

Diretriz Metodológica:

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

Brasília – DF | 2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia

Diretriz Metodológica:
SÍNTESE DE
EVIDÊNCIAS PARA
POLÍTICAS

Brasília – DF | 2020



2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia
Coordenação Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde
Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6248
Site: www.saude.gov.br
E-mail: coevi@saude.gov.br

Supervisão-geral:

Camile Giaretta Sachetti (Decit/SCTIE/MS)

Coordenação-geral:

Daniela Fortunato Rêgo (Decit/SCTIE/MS)

Elaboração e revisão técnica:

Airton Tetelbom Stein (UFCSA)
Aurelina Aguiar de Lima (Decit/SCTIE/MS)
Cássia Baldini Soares (Instituto Joanna Briggs/Centro de Excelência)
Cecília Menezes Farinasso (Decit/SCTIE/MS)
Dalila Fernandes Gomes (Ministério da Saúde)
Daniela Fortunato Rêgo (Decit/SCTIE/MS)
Daniela Vianna Pachito (Hospital Sírio-Libanês)
Davi Mamblona Marques Romão (Instituto Veredas)
Janaina Sallas (Ministério da Saúde)
Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/Brasília)
Keitty Regina Cordeiro de Andrade (Decit/SCTIE/MS)
Laura dos Santos Boeira (Instituto Veredas)
Luciana Simões Camara Leão (Decit/SCTIE/MS)
Mabel Figueiró (Hospital do Coração)
Maria Sharmila Sousa (Fiocruz/Brasília)
Maritsa Carla de Bortoli (Instituto de Saúde/SP)
Nathan Mendes Souza (UFMG)
Rachel Riera (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina)
Roberta Borges Silva (Decit/SCTIE/MS)
Sônia Isoyama Venâncio (Instituto de Saúde/SP)
Tatiana Yonekura (Hospital do Coração)

Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde/SP)
Vicky Nogueira Pileggi (FMRP/USP)
Virginia Kagure Wachira (Decit/SCTIE/MS)
Viviane Karoline da Silva Carvalho (Decit/SCTIE/MS)

Revisão:

Keitty Regina Cordeiro de Andrade (Decit/SCTIE/MS)
Ludmila Schmaltz Pereira (Decit/SCTIE/MS)
Viviane Karoline da Silva Carvalho (Decit/SCTIE/MS)

Editoração:

Fabiana Mascarenhas Sant'Ana (Decit/SCTIE/MS)

Projeto gráfico e diagramação:

Gabriel Antônio Rezende de Paula (Decit/SCTIE/MS)

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito (Editora MS/CGDI)

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Diretriz metodológica : síntese de evidências para políticas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
70 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
ISBN 978-85-334-2844-7

1. Política informada por evidências. 2. Política públicas em saúde. 3. Administração de serviços de saúde. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0299

Título para indexação:

Methodological guideline: evidence synthesis for policies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas para elaboração da síntese de evidência para política	9
Figura 2 – Esquema interativo entre a criação do conhecimento e os estágios de ciclos de ação, que se baseia nos aspectos comuns dentre esses modelos	11
Figura 3 – Rotatória da tradução do conhecimento.	12
Figura 4 – Opiniões sobre a diretriz metodológica.....	34
Figura 5 – Nuvem de palavras utilizadas pelos participantes em seus comentários. Quanto maior for o tamanho da palavra, maior a frequência da utilização dela	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

Bireme – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CADTH – *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CRD – *Centre for Reviews and Dissemination*

DARE – *Database of Abstracts of Reviews of Effects*

Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

EVIPNet – *Evidence-Informed Policy Network*

GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

HSE – *Health Systems Evidence*

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

NHMRC – *National Health and Medical Research Council*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PIE – Política Informada por Evidência

PROSPERO – *International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews*

PUBMED – Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos

RS – Revisões Sistemáticas

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SUPPORT – *Supporting Policy relevant Reviews and Trials*

SURE – *Supporting the Use of Research Evidence*

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO À TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO	10
1.1 DEFINIÇÃO	10
1.2 ESTRUTURA	10
1.3 ESTRATÉGIAS	13
1.3.1 LINGUAGEM E ESTILO DO TEXTO	13
2 INTRODUÇÃO À SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	15
2.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES	15
2.1.1 EVIDÊNCIAS	15
2.1.2 REVISÃO SISTEMÁTICA (RS)	15
2.1.3 POLÍTICA INFORMADA POR EVIDÊNCIA (PIE)	16
2.2 SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	16
2.3 IMPORTÂNCIA DAS SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	17
2.4 APLICABILIDADE DOS ACHADOS DAS SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS NA TOMADA DE DECISÃO	17
2.5 DESAFIOS NA ELABORAÇÃO DE UMA SÍNTESE	17
2.6 RECURSOS NECESSÁRIOS	18
3 ETAPAS FUNDAMENTAIS PARA ELABORAÇÃO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	19
3.1 PLANEJAMENTO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIA PARA POLÍTICAS	19
3.1.1 IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS	19
3.1.2 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	20
3.1.3 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA	21
3.1.4 DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	22
3.1.5 REDAÇÃO DE PROTOCOLO	22
3.2 CONDUÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	23
3.2.1 BUSCA DE EVIDÊNCIAS	23
3.2.2 FONTES DE EVIDÊNCIAS	23
3.2.3 ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE BUSCA	24
3.2.4 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE BUSCA	25
3.2.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS ELEGÍVEIS	25
3.2.6 EXTRAÇÃO DE DADOS	25
3.2.7 ELABORAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS OPÇÕES	27
3.2.8 ANÁLISE DE EQUIDADE DAS OPÇÕES	28
3.2.9 CONSIDERAÇÕES SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	29
4 CONSIDERAÇÕES SOBRE DIÁLOGO DE POLÍTICAS	30
5 RELATO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA	31
6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA	32
7 CONSULTA À SOCIEDADE	33
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34

REFERÊNCIAS.....	36
GLOSSÁRIO DE TERMOS	42
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA ELABORAÇÃO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS.....	44
APÊNDICE B – RELATO DO PROCESSO DE BUSCA.....	47
APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS	48
APÊNDICE D – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DE ESTUDOS.....	49
APÊNDICE E – SÍNTESE DOS ESTUDOS POR OPÇÃO	50
APÊNDICE F – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA OPÇÃO (PARA CADA OPÇÃO).....	51
APÊNDICE G – ANÁLISE DE EQUIDADE (PARA CADA OPÇÃO).....	52
APÊNDICE H – BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO (PARA CADA OPÇÃO).....	53
APÊNDICE I – <i>CHECKLIST</i> RESEP – RELATO DE SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS	54
APÊNDICE J – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA	55
ANEXOS.....	59
ANEXO A – MÉTODOS PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS.....	60
ANEXO B – EXEMPLOS DE ACRÔNIMOS PARA ESTRUTURAR PERGUNTA.....	63
ANEXO C – FONTES DE EVIDÊNCIAS	66
ANEXO D – FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO METODOLÓGICA.....	69
ANEXO E – FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONFIANÇA.....	70

APRESENTAÇÃO

A Política Informada por Evidência (PIE) visa incorporar resultados de pesquisas nos debates de políticas e nos processos internos do setor público a fim de aprimorar o processo decisório (1). O conhecimento científico deve informar o processo de formulação e implementação de políticas tornando-as mais efetivas e, como consequência, pode haver repercussões na saúde em geral, na qualidade de vida da população e no uso eficiente dos recursos (2). No entanto, a superação do abismo entre o saber e o fazer no âmbito das políticas de saúde e, por conseguinte, na gestão dos sistemas de saúde permanece um desafio contemporâneo endereçado a governos e sociedades.

Há institucionalização de entes públicos nacionais, nas quais evidências são usadas para tomar decisões em diferentes áreas, como na avaliação de tecnologias em saúde, diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos, demandas judiciais, entre outros. Apesar das iniciativas internacionais para apoiar o uso de evidências, a variação na absorção do conhecimento persiste.

No Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) disponibiliza orientações baseadas em evidências para melhorar a qualidade da prática clínica e da saúde pública (3). No Canadá, há algumas plataformas de conhecimento que dispõem de Sínteses de Evidências para Políticas, a exemplo da *McMaster Health Forum* (4) e *Health Systems Evidence* (HSE) (5). Outra iniciativa refere-se ao *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), uma organização independente com a função de disponibilizar evidências aos gestores de saúde (6).

Na África, há o *Supporting the Use of Research Evidence* (SURE), um projeto colaborativo de apoio à *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), que disponibiliza, além de sínteses de evidências, relatórios de diálogos deliberativos, guias e documentos de resposta rápida (7). Nos Estados Unidos da América, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) patrocina o desenvolvimento de relatórios informados por evidências sobre condições de saúde comuns e novas tecnologias em saúde (8). Da mesma forma, na Austrália, o *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) visa aumentar a aceitação de evidências em áreas clínicas (9).

Nos países da América Latina e do Caribe, há diversas instituições públicas que institucionalizaram a geração e o uso da evidência, com diferentes graus de maturidade. No Brasil, as mudanças sociais e econômicas que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o seu processo de consolidação, contribuíram para tornar o uso de evidências na gestão do SUS um enorme desafio (10).

Com objetivo de estimular o uso de evidências no sistema brasileiro de saúde para apoiar a tomada de decisão, o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS) apresentou um projeto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de adesão do Brasil à Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) (11), por meio da participação na rede colaborativa mundial, a EVIPNet global (12).

Diante desse contexto, a Síntese de Evidências para Política é uma iniciativa de integração de evidências científicas para apoiar gestão de políticas de saúde. Por isso, tem como principal objetivo reunir as melhores evidências científicas disponíveis no âmbito global e local, e elencar opções para enfrentar problemas de saúde prioritários ao abordar benefícios, danos potenciais, custos, considerações de equidade e opções para implementação, bem como apontar possíveis adaptações a serem realizadas nas perspectivas dos usuários, trabalhadores de saúde, organização dos serviços e sistema de saúde.

A diretriz tem por finalidade apresentar os principais conceitos e etapas necessárias para a condução da Síntese de Evidências para Políticas de saúde (a figura 1 apresenta as principais etapas indicadas para esse processo). Contempla também três instrumentos para orientar a elaboração e avaliação das mesmas:

- 1) Estrutura de protocolo;**
- 2) Checklist para relato sistemático e transparente dos itens essenciais;**
- 3) Avaliação da qualidade metodológica, visando o rigor do processo.**

A proposta não é esgotar todos os mecanismos para elaboração desse tipo de estudo, mas elencar itens fundamentais. A construção dessa diretriz foi baseada na Ferramenta *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (SUPPORT) (13), que consiste em uma coletânea de artigos destinados a tomadores de decisão em políticas e programas de saúde. Outras referências teóricas também foram consultadas, tais como *SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs* (7), além de guias elaborados por instituições como o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (14-19).

Em nosso conhecimento, é a primeira publicação da América Latina e Caribe que se propõe a reunir diferentes conhecimentos científicos sobre o processo de elaboração de Sínteses de Evidências para Políticas em um único documento. Acredita-se que, dessa forma, o Decit/SCTIE/MS contribuirá para padronização, qualificação e avaliação de Sínteses de Evidências para Políticas de saúde, sendo esta uma das etapas da tradução do conhecimento utilizadas para subsidiar a tomada de decisão em saúde. O objetivo é que essa diretriz seja um guia prático para uso e consulta de pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, usuários e outras partes interessadas.

Figura 1 – Etapas para elaboração da síntese de evidência para política



Fonte: Autoria própria.

1 INTRODUÇÃO À TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

A subutilização de resultados de pesquisas na gestão em saúde é abordada desde as investigações do sociólogo francês Gabriel Tarde, no início do século XX, que indagava o motivo de algumas descobertas serem adotadas enquanto outras eram ignoradas (20). Esse abismo entre o que sabemos por meio da pesquisa e o que é implementado, determinado como lacuna do conhecimento, permanece um desafio no mundo contemporâneo (21–23).

Existem múltiplos termos para definir esse movimento do conhecimento para ação, que varia segundo a localização geográfica (24). Para essa diretriz, optou-se pelo termo ‘tradução do conhecimento’, uma vez que é o mais adotado em todo o mundo (25,26).

1.1 DEFINIÇÃO

O termo tradução do conhecimento é cada vez mais utilizado na área da saúde para representar o processo de mover o que aprendemos por meio da pesquisa para as aplicações reais do conhecimento em determinado contexto e circunstâncias da prática. É um conceito complexo e multidimensional que exige compreensão de seus modelos, estratégias e medidas, bem como de seus fatores influenciadores nos níveis individual e contextual – e a interação entre esses dois níveis (27).

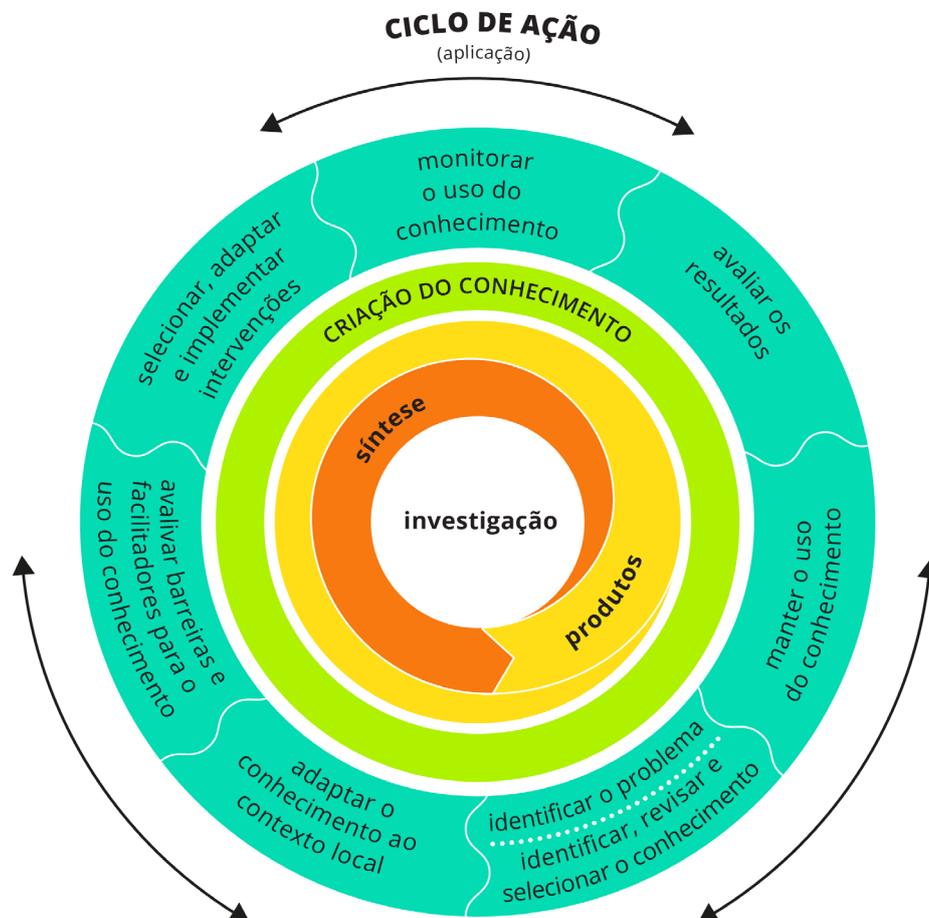
A definição mais amplamente utilizada foi publicada pelos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde, que determina tradução do conhecimento como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde, sendo a ponte entre o pesquisador e o tomador de decisão (28,29).

