtinha os resultados pretendidos e não tinham efeitos adversos não intencionados, a avaliação também fornece aprendizado compartilhado.

Uma avaliação de impacto podem também ser útil após um programa ser totalmente implementado, por exemplo, quando há incertezas sobre continuidade de um programa. Por exemplo, o sistema de transferência de dinheiro condicional, Progresa (mais tarde conhecido como Oportunidades), que foi introduzido em meados-1990 fornecendo dinheiro "sob as condições de que as famílias preenchessem elementos essenciais de co-responsabilidade, tais como mandar as crianças para a escola em vez ao trabalho, fornecer a elas um suplemento nutricional especial formulado, e comparecer a clínica para receber pacotes específicos de intervenções para promoção da saúde e prevenção de doenças" [12]. Para finalidade de avaliação, 506 comunidades foram aleatoriamente designadas para ou entrar no programa imediatamente ou 2 anos mais tarde [13]. As descobertas desta avaliação do impacto informaram diretamente as decisões de política no México, convencendo o governo "não somente continuar com o programa, como também expandi-lo" [12].

4. Como a avaliação do impacto deve ser feita?

Atribuir uma mudança observada a um programa ou política exige uma comparação entre os indivíduos ou grupos expostos a esta mudança, e outros que não estão. São também importantes que os grupos comparados sejam os mais parecidos possíveis para eliminar outras influencias exceto a do próprio programa. Isto efetivamente pode ser feito por indivíduos colocados aleatoriamente ou grupo de pessoas (por exemplo, dentro de áreas geográficas) para receber ou não o programa, que é denominado *ensaios randomizados* Estas avaliações, geralmente, são conduzidas como projeto piloto antes de um programa ser introduzido nacionalmente. Mas elas podem também ser desenvolvidas em paralelo com implementação em escala, conforme ilustrado pelo exemplo do México dado acima.

Ensaios randomizados podem, entretanto, não ser sempre viáveis. As abordagens alternativas incluem a comparação de mudanças antes e depois de um programa de implementação, com mudanças observadas durante o mesmo período em áreas onde o programa não foi implementado (por exemplo, nas vizinhanças dos distritos e países). O que é denominado *avaliação controlada antes-depois*. Alternativamente, uma *série temporal interrompida* pode ser usada em dados que foram coletados em diferentes períodos, antes, durante e após o programa de implementação.

Na maioria das vezes não é recomendado simplesmente comparar o valor de um indicador antes e depois do programa implementado já que o risco de descobertas errôneas é alto – por exemplo, mudanças observadas.
HIV/AIDS – a incidência pode ser causada por fatores conhecidos e desconhecidos exceto aqueles relacionados no próprio programa (ver Figura 2) [14,15].

Uma perspectiva de vários projetos de avaliações é fornecida no Arquivo Adicional 2 no final deste artigo. As fraquezas e fortalezas de cada método descrito no Arquivo Adicional 2 estão esquematizadas no Arquivo Adicional 3.

As avaliações de impacto deveriam ser planejadas bem a frente da implementação do programa em conjunto com os interessados, inclusive os formuladores de política. Após um programa ter sido amplamente implementado é geralmente tarde demais para conduzir medidas de base ou estabelecer comparações de grupos apropriados. Por exemplo, usar distribuições ao acaso para decidir se as comunidades serão inclusas ou não no programa, não podem ser feitas após o programa ter sido nacionalmente implementado. As avaliações dos impactos que são incorporadas em um programa desde inicio são, portanto mais prováveis de produzir descobertas mais válidas do que aquelas conduzidas como reflexões posteriores. Além disso, se a avaliação do impacto for vista como parte integrante da implementação do programa, os formuladores de políticas e outros interessados podem ficar mais comprometidos em levar em conta as descobertas.

O número de indivíduos ou comunidades obrigatórios para uma avaliação de impacto também deve ser estimado em um estágio precoce. Isto garantirá que existe amostras de tamanhos suficiente grandes para significativas conclusões para ser projetadas das descobertas de avaliações.

Na saúde, como na maioria das outras áreas, os programas necessitam ser tanto eficazes *quanto* ter custo- benefício. Para avaliar os aspectos econômicos de um programa, o uso do recurso e os custos devem se estimado, preferivelmente com base nos dados coletados da implementação da vida real [16]. As decisões sobre quais dados econômicos coletar deveriam, portanto, também ser feitos em estágio precoce, antes de a avaliação iniciar.

As avaliações do impacto podem ser mais informativas se processo de avaliação for incluída. Um processo de avaliação pode examinar se o programa ou política foi entregue conforme planejado. Pode também investigar o processo de implementação e da mudança, pesquisar respostas para o programa, além de pesquisar razões para as descobertas da avaliação [17].

Ver Tabela 2 para exemplos de avaliações de impacto.

As restrições de orçamento, tempo ou dados podem atuar como desincentivos para garantir a implementação rigorosa. Estas restrições podem influenciar a confiabilidade das avaliações de impactos de várias formas:

- Através do comprometimento da completa validade dos resultados, por exemplo, devido ao planejamento ou acompanhamento insuficiente, ou através da escassez de dados básicos, confiança em fontes de dados inadequados, ou seleção do grupo de comparações inapropriada
- Através do uso inadequado das amostras, por exemplo, devido a seleção das amostras que são convenientes para experimentar, mas podem não ser representativas, em função das amostras serem pequenas demais, ou por falta de adequada atenção aos fatores contextuais

Estas restrições podem ser direcionadas no início do processo de planejamento antecipado ou nas formas de descobertas para reduzir os custos da coleção de dados. Entretanto é importante garantir, que nem as possíveis ameaças a validade dos resultados, nem as limitações de amostra, são tais que os resultados da avaliação serão incapazes de fornecer informações confiáveis. Antes de conduzir uma estimativa, uma avaliação deve em consequência ser feita como se uma estimativa apropriada fosse possível. Se não, uma avaliação precisa ser realizada como se o programa fosse implementado sem avaliação prévia, em face das incertezas sobre seus impactos potenciais [18].

As avaliações de impacto não são válidas se as descobertas não forem usadas. Os resultados podem ser usados para informar as decisões sobre se os programas

existentes devem continuar, mudar ou ser interrompidos. Claramente, outros interesses também precisam ser levados em consideração. Por exemplo, os formuladores de decisão podem eleger não enfatizar uma descoberta específica de determinadas avaliações quando tais descobertas conflitem com outros interesses que são tidos como mais importantes [19]. Contudo, é importante evitar a supressão de descobertas de avaliações de impactos, por exemplo, por razões políticas. Deixar de usar as descobertas na avaliação contradiz um dos principais objetivos de conduzi-las: aprender com a experiência e dividir o conhecimento que foi gerada. Usar partes independentes para conduzir avaliações de impacto pode diminuir o risco de ter as descobertas manipuladas ou restringidas do público.