1.2 ESTRUTURA

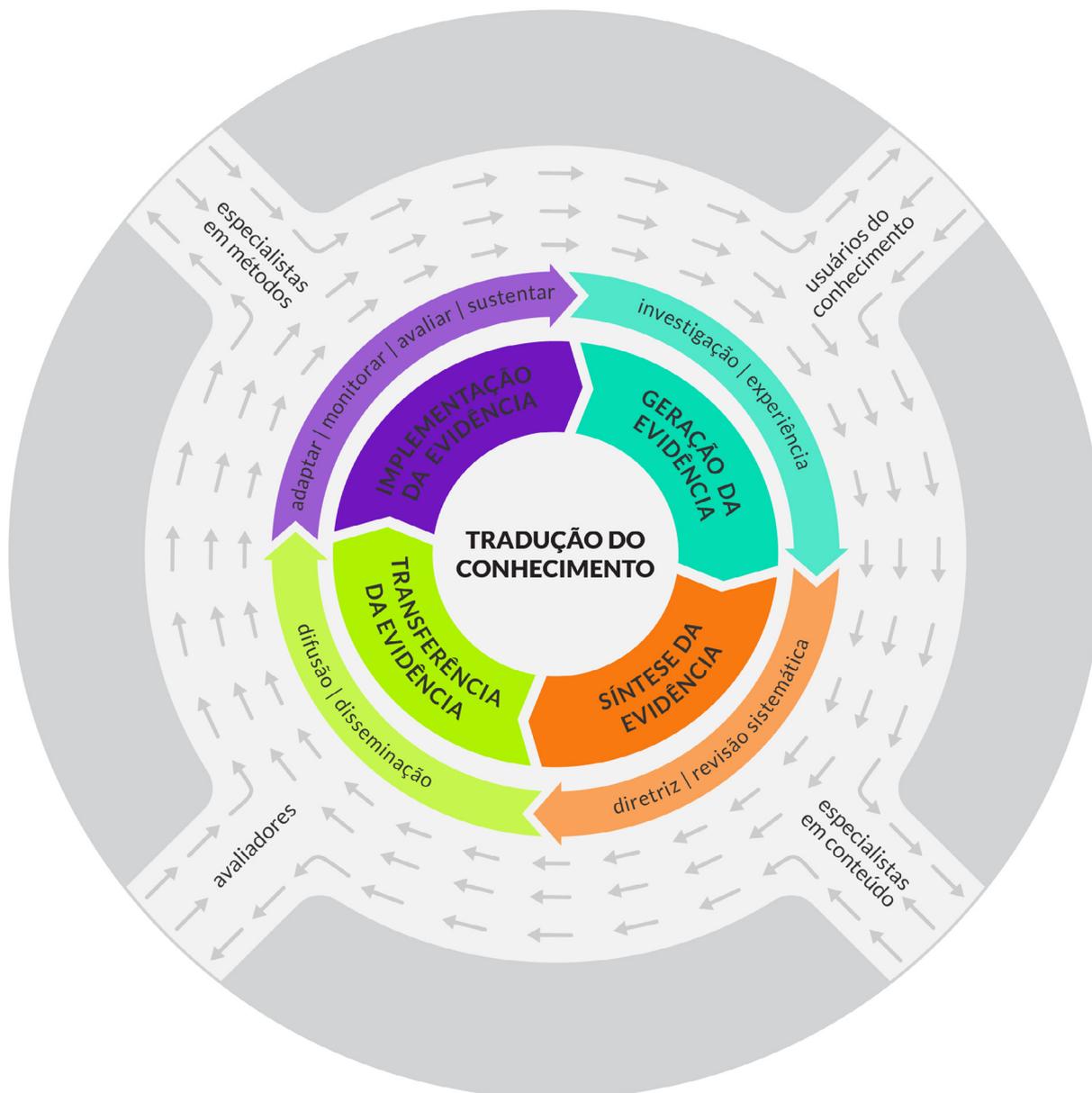
Existem diferentes modelos propostos para alcançar a tradução do conhecimento (30–40). A figura 2 representa a ideia do conhecimento em movimento, que inicia por uma investigação e pode ser cada vez mais refinado/sintetizado e, presumidamente, mais útil para a apropriação pelos usuários finais (41). O ciclo de ação inclui a aplicação deliberada de conhecimento para causar mudanças em comportamentos e/ou atitudes. Observe que as etapas de ação podem não ser sequenciais, podendo ser iniciadas em qualquer fase do ciclo. É possível mover-se entre a fase de criação do conhecimento e o ciclo de ação, de maneira interativa.

A figura 3 ilustra esse processo como uma rotatória do conhecimento, análoga a uma rotatória de trânsito, onde o fluxo contínuo de tráfego ao redor da ilha central abrange fases dinâmicas para uso da evidência. Representa a ideia do conhecimento em movimento com ênfase no intercâmbio entre os atores envolvidos com a temática.

Figura 2 – Esquema interativo entre a criação do conhecimento e os estágios de ciclos de ação, que se baseia nos aspectos comuns dentre esses modelos



Fonte: Autoria própria.

Figura 3 – Rotatória da tradução do conhecimento¹

Fonte: Modificado de Andrade e Pereira (2020).

- ¹ O fluxo contínuo de tráfego ao redor da ilha central representa as atividades da tradução do conhecimento que podem iniciar em qualquer fase do processo. Os veículos que entram e saem da rotatória representam o intercâmbio entre os produtores e potenciais usuários do conhecimento que fornecem informações ao longo do processo.

1.3 ESTRATÉGIAS

Há um *continuum* de estratégias de tradução do conhecimento que variam em nível de intensidade, que pode ser passivo e ativo; e em nível de esforço, que aumenta à medida que o conhecimento se move ao longo deste *continuum*. Os termos difusão, disseminação e implementação têm características específicas e significados distintos, os quais devem ser compreendidos neste processo (42,43).

A difusão refere-se à distribuição do conhecimento, geralmente por meios tradicionais. Publicação em periódicos e apresentação dos resultados de pesquisa em seminários ou conferências acadêmicas são exemplos. Nesse caso, o potencial usuário do conhecimento precisa procurar as informações (43,44).

A disseminação, por sua vez, amplia a comunicação da informação, segmentando e empacotando a mensagem para um público-alvo específico. Trata-se de um conceito mais ativo que a difusão por ser uma transmissão mais direcionada à uma população definida (45). Reuniões educativas presenciais com os potenciais usuários do conhecimento, auditoria e feedback, lembretes e engajamento da mídia com produtos de comunicação (matérias jornalísticas, postagens em mídias sociais, vídeos, infográficos) e produtos artísticos são estratégias para disseminar o conhecimento (46).

A implementação implica em estratégias voltadas para adotar e integrar intervenções baseadas em evidências na prática, dentro de cenários específicos. Nesse processo, há a necessidade de identificar e superar as dificuldades ou barreiras específicas do contexto local (47,48). Para serem eficazes, as abordagens de tradução do conhecimento devem ser adaptadas e podem ser adotadas, inclusive de forma concomitante, a se considerar o público-alvo da estratégia de maneira mais adequada, dependendo do tamanho e da amplitude do público e, também, do contexto de política dominante. Assim, a elaboração de Sínteses de Evidências para Políticas se insere como estratégia de tradução do conhecimento com foco na tomada de decisão em saúde (49-51).

1.3.1 Linguagem e estilo do texto

Os processos de tradução do conhecimento, uma vez que têm como objetivo proporcionar acesso às evidências, envolvem a transformação de linguagem técnica e acadêmica para uma linguagem adequada ao público a que se destinam. O leitor deve ser capaz de encontrar o que precisa, compreender o que encontra e usar esse conhecimento da forma mais adequada às suas necessidades. Para que o conhecimento possa ser apresentado de maneira clara e acessível, recomenda-se a seguir alguns passos:

- a) **Identificar o público-alvo:** a quem se destina a estratégia de tradução de conhecimento? Quais são as características desse público? Por quais meios ele prefere receber esse conhecimento? Por exemplo, quando se fala sobre gestores de saúde no Brasil, tem-se um público muito amplo e diverso. Nesse caso, é necessário considerar que o conteúdo deve atingir, de maneira inclusiva, especialistas em saúde, gestores com formação acadêmica em outras áreas e os que concluíram apenas o ensino médio.

- b) Conduzir o leitor à compreensão do texto com escrita simples e objetiva:** não o confundir com expressões complicadas ou informações excessivas é desejável. Sugere-se:
- Elaborar frases curtas e lógicas;
 - Evitar parágrafos longos (com mais de sete linhas);
 - Apresentar o conteúdo mais importante de cada seção ou subseção primeiro;
 - Avaliar se os detalhes incluídos irão ajudar o leitor a compreender melhor o conteúdo;
 - Não incluir detalhamento que possa distrair o leitor, ainda que seja de interesse;
 - Abordar a transição e a conexão entre ideias, parágrafos e seções;
 - Dar preferência a uma linguagem mais informal e menos técnica ou burocrática, usando termos mais conhecidos do público, evitando ou explicando jargões;
 - Usar, sempre que possível, verbos na voz ativa. **Exemplo:** “O Ministério da Saúde implementou o programa” em vez de “O programa foi implementado pelo Ministério da Saúde”;
 - Dar preferência a períodos em ordem direta. **Exemplo:** “O Ministro da Saúde chegou ontem a São Paulo” em vez de “Chegou ontem a São Paulo o Ministro da Saúde”;
 - Evitar ambiguidades.
- c) Utilizar ferramentas de design gráfico para facilitar a compreensão da mensagem:** o uso de imagens, infográficos ou quaisquer ferramentas de visualização de dados é desejável (52).

As formas usadas para apresentação das sínteses variam. Recomenda-se o formato gradual de 1:3:25, ou seja, 1 página em que é apresentada uma mensagem-chave dos aspectos mais importantes da síntese, 3 páginas contendo um resumo informativo e 25 páginas contemplando todo o conteúdo da síntese. Outro formato comum é 1:12, com 1 página com aspectos principais, seguida de 12 páginas com o relatório completo da síntese (53), que também pode ser empregado desde que haja preocupação clara com a linguagem acessível e objetiva e o pragmatismo no relato dos achados das evidências das sínteses.

2 INTRODUÇÃO À SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

2.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES

2.1.1 Evidências

O termo “evidência” envolve uma série de dados, relatos e observações que ajudam a suportar uma conclusão sobre um tema (54). As evidências são susceptíveis ao contexto, pois as observações são relacionadas a um determinado contexto, o que tornam necessárias avaliações acerca da aplicabilidade em outros cenários. Diferentemente da saúde baseada em evidências, o conhecimento científico utilizado no contexto político concentra-se em um grupo de pessoas, ao invés de decisões sobre indivíduos. Ambas as áreas compartilham de princípios comuns, entre eles o ceticismo sobre os supostos benefícios de uma intervenção. Entretanto, a aplicação de valores percebidos é diferente nas duas áreas (56,57).

As evidências globais (evidências disponíveis em todo o mundo) são pontos de partidas importantes para avaliação sobre potenciais efeitos de intervenções, pois efeitos em um contexto específico podem levar a conclusões errôneas sobre o que esperar de uma intervenção. As evidências locais (produzidas e disponíveis em cenários específicos) contribuem para julgamento sobre problemas, opções para enfrentar os problemas e estratégias de implementação.

Nota-se que nem toda evidência possui o mesmo grau de confiabilidade, sendo, por isso, necessária a avaliação do delineamento, do possível viés, de sua precisão e da força de associação que é reportada. As evidências de pesquisa com maior robustez metodológica são geralmente mais convincentes do que observações ao acaso porque, para obtê-las, são usados métodos rigorosos para coletar e analisar dados (56). Assim, recomenda-se a utilização da pirâmide da evidência científica no processo da PIE, por meio da qual é possível visualizar os níveis de qualidade dos estudos. As revisões sistemáticas e as metanálises estão no topo da pirâmide e representam as melhores evidências disponíveis.

2.1.2 Revisão sistemática (RS)

É um tipo de estudo secundário que compila e sintetiza as evidências provenientes de estudos primários conduzidos para responder uma questão específica de pesquisa por meio de métodos sistemáticos e explícitos, a fim de compreender melhor um tópico. Mais do que uma revisão da literatura, as Revisões Sistemáticas (RS) utilizam um método científico rigoroso para obter estudos relevantes acerca de um determinado tema.

Além dos ensaios clínicos randomizados, as revisões sistemáticas podem incluir outros tipos de estudos, como ensaios clínicos não randomizados, estudos quase-experimentais e estudos observacionais (coortes, caso-controle, transversais), a depender da melhor evidência disponível e da pergunta de pesquisa (58).

Existem inúmeras tipologias de revisões e são igualmente relevantes, tais como RS de estudos qualitativos, psicométricos, opiniões de expert e até mesmo de “*policy reviews*” (59). As revisões realistas, revisões de escopo, revisões guarda-chuva também são tipos consagrados na literatura (60).

As RS têm claras vantagens frente a outros tipos de estudo para informar as opções políticas para resolver um problema, tais como: a) reúne todos ou quase todos os estudos já produzidos, o que permite inferir com mais confiabilidade sobre um conjunto de evidências; b) permite a sistematização dos resultados com a possibilidade de avaliação da consistência e confiabilidade das evidências; e c) generalização dos resultados entre populações de forma mais segura (61).

2.1.3 Política Informada por Evidência (PIE)

A Política Informada por Evidência (PIE) é um processo sistemático e transparente para acessar, avaliar, adaptar e aplicar evidências científicas nos processos decisórios. O uso do conhecimento científico para a tomada de decisão é uma prática comum às ciências, como ocorre no campo biomédico e jurídico, com o uso da medicina baseada em evidência e do direito baseado em evidência, respectivamente (62,63).

O uso de conhecimento científico para informar o processo de formulação e implementação de uma política começou a ser utilizado na década de 1970, com a então Política Baseada em Evidência (64). Contudo, permanece um grande abismo entre o que se tem de evidência científica e o que é utilizado na prática (65).