CONCLUSÃO

Vários aspectos relacionados ao monitoramento e avaliação foram descritos neste artigo. Hoje em dia, muitos programas de monitoramento e aplicações de avaliação são geralmente feitas usando métodos que não produzem avaliações válidas de implementação de uma política ou programa ou estimativas válidas de efeitos. Algumas vezes estas avaliações não são feitas afinal. Tomando as questões descritas neste artigo em consideração, os formuladores de política e aqueles que os apóiam deveriam ser capazes de desenvolver planos que gerarão conhecimentos novos e úteis.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Segone M (ed). Bridging the gap: The role of monitoring and evaluation in evidence-based policy making. UNICEF, the World Bank and the International Development Evaluation Association. www.unicef.org/ceecis/evidence_based_policy_making.pdf

MacKay K. How to Build M&E Systems to Support Better Government. 2007. Washington DC, The World Bank.
www.worldbank.org/ieg/ecd/docs/How_to_build_ME_gov.pdf

Monitoring and Evaluation (M&E): Some Tools, Methods and Approaches. 2004. Washington DC. The World Bank.
lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/24cc3bb1f94ae11c85256808006a0046/a5efbb5d776b67d285256b1e0079c9a3/$FILE/MandE_tools_methods_approaches.pdf

Framework for Managing Programme Performance Information. 2007. National Treasury of South Africa.
http://www.treasury.gov.za/publications/guidelines/FMPI.pdf

Barber S. Health system strengthening interventions: Making the case for impact evaluation. 2007. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research. www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance%20%20HPSR%20-%20Briefing%20Note%202.pdf

Savedoff WD, Levine R, Birdsall N. When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation. Report of the Evaluation Gap Working Group. 2006. Washington DC, Center for Global Development. www.cgdev.org/content/publications/detail/7973/

Grimshaw J, Campbell M, Eccles M and Steen N. Experimental and quasi-experimental designs for evaluating guideline implementation strategies. Family Practice 2000; 17: S11-S18. http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_1/S11

Links de sites

Independent Evaluation Group (IEG) at the World Bank: www.worldbank.org/ieg – IEG é uma unidade independente dentro do Banco Mundial. IEG avalia o que é ou não eficaz com relação às opções de políticas, como um plano mutuário pode funcionar e manter um projeto, e a duradoura contribuição do Banco a país em completo desenvolvimento

International Initiative for Impact Evaluation (3ie): www.3ieimpact.org – 3ie procura melhorar a vida das pessoas pobres em países de baixa – média renda fornecendo e resumindo a evidência relacionada a como as opções de política funcionam, quando e porque, e os custos envolvidos

Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics/en – The Health Metrics Network (HMN) tem como objetivo de estratégia aumentar a disponibilidade e o uso do tempo e informações precisas de saúde. Para alcançar isso, HMN identifica as estratégias para desenvolvimento e fortalecimento do HIS, apóia países em implementação reforma do HIS, e aumenta o conhecimento sobre os bens públicos globais através de pesquisa, inovações técnicas e compartilhamento de lições aprendidas

NorthStar: www.rebeqi.org/?pageID=34&ItemID=35 – NorthStar é uma ferramenta para planejar, conduzir e avaliar programa de melhoria de qualidade

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AF preparou o primeiro esboço deste artigo. ADO, JNL e SL contribuíram para o projeto e na revisão.

RECONHECIMENTOS

Consulte a Introdução desta série para agradecimentos aos financiadores e contribuintes. Além disto, gostaríamos de agradecer a Ruth Levine pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.

2. Development Assistance Committee Working Party on Aid Evaluation: *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management*. Paris, OECD Publications. 2002.

3. Harries AD, Gomani P, Teck R, de Teck OA, Bakali E, Zachariah R, et al: **Monitoring the response to antiretroviral therapy in resource-poor settings: the Malawi model.** *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2004, **98:**695-701.

4. Jakobsen E, Palshof T, Osterlind K, Pilegaard H: **Data from a national lung cancer registry contributes to improve outcome and quality of surgery: Danish results.** *Eur J Cardiothorac Surg* 2009, **35:**348-52.

5. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I: *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Background Document for WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth". Copenhagen, World Health Organization, Europe. 2008.

6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M: **Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care.** *Qual Saf Health Care* 2002, **11:**358-64.

7. MacKay K: *How to Build M&E Systems to Support Better Government*. Washington DC, The World Bank. 2007.

8. The World Bank: *Impact evaluation: Overview*. [http://go.worldbank.org/2DHMCRFFT2]. The World Bank. 2009.

9. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

10. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM: **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.** *Lancet* 2006, **368:**1524-34.

11. Gakidou E, Lozano R, Gonzalez-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al: **Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card.** *Lancet* 2006, **368:**1920-35.

12. Frenk J: **Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico.** *Lancet* 2006, **368:**954-61.

13. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S: **Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study.** *JAMA* 2004, **291:**2563-70.

14. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development. 2006.

15. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT: *Experimental and Quasi-Experimental Desings for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin; 2002.

16. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.

17. Lewin S, Glenton C, Oxman AD: **Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study.** *BMJ* 2009, **339:**b3496.

18. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S17)**.

19. Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD: **The unbearable lightness of healthcare policy making: a description of a process aimed at giving it some weight.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:**483-7.

20. Amuron B, Coutinho A, Grosskurth H, Nabiryo C, Birungi J, Namara G, et al: **A cluster-randomised trial to compare home-based with health facility-based antiretroviral treatment in Uganda: study design and baseline findings.** *Open AIDS J* 2007, **1:**21-7.

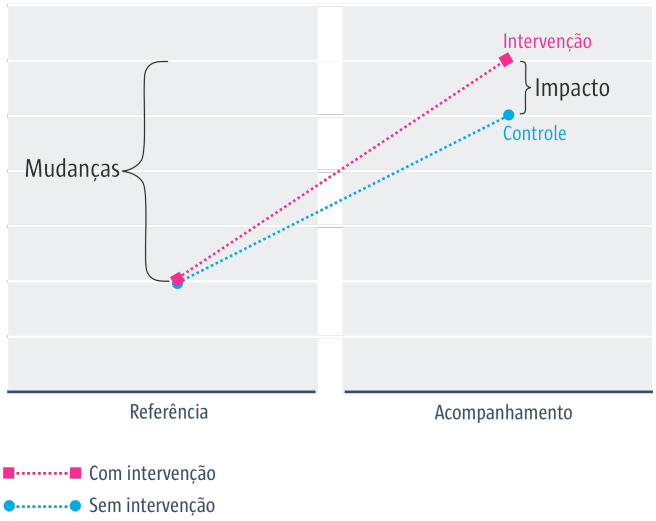
21. Jaffar S, Amuron B, Birungi J, Namara G, Nabiryo C, Coutinho A, et al: **Integrating research into routine service delivery in an antiretroviral treatment programme: lessons learnt from a cluster randomized trial comparing strategies of HIV care in Jinja, Uganda.** *Trop Med Int Health* 2008, **13:**795-800.

22. London School of Hygiene and Tropical Evidence: *Home-based HIV care just as effective as clinic-based care in Sub-saharan Africa*. [http://www.lshtm.ac.uk/news/2009/homeHIVcare.html]. London School of Hygiene and Tropical Evidence, University of London. 2009.

23. Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, Kristoffersen DT, Oxman AD: **The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis.** *PLoS Med* 2007, **4:**e232.

Figura 1. Resultados de modelo de cadeia (definições adaptadas do [2])

Figura 2. Comparar mudanças no desempenho em duas áreas: uma com intervenção e a outra sem*



* A Figura ilustra que atribuindo às mudanças de 'Base' para 'Acompanhamento' em respostas a intervenção é provável ser enganosa. Isto ocorre porque, nesta instancia, há também um aperfeiçoamento no 'Controle'.Mesmo com relação ao Controle, é incerto se a diferença entre a 'Intervenção' e 'Controle' (por exemplo o 'Impacto) pode, de fato, ser atribuído ao programa ou intervenção. Pode haver outras diferenças entre o cenário da 'Intervenção' e do 'Controle' que pode levar a diferenças nas observações do indicador medido.

Tabelas 1. Exemplos de sistemas de monitoramento no sistema de saúde

Incrementando a provisão da terapia anti-retroviral (TARV) em Malawi [3].

Quando as autoridades Malauianas da área de saúde decidiram colocar TARV disponível a uma grande proporção de HIV/AIDS – população positiva, um sistema foi colocado no local para monitorar a implementação desta nova política. Os princípios do sistema estão baseados na abordagem da OMS para o monitoramento de programas nacionais de tuberculose. A cada paciente que inicia a TARV é dado um cartão de identidade com um número exclusivo de identidade, e este número é mantido na clínica. As informações coletadas dos novos pacientes incluem nome, endereço, idade, altura, o nome de seus guardiões, e a razão do início do TARV. É solicitada a presença dos pacientes mensalmente para retirar suas medicações. Durante a visita, os pesos dos pacientes são registrados e eles são questionados sobre sua saúde geral, estado ambulatorial, trabalho e algum efeito colateral da droga. A contagem das pílulas também são realizadas e registradas como uma forma de garantir a adesão ao

tratamento. Além disso, os seguintes resultados mensalmente padronizados são registrados usando as seguintes categorias:

- *Vivo*: O paciente é vivo e retirou seu próprio medicamento – medicamento para 30 dias
- *Morto*: O paciente morreu durante a TARV
- *Ausência*: O paciente não foi visto por um período de 3 meses
- *Interrupção*: O paciente interrompeu o tratamento completamente ou devido aos efeitos colaterais ou por outras razões
- *Transferência*: O paciente foi transferido permanentemente para outro tratamento

Dados coletados podem ser analisados e usados numa variedade de formas como parte do sistema de implementação de monitoramento Malauiano da TARV Comparações dos resultados do tratamento dos pacientes que foram admitidos em períodos diferentes podem ser realizadas. Se, por exemplo, aumentar o índice de troca de regime da primeira para a segunda linha ou de mortalidade, a cause poderia ser um aumento da resistência à droga no regime de primeira linha. Se a taxa dos mortos ou ausentes diminuir, isto pode indicar que o gerenciamento do programa de tratamento da TARV está melhorando. Medidas são tomadas se os resultados são particularmente pobres em determinadas áreas geográficas ou clinicas.

Cirurgia do câncer de pulmão na Dinamarca [4]

As autoridades dinamarquesas emitiram diretrizes nacionais de clínica prática para gerenciar o câncer de pulmão sugeridos pelos maus resultados dos pacientes que se submeteram a cirurgia do câncer de pulmão. Para monitorar a implementação das diretrizes, foi estabelecido um registro de pacientes com câncer de pulmão no qual incluíam informações especificas sobre aqueles pacientes que se submetem a cirurgia. Os indicadores selecionados pelo Registro de Câncer de Pulmão Dinamarquês incluíram: o grau (ou 'estágio') do câncer no corpo, o procedimento cirúrgico utilizado, quaisquer complicações ocorridas, e o resultado de sobrevivência.

Os dados do Registro de Câncer de Pulmão Dinamarquês são usados, entre outras razões, para monitorar se as recomendações nacionais da cirurgia do câncer de pulmão estão sendo seguidas. As auditorias locais, regionais e nacionais são realizadas com a finalidade de identificar problemas ou barreiras que podem impedir a adesão das diretrizes nacionais. Com base nestas descobertas, especificas estratégias foram propostas para melhoria da qualidade.

Tabela 2. Exemplos de avaliações de impacto

Terapia domiciliar anti-retroviral (TARV) em Uganda [20-22]

A carência de equipe clinica e as dificuldades no acesso do serviço de saúde devido aos custos de transporte são os maiores obstáculos para incrementar o fornecimento da TARV em países em desenvolvimento. Uma solução proposta é o serviço de saúde domiciliar de HIV/AIDS, em que o fornecimento da droga, monitoramento do estado de saúde, e o apoio ao paciente é conduzido nas residências dos pacientes por equipe não-clinicamente qualificada. Porém, é totalmente incerto se esta estratégia é capaz de fornecer serviços de saúde de qualidade suficiente, inclusive períodos de consultas para assistência médica, ou se este sistema tem custo-benefício. Portanto, após a ampla implementação do programa domiciliar de serviços de saúde é importante que sejam avaliados o custo-benefício.