No cenário da política, algumas evidências têm maior importância que posicionamentos políticos, como a eficácia de medicamentos para uma doença de grande valor social, a alocação de profissionais qualificados em áreas remotas e vulneráveis, a economia social, entre outros. Em suma, os tomadores de decisão articulam suas próprias experiências com valores e interesses sociais, influenciados, também, pela oportunidade política e disponibilidade de recurso.

A PIE visa contribuir e promover a utilização do conhecimento científico nos processos de tomada de decisão, no desenvolvimento de métodos e estratégias inovadoras em saúde, bem como propiciar estreita articulação e cooperação técnica entre instituições federais, estaduais e municipais.

2.2 SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

A Síntese de Evidências para Políticas, também conhecida por "*policy brief*", "*evidence briefs*", "*evidence-based policy briefs*" ou "*evidence briefs for policy*" é um resumo conciso de um problema específico, curto, focado e livre de jargões, com opções políticas (dispositivo fundamental para tomada de decisão) informadas em evidências científicas para enfrentá-lo.

A síntese de evidência destina-se a formuladores de políticas governamentais, trabalhadores de saúde, usuários dos serviços, gestores federais, estaduais e municipais e quaisquer outros grupos de interesse do processo decisório, como representantes do setor produtivo privado (54,66).

Além disso, esse tipo de estudo inicia com a descrição de um problema e compila as melhores evidências disponíveis para esclarecer o tamanho e a natureza dele; descreve os prováveis impactos das principais opções para abordá-lo e traz informações e considerações sobre barreiras potenciais à implementação das opções e estratégias para lidar com essas barreiras. Essa elaboração deve seguir um processo sistemático e transparente de forma a garantir o atendimento de padrões de qualidade científica e relevância para a Política Informada por Evidência disponível.

2.3 IMPORTÂNCIA DAS SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

O conhecimento científico demanda ampla disseminação dos resultados obtidos, tanto para os gestores e profissionais de saúde quanto para os usuários (66,67). Um dos desafios nesse campo é a apresentação dos resultados das pesquisas e a integração com outros aspectos (como os valores e preferências dos usuários, a aceitação, circunstâncias locais de implementação, a equidade, os valores etc.), que possibilite subsidiar o gestor em saúde com evidências científicas no processo decisório (11).

Para tomar decisões, a fim de proporcionar acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde, os gestores em saúde precisam ter acesso e conhecer o nível de confiança que pode ser encontrado na evidência disponível. A busca das evidências para cada problema de saúde é necessária para esclarecer quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros dos serviços de saúde, os arranjos de gestão e como implantar as mudanças necessárias (68).

As evidências de pesquisa 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 científicas e a capacidade dos gestores públicos de identificar e avaliar de forma apropriada a relevância e a qualidade de tais evidências são desafios fundamentais, que potencializam a obtenção de ganhos significativos para as políticas de saúde e o uso dos recursos públicos.

2.4 APLICABILIDADE DOS ACHADOS DAS SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS NA TOMADA DE DECISÃO

A depender do processo de intercâmbio do conhecimento, a Síntese de Evidência para Políticas é capaz de aproximar a pesquisa do processo de tomada de decisão (69). A aplicabilidade pode requerer mudanças em vários níveis, incluindo mudanças no comportamento dos usuários e provedores de cuidados de saúde e organizacionais. Portanto, é imprescindível identificar as barreiras de implementação dos achados nas diversas perspectivas: usuários, profissionais de saúde, sistema de saúde e das limitações sociais e políticas.

2.5 DESAFIOS NA ELABORAÇÃO DE UMA SÍNTESE

A produção de uma Síntese de Evidência para Políticas pode parecer uma tarefa simples, no entanto pode tornar-se um desafio para a maioria das equipes que apoia os tomadores de decisões. Algumas habilidades são necessárias, tais como: identificar as perguntas prioritárias no serviço de saúde, domínio sobre o processo de busca e seleção das informações relevantes, saber interpretar os resultados e avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas ou outros estudos incluídos, ter facilidade de leitura de publicações em inglês, ter disponibilidade de tempo para realizar as etapas de definição e caracterização do problema, identificação, seleção e extração de dados dos estudos analisados, simplificar a linguagem tornando-a de fácil entendimento para o público-alvo, encaminhar o documento para revisão externa e posterior adequação.

Além disso, o diálogo deliberativo é uma etapa importante da síntese que exige habilidade para reunir uma diversidade de participantes para representarem os principais atores sociais² da temática. É importante a existência de um facilitador neutro na questão para mediar o diálogo (53).

Um importante desafio na elaboração de uma síntese de evidência é a dificuldade na busca de estudos que respondam à pergunta de pesquisa, bem como o pouco tempo disponível para cada uma das etapas. Adicionalmente, nem todas as informações necessárias para elencar opções para abordar o problema são encontradas nos estudos incluídos, o que dificulta a extração dos achados. Nesses casos, normalmente opta-se por realizar buscas adicionais na literatura.

2.6 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para elaboração de uma Síntese de Evidência para Políticas é necessário conhecimento e habilidade no que tange à capacidade de tornar sintética e concisa uma evidência. Além disso, para apoiar a absorção das informações, no tom e no propósito, as sínteses para políticas costumam ter um formato que, normalmente, contempla a inclusão de imagens, infográficos ou outros recursos visuais; e uma linguagem de fácil entendimento.

O planejamento também é fundamental para sua elaboração. É importante delimitar, em cronograma, todas as etapas para a condução do estudo; a programação e uso do recurso financeiro disponível; que pode ser próprio ou financiado por agências de fomento à pesquisa; além da gestão de pessoas.

É importante realizar um planejamento da elaboração de modo a se ter conhecimento de todas as necessidades de investimento e levantamento de custos envolvidos, incluindo gastos com computadores, internet, materiais de escritório, telefone, papel, impressão, fotocópias dos artigos selecionados, local para reunião, entre outros. Adicionalmente, deve-se prever um tempo para a revisão e troca de informações com especialistas a fim de avaliar a síntese produzida.

A importância de uma equipe integrada favorece a boa execução do estudo. As responsabilidades de cada componente devem ser previamente definidas, entre as quais a coordenação dos trabalhos, busca e seleção dos estudos relevantes, extração dos dados dos estudos incluídos, a escolha das opções e avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados e a produção do texto da síntese de evidências.

A quantidade de pessoas que irá compor a equipe da elaboração deve ser discriminada. O trabalho pode ser desenvolvido por uma equipe própria do serviço ou município interessado ou, ainda, externa à instituição. É imprescindível a participação de profissionais com expertise em métodos epidemiológicos e análise de dados, em inglês e informática, bem como profissionais de comunicação social e designer gráfico.

2 A fim de padronizar a linguagem empregada nessa diretriz epidemiológica, utilizaremos o termo "atores sociais" para qualquer representação social de quaisquer entidades públicas ou privadas ou usuários do SUS que, de alguma forma, contém em si aspectos identitários que tangenciam ou permitem a participação no processo decisório em saúde (55).

3 ETAPAS FUNDAMENTAIS PARA ELABORAÇÃO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

3.1 PLANEJAMENTO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIA PARA POLÍTICAS

A Síntese de Evidências para Políticas deve ser previamente planejada, assim como qualquer outro estudo secundário. Primeiramente, é preciso identificar e elencar os motivos para a necessidade da execução do estudo e sua exequibilidade. A equipe de pesquisa, as possíveis parcerias de instituição e previsão de data de início e fim da elaboração do estudo devem ser apontadas. A depender do tema, para elaboração de uma síntese de alta qualidade, recomenda-se entre 6 a 12 meses.

É recomendada descrição detalhada sobre o financiamento da pesquisa, dos seus participantes e das organizações, grupos e outras instituições legais que se responsabilizarão pela execução e/ou financiamento da síntese de evidências. Quanto ao conflito de interesse, é essencial uma prévia declaração sobre a participação de pessoas que possam influenciar no julgamento dos principais tópicos investigados no estudo, haja vista a necessidade de intensa integração de diferentes representantes na elaboração do estudo.

Além disso, para garantia da sistematização e transparência na condução da pesquisa, é imprescindível a construção prévia de um protocolo de pesquisa contendo informações específicas da síntese de evidências, tais como: critérios de elegibilidade dos estudos, problema elencado, definição da questão de pesquisa a partir de uma pergunta estruturada (de preferência descrever em formato de um acrônimo), bases de dados escolhidas (no mínimo quatro), estratégia básica de busca de pelo menos uma base de dados, métodos para o processo de seleção dos estudos, ferramentas de avaliação da qualidade metodológica e do grau de confiança da evidência a serem utilizadas, estratégia de síntese dos dados, existência de revisão sistemática sobre o tema e outras informações relevantes (70).

3.1.1 Identificação e priorização de problemas

A identificação do problema pode ser realizada por meio de reuniões, consultas, demandas ou reivindicações, de um ou vários atores sociais, por exemplo, a partir da Secretaria Municipal de Saúde. Diferentes atores descrevem o mesmo problema de forma distinta, assim, recomenda-se que partes envolvidas no problema elencado sejam incluídas no processo desde a etapa de definição do problema, de forma participativa, rigorosa e transparente, até a elaboração da Síntese de Evidências para Políticas, na etapa do diálogo de políticas.

Pode-se destacar inúmeras formas de priorização de problemas em saúde, desde o alinhamento de temas descritos em documentos de gestão, tais como: Plano Plurianual, Termos de Compromisso, Diretrizes do Pacto pela Saúde, estudos de análise de situação em saúde, boletins epidemiológicos ou até mesmo compromissos firmados internacionalmente, a exemplo dos advindos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), adotado na cúpula da Organização das Nações Unidas (71,72).

A Matriz Combinada, publicada pela *Global Fórum for Health Research*, é uma metodologia reconhecidamente utilizada para priorização de problemas e temas de pesquisa (73). Essa metodologia consiste na identificação de problemas de saúde, com posterior atribuição de notas a cada item de avaliação, que refletem o seu grau de relevância: magnitude, gravidade e transcendência e insuficiência do conhecimento para a solução do problema. A nota global resulta da soma das médias aritméticas dos três itens avaliados. Ao final, os problemas com maiores notas globais deverão ser analisados de acordo com a identificação da lacuna de conhecimento.

Outras estratégias também podem ser aplicadas nessa etapa, a exemplo da utilização do método de Hanlon (74), para priorização de problemas por classificação e aplicação de critérios agregados em cinco componentes: pertinência, exequibilidade econômica, aceitação, recursos e legalidade (Anexo A, item A).

A matriz de priorização GUT (Gravidade x Urgência x Tendência) é uma das ferramentas mais utilizadas para resolução de problemas na área de gestão de qualidade em administração. É um mecanismo para definir prioridades considerando as diversas complexidades contidas em um cenário. O objetivo é a priorização feita de forma racional, levando em consideração: gravidade, que consiste na intensidade ou profundidade do impacto que causará danos prejudiciais, caso o problema não seja resolvido; urgência, o tempo para eclodir danos ou resultados indesejáveis, se não houver atuação sobre o problema; e tendência, que é o potencial de crescimento ou mitigação do problema ao longo do tempo ou o desenvolvimento que o problema terá na ausência de ação.

Após a atribuição da pontuação de cada item, multiplicam-se as notas (GxUxT) e tem-se um resultado para cada problema avaliado, possibilitando o ranqueamento (75) (Anexo A, item B).

Outras matrizes utilizadas no planejamento em saúde também podem ser utilizadas, como a Matriz de Priorização de Problemas do Sistema de Saúde - RUF-V (Relevância, Urgência, Factibilidade e Viabilidade) (Anexo A, item C), Matriz de Priorização de Problemas de Saúde da População - MTV/C (Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos), Matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) para análise de viabilidade, entre outras (Anexo A, item D).

3.1.2 Caracterização e descrição do problema

Os problemas em saúde podem ser complexos, dada a difícil compreensão de todos os aspectos que os envolvem; e multifatoriais, pela sua natureza de combinação de fatores que explicam suas causas. Para caracterizar e descrever o problema em questão é preciso compreender todas as perspectivas e influências políticas que o cercam, já que um problema pode ser evidenciado a partir de um evento determinante, uma emergência em saúde pública, criação de um programa ou mesmo por vontade política.

Algumas questões podem ser consideradas para essa análise, a saber: a forma de priorização do problema, como a questão política foi abordada como um problema, quais grupos de interesse influenciam o processo político e como eles se organizam, relevância, urgência, viabilidade, factibilidade, situação epidemiológica, ausência de ações do poder público, organização de serviços e estratégias de educação em saúde, políticas públicas já existentes para o enfrentamento do problema, programas e serviços oferecidos e grau atual da implementação das políticas já existentes (76).

Questões norteadoras podem ser úteis para a caracterização do problema, tais como:

- a) Como se originou e como foi explicitado?³
- b) Quais as possíveis causas do problema?
- c) Qual a magnitude e relevância do problema?
- d) Quais as potenciais consequências do problema?

Além disso, os indicadores de saúde devem ser utilizados. Por exemplo, se o problema for descrito em termos de fatores de risco e carga da doença, os dados epidemiológicos são fontes importantes para estimar a magnitude. Contudo, se os indicadores utilizados dizem sobre o uso de serviços de saúde, sugere-se apontamento de estudos de acesso, qualidade dos serviços e custos. Há, ainda, a possibilidade de o problema ser caracterizado por documentos governamentais ou estudos coletados pelo governo. Nesse último caso, as fontes de informação são variáveis e podem ser de difícil acesso.

Informações disponíveis apoiadas em dados confiáveis é condição necessária para análise da situação em saúde e, conseqüentemente, para tomada de decisão em saúde informada por evidência. Para mais informações sobre matriz de indicadores em saúde no Brasil e seu uso sugere-se consulta ao sítio eletrônico da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (77).

Ademais, o Ministério da Saúde disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária e criação de indicadores em saúde, dispostas nas diversas bases de dados e sistemas de informação. Para acesso às informações referidas, sugere-se o acesso ao sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e consulta ao tutorial do TABNET (78,79). Ainda quanto à caracterização, pode-se comparar o mesmo problema em situações distintas – entre regiões, países ou em séries de tempo.

3.1.3 Definição da questão de pesquisa

A partir da caracterização do problema a ser abordado e para garantir a sistematização no processo de elaboração da síntese de evidência para políticas, sugere-se estruturar uma pergunta de pesquisa e, se possível, em forma de um acrônimo previamente determinado. Uma pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição das evidências necessárias para abordar a questão e maximiza a recuperação de pesquisas nas bases de dados na literatura (80).

Diversos acrônimos podem ser utilizados para este propósito, um dos mais utilizados é o PICO, no qual cada letra representa um componente da pergunta:

P	problema, população ou paciente
I	intervenção
C	controle ou comparação
O	resultado ou desfecho (do inglês, <i>outcome</i>)

3 Essa pergunta diz respeito a como um problema foi abordado como tal ou em que circunstâncias foi inserido na pauta de decisões.