Para garantir a justa comparação entre TRAV sem recurso (domiciliar) e com recursos, os pesquisadores em Uganda conduziram um ensaio randomizado. A área do estudo foi dividido em 44 sub-áreas geográficas distintas. Em algumas destas áreas, o cuidado domiciliar foi implementado, enquanto em outras áreas continuaram a usar o sistema convencional de recursos. A seleção e a atribuição das áreas para receber ou não o sistema de serviço de saúde domiciliar, foi determinado aleatoriamente. Isto reduziu a probabilidade de diferenças importantes entre os grupos de comparações que poderiam influenciar o estudo se, por exemplo, os próprios distritos decidissem se implementaria o sistema domiciliar, ou se a decisão seria baseada na preparação existente para implementação dos serviços de saúde domiciliar. O sistema de atribuição aleatória usado foi também o modo mais justo de decidir onde iniciaria o sistema domiciliar já que cada distrito tinha chances iguais de serem escolhidos.

Os pesquisadores descobriram que o modelo de cuidado domiciliar com leigos treinados era tão efetivo quanto o cuidado hospitalar com enfermeiros e médicos.

Utilização obrigatória do tiazídico para hipertensão na Noruega [23]

Como medida de redução de custos, os formuladores de política da Noruega decidiram que o tiazídico seria prescrito como medicamento anti-hipertensivo ao invés de alternativas mais onerosas, nos casos em que as despesas com medicamentos eram reembolsadas. A política foi implementada nacionalmente uns meses após a decisão ser tomada. Porque os críticos continuaram argumentar que a nova política era improvável de conduzir aos resultados esperados, o Ministro da Saúde patrocinou um estudo para avaliar o impacto da política que tinha implementado.

A prescrição obrigatória de tiazídico para o tratamento de hipertensão foi implementada com urgência em toda Noruega de modo que foi impossível realizar uma avaliação rigorosa do impacto. Contudo, através do acesso eletrônico dos registros médicos de 61 clínicas em um estágio posterior, os pesquisadores extraíram dados de

prescrição variando de um ano antes para um ano depois de a nova política ser introduzida. Eles analisaram os dados usando série temporal interrompida. Taxas mensais de tiazídico prescritas e outros resultados de interesses foram analisados durante um tempo para verificar se alguma mudança significante poderia ser atribuída à implementação da política. As análises indicaram que houve um aumento acentuado no uso do tiazídico (de 10 a 25% sobre um período de transição pré-especificado de três meses), seguido da estabilização do uso.

Arquivo adicional 2. Estudos de avaliação (adaptados do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Cochrane Handbook para revisões sistemáticas de intervenções))

Ensaio randomizado controlado	• Um estudo experimental no qual indivíduos são aleatoriamente alocados para receber intervenções diferentes (por exemplo, mediante o lançamento de uma moeda ou uma lista de números aleatórios gerados por computador).
Ensaio coletivo randomizado	• Um estudo experimental no qual um grupo de pessoas (por exemplo, escolas ou hospitais) são aleatoriamente alocadas para receber distintas intervenções.
Ensaio controlado não randomizado	• Um estudo experimental no qual pessoas são alocadas a intervenções diferentes usando métodos que não são randomizados (por exemplo, pacientes admitidos durante a Semana 1 recebem a intervenção A, pacientes admitidos na Semana 2 recebem a intervenção B, e aqueles da Semana 3 recebem a intervenção A novamente, e assim por diante).
Estudo controlado antes e depois	• Um estudo no qual observações são feitas antes e depois da implementação de uma intervenção, tanto em um grupo que recebe a intervenção quanto em um grupo de controle que não a recebe. Normalmente, a coleta de dados deve ser feita simultaneamente nos dois grupos.
Estudo de séries temporais interrompido	• Um estudo usando observações em vários pontos temporais antes e depois de uma intervenção. As medidas são *interrompidas* pela intervenção. O estudo tenta detectar se uma intervenção teve um efeito significativo maior que qualquer tendência implícita ao longo do tempo.
Estudo	• Um estudo que compara um grupo de participantes que

historicamente controlado	recebem uma intervenção com um grupo similar do passado que não a recebeu.
Estudo de coorte	• Um estudo no qual um grupo definido de pessoas (o coorte) é seguido durante um tempo para examinar associações entre distintas intervenções recebidas e os resultados subsequentes. Um estudo de coorte *prospectivo* recruta participantes antes de qualquer intervenção e os acompanha no futuro. Um estudo de coorte *retrospectivo* identifica indivíduos de registros antigos, descrevendo as intervenções recebidas e os acompanha a partir destes registros.
Estudo de controle de caso	• Um estudo que compara pessoas com um resultado de interesse específico (*casos*) com pessoas da mesma população de origem, mas sem tal resultado (*controles*) para examinar a associação entre o resultado e a exposição prévia (por exemplo, recebendo uma intervenção). O estudo é particularmente útil quando o resultado é raro.
Estudo transversal	• Um estudo que coleta informações de intervenções passadas ou presentes e resultados atuais de saúde de um grupo de pessoas em um determinado momento. Este tipo de estudo examina associações entre os resultados e as exposições a intervenções.
Estudo qualitativo	• Um estudo realizado em um cenário natural que é normalmente pensado para interpretar ou compreender o fenômeno em termos dos significados que as pessoas atribuem a ele. Tipicamente neste estudo, coletam-se dados narrativos de indivíduos ou grupos de informantes ou de documentos. Estes são posteriormente interpretados pelo(s) pesquisador(es).

* Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Chichester: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.; 2008

Arquivo adicional 3. Pontos fortes e fracos selecionados de estudos de avaliação

	Pontos fortes	Pontos fracos
Ensaio randomizado controlado	• Amplamente considerado como o estudo mais sólido para estabelecer relações de causa e efeito, que é o principal foco do impacto da avaliação	• Pode ser demorado e representar desafios logísticos • Os resultados não são necessariamente transferíveis para cenários outros que o cenário de estudo
Ensaio coletivo randomizado	• Alguns pontos fortes em comparação a ensaios randomizados comuns. Além disso, o risco de "contaminação" é reduzido, por exemplo, que a intervenção A possa ser recebida por, ou afetar indivíduos alocados para receber somente a intervenção B. Por exemplo, se enfermeiros são alocados aleatoriamente para implementar uma nova rotina, outros enfermeiros podem ser influenciados por estas mudanças e passar a empreender as mesmas atividades. E, por isso, talvez seja melhor randomizar as alas, e todos os funcionários dentro dela, em vez de enfermeiros individuais	• Diferenças de base podem constituir um problema, já que o número de unidades (ou agrupamentos) randomizadas pode ser normalmente menor do que em ensaios nos quais indivíduos são randomizados. Isso pode ser demorado e constituir um desafio logístico, embora seja ainda mais difícil nos ensaios randomizados comuns