Há algumas variações da PICO (81-84), que incluem a substituição da letra “I” pela letra “E”, que representa exposição para estudos observacionais sobre fatores de risco ou prognóstico, correspondendo a PECO; a inclusão da letra “S” (do inglês *study design*) ou da letra “T” (tipo de estudo), que corresponde a PICOS ou PICOT. Além disso, também há o acrônimo PCC, que representa “Problema”, “Conceito” e “Contexto”, para nortear a formulação da pergunta para revisões de escopo, entre outros (ver Anexo B). Contudo, as perguntas sobre problemas políticos, geralmente, não são perguntas específicas (que procuram avaliar efeitos sobre intervenções em um contexto de prática sanitária, por exemplo eficácia de medicamentos, custo-efetividade de tecnologias em saúde).

3.1.4 Definição dos critérios de elegibilidade

Os componentes da questão de pesquisa no formato do acrônimo escolhido auxiliam a definir os critérios de elegibilidade da síntese. Esses critérios são elencados por meio da definição de características ditas desejáveis (critérios de inclusão) ou indesejáveis (critérios de exclusão), previamente à condução da síntese de evidência e registro em protocolo.

Essas características remetem ao delineamento, a aspectos metodológicos, ao contexto, à população, ao fenômeno de interesse, à intervenção, à comparabilidade da intervenção, às avaliações dos desfechos, entre outras. Os critérios de elegibilidade são elementos previamente definidos a serem considerados quando da inclusão ou exclusão de estudos que vão compor a síntese.

3.1.5 Redação de protocolo

Assim como em qualquer estudo, o protocolo de uma Síntese de Evidência para Políticas visa registrar de forma transparente os principais aspectos metodológicos que envolvem a condução desse tipo de estudo. A importância de utilizar o protocolo quando da condução da pesquisa é evidente, uma vez que a elaboração do protocolo *a priori* visa garantir que o estudo seja conduzido de acordo com esse planejamento inicial, minimizando risco de erros, ausências ou indecisões no processo de elaboração (70) (Apêndice A).

3.2 CONDUÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

3.2.1 Busca de evidências

O processo de busca na literatura é o ponto central para o sucesso da Síntese de Evidência para Políticas. O componente de pesquisa bibliográfica fornece a principal base para busca das evidências existentes, se caracterizando como um elemento fundamental para garantia da qualidade do estudo elaborado. O objetivo da busca na literatura é abranger o máximo ou, idealmente, a totalidade de artigos publicados possíveis naquela temática, mantendo um grau moderado de precisão dos registros recuperados.

3.2.2 Fontes de evidências

Uma Síntese de Evidências para Políticas, assim como qualquer estudo secundário, é um tipo de pesquisa que utiliza como fonte de dados outros estudos já produzidos. Prioritariamente, deverão incluir evidências compostas de estudos de RS e suas variações. Avaliações econômicas também podem compor essas evidências.

Caso não haja RS sobre o tema investigado, idealmente, deve-se identificar estudos disponíveis no momento, com outros delineamentos metodológicos, pois considera-se que o tempo de realização de pesquisas científicas não necessariamente é compatível com a urgência das tomadas de decisão no mundo político. Não havendo estudos primários ou falta de recursos humanos e materiais para tal, é necessário pautar a temática como prioridade de pesquisa local e ativar os órgãos de fomento para suprir essa lacuna. Da mesma forma, o processo de avaliação da qualidade metodológica deverá ser realizado, utilizando as ferramentas adequadas para tal. Assim, quando as opções políticas se baseiam em resultados de menor nível de evidência, há que se ter cautela quanto à implementação desses achados (85, 86). Essa investigação pode ser feita a partir de bases de dados já consagradas nas ciências da saúde ou em outras áreas do conhecimento.

As buscas devem se iniciar pelas bases de dados de revisões sistemáticas, guia de prática clínica (guidelines) e avaliações de tecnologias em saúde. *Health Systems Evidence*, *Cochrane Library*, *Center for Reviews and Dissemination*, *Health Evidence*, *Rx for Change*, *PDQ-Evidence* e Base internacional de guias GRADE são algumas destas bases. O pesquisador deverá estender a busca a outras bases de dados como *PubMed*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), EMBASE e LILACS. Uma lista de opções de bases de dados, e suas respectivas características e endereço de acesso, encontra-se no Anexo C.

Para minimizar possíveis vieses de publicação, recomenda-se a busca em diferentes bases de dados eletrônicas. Alternativas também podem ser consideradas válidas para coleta das evidências, tais como a verificação de lista de referências, buscas na literatura cinzenta, busca manual (*handsearching*) e outros métodos (85).

3.2.3 Elaboração de estratégias de busca

Para adequada recuperação de evidências nas bases de dados e para elaborar uma boa estratégia de busca recomenda-se que, a partir do problema em saúde elencado e da pergunta de pesquisa definida, o elaborador da síntese siga os seguintes passos:

- a) Selecionar os termos para a busca e, sempre que possível, deve-se utilizar os **vocabulários controlados**, chamados descritores de assunto no qual o artigo foi indexado na base de dado. No *PubMed*, o pesquisador terá o MeSH (*Medical Subject Headings*), na BVS terá o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no Embase o Emtree.
- b) Utilizar **vocabulários livres**, contendo sinônimos, grafias alternativas (singular, plural, masculino e feminino), siglas, termos relacionados, palavras chaves; que são importantes na elaboração da estratégia, pois, muitas vezes, o assunto não necessariamente será um descritor, e para ampliar as possibilidades de recuperação dos artigos.
- c) Após definição de descritores, sinônimos, palavras-chave e/ou siglas, elaborar os conjuntos destes termos fazendo as combinações e utilizando os operadores booleanos, que são conectores que nos possibilitam fazer os arranjos entre os termos e conjuntos de termos, a saber:
 - **AND:** para relacionar, assuntos ou termos. Restringe a pesquisa. Os resultados recuperados devem conter um termo e o outro. **Exemplo: "Zika Virus Infection" AND "Microcephaly"**.
 - **OR:** para somar assuntos ou termos e ampliar a pesquisa. Os resultados recuperados devem conter um termo ou o outro. **Exemplo: "Zika Virus Infection" OR "Microcephaly"**.
 - **NOT:** para excluir um assunto ou termo da pesquisa. **Exemplo: "Zika Virus Infection" NOT "Microcephaly"**.
- d) Identificar detalhes adicionais que limitem a busca, por exemplo, crianças, adultos, período e idioma.
- e) Organizar os conjuntos de descritores seguindo o acrônimo PECOT.

EXEMPLO: RELATIONSHIP BETWEEN MICROCEPHALY AND ZIKA VIRUS DURING PREGNANCY

P	População: Mulheres grávidas	Para composição do exemplo foram utilizados descritores e entry terms do PubMed: P: ("Pregnancy"[Mesh] OR Pregnancies OR Gestation) AND E: ("Zika Virus"[Mesh] OR ZikV OR Virus, Zika) AND O: ("Microcephaly"[Mesh] OR Microcephalies OR Microlissencephaly OR Microlissencephalies) AND T = Systematic review (existem filtros desenvolvidos para estudos primários e revisões sistemáticas, entre outros, disponíveis em várias bases)
E	Fator de exposição: Vírus da Zika	
C	sem comparador	
O	Desfecho: Microcefalia	
T	Tipo de Estudo	

- g) Realizar as buscas propriamente ditas, segundo as estratégias de busca determinadas nas bases de dados escolhidas e avaliar os resultados.

Na elaboração de uma Síntese de Evidência para Políticas, diferentes tipos de evidências são buscados. Além dos estudos sobre eficácia, procuram-se estudos sobre custos, valores e preferências do usuário, aceitabilidade, viabilidade para implementação, equidade, avaliação de programas etc., orientados a evidências locais ou aplicáveis ao contexto. Isso requer filtros específicos a depender da base.

Para informações adicionais sobre como elaborar estratégias de busca para Sínteses de Evidências para Políticas, o pesquisador poderá acessar referência específica (87). No entanto, sugere-se que ao menos dois especialistas no método possam elaborar e validar a estratégia de busca realizada (70).

3.2.4 Descrição do processo de busca

Deve-se descrever o processo de busca no estudo, com a lista de todas as bases de dados pesquisadas, com as datas de acesso e com suas respectivas datas de abrangência (Apêndice B). Outras fontes empregadas devem ser relatadas ao longo da condução do estudo, tais como busca manual de referências, literatura cinzenta e etc. Esse registro tem a finalidade de garantir ao leitor a possibilidade de reproduzir as buscas realizadas a qualquer tempo, dando transparência ao processo de síntese de evidência.

3.2.5 Seleção dos estudos elegíveis

A avaliação da elegibilidade dos estudos passa por dois momentos distintos: triagem dos artigos pela leitura de título e resumo e, posteriormente, leitura do manuscrito em texto completo. A leitura dos títulos e resumos dos artigos é suficiente para excluir referências que abordam tópicos diferentes da pergunta de pesquisa. Em um segundo momento, para os artigos não excluídos pela leitura de títulos e resumos, faz-se necessária uma leitura na íntegra e mais aprofundada. Tanto a fase de triagem quanto a de leitura completa devem ser realizadas por uma dupla de revisores, de forma independente. As discordâncias devem ser resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor.

Recomenda-se a leitura conjunta de alguns resumos e títulos previamente para garantir a calibragem dos dois revisores ou que os revisores estejam compreendendo de forma semelhante os critérios de elegibilidade dos estudos. Recomenda-se que este processo seja facilitado pela utilização de softwares específicos, de acesso aberto ou não, para minimizar a chance de erros (por exemplo, Covidence, Rayyan).

Todas as fases descritas aqui, inclusive a quantidade de referências encontradas, devem ser registradas em um fluxograma completo (Apêndice C), para que todo o processo seja transparente e reproduzível. As razões de exclusão devem ser explicitadas na segunda fase de leitura do manuscrito completo, conforme Apêndice D (88).

3.2.6 Extração de dados

Para essa etapa, recomenda-se o uso do modelo constante no Apêndice E com o intuito de auxiliar os autores da síntese na inclusão de informações pertinentes para a elaboração e a descrição das opções para lidar com o problema político em questão. Por isso, deve ser realizada de forma sistemática, com seus elementos abordados com profundidade, de preferência realizada por dois autores independentes.

A descrição cuidadosa das **Categorias da opção** é fundamental para auxiliar na elaboração das opções. Em **Principais achados** são extraídas informações referentes aos principais resultados propriamente ditos que respondam à pergunta da síntese, desfechos primários e secundários etc. Trata-se de outra coluna fundamental para a elaboração das opções, por este motivo, pode ser planejada com duas ou mais colunas. O objetivo não é apenas reproduzir resultados dos estudos incluídos que não tenham relevância para a pergunta da síntese de evidências, pois tanto a síntese quanto os estudos incluídos na síntese podem ter perguntas distintas, embora complementares e/ou alternativas.

A **Avaliação da qualidade metodológica** consiste em inserir o resultado de avaliação realizada, por dois autores independentes, por meio do uso de uma ferramenta adequada ao delineamento do estudo incluído. Essa avaliação tem o intuito de informar os tomadores de decisão sobre a possibilidade de risco de viés. Faz-se necessária também a **Avaliação do grau de confiança** das revisões sistemáticas com o intuito de avaliar quão confiáveis as estimativas são e o potencial de mudança dos resultados. Essa gradação permite inserir a evidência no contexto de sua aplicabilidade (ver exemplos no Anexo D e E, respectivamente).

É necessário informar a **Proporção de estudos que incluíram a população-alvo**, dado caráter fundamental de conhecer em que contexto as opções já foram implementadas, identificando sua aplicabilidade na população-alvo da Síntese de Evidências para Políticas. Já a **Proporção de estudos realizados em países de baixa-média** renda diz respeito ao local em que os estudos incluídos foram realizados. Esse dado fornece a perspectiva do contexto onde a intervenção foi testada, haja vista que a classificação do Banco Mundial é constantemente atualizada e é recomendável, antes de extrair esses dados, que o site dessa instituição seja consultado. A última coluna diz respeito à **Proporção de estudos com foco no problema**, um componente-chave da pergunta/problema e orienta a descrição das opções.

Além desses itens, durante a extração, é possível coletar outras informações que podem subsidiar a elaboração das opções e considerações sobre a equidade e implementação das intervenções. Alguns estudos, especialmente RS qualitativas e de métodos mistos, disponibilizam dados sobre percepções e experiências dos atores sociais com interesse no assunto em questão, além de considerações sobre barreiras e facilitadores à implementação na organização de serviços de saúde e no sistema de saúde. Essas informações podem ser coletadas no momento da extração e incorporadas nas seções “análise de equidade das opções” ou “considerações sobre implementação das opções”, a depender do dado extraído.

Neste sentido, cientes que formuladores de políticas despendem mais esforços para a implementação de uma opção política que demonstre seus benefícios, danos e custos (89), pode ser que nem todas essas informações sejam encontradas em um só estudo. Caso isso ocorra, deve-se complementar as informações por meio de busca de outros estudos que apresentem tais características, inclusive no quesito de custos e custo-efetividade, abordado em estudos de avaliação econômica.

Nos casos em que o relato sobre o uso do recurso se fizer necessário e não houver informações a respeito nos resultados dos estudos incluídos na revisão, os autores podem identificar e reportar os principais componentes da intervenção que estejam associados a esse uso, podendo incluir, por exemplo, recursos humanos, treinamento, equipamento e suprimentos para a intervenção; ou, ainda, redução da morbidade, o que pode indicar uma possível economia.

É importante considerar que as características gerais de cada opção precisam ser consideradas do ponto de vista da sua viabilidade (quantidade substancial de benefícios e quantidade baixa de prejuízos), aceitabilidade (a relação custo-efetividade foi demonstrada?) e exequibilidade técnica. Portanto, é necessário qualificar uma opção que aborde e delimite interesses políticos significativos para sua possível adaptação, mesmo que tenha

sido implementada em outra localidade. Dessa forma, recomenda-se adicionar dados e informações de estudos qualitativos ou de avaliação de processos, sendo possível avaliar quando e por que uma opção funcionaria no contexto em questão (90).

3.2.7 Elaboração e descrição das opções

É o momento de informar o que as melhores evidências científicas apresentam de solução para abordar uma determinada situação problemática de saúde pública. Finalizada a extração de dados agrupam-se os estudos incluídos (geralmente revisões sistemáticas) para elaborar as opções potenciais. Esse agrupamento pode partir da coluna **Categorias da opção**.

Faz-se necessário indicar as opções de forma clara e de fácil compreensão, preferencialmente com verbo de ação. Também é importante mantê-las curtas e torná-las realistas. Do mesmo modo, recomenda-se evitar sobrecarregar o leitor com uma longa lista de opções. As opções podem ser consideradas de forma independente ou combinadas para formar novas opções que sejam mais apropriadas ao contexto específico. Recomenda-se priorizar até três opções. A seguir apresenta-se um exemplo:

Uma síntese de evidências foi realizada para identificar estratégias na tentativa de reduzir a superlotação de um pronto-socorro (PS) do Distrito Federal. Foram identificadas 11 RS que apontavam para sete opções: a) realocar serviços de atenção primária em saúde para dentro do PS, b) implantar a classificação de risco, c) criar gestão de casos, d) utilizar método Lean, e) criar uma unidade de observação por até 4 horas, f) criar uma unidade de curta permanência por até 72 horas, g) institucionalizar assistência domiciliar.

Os elaboradores da síntese optaram por agrupar as estratégias em três opções:

- 1) Reduzir a pressão de entrada do Serviço de Emergência Hospitalar (incluindo opções a,b,c);
- 2) Evitar ou diminuir a pressão interna do Serviço de Emergência Hospitalar (incluindo opções d, e, f),
- 3) Promover a saída do Serviço de Emergência Hospitalar (incluindo opção g).

Uma vez definidas as opções, as características gerais de cada opção devem ser abordadas com profundidade, pois se constituem como informação essencial da síntese de evidência. Para a descrição das opções, são extraídos dados dos estudos selecionados (geralmente RS) considerando questões como:

- a) Quais opções foram apresentadas?
- b) O que se sabe sobre seus benefícios, danos potenciais, custos ou custo-efetividade?
- c) Qual o nível de certeza que se tem sobre esses resultados?
- d) Como posso adaptá-las ao problema?

Essa descrição deve ser realizada de maneira sucinta, direta, clara e em linguagem acessível para tomadores de decisão. Sugere-se o preenchimento do Apêndice F.

Para selecionar as opções que melhor se adequam ao problema, alguns aspectos devem ser considerados, tais como (91):

- a) **Arranjos do sistema de saúde:** há programas ou serviços sendo disponibilizados onde e para quem eles sejam necessários?
- b) **Prestação de serviços:** para quem o programa ou serviço é direcionado? Quem o fornece? Onde o serviço é prestado e quais tecnologias de comunicação e informação são usadas?)
- c) **Financiamento:** quem financia e como é financiado o sistema, programa ou serviço?)
- d) **Governança:** quem tem autoridade e responsabilidade profissional, comercial e organizacional ou política?

3.2.8 Análise de equidade das opções

O conceito de equidade parte de dois pressupostos: indivíduos em situação de vulnerabilidade social podem ter menor sobrevida e diferentes experiências de adoecimento em relação a outros grupos (91). Diante desse contexto, nota-se a centralidade do papel atuante do Estado na promoção de benefícios compensatórios a esse grupo populacional dos menos favorecidos (92). Conhecer a eficiência de uma política ou de um programa não é suficiente no processo decisório. Faz-se necessário considerar, também, o seu impacto sobre as desigualdades sociais.

É possível que uma opção implementada promova efeitos gerais na saúde de modo a exacerbar as iniquidades na população. Portanto, na Síntese de Evidência para Políticas é necessário descrever se há possibilidades de grupos específicos de indivíduos ou cenários serem desfavorecidos em relação à opção considerada, se existe eficácia relativa a grupos distintos, se condicionantes sociais podem comprometer a eficácia de determinada opção.

Assim, antecipar possíveis ações que mitiguem essas desigualdades antes da implementação da opção, relativizar os ganhos absolutos de uma opção (a opção é equitativa em qualquer cenário?), além de considerar ações para reduzir as desigualdades ou evitar seu aumento, provocadas pela implementação da própria opção (93) (Apêndice G).

Uma das formas de identificar e descrever grupos possivelmente afetados com a implementação de uma ação é o PROGRESS, acrônimo formado com as primeiras letras em inglês: a) local de residência (*Place of residence*); b) raça/etnia/cultura (*Race/ethnicity/culture*); c) ocupação (*Occupation*); d) gênero (*Gender/sex*); e) religião (*Religion*); f) educação (*Education*) e g) situação socioeconômica (*Socioeconomic Status*) (94).

Deve haver descrição dos potenciais grupos e cenários desfavorecidos, além de estratégias que reduzam as possíveis iniquidades desencadeadas pela implementação das opções para enfrentar o problema. Programas já existentes para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, diferentes estratégias de gestão, financiamento, provisão de serviços, apoio técnico complementar nos diferentes contextos ou um simples investimento de recursos adicionais, podem ser consideradas possíveis estratégias para minimizar ou mitigar iniquidades.

3.2.9 Considerações sobre implementação das opções

Embora a realização da síntese de evidências tenha o intuito de subsidiar o gestor para tomada de decisão em saúde informado por evidências, é possível que haja dificuldades para implementação das opções. Recursos limitados, restrição de tempo e resistência à mudança por parte do tomador de decisão são alguns dos motivos que explicam essa situação. Em razão disso, é essencial identificar quais são e onde estão as prováveis barreiras locais à implementação das opções identificadas na síntese. Uma vez identificadas as barreiras, há de ser pensar em estratégias para superá-las de maneira efetiva (95).

Planejar uma nova política implica necessariamente em mudanças no sistema de saúde. Dessa forma, entender o comportamento do usuário final da política ou programa, ouvir e entender os profissionais e levar em conta a estrutura organizacional local é importante para identificar as possíveis barreiras para escolher as melhores estratégias para seu enfrentamento, sua aplicabilidade e viabilidade da sua implementação (96). A evidência local é fundamental para a identificação das barreiras e a evidência global (revisões sistemáticas) é a fonte prioritária de evidências sobre a efetividade das estratégias.

Recomenda-se, então, a descrição de métodos para definir as barreiras à implementação de opções. Por exemplo: métodos de abordagem estruturada ou não estruturada, contatos com atores-chave, estudos de casos, entrevistas, enquetes públicas, observações diretas, grupos focais, ou uma combinação destes métodos.

As barreiras podem ser estruturadas em três níveis básicos:

- a)** Usuários do serviço de saúde/cidadãos. **Exemplo de barreiras: motivação para mudanças, acesso ao cuidado, etc.;**
- b)** Profissionais de saúde. **Exemplos de barreiras: falta de conscientização, falta de familiarização, falta de aceitação, ausência de expectativa de resultado, inércia da prática anterior, barreiras externas;**
- c)** Organizações e serviços de saúde. **Exemplos de barreiras: escassez de recursos materiais e humanos, sistemas de informações ineficazes, infraestrutura insatisfatória, conflitos de interesses, ausência de normativas, prioridades concorrentes, troca de gestão, instabilidade política, pensamento imediatista da gestão, etc.⁴**

Após a identificação de barreiras é necessário discutir estratégias para superá-las. A escolha das estratégias pode ser orientada pelas evidências e pelos fatores contextuais. As estratégias em nível individual (usuários/cidadãos) podem incluir: provimento de ações educativas, apoio à mudança de comportamento, apoio ao desenvolvimento de habilidades e competências, apoio pessoal, facilitação das comunicações e tomadas de decisões e participação do cidadão no sistema.

No nível dos profissionais de saúde, diversas estratégias podem ser consideradas para superar as barreiras como: materiais educativos, reuniões educativas, visitas educacionais de sensibilização, apoio de líderes locais/formadores de opinião, processos locais de formação de consenso, auditoria e *feedback*, intervenções personalizadas. Já em nível organizacional, dos serviços de saúde, podem se basear em teorias e experiências exitosas.

Faz-se necessário sintetizar as informações em epígrafe, especificando as evidências e os critérios utilizados para caracterizar as barreiras, informar vantagens e desvantagens das estratégias de implementação, a qualidade das evidências e quaisquer limitações identificadas (Apêndice H).

4 O intuito da síntese de evidências para políticas não é esgotar a temática de implementação e nem tampouco realizar análise profunda das opções a serem implementadas, seja atendo-se apenas às considerações sobre implementação, sendo necessária a elaboração futura de um plano de intervenção, fora do escopo desse estudo, para abordar detalhadamente esses tópicos.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

Os diálogos de políticas podem ser realizados em qualquer momento da elaboração de uma síntese de evidências; desde o início, para subsidiar a priorização dos problemas a serem explorados; e/ou após a conclusão da primeira versão da síntese de evidência, para discutir as opções políticas encontradas na literatura científica (54). Os diálogos deliberativos constituem um mecanismo interativo de compartilhamento de conhecimentos que permite a aproximação dos atores interessados em questões prioritárias em saúde, considera o contexto local e possibilita a implementação das evidências. Trata-se de uma ferramenta utilizada para orientar o desenvolvimento de políticas, normalmente informado por uma Síntese de Evidências para Políticas.

Recomenda-se o engajamento das partes interessadas em qualquer momento da elaboração da síntese, especialmente no diálogo, seguindo uma metodologia prescrita nas ferramentas SUPPORT com a aplicação das regras de *Chatham House* (97). Essa regra permite a disseminação do conteúdo, mas proíbe a identificação e afiliação dos participantes ao que foi falado. Os participantes são livres para usar a informação recebida, mas não podem divulgar a identidade e a afiliação dos oradores e dos participantes.

O diálogo fornece oportunidades para discutir o problema, opções para abordá-lo e considerações das principais implementações de forma isenta e participativa. Esse tópico será tratado em outro documento (diretrizes metodológicas para elaboração de diálogos de políticas), com aprofundamento a respeito de sua organização.

5 RELATO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA

Para garantir a padronização, transparência e sistematização de relato dos itens que compõem uma Síntese de Evidência para Política foi construído o *Checklist RESEP* – Relato para **Síntese de Evidência para Políticas**, tendo como modelo o PRISMA *checklist* (98). Acredita-se que além do aprimoramento da elaboração da síntese, a ferramenta auxiliará a revisão por pares deste tipo de estudo (Apêndice I).

6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA

A elaboração de Síntese de Evidências para Políticas de saúde deve seguir um processo sistemático e transparente de forma a garantir o atendimento de padrões de qualidade científica e relevância para o sistema de saúde. Dessa forma, a avaliação de qualidade metodológica é uma oportunidade de inovação no estabelecimento de alto padrão de qualidade mérito-científica do estudo realizado.

Para tal, construiu-se uma ferramenta para avaliar a qualidade metodológica de uma Síntese de Evidências para Políticas, visando o rigor metodológico na condução desse tipo de estudo. A ferramenta é composta por 21 perguntas categóricas de cada etapa de uma síntese: mensagem-chave, contextos e antecedentes, descrição do problema, opções para enfrentar o problema, análise de equidade das opções e considerações sobre implementação das opções. Essa ferramenta pode ser utilizada tanto pela equipe de elaboração da síntese de evidências quanto por avaliadores externos (Anexo G).

7 CONSULTA À SOCIEDADE

Uma versão preliminar da Diretriz Metodológica para Síntese de Evidências para Políticas esteve disponível para contribuições entre os dias 16.08.2019 e 04.09.2019. Os interessados podiam contribuir por meio de um link do FormSUS. Ao todo foram recebidas 349 contribuições: profissionais de saúde (53,8%), pesquisadores (33,52%), instituições de ensino (7,74%), atores sociais (2,29%), gestores (1,72%), e outros (1,15%).

Com relação à opinião sobre a diretriz, 85,39% dos participantes ($n = 298$) consideraram a diretriz muito boa, enquanto 13,75% ($n = 48$) consideraram a diretriz regular e 0,86% ($n = 3$) consideraram a diretriz ruim (figura 4).

A partir da nuvem de palavras é possível observar o principal grupo de palavras que foi utilizado pelos participantes em seus comentários. A maior parte do que foi sugerido pelos participantes já estava presente na versão preliminar. Houve comentários elogiando a diretriz, bem como sobre possíveis facilitadores e barreiras para implementação da mesma (observar a figura 5).

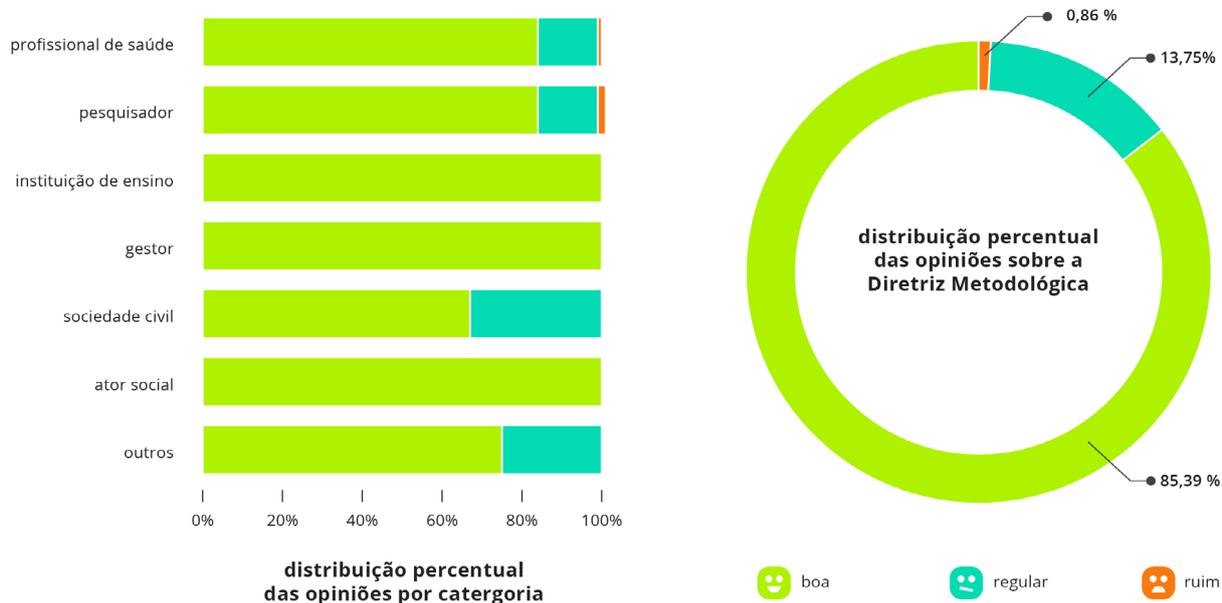
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da Política Informada por Evidências através da elaboração de sínteses de evidências deve ser incentivado e aprimorado nos órgãos federais, estaduais e municipais. Gestores e formuladores de políticas dispõem de pouco tempo para a leitura de relatórios acadêmicos, a fim de subsidiar suas tomadas de decisão. Dessa forma, produzir sínteses de evidências com evidências globais e locais sobre problemas prioritários e opções para abordá-los são úteis para facilitar o uso de evidências na formulação de políticas.