	Pontos fortes	Pontos fracos
Ensaio controlado não randomizado	• Pode ser mais fácil e prático de ser realizado do que uma ensaio randomizado controlado	• Quando a atribuição não é feita usando métodos randomizados, podem ocorrer tendências de seleção, pois pacientes e profissionais da área de saúde ajustarão seus comportamentos ao procedimento de alocação, se preferirem uma intervenção à outra, por exemplo
Estudo controlado antes e depois	• Pode ser a única opção prática, por exemplo, para intervenções de larga escala nas quais a randomização não é viável por razões práticas ou políticas	• Diferenças conhecidas ou desconhecidas entre os grupos que são comparados podem exercer mais influência nas descobertas do que no fato de que receberam diferentes intervenções. Consequentemente, tirar conclusões sobre relações de causa e efeito pode ser arriscado • Exige disponibilidade de dados de base
Estudo de séries temporais interrompido	• Pode ser viável e relativamente fácil de realizar se os dados necessários estiverem disponíveis. Não é necessário grupo de controle	• A dimensão do efeito é sempre difícil de avaliar neste tipo de análise, já que influências diferentes da intervenção sendo investigada podem impactar as mudanças observadas
Estudo historicamente controlado	• Pode ser feito de maneira rápida e fácil se os dados necessários estiverem disponíveis	• Diferenças conhecidas ou desconhecidas entre os grupos que são comparados podem exercer mais influência nas descobertas do que no fato de que receberam diferentes intervenções

	Pontos fortes	Pontos fracos
		Consequentemente, tirar conclusões sobre relações de causa e efeito é arriscado
Estudo de coorte	• Geralmente grandes estudos com um alto grau de validade externa (por exemplo, as descobertas podem ser generalizadas). São geralmente conduzidos por vários anos, o que possibilita detectar os efeitos a longo prazo de uma intervenção	• Estudos de coorte são tipicamente longos e onerosos, devido principalmente à necessidade de acompanhar uma grande quantidade (geralmente) de participantes • Diferenças conhecidas ou desconhecidas entre os grupos que são comparados podem exercer mais influência nas descobertas do que no fato de que foram expostos a diferentes intervenções. Consequentemente, tirar conclusões sobre relações de causa e efeito é arriscado
Estudo de controle de caso	• Realizado de maneira mais rápida e fácil do que o estudo de coorte	• A natureza retrospectiva destes estudos implica na coleta de informações sobre eventos que ocorreram anteriormente. Estes atrasos podem ser uma fonte de erro • Diferenças conhecidas ou desconhecidas entre os grupos que são comparados podem exercer mais influência nas descobertas do que no fato de que receberam diferentes intervenções. Consequentemente, tirar conclusões sobre relações de causa e efeito é arriscado

	Pontos fortes	Pontos fracos
Estudo transversal	• Não exige tempo de acompanhamento e, por isso, pode ser conduzido de maneira rápida e menos onerosa	• Diferenças conhecidas ou desconhecidas entre os grupos que são comparados podem exercer mais influência nas descobertas do que no fato de que receberam diferentes intervenções. Consequentemente, tirar conclusões sobre relações de causa e efeito é arriscado
Estudo qualitativo	• Permite a coleta de informações mais detalhadas do que outros estudos quantitativos. Permite saber se as intervenções e os programas estão funcionando ou não	• Não gera dados que podem ser usados para avaliar os efeitos de uma intervenção que estão além da percepção daqueles que são entrevistados ou investigados

Glossário de termos selecionados

Para mais definições, veja a lista de outros glossários no final deste glossário

Aceitação (relacionado a indicadores): o grau de aceitabilidade do indicador por parte daqueles que estão sendo avaliados e daqueles submetidos à avaliação

AMSTAR (uma ferramenta de medida para avaliar revisões): uma ferramenta para avaliar a qualidade dos métodos usados na realização de revisões sistemáticas (consulte www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10)

Análise comparativa qualitativa: um método para sintetizar as descobertas de um número de estudos qualitativos ou para combinar evidências qualitativas e quantitativas em uma única revisão

Análise da relação custo-benefício: uma avaliação econômica na qual os custos e as consequências de intervenções alternativas são expressos em custo unitário de saúde (por exemplo, custo por derrame adicional evitado). Para uma discussão mais detalhada, consulte a Tabela 2, STP 5

Análise de subgrupo: uma análise na qual o efeito da intervenção é avaliado em um subconjunto definido de participantes em um estudo ou revisão sistemática, ou em um subconjuntos complementares, por categorias de sexo ou idade, por exemplo

Análise/estudo retrospectivo: uma análise ou estudo planejado e conduzido após o conjunto de dados já terem sido coletados. Por exemplo, os dados coletados regularmente podem ser retrospectivamente analisados para avaliar os efeitos de um novo programa

Análise ou estudo de séries temporais interrompidas: um estudo de pesquisa que coleta observações em vários momentos antes e depois de uma intervenção (interrupção). O estudo tenta detectar se a intervenção teve um efeito significativo maior do que qualquer tendência implícita

Análise temática: um método para sintetizar descobertas de um número de estudos qualitativos. Inclui identificar temas principais nos estudos incluídos e sumarizar as evidências nesses temas ou categorias

Arranjos do sistema de saúde: os arranjos financeiros, de entrega e controle dentro dos quais programas e serviços de saúde pública ou clínica são fornecidos

ART: terapia antiretroviral. Também conhecida como HAART – (highly active antiretroviral therapy, terapia anti-retroviral altamente ativa)

Avaliação: um termo geralmente usado no lugar de monitoramento. O precedente normalmente sugere uma ênfase maior na obtenção de resultados

Avaliação do impacto: uma avaliação cujo objetivo é determinar se as alterações observadas nos resultados (ou no "impacto") podem ser atribuídas a uma determinada política ou programa

Avaliação do processo: as avaliações do processo exploram a entrega de um processo ou programa e os mecanismos implícitos em seus efeitos. Elas verificam o que é a política ou o programa e se é ou não entregue como planejado aos destinatários-alvo

Avaliação tecnológica em saúde (ATS): ATS é a avaliação sistemática das propriedades, dos efeitos e/ou outros impactos da tecnologia em cuidados de saúde. Seu propósito primário é fornecer informações objetivas para sustentar decisões relacionadas a cuidados de saúde e política nos âmbitos local, regional, nacional e internacional. Os relatórios de ATS incluem tipicamente uma variedade de considerações legais, éticas, sociais e econômicas, e uma revisão de evidências de pesquisa sobre a eficácia da tecnologia. Alguns relatórios de ATS contêm uma revisão sistemática que pode ser aplicada em outros contextos além daquele para o qual foi criado