A contribuição de uma Síntese de Evidências para Políticas não depende apenas da apresentação de evidências de qualidade, mas também da tradução de novos conhecimentos em mensagens relevantes ao contexto para o público-alvo. Deve-se ter sempre em mente a adequação da linguagem ao público interessado na síntese, porém sem perder a objetividade das informações.

Neste documento, procurou-se abordar as etapas para elaboração de uma Síntese de Evidência para Política, fornecendo orientações que podem ser utilizadas para garantir que o processo de tomada de decisão seja informado pela melhor evidência científica disponível de forma sistemática e transparente.

Figura 4 - Opiniões sobre a diretriz metodológica



Fonte: Autoria própria.

REFERÊNCIAS

1. HEAD, B. Evidence-based policy: principles and requirements. *In*: AUSTRÁLIA. Productivity Commission. **Strengthening evidence-based policy in the Australian federation**: roundtable proceedings. Melbourne, 2010. p. 13-26.
2. BARRETO, J.; SOUZA, M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013.
3. LONDON. National Institute for Health and Care Excellence. **Nice guidance**. Manchester: Nice, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance>. Acesso em: 6 maio 2019.
4. ONTARIO. McMaster University. **McMaster health forum**: learn how. Ontario, 2017. Disponível em: <https://www.mcmasterforum.org/learn-how/overview>. Acesso em: 6 maio 2019.
5. ONTARIO. McMaster University. **Health systems evidence**: about HSE. Ontario, 2017. Disponível em: <https://www.healthsystemsevidence.org/about?>. Acesso em: 6 maio 2019.
6. CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH. **About CADTH**: what does the evidence say? Ottawa: CADTH, 2012. Disponível em: <https://www.cadth.ca/about-cadth>. Acesso em: 6 maio 2019.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence-informed policy network**: sure guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/evidence/sure/guides/en/>. Acesso em: 6 maio 2019.
8. UNITED STATES. Agency for Healthcare Research and Quality. **AHRQ research**. Washington, DC: AHRQ, 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/research/ahrq-research.html>. Acesso em: 6 maio 2019.
9. AUSTRALIA. National Health and Medical Research Council. **About us**. Canberra: NHMRC, 2019. Disponível em: <https://www.nhmrc.gov.au/about-us>. Acesso em: 6 maio 2019.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório anual**: rede para políticas informadas por evidências (EVIPNet Brasil): janeiro-dezembro 2015. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/02/evipnet_brasil_rel%C3%B3rio_anual_2015.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Rede para políticas informadas por evidências**: pesquisa na EVIPNet Brasil. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>. Acesso em: 6 maio 2019.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EVIPNet in action**: 10 years, 10 stories. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/evidence/resources/publication/en/>. Acesso em: 6 maio 2019.
13. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Ferramentas support para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)**: uma coletânea de artigos publicados na revista Health Research Policy and System. Brasília, DF: PAHO, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3287:2010-ferramentaspolicas-saude-baseadas-evidencias-stp&Itemid=1655&lang=en. Acesso em: 6 maio 2019.
14. UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **Resources for writing briefs**. Washington, DC: CDC, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/policy/polaris/training/policy-resourceswriting-briefs.html>. Acesso em: 6 maio 2019.
15. INTERNATIONAL CENTRE FOR POLICY ADVOCACY (Berlin). **An essential guide to writing policy briefs**. Berlin: IPCA, 2017. Disponível em: https://www.icpolicyadvocacy.org/sites/icpa/files/downloads/icpa_policy_briefs_essential_guide.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

16. OTAWA. International Development Research Centre. **How to write a policy brief**. Ottawa: IDRC, [2015?]. Disponível em: <https://www.idrc.ca/sites/default/files/idrcpolicybrieftoolkit.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.
17. YOUNG, J. *et al.* **Roma: a guide to policy engagement and influence**. London: Overseas Development Institute, 2014. Disponível em: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9011.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.
18. HARVARD UNIVERSITY. **A student's guide to writing a global health policy brief**. Cambridge, 2017. Disponível em: https://gheli-live-c08f218cfc6c4ccf84df8c9b3035-9503df6.aldryn-media.io/filer_public/d8/82/d8820ff9-6fb9-4939-8520-7c5eb34978f6/2017_gheli_globhlth-polbrf_wrtgguide.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.
19. UNITED NATIONS. **Policy and analytical briefs**. Geneva: Un-Water, 2015. Disponível em: https://www.unwater.org/publication_categories/policy-and-analytical-briefs/. Acesso em: 15 jul. 2019.
20. TARDE, G. **The laws of imitation**. New York: Henry Holt and Company, 1903. Disponível em: https://monoskop.org/images/3/35/Tarde_Gabriel_The_Laws_of_Imitation.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf. Acesso em: 8 abr. 2019.
22. MCGLYNN, E. A. *et al.* **The quality of health care delivered to adults in the United States**. *New England Journal of Medicine*, [s. l.], v. 348, n. 26, p. 2635-2645, 2003.
23. MACLEOD, M. R. *et al.* Biomedical research: increasing value, reducing waste. *The Lancet*, [s. l.], v. 383, n. 9912, p. 101-104, 2014.
24. MCKIBBON, K. A. *et al.* **A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel?** *Implementation Science*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 5-16, 2010.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bridging the know-do gap meeting on knowledge translation in global health**. Geneva: WHO, 2005.
26. NATIONAL CENTER FOR THE DISSEMINATION OF DISABILITY RESEARCH (Austin). **What is knowledge translation?** Austin, 2005. Disponível em: https://ktdrr.org/ktdrr/library/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus10/Focus10.pdf. Acesso em: 6 maio 2019.
27. STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, [s. l.], v. 181, n. 3/4, p. 165-168, 2009.
28. CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **About us**. Montreal, 2016. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>. Acesso em: 16 abr. 2019.
29. KOTHARI, A.; MCCUTCHEON, C.; GRAHAM, I. D. Defining integrated knowledge translation and moving forward: a response to recent commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 299-300, 2017.
30. WENSING, M. *et al.* **Factors in theories on behaviour change to guide implementation and quality improvement in healthcare**. Nijmegen: Centres for Quality of Care Research, 2005.
31. SALES, A. *et al.* Models, strategies, and tools: theory in implementing evidence-based findings into health care practice. *Journal of General Internal Medicine*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 43-49, 2006.
32. ESTABROOKS, C. A. *et al.* A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 25-36, 2006.
33. GRAHAM, I. D. *et al.* Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*, [s. l.], v. 14, n. 11, p. 936-941, 2007.

34. MITCHELL, S. A. *et al.* A thematic analysis of theoretical models for translating science in nursing: mapping the field. **Nursing Outlook**, [s. l.], v. 58, n. 6, p. 287-300, 2010.
35. WILSON, K. M. *et al.* An organizing framework for translation in public health: the knowledge to action framework. **Preventing Chronic Disease**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 46, 2011.
36. MEYERS, D. C.; DURLAK, J. A.; WANDERSMAN, A. The Quality Implementation Framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. **American Journal of Community Psychology**, [s. l.], v. 50, n. 3/4, p. 462-480, 2012.
37. TABAK, R. G. *et al.* Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 337-350, 2012.
38. FLOTTORP, S. A. *et al.* A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. **Implementation Science**, [s. l.], v. 8, n. 35, p. 2-11, 2013. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-8-35>. Acesso em: 8 abr. 2019.
39. GRAHAM, I. D. *et al.* **A review of planned change (knowledge translation) models, frameworks and theories: proceedings of the JBI international convention.** Adelaide: JBI, 2005.
40. GRAHAM, I. D. *et al.* Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.
41. KITSON, A.; STRAUS, S. E. The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 182, n. 2, p. 73-77, 2009.
42. ANDRADE, K. R. C. de; PEREIRA, M. G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 72, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100607&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020. Epub 24-Jul-2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>.
43. CORDERO, C. *et al.* Funding agencies in low- and middle-income countries: support for knowledge translation. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 86, n. 7, p. 524-534, 2008.
44. LOMAS, J. Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what?. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [s. l.], v. 703, n. 1, p. 226-237, 1993.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas.** Brasília, DF: MS, 2016.
46. MITTON, C. *et al.* Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. **Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 85, n. 4, p. 729-768, 2007.
47. LAWRENCE, R. Research dissemination: actively bringing the research and policy worlds together. **Evidence and Policy**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 373-384, 2006.
48. RABIN, B. A.; BROWNSON, R. C. Developing the terminology for dissemination and implementation research. *In*: BROWNSON, R. C.; COLDITZ, G. A.; PROCTOR, E. K. (ed.). **Dissemination and implementation research in health.** New York: Oxford University Press, 2012. p. 23-51.
49. OELKE, N. D. *et al.* Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. **EVIPNet Brasil: facilitando o uso do conhecimento científico em políticas e práticas de saúde.** Brasília, DF: MS, 2010.
51. SALSBERG, J.; MACAULAY, A. C. Linkage and exchange interventions. *In*: STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. D. (ed.). **Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.** 2th ed. Chichester: Wiley, 2013. p. 176-188.

52. AMERICAN INSTITUTES FOR RESEARCH (Washington). **Plain language summary tool**. Washington: KTDRR, 2019. Disponível em: <https://ktdrr.org/resources/plst/#resources>. Acesso em: 6 maio 2019.
53. LAVIS, J. N. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 13: preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 7, n. 13, p. 1-9, 2009.
54. TOMA, T. S. *et al.* Síntese de evidências para políticas de saúde. In: SÃO PAULO. Instituto de Saúde. **Avaliação de tecnologias de saúde e políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p.183-208.
55. MARTINS, P. C. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.
56. LOMAS, J. **Conceptualizing and combining evidence for health system guidance**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
57. COOKSON, R. Evidence-based policy making in health care: what it is and what it isn't. **Journal Health Services Research and Policy**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 118-121, 2005.
58. HIGGINS, J. P. T. Z. *et al.* **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0**. [s. l.]: Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org>. Acesso em: 6 abr. 2019.
59. MUNN, Z. *et al.* What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 5, 2018.
60. AROMATARIS, E.; MUNN, Z. Chapter 1: JBI systematic reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **Joanna Briggs Institute reviewer's manual**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 6 abr. 2019.
61. SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
62. NUTLEY, S. **Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK**. St. Andrews: University of St. Andrews, 2003.
63. CHALMERS, I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?. **Evidence and Policy**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 227-242, 2005.
64. HEAD, B. W. Toward more evidence-informed policy making?. **Public Administration Review**, [s. l.], v. 76, n. 3, p. 472-484, 2015.
65. CAIRNEY, P.; OLIVER, K. Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy?. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 15, n. 35, p. 1-11, 2017.
66. RABIN, B. A. A glossary for dissemination and implementation research in health. **Journal of Public Health Management and Practice**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 117-123, 2008.
67. MOULLIN, J. C. *et al.* A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 13, n. 16, p. 1-9, 2015.
68. LAVIS, J. N. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 3: setting priorities for supporting evidenceinformed policymaking. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 7, n. 3, 2009.
69. RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. Como usar a abordagem da política informada por evidência na saúde pública? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306, 2018.
70. MCGOWAN, J. *et al.* Press peer review of electronic search strategies: 2015 Guideline Statement. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 75, p. 40-46, 2016.
71. BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, 2013.

72. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **17 objetivos para transformar nosso mundo**. [s. l.], 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 7 maio 2019.
73. GHAFFAR, A.; FRANCISCO, A.; MATLIN, S. (ed.). **The combined approach matrix: a priority-setting tool for health research**. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
74. SOUSA, F. A. M. L. *et al.* Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 11, p. 1-10, 2017.
75. KEPNER, C. H.; TREGOE, B. B. **O administrador racional**. São Paulo: Atlas, 1981.
76. LAVIS, J. N. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 4: using research evidence to clarify a problem. **Health Research and Policy Systems**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 1-10, 2009.
77. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica: situação de saúde**. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 maio 2019.
78. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde (TABNET)**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 7 maio 2019.
79. BRASIL. Ministério da Saúde. **Tutorial (TABNET)**. Brasília, DF: MS, 2008. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_html/html/index.html#2. Acesso em: 7 maio 2019.
80. POPE, C.; MAYS, N.; POPAY, J. **Synthesizing qualitative and quantitative health research**. Buckingham: Open University Press, 2007.
81. RICHARDSON, W. S. *et al.* The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **ACP Journal Club**, [s. l.], v. 123, n. 3, p. 12, 1995.
82. BOOTH, A. Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. **Library Hi Tech**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 355-368, 2006.
83. COOKE, A.; SMITH, D.; BOOTH, A. Beyond PICO. **Qualitative Health Research**, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 1435-1443, 2012.
84. WILDRIGE, V.; BELL, L. How CLIP became ECLIPSE: a mnemonic to assist in searching for health policy/management information. **Health Information and Libraries Journal**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 113-115, 2002.
85. GREENHALGH, T.; PEACOCK, R. B. M. J. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. **BMJ**, [s. l.], v. 331, n. 7524, p. 1064-1065, 2005.
86. OXMAN, A. D. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 17: dealing with insufficient research evidence. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 7, n. 17, p. 1-11, 2009.
87. ABDALA, C. V. M. *et al.* Bases de dados de literatura científica e estratégias de busca. In: SÃO PAULO. Instituto de Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 209.
88. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos de acurácia diagnóstica**. Brasília, DF: MS, 2014.
89. LAVIS, J. N. *et al.* Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking. **Journal of Health Services Research and Policy**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 35-48, 2005.
90. OXMAN, A. D. *et al.* 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**, [s. l.], v. 7, n. 10, p. 1-9, 2009.
91. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.
92. RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

93. O'NEILL, J. *et al.* Applying an equity lens to interventions: using progress ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 67, n.1, p. 56-64, 2014.
94. ELLEN, M. E. *et al.* Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decisionmaking in health systems: a qualitative study. **Implementation Science**, [s. l.], v. 9, n. 179, p. 1-12, 2014.
95. FRETHEIM, A. *et al.* 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**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 1-11, 2009.
96. CHATAM HOUSE (London). **Chatam house rule**. London, 2019. Disponível em: <https://www.chathamhouse.org/chathamhouse-rule>. Acesso em: 7 maio 2019.
97. MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.
98. ONTARIO. McMaster University. Health Evidence TM. **Evidence-informed decision making (EIDM) checklist**. Ontario, 2018.
99. LAVIS, J. N. *et al.* Support Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem. **Health Research Policy and Systems**, [London], v. 7, p. S5, 2009. Suppl 1.
100. LEWIN, S. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 11: finding and using research evidence about local conditions. **Health Research Policy and Systems**, [s. l.], v. 7, n. 11, p. 1-14, 2009.
101. UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **CDC clear communication index: a tool for developing and assessing CDC public communication products**. Atlanta, 2014.
102. SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, [s. l.], v. 358, p. 1-9, 2017.
103. WHITING, P. *et al.* Robis: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 69, p. 225-234, 2016.
104. JOANNA BRIGGS INSTITUTE (Adelaide). **Checklist for systematic reviews and research syntheses**. Adelaide, 2017. Disponível em: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.
105. LEWIN, S. *et al.* Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (Grade-CerQual). **Plos Med**, San Francisco, v. 12, n. 10, p. 1-18, 2015.