Balancete: consulte a discussão na Tabela 1, STP 16

Cadeia de resultados: a sequência causal de uma intervenção em desenvolvimento que estipula a sequência necessária para alcançar objetivos desejados - começando pelas entradas, passando pelas atividades e saídas, e culminando nos resultados, impactos e feedbacks. Em algumas agências, alcance é parte da cadeia de resultados

CASP (Critical Appraisal Skills Programme): um programa no Reino Unido que visa permitir que indivíduos desenvolvam as habilidades para encontrar e dar sentido às evidências de pesquisa, ajudando-os, desta maneira, a colocar o conhecimento em prática (consulte: www.phru.nhs.uk/pages/PHD/CASP.htm)

CHSRF: (Canadian Health Services Research Foundation, fundação de serviços de pesquisas de saúde canadense)

Conjunto de estatísticas: o uso de métodos quantitativos e estatísticos para combinar as descobertas feitas por um número de estudos dos efeitos das opções de programa ou política. Também chamado de 'Meta-análise', e pode ser parte de uma revisão sistemática

Condições de referência (também conhecida como características de referência): valores demográficos, clínicos e outras variáveis coletados para cada participante no começo do ensaio, antes de ser administrada a intervenção

Condições de sáude: a condição de saúde de uma pessoa ou população avaliada com relação à morbidade, mortalidade, às deficiências, às medições antropológicas e os indicadores de condições funcionais, e qualidade de vida

Considerações de equidade: atenção na maneira na qual uma política ou um programa pode impactar as desigualdades (ver 'Desigualdade'). Para uma discussão mais detalhada, consulte STP 10)

Dados de rotina: dados ou informações coletadas como parte do gerenciamento, monitoramento e da avaliação do serviço normal de saúde. Isto pode incluir informações na prevalência de doenças, na utilização de assistência médica ou nos custos de serviços

Dados desagregados: Geralmente, os dados são relatados para população ou área inteiras. Isso pode ser chamado de dados agregados. Em alguns casos, isso pode ser desejável e possível para decompor ou analisar ainda mais esses dados a fim de examinar grupos (tais como, pessoas acima de 65 anos) ou áreas (um distrito de saúde, por exemplo) específicos. Isto pode ser chamado de 'Dados desagregados'

Deflator: um fator estatístico projetado para remover o efeito da inflação

Desigualdade na saúde: uma diferença na saúde que não somente é desnecessária e evitável, como também é considerada desleal e injusta

Diálogo da política: (consulte a discussão em STP 14)

Divisões: estratégias de pesquisas validadas para encontrar tipos específicos de estudos únicos

Eficácia: a extensão na qual uma intervenção específica, quando usada sob circunstâncias ordinárias, faz exatamente aquilo para a qual foi destinada

Eficácia absoluta: (Consulte a Tabela 4, STP 10), também 'Efeito absoluto'

Eficácia diferencial: diferentes graus de eficácia (ou efeitos adversos) em grupos ou cenários diferentes

Eficácia relativa : (consulte a Tabela 4, STP 10)

Empreendedor da política: pessoas que buscam iniciar uma mudança na política

Ensaio: O termo 'Ensaio' é algumas vezes usado para se referir a ensaios randomizados controlados (ERCs). O termo também pode ser usado para se referir a ensaios quase randomizados (por exemplo: onde alternação (cada pessoa ou grupo) é usada para alocar pessoas em vez da randomização). Também denominado 'Ensaio controlado'

Ensaio controlado (Ver 'Ensaio')

Ensaio randomizado controlado: um experimento no qual duas ou mais intervenções, possivelmente incluindo uma intervenção de controle ou nenhuma intervenção, são comparadas por serem alocadas de forma randomizada aos participantes

Ensaio randomizado: (Ver 'Ensaio controlado randomizado')

Epidemiologia: o estudo da saúde das populações e comunidades, não apenas de determinados indivíduos

ERC: ensaio randomizado controlado

Estimativa do efeito: as relações observadas entre uma intervenção e um resultado expresso, por exemplo, um número necessário para tratar benefício, proporção incomum, diferenças de risco, proporção de risco, diferença média padronizada ou diferença média ponderada

Estudo controlado antes e depois: um estudo não aleátorio no qual uma população de controle de características e desempenho similares como o grupo de intervenção é identificada. Dados são coletados antes e depois da intervenção, tanto no grupo de controle quando no de intervenção

Estudo observacional: um estudo no qual os investigadores não procuram intervir, e simplesmente observam o curso dos eventos. Mudanças ou diferenças em uma característica (por exemplo, se pessoas receberam ou não as intervenções de interesse) são estudadas em relação às alterações ou diferenças em outra(s) característica(s) (se morreram ou não), sem nenhuma ação por parte do investigador. Há um grande risco

de tendências de seleção do que em estudos experimentais. Ver também 'Ensaio randomizado controlado'. (Também chamado de 'estudo não experimental')

Estudo primário: 'pesquisa original' na qual os dados são coletados. O estudo primário do termo é, às vezes, usado para distinguir de um estudo secundário (nova análise de dados previamente coletados), meta-análise e outras formas de combinar estudos (como, análise econômica e de decisão). (Também chamado de 'Estudo original')

Estudo qualitativo: as abordagens qualitativas tentam descrever e interpretar fenômenos humanos em vez de medi-los. Estes métodos têm como foco encontrar respostas às perguntas centrados na experiência social, inclusive os valores e as percepções dos indivíduos e grupos e como eles veem o mundo ao redor deles, inclusive a assistência médica

Evidência empírica: resultados empíricos baseados na observação em vez de no raciocínio único

Evidência indireta: pesquisa que não comparou diretamente as opções nas quais estamos interessados na população de interesse ou mediu os resultados importantes pelos quais estamos interessados

Fator de risco: um aspecto, estilo de vida ou meio ambiente de uma pessoa que afeta a probabilidade da ocorrência de uma doença. Por exemplo, o tabagismo é um fator de risco para câncer de pulmão

Fator modificador: um fator ou uma característica, como o tamanho de uma instalação de saúde que pode mudar ou modificar o efeito do fator causal proposto estudado, como motivação do funcionário da área de saúde