GLOSSÁRIO DE TERMOS

- **Arranjos financeiros dos sistemas de saúde:** diz respeito a como se obtém a receita para os programas e serviços. Exemplo: mediante plano de saúde.
- **Arranjos de gestão:** refere-se à autoridade sobre a política, ou seja, quem toma a decisão relacionada à política. Exemplo: se estas decisões são centralizadas ou descentralizadas.
- **Categorias da opção:** descreve a mensagem principal da opção.
- **Diálogos deliberativos:** uma abordagem para orientar a tomada de decisão com base na deliberação entre as partes interessadas para identificar, refletir e aprender sobre o significado e importância dos valores individuais sobre a temática e contexto envolvidos.
- **Engajamento das partes interessadas:** processo interativo que busca solicitar ativamente o conhecimento, a experiência, o julgamento e os valores dos indivíduos selecionados para representar uma ampla gama de interesses diretos em um determinado assunto. Tem como propósito criar uma compreensão compartilhada, além de colaborar para que a tomada de decisão seja relevante, transparente e eficaz.
- **Ensaio clínico:** experimento que busca comparar os efeitos de duas ou mais intervenções de saúde. É um termo genérico para uma variedade de modelos de ensaios de saúde, incluindo ensaios não controlados, ensaios clínicos e ensaios clínicos randomizados.
- **Opções para política:** são alternativas para a tomada de decisão informada por evidências científicas com o objetivo de solucionar uma situação problemática de saúde pública previamente discutida e inserida na agenda de prioridades de gestão.
- **Organizações dos serviços de saúde:** para quem o atendimento é prestado e os esforços feitos para chegar até esta pessoa, ou ainda, quem presta o atendimento, onde o atendimento é prestado, qual tecnologia da informação e da comunicação é usada para prestar o atendimento e, ainda, como são monitoradas a qualidade e segurança do atendimento.
- **Partes interessadas:** uma pessoa, grupo ou organização que tem interesse ou preocupação em um determinado assunto.



APÊNDICES

APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA ELABORAÇÃO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

1. Título:		
2. Palavras-chave (no máximo seis):		
3. Data do início:	4. Data do fim:	
5. Financiamento:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Conflitos de interesse:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Equipe de pesquisa:		
Autores (as):	Instituição vinculada:	e-mail:
8. Objetivo:		
9. Estratégia de priorização de problema a ser utilizada:		
10. Problema de saúde elencado:		
11. Pergunta de pesquisa:		
12. Estruturação da pergunta de pesquisa (Acrônimo escolhido e descrição da pergunta estruturada):		

13. Critérios de inclusão:				
1)				
2)				
3)				
14. Critérios de exclusão:				
1)				
2)				
3)				
15. Bases de dados:		16. Literatura adicional		
<input type="checkbox"/> PubMed		<input type="checkbox"/> Google Scholar web search		
<input type="checkbox"/> EMBASE		<input type="checkbox"/> Open Gray		
<input type="checkbox"/> Epistemonikos		<input type="checkbox"/> Consulta a agências ou redes internacionais		
<input type="checkbox"/> Cochrane		<input type="checkbox"/> Banco de teses e dissertações da CAPES		
<input type="checkbox"/> Scopus		<input type="checkbox"/> Busca manual de bibliografias		
<input type="checkbox"/> LILACS		<input type="checkbox"/> Outras:		
<input type="checkbox"/> BVS				
<input type="checkbox"/> Web of Science				
<input type="checkbox"/> Science Direct				
<input type="checkbox"/> Health Systems Evidence				
<input type="checkbox"/> Social Systems Evidence				
<input type="checkbox"/> Campbell				
<input type="checkbox"/> BIGG				
<input type="checkbox"/> JBI Institute Joanna Brigs Institute				
<input type="checkbox"/> Outras:				
17. Estratégia de Busca (Base padrão):				
Número	Bases de Dados	Estratégia de Busca	Resultado	Horário
Ex: #1	Add	(XXXXX) OR (XXXXXX) AND (XXXXXXXX) NOT (XXXXXXXXXXXXX)	1000	10:23:06
<i>Observação: As estratégias de busca de todas as bases deverão ser registradas na Síntese de Evidência para Política em seleção dos estudos incluídos</i>				

18. Descrever o processo de seleção adicionando as informações sobre revisão cruzada, leitura independente, consenso das divergências e leitura completa dos estudos incluídos:
19. Ferramenta de avaliação de qualidade metodológica e do grau de confiança da evidência (Ex: AMSTAR - 2, Robis, Critical appraisal JBI, GRADE-CERQual e etc.)
20. Estratégia de síntese de dados (Relatar uma abordagem geral sobre o planejamento para o processo de extração dos resultados. Quando apropriado, deve ser dado um breve resumo da abordagem analítica)

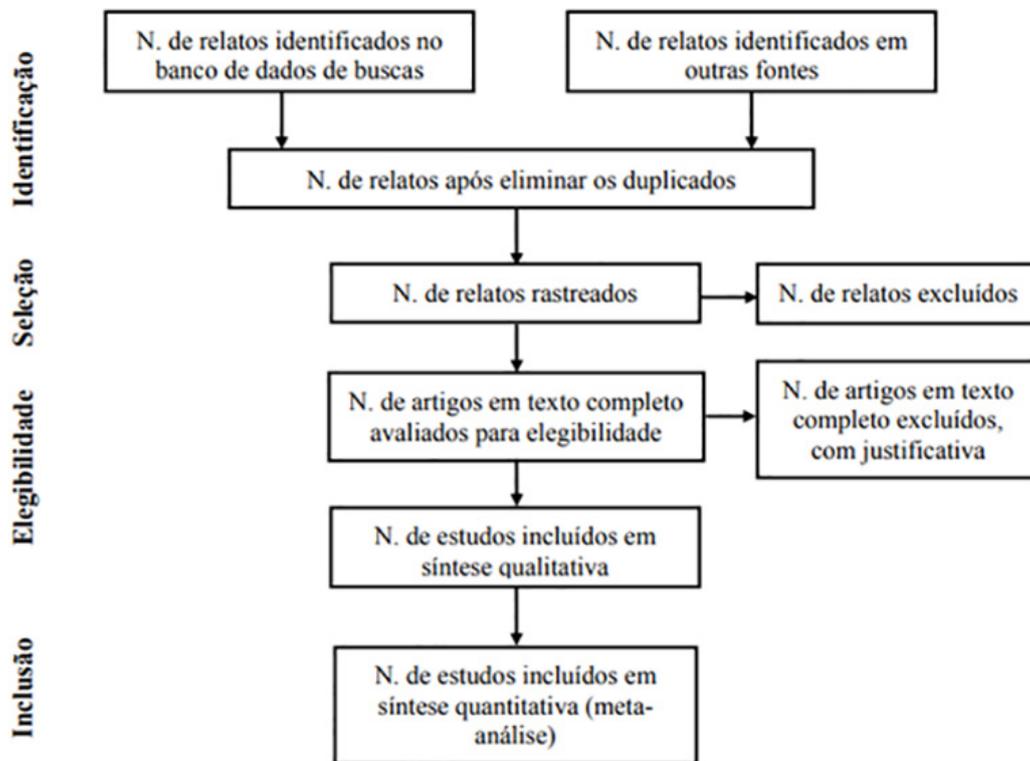
Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE B – RELATO DO PROCESSO DE BUSCA

Base de dados	Estratégia de busca	Data
Inserir nome da base de dados científica ou outra plataforma utilizada para recuperação do estudo	Inserir a estratégia de busca utilizada nas bases de dados	Inserir a data de recuperação dos estudos

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS



Fonte: Autoria própria.

Nota: Adaptado da forma de apresentação do processo de inclusão dos estudos, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (PRISMA)*. A versão em português do *checklist* e *flowchart* estão disponíveis em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>.

APÊNDICE D – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DE ESTUDOS

Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
Inserir nome do autor principal do estudo e ano de publicação	Inserir título do estudo	Inserir o motivo de exclusão do estudo de acordo com os critérios de elegibilidade

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE E – SÍNTESE DOS ESTUDOS POR OPÇÃO

Autor e ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Características do estudo	Principais achados	Avaliação da qualidade metodológica e do grau de confiança da evidência	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano de busca
Inserir o nome do autor principal do estudo e ano de publicação para facilitar a busca das referências pelos interessados	Descrever, com uma frase curta, a intervenção principal, com informações sobre quem a entrega, em qual local ou nível de atenção, quem é audiência etc.	Inserir, conforme descrito no estudo, o objetivo da publicação	A partir dos resultados do estudo, descrever as características da população, números de participantes. Incluir dados sobre o contexto do estudo.	Descrever os resultados (primários e secundários) e as conclusões	Inserir o resultado da avaliação de qualidade do estudo e do grau de confiança da evidência	No processo de definição da pergunta se estabelece a população para quem a intervenção é direcionada. Descrever a proporção de estudos que incluíram essa população	Inserir a proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda e identificá-los	O foco do problema é definido com o delineamento da pergunta. Inserir a proporção de estudos que abordaram diretamente o foco do problema	Inserir o último ano da busca, normalmente descrito nos métodos do estudo

Fonte: Autoria própria.

* Para classificação sobre nível de renda utiliza-se indicadores do Banco Mundial, disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>.

APÊNDICE F – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA OPÇÃO (PARA CADA OPÇÃO)

CARACTERÍSTICAS GERAIS	DESCRIÇÃO
Benefícios	Descrever de forma sintética os possíveis efeitos positivos identificados pelos estudos para a opção.
Danos potenciais	Inserir de forma resumida os prováveis prejuízos ou efeitos negativos da opção determinados pelos estudos incluídos.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Inserir mensagens-chave sobre o uso dos recursos, custos e, se possível, a relação custo-efetividade identificada pelos estudos para a opção.
Incertezas	Inserir incertezas encontradas na aplicabilidade da opção elencada pelos estudos.
Percepções e experiência das partes interessadas	Descrever de forma sintética, se houver, evidências sobre as perspectivas e experiências das partes interessadas que podem influenciar na aceitabilidade das opções identificadas nos estudos.

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE G – ANÁLISE DE EQUIDADE (PARA CADA OPÇÃO)

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
Inserir descrição do grupo de interesse	Quando disponível, descrever dados, considerações ou levantamentos sobre impactos potenciais para os grupos ou cenários desfavorecidos, caso a opção seja implementada	Inserir descrição das estratégias para reduzir ou mitigar as iniquidades

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE H – BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO (PARA CADA OPÇÃO)

Níveis	Impacto esperado	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
Usuários / cidadão	Descrever as potenciais barreiras identificadas neste nível à implementação da opção	Escrever as estratégias para o enfrentamento das barreiras, considerando os resultados das buscas por evidências sobre implementação
Profissionais de saúde		
Organização e serviços de saúde		

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE I – CHECKLIST RESEP – RELATO DE SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS

N	Tópico	Conteúdo
1	Título	Identificação clara do que se trata a Síntese de Evidência para Política, incluindo o problema de saúde a que se refere.
2	Mensagem- chave	Descrição breve do problema, opções para enfrentá-lo, considerações de implementação e de equidade para as opções identificadas.
3	Contexto e antecedentes	Explicação sobre contexto institucional, aspectos regulatórios que envolvem o problema, arranjos da prestação de serviços, informações econômicas relevantes, financiamento, contexto político, modelo de governança, ou outras informações relevantes, principalmente sobre impacto social de implementação da temática em níveis internacional, nacional e local, motivações para elaboração do estudo e descrição detalhada dos seus objetivos.
4	Descrição do problema	Explicitação clara do processo de priorização e levantamento do problema, descrição minuciosa do problema: origem, natureza, magnitude, relevância, situação epidemiológica, indicadores existentes (dados administrativos, resultados de pesquisas, levantamento de despesas de saúde, e etc.), atores sociais envolvidos e com (potencial) interesse no problema, necessidades de resolução do problema e comparações com outras localidades no país ou fora do país.
5	Opções para enfrentar o problema	Detalhamento das informações advindas da busca de dados realizada e do acrônimo utilizado (PICO, PCC, SPARK e outros) para abordar o problema, descrição das opções elencadas para enfrentar o problema e seus elementos essenciais: benefícios, potenciais danos, custos e ou custo-efetividade, incertezas, necessidades de adaptações, percepções e experiências dos atores sociais para cada opção.
6	Análise de equidade das opções	Descrição dos potenciais grupos e cenários complexos, além de estratégias que avaliem as possíveis iniquidades na implementação das opções para enfrentar o problema.
7	Considerações sobre a implementação das opções	Breve descrição da disponibilidade de recursos (capacidade técnica, infraestrutura, equipamentos, tempo, recursos humanos etc.), estratégias de implementação, identificação de possíveis barreiras, sugestões de monitoramento e avaliação das opções elencadas. As evidências locais para informar decisões sobre opções locais dos programas e políticas devem ser detalhadas. É necessário considerar essa análise nas quatro perspectivas: Usuários, trabalhadores, gestão e serviços de saúde.
8	Apêndices / quadro resumo dos estudos incluídos	Apresentação sintética dos seguintes elementos das revisões sistemáticas ou outros estudos incluídos: autor e ano, categoria da opção, objetivo do estudo, características do estudo, principais resultados, avaliação da qualidade metodológica.
	Comentários/Sugestões	

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE J – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICA

O propósito dessa ferramenta é avaliar a qualidade metodológica de uma Síntese de Evidências para Políticas, visando o rigor metodológico na condução da elaboração desse tipo de estudo. A avaliação enfatiza o que é aceitável para o propósito da Síntese de Evidências para Políticas em termos de suas características específicas, a saber:

- a) Mensagem-chave
- b) Contextos e antecedentes
- c) Descrição do problema
- d) Opções para enfrentar o problema
- e) Análise de equidade das opções
- f) Considerações sobre implementação das opções

Há 21 perguntas para guiar a avaliação de Síntese de Evidências para Políticas. Cada pergunta deve ser respondida "sim", "não", "parcialmente" ou "não claro". Não aplicável, "na", também é fornecido como uma opção e pode ser apropriado em casos raros.