Gáfico de funil: uma exibição gráfica de alguma medida de estudo preciso plotados contra dimensão do efeito que pode ser usado para investigar se há um elo entre a dimensão do estudo e o efeito do tratamento. Uma causa possível de uma associação observada é o viés de informação. O gráfico é, portanto, geralmente usado para avaliar se o viés de publicação é provável em uma revisão sistemática

Grupo de controle: um grupo de participantes em um estudo que não recebe uma intervenção especial, usado como um comparador para avaliar os efeitos da intervenção (Ver 'Grupo de intervenção')

Grupo de intervenção: um grupo de participantes em um estudo que recebe uma determinada política ou programa opcional

Heterogeneidade: 1. usado em um sentido geral para descrever a variação ou a diversidade de participantes , intervenções e medidas de resultados em um conjunto de estudos, ou a variação na validadeinterna desses estudos. 2. usado especificamente, como heterogeneidade estatística, para descrever os graus de variaçãonas estimativas do efeitode um conjunto de estudos. Usado também para indicar a presença de variabilidade entre estudos além da quantidade esperada devido unicamente ao acaso

Importância estatística: a probabilidade de uma descoberta ou um resultado ser causado por algo mais que simples acaso (consulte a Tabela 2, STP 17)

Indicador: um fator ou uma variável quantitativa ou qualitativa que fornece um meio simples e confiável para medir as realizações a fim de refletir as mudanças vinculadas a uma intervenção ou para ajudar a avaliar o desempenho

Indicador de processo: um indicador para ações tomadas ou trabalhos executados por meio do qual entrada, como fundos, assistência técnica e outros tipos de recursos são mobilizados para produzir resultados específicos (Ver 'Indicador'). Os processados também podem ser chamados de 'Atividades' na corrente de resultados (consulte a Figura 1, STP 18)

Intervalo de confiança (IC): um intervalo de confiança é a extensão aproximada de uma estimativa que exprime seu grau de precisão; por exemplo, uma estimativa do risco de um evento que ocorre ou uma estimativa, como uma proporção de risco que compara o risco com ou sem uma intervenção. O intervalo de confiança é um guia de como podemos estar seguros da quantidade daquilo no qual estamos interessados. Quanto mais estreita for a extensão entre os dois números, mais seguros estaremos sobre o valor verdadeiro; quanto maior for a extensão, menos seguros estaremos. O comprimento do intervalo de segurança reflete a extensão na qual a possibilidade pode ser responsável pela estimação observada (sendo que um intervalo maior reflete mais possibilidade)

Intervenção: o processo de intervenção em pessoas (por exemplo, intervenções clínicas), grupos ou entidades (por exemplo, política de saúde ou opções de programa)

Literatura cinzenta: literatura cinzenta é um tipo de material que não é publicado em jornais ou banco de dados de fácil acesso. Inclui coisas, como procedimentos de conferências que incluem os resumos de pesquisas apresentados em conferências, teses não publicadas, e assim por diante

LMIC: países de baixa ou média receita

Medicina baseada em evidências (MBE): a medicina baseada em evidências é o uso meticuloso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais ou na entrega de serviços de saúde. Os termos 'assistência

médica baseada em evidências' e 'prática baseada em evidências' são geralmente usados no lugar de 'medicina baseada em evidências'. (consulte STP 1)

Meta-análise: o uso de técnicas de estatística em uma revisão sitemática para integrar os resultados de estudos incluídos. Às vezes usado como sinônimo para revisões sistemáticas, na quais as revisões incluem uma meta-análise

Meta-análise Bayesiana: uma abordagem para estatísticas com base na aplicação do teorema de Bayes que pode ser usada em estudos únicos ou meta-análise. A análise Bayesiana usa o teorema de Bayes para transformar uma distribuição prévia para uma quantidade desconhecida (por exemplo: uma proporção diferente) em uma distribuição posterior com a mesma quantidade, face os resultados do estudo ou dos estudos. A distribuição prévia pode ser baseada em uma evidência externa, senso comum ou em uma opinião subjetiva. As inferências estatísticas são feitas por informações extraídas de distribuições posteriores, e podem ser apresentadas como indicam as estimativas, e intervalos confiáveis (o equivalente Bayesiano de intervalos de confiança.)

Meta-etnografia: um método de traduzir ideias, conceitos e metáforas por meio de estudos qualitativos diferentes para sintetizar as descobertas. O método descreve a abordagem etnográfica usada na pesquisa qualitativa primária

Monitoramento/monitoramento do desempenho: descreve o processo dos dados coletados sistematicamentepara informar os elaboradores de políticas, gerentes e outras partes interessadas se uma nova política ou programa está sendo implementado de acordo com as expectativas

OECD: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

Ônus da doença: isto se refere ao impacto(ou ônus) do problema ou condição de saúde ou (tais como, hipertensão) em uma área (como, um país ou uma província), medida pela mortalidade, morbidade ou outros indicadores. O ônus de doença é, às vezes, medido usando o 'DALY' – (disability-adjusted life year, anos de vida perdidos por incapacidade) – uma medida baseada no tempo que combina os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura e os anos de vida perdidos devido ao tempo vivido em condições de saúde precária

Paridade de poder aquisitivo (PPA): um critério para uma taxa de câmbio apropriada entre moedas

Parte interessada: uma pessoa, um grupo ou uma organização que tem interesse legítimo ou pode ser afetado por uma política ou um programa de saúde

Pesquisa de caso: um método para sintetizar as descobertas de um número de estudos qualitativos ou para combinar evidências qualitativas e quantitativas em uma

única revisão. Isto envolve a codificação sistemática de dados relevantes de casos e estudos qualitativos incluídos e a conversão subsequente destes códigos em uma forma quantitativa. Isto permite, então, uma análise estatística

PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, população, intervenção, comparação, resultados): o acrônimo PICO é usado para resumir os quatro principais componentes de uma revisão ou questão de pesquisa. Nesta série, também apresentamos o acrônimo POCO, substituindo "intervenção" por "opção". Da mesma maneira, POCO resume os quatro principais componentes de uma questão

Política baseada em evidências científicas: a política baseada em evidências científicas é uma abordagem para a tomada de decisões políticas que tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja em fundamentada pela melhor evidência científica disponível. É caracterizada por um acesso sistemático e transparente, e avaliação da evidência como uma entrada ao processo da política (consulte STP 1)

Redução relativa: consulte 'Eficácia relativa'

Resultados intermediários: medidas de resultados que não têm importância prática direta, mas que são confiáveis para refletir resultados que são importantes, por exemplo, a pressão arterial não tem uma importância direta para pacientes, mas é geralmente usada como um resultado em ensaios clínicos porque é um fator de risco para derrames e ataques cardíacos. Endpoints secundários são geralmente marcas fisiológicas ou bioquímicas que podem medidas de forma relativamente rápida e fácil, e que são consideradas como sendo preditivas de resultados importantes. Eles são geralmente usados quando a observação dos resultados importantes exigem longo acompanhamento

Resultado secundário: medidas de resultados que não têm importância prática direta, mas que são confiáveis para refletir resultados que são importantes, por exemplo, a pressão arterial não tem uma importância direta para pacientes, mas é geralmente usada como um resultado em ensaios clínicos porque é um fator de risco para derrames e ataques cardíacos. Endpoints secundários são geralmente marcas fisiológicas ou bioquímicas que podem medidas de forma relativamente rápida e fácil, e que são consideradas como sendo preditivas de resultados importantes. Eles são geralmente usados quando a observação dos resultados importantes exigem longo acompanhamento

Resultados primários: o resultado de maior importância

Resultados: uma mudança resultante de uma intervenção. Em avaliações, uma consequência potencial de uma intervenção que é medida após a implementação da intervenção que é usada para avaliar os efeitos da intervenção

Resumo da política: consulte a discussão em STP 13

Revisão narrativa: um sumário em palavras (em vez de números), por exemplo, os efeitos da opção de uma política ou m programa. Revisões narrativas não se baseiam sempre em pesquisas minuciosas e reprodutíveis da literatura para estudos que abordam questões de revisão

Revisão/síntese realista: um método baseado em teorias para sintetizar descobertas de um número de estudos qualitativos

Revisão sistemática: resumos de evidências de pesquisas que abordam questões claramente formuladas usando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar de forma crítica pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão

Risco de referência: o risco (probabilidade) de um resultado sem implementar uma intervenção ou no começo de um estudo

Sistema de avaliação GRADE: consulte a Tabela 8, STP 16

Sumário/síntese narrativa: ver 'Revisão narrativa'. A abordagem pode ser usada para sintetizar descobertas por meio de um número de estudos qualitativos ou combinar evidências qualitativas e quantitativas em uma única revisão

Técnicas transversais: um método para sintetizar descobertas mediante um número qualitativo de estudos ou casos

Teoria fundamentada em dados: uma abordagem amplamente usada em pesquisas qualitativas fundamentais e focada na criação de teorias ou explicações para fenômenos sociais, com base em dados empíricos. O método pode também ser usado para sintetizar laudos mediante um número de estudos qualitativos

Termos MESH (ou títulos): (uma abreviação para Títulos de temas médicos). Termos usados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para indexar artigos em MEDLINE. O sistema MeSH tem uma estrutura em árvore na qual vários termos de assunto se ramificam em uma série de termos de assunto progressivamente mais estreitos

Teste de Chi-quadrado: um teste estatístico fundamentado na comparação de uma estatística de teste com uma distribuição Chi-quadrado usado em meta-análises para testar a significância estatística de heterogeneidade (Ver 'Heterogeneidade')

Teste de regressão de Egger: um método estatístico para detectar viés de publicação em uma revisão ou meta-análise. O teste tem um propósito semelhante ao do gráfico de funil (ver 'Gráfico de funil')

Validade (relacionado a indicadores): a extensão na qual um indicador mede com precisão o que pretende medir

Viabilidade (relacionado a indicadores): a extensão na qual dados válidos, consistentes e confiáveis estão disponíveis para coleta

Viés de publicação: um viés causado por um único subconjunto de todos os dados relevantes disponíveis. A publicação de uma pesquisa pode depender da natureza e direção dos resultados do estudo. Às vezes, os estudos nos quais uma intervenção não foi eficaz não são publicados. Por isso, revisões sistemáticas que deixam de incluir estudos não publicados podem superestimar o efeito verdadeiro de uma intervenção. Além disso, um relatório publicado pode apresentar um conjunto tendencioso de resultados (por exemplo: somente resultados ou subgrupos nos quais diferenças estatisticamente significantes foram encontradas)

Mais glossários relevantes para políticas baseadas em evidências científicas

Glossário da Fundação de Serviço de Pesquisa em Saúde Canadense de termos de troca de conhecimento conforme usado pela Fundação: www.chsrf.ca/keys/glossary_e.php

Glossário dos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde KT Clearinghouse: http://ktclearinghouse.ca/glossary

Glossário Cochrane Collaboration da Cochrane Collaboration e termos de pesquisa: www.cochrane.org/resources/glossary.htm

Glossário de Políticas e Sistemas de Saúde do Observatório Europeu: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage

Glossário do Fórum Global de Pesquisa em Saúde: www.globalforumhealth.org/Glossary

Glossário de Recursos de Informação Econômica de Saúde de termos frequentemente encontrados em economia de saúde: http://www.nlm.nih.gov/nichsr/edu/healthecon/glossary.html

Glossário de Política de Saúde do Instituto Nacional de termos usados em política de saúde: www.nihp.org/NEWglossary.htm

Glossário NHS Evidence de termos de gerenciamento de conhecimento em saúde: www.library.nhs.uk/knowledgemanagement/page.aspx?pagename=GLOSSARY

Agência Pública de Saúde do Canadá: http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/glossary/all_terms-eng.html

WhatisKT: http://whatiskt.wikispaces.com/

Citações completas dos artigos da série Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **Introduction**. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):I1 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-I1.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf

1. 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 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf

2. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **2. Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking**. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S2 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S2.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s2.pdf

3. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S3 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s3.pdf

4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **4. Using research evidence to clarify a problem.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S4 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S4.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s4.pdf

5. 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, 7(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S5.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s5.pdf

6. 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, 7(Suppl 1):S6 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf

7. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **7. Finding systematic reviews.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S7 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S7.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s7.pdf

8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S8 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S8.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s8.pdf

9. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S9 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S9.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s9.pdf

10. 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, 7(Suppl 1):S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf

11. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **11. Finding and using research evidence about local conditions.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S11 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S11.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s11.pdf

12. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S12 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S12.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s12.pdf

13. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S13 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S13.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s13.pdf

14. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf

15. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **15. Engaging the public in evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S15 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S15.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s15.pdf

16. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S16 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S16
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s16.pdf

17. 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; 2009, 7(Suppl 1):S17 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S17.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s17.pdf

18. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **18. Planning monitoring and evaluation of policies.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S18 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S18.
http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s18.pdf