1. A mensagem-chave está completa, clara, concisa e despertou seu interesse?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
2. O contexto e antecedentes do problema estão fundamentados nas evidências disponíveis?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
3. O problema de política está explicitado com objetividade e clareza?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
4. A prioridade e relevância do problema estão fundamentadas nas evidências disponíveis e descritas dentro do contexto político?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
5. As principais causas do problema foram apresentadas e discutidas?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
6. Dados ou indicadores foram utilizados para estimar a magnitude do problema?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
7. Existe uma pergunta de pesquisa desenvolvida a partir de um problema?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
8. A estratégia de busca foi realizada de forma adequada a partir do problema de política definido?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
9. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram descritos?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
10. Apresenta fluxograma do processo de inclusão dos estudos?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
11. Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro

12. O grau de confiança da evidência foi relatado na(s) revisão(ões) sistemática(s)?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
13. A extração dos dados foi relatada de forma suficiente e adequada?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
14. As características gerais de cada opção estão descritas de forma suficiente e adequada?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
15. Apresenta análise sobre a possibilidade de cada opção impactar de forma desigual nos diferentes grupos ou contextos?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
16. Descreve estratégias que possam ser utilizadas para reduzir ou mitigar possíveis iniquidades das opções?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
17. Apresenta considerações informadas por evidências sobre possíveis barreiras para a implementação de cada opção?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
18. Propõe estratégias informadas por evidências de superação de potenciais barreiras de implementação das opções elencadas?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
19. Apresenta considerações sobre monitoramento e avaliação das opções elencadas?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
20. Em relação ao documento todo, a linguagem é clara e acessível?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
21. Envolveu participação de atores interessados no processo de elaboração da síntese?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não claro
Avaliação geral: #Sim/21			
Comentários:			

SUPORTE PARA JULGAMENTO DOS CRITÉRIOS DA AVALIAÇÃO CRÍTICA:

1. A mensagem-chave está completa, clara, concisa e despertou seu interesse?

É necessária descrição mínima do problema, opções para enfrentar o problema e considerações de implementação e equidade acerca das opções propostas. Esse item é considerado a apresentação do assunto principal da síntese. É importante utilizar linguagem adequada ao público de interesse, evitando o uso de termos técnicos, e objetividade na apresentação das informações.

2. O contexto e antecedentes do problema estão fundamentados nas evidências disponíveis?

As evidências referidas nesse item dizem respeito às dimensões políticas, sociais, institucionais, regulatórias e econômico-financeiras aplicadas ao contexto local onde as opções elencadas serão implementadas.

3. O problema de política está explicitado com objetividade e clareza?

Para entendimento da questão a ser abordada na Síntese de Evidências para Políticas, é necessário uso de linguagem clara, concisa, precisa e fácil de ser entendida. Certifique-se de que o problema está descrito baseado na sua causa e não nas consequências provocadas por ele.

4. A prioridade e relevância do problema estão fundamentadas nas evidências disponíveis e descritas dentro do contexto político?

O processo de estabelecimento de prioridades políticas na esfera de tomada de decisão é considerado uma das formas para definição de um problema a ser abordado em uma síntese de evidência. O problema abordado engloba questões complexas, transversais e multifatoriais dos sistemas de saúde, se diferenciando de uma pergunta clínica-epidemiológica clássica levantada em estudos de avaliação de tecnologias em saúde. Os elementos envolvidos no problema envolvem mais de uma questão, tais como fatores de risco, doenças, programas, organização de serviços, estratégias de educação em saúde, etc. O levantamento dos problemas locais e a descrição do processo de priorização devem ser mencionados.

5. As principais causas do problema foram apresentadas e discutidas?

As causas dos problemas (teorias, determinantes ou fatores associados) e a magnitude (prevalência/tendência temporal, entre outros) devem ser descritas de forma que seja possível estimar a relevância do problema a ser abordado na Síntese de Evidência para Política. Para tal, dados e indicadores devem ser explicitados nesse item, tais como dados administrativos, evidências de pesquisas sobre o tema, levantamento de despesas de saúde, dados epidemiológicos, indicadores de gestão etc. Dados desagregados ou estratificados por sexo, etnia, condição socioeconômica, faixa etária, podem ser extremamente úteis para esclarecer se o problema é generalizado ou em grupos específicos da população.

6. Dados ou indicadores foram utilizados para estimar a magnitude do problema?

Faz-se necessária a definição de quais dados/indicadores serão utilizados para explicitar as causas e estimar a magnitude do problema em questão, além de comparações com outras localidades e em diferentes séries temporais. Comparações entre países, comparações ao longo do tempo, comparações de planos, programas/políticas de diferentes localidades ou quaisquer comparações ditadas pelos tomadores de decisão que possam mobilizar a vontade política, comparações entre diferentes grupos populacionais dentro de um mesmo contexto de localidade e/ou temporal, são alguns dos exemplos possíveis para esse item.

7. Existe uma pergunta de pesquisa desenvolvida a partir de um problema?

A pergunta de pesquisa deverá conter as palavras centrais capazes de descrever o problema em questão. O sucesso da síntese, em grande parte, depende da capacidade do pesquisador de transformar o problema em uma pergunta de pesquisa. Uma questão bem formulada acarretará na construção adequada das estratégias de busca e, conseqüentemente, levará a inclusão de estudos que contenham a solução para o problema levantado. Para tal, a delimitação do problema feita a partir de um acrônimo é recomendável. Vários acrônimos podem ser utilizados para esse fim, tais como PICOS, PCC, SPICE, entre outros.

8. A estratégia de busca foi realizada de forma adequada a partir do problema de política definido?

A estratégia de busca é parte essencial para inclusão de estudos com opções para solucionar o problema elencado. Pretende-se avaliar a qualidade das estratégias de busca realizadas, a partir de alguns atributos, tais como: tradução e interpretação da pergunta de pesquisa, adequação da escolha das bases de dados pesquisadas, se houve restrição em relação ao idioma, se houve busca em literatura cinzenta, uso de operadores booleanos (por exemplo, AND, OR, NOT, e etc.), uso de categorias de termos (por exemplo, em uma pesquisa no PubMed, diabetes[mesh], diabetes[tiab], diabetes[all fields], etc.), procura por palavras de texto livre, ortografia, sintaxe, números de linha e limites temporais e filtros.

9. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram descritos?

Os motivos de incluir ou excluir um estudo precisam estar claramente explicitados, a fim de garantir a transparência no processo de triagem de artigos, por meio de leitura de título e resumo e do processo de confirmação da elegibilidade, realizada pela leitura na íntegra. Nessa etapa, faz-se necessário registro dos motivos de exclusão de cada artigo.

10. Apresenta fluxograma do processo de seleção dos estudos?

Os processos de identificação, rastreamento e elegibilidade dos estudos devem ser apresentados de forma a garantir a transparência e sistematização na elaboração da síntese de evidências para políticas.

11. Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente?

Os estudos incluídos devem ser avaliados metodologicamente quanto ao risco de viés, por meio de utilização de ferramenta apropriada para o desenho do estudo⁷⁻⁹. Avaliar a qualidade metodológica significa assumir que as informações disponíveis do estudo são passíveis de erros, dificultando o uso de suas conclusões e, por consequência, sua futura aplicabilidade.

12. O grau de confiança da evidência foi relatado na(s) revisão(ões) sistemática(s)?

A avaliação do grau de confiança em revisões sistemáticas tem por objetivo avaliar quão confiáveis as estimativas são e o potencial de mudança dos resultados. Essa gradação permite inserir a evidência no contexto de sua aplicabilidade.

13. A extração dos dados foi relatada de forma suficiente e adequada?

Os estudos incluídos necessitam ser adequadamente e suficientemente reportados com a descrição de pelo menos os seguintes itens: autor e ano do estudo, categorias da opção, objetivo do estudo, características do estudo, população, principais resultados, proporção de estudos que incluíram a população-alvo, proporção de estudos realizados em países de baixa, média e alta renda, proporção de estudos com foco no problema a ser abordado e outras informações relevantes.

14. As características gerais de cada opção estão descritas de forma suficiente e adequada?

É necessário descrever os benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual, incertezas, percepções e experiências das partes interessadas no assunto para cada opção.

15. Apresenta análise sobre a possibilidade de cada opção impactar de forma iníqua nos diferentes grupos ou contextos?

É preciso descrever desvantagens ou possíveis iniquidades em grupos específicos de indivíduos, acerca das opções elencadas para solucionar o problema. Os determinantes sociais podem ser modificados no contexto da implementação das opções. Uma das formas de identificação é a descrição de grupos possivelmente afetados, a partir do acrônimo PROGRESS formado com as primeiras letras em inglês: a) local de residência; b) raça/etnia/cultura; c) ocupação; d) gênero; e) religião; f) educação; g) situação socioeconômica; e h) capital social.

16. Descreve estratégias que possam ser utilizadas para reduzir ou mitigar as iniquidades?

Descrição dos potenciais grupos e contextos prejudicados, além de estratégias que reduzam as possíveis desigualdades desencadeadas pela implementação das opções para enfrentar o problema devem ser descritas. Programas já existentes para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, diferentes estratégias de gestão, financiamento, provisão de serviços, apoio técnico complementar nos diferentes contextos ou um simples investimento de recursos adicionais, podem ser consideradas possíveis estratégias para minimizar desigualdades.

17. Apresenta considerações informadas por evidências sobre barreiras para a implementação de cada opção?

As estratégias para implementação das opções elencadas terão maior efetividade, caso a Síntese de Evidências para Políticas aponte as barreiras para sua implementação. O estudo deve abordar essas considerações, minimamente, a partir de um arcabouço teórico sobre a presença dessas barreiras no contexto analisado. As barreiras podem envolver diferentes fontes, a saber: usuários do sistema de saúde ou beneficiário da política/programa, profissionais de saúde, limitações do sistema de saúde (escassez de recursos materiais e humanos, sistemas de informações ineficazes, infraestrutura insatisfatória, etc.) e limitações sociais e políticas (conflitos de interesses, ausência de normativas, prioridades concorrentes, troca de gestão, instabilidade política, pensamento imediatista da gestão, etc).

18. Propõe estratégias informadas por evidências de superação de barreiras de implementação das opções elencadas?

É essencial compreender se há recursos e ferramentas possíveis para solucioná-las. Deve-se descrever métodos para definir maneiras de superação das barreiras de implementação, e estratégias para tais. Por exemplo: métodos de abordagem estruturada ou não estruturada, contatos com pessoas-chave, novas propostas, estudos de casos, entrevistas, enquetes públicas, observações diretas ou grupo focais.

19. Apresenta considerações sobre monitoramento e avaliação das opções elencadas?

A partir dos resultados esperados sobre a implementação, é possível realizar considerações sobre avaliação e monitoramento do grau de efetividade das estratégias. Para tal, a síntese de evidência deve considerar a existência de indicadores para possibilitar essa ação, além de custos, validade, aceitabilidade, viabilidade, sensibilidade à mudança e outros. O estabelecimento de uma relação causal entre um programa ou política, assim como as mudanças apontadas após a implementação das opções elencadas para abordar o problema, deve estar consolidado, visto que somente dessa forma é possível verificar se uma intervenção política foi ou não eficiente.

20. Em relação ao documento todo, a linguagem é clara e acessível?

A síntese de evidências deve ser redigida em linguagem clara, simples, objetiva e acessível para o público a que se destina, como profissionais de saúde, especialista não pesquisador, pesquisadores, gestores de saúde, etc. Deve-se evitar linguagem técnica acadêmica, expressões de difícil compreensão ou informações excessivas. Para a publicação final do estudo é importante considerar uso de recurso visual que transmita ou suporte a mensagem central do problema, tais como gráficos, infográficos etc. Conteúdos visuais simples podem auxiliar o leitor a compreender as informações com facilidade e rapidez.

21. Envolve participação de atores interessados no processo de elaboração da síntese?

Os atores interessados na síntese podem ser consultados desde a fase inicial de elaboração até a finalização da síntese por meio de diálogos deliberativos, o que possibilita potencializar a relevância prática da síntese e sua implementação.



ANEXOS

ANEXO A – MÉTODOS PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

A – COMPONENTES DO MÉTODO DE HANLON

Componente	Designação	Escala
A	Magnitude – dimensão que o problema assume para a população.	Numérica de 0 a 10 (convertida a partir da porcentagem da população afetada pelo problema)
B	Severidade – o problema é considerado grave?	Numérica de 0 a 10
C	Eficácia – o problema é de fácil resolução?	Numérica de 0,5 a 1,5 (em que 0,5 corresponde a um problema difícil de solucionar e 1,5 corresponde a um problema de fácil solução).
D	Exequibilidade – classificada como indicado abaixo, pelo acrônimo PEARL (pertinência, exequibilidade econômica, aceitação, recursos e legalidade)	
<i>P</i>	Pertinência – É pertinente intervir no problema? A intervenção é adequada?	Valor 0 ou 1 (em que 0 corresponde a não exequível e 1 a exequível) aferido a cada dimensão do acrônimo PEARL. A atribuição de 0 em qualquer uma das dimensões inviabiliza a abordagem do problema em análise.
<i>E</i>	Exequibilidade Econômica – Existe viabilidade econômica para a realização da intervenção?	
<i>A</i>	Aceitação – A comunidade aceita e/ou deseja uma intervenção no problema?	
<i>R</i>	Recursos (disponibilidade) – Existem recursos para a realização da intervenção?	
<i>L</i>	Legalidade – A lei existente permite a realização da intervenção?	

Fonte: Adaptado de *The Illinois Project for Local Assessment of Needs*. Disponível em: http://iphionline.org/pdf/IPHI_IPLAN_Workbook_January_2007.pdf.

Ordem de prioridade = (A+B) C x D. A representa a magnitude do problema, B a Severidade do problema; C a eficácia da solução e D a exequibilidade da intervenção classificada pelo acrônimo PEARL (pertinência, exequibilidade econômica, aceitação, recursos e legalidade).

B - MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE GUT

Notas	Problemas	G - Gravidade	U - Urgência	T - Tendência	GUT = (G+U+T)
5		Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Irão piorar rapidamente	
4		Muito grave	Muito urgente	Irão piorar a longo prazo	
3		Grave	Urgente, merece atenção no curto prazo	Irão piorar a médio prazo	
2		Pouco grave	Pouco urgente	Irão piorar a curto prazo	
1		Sem gravidade	Pode esperar	Não irá mudar	

Fonte: Adaptado de Daychoum M. 40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento. Rio de Janeiro: Brasport, 2011.

Gravidade: a intensidade, profundidade dos danos que o problema pode causar se não atuar sobre ele; Urgência: o tempo para o aparecimento dos danos ou resultados indesejáveis se não se atuar sobre o problema; Tendência: o desenvolvimento que o problema terá na ausência de ação.

C - MATRIZ RUF-V

Problema	Relevância (grau de importância)	Urgência (intensidade da ameaça que representará a estabilidade do sistema)	Factibilidade (disponibilidade de recursos técnicos, financeiros)	Viabilidade (capacidade política, técnica e gerencial para o desenvolvimento da ação para enfrentamento do problema)	Total de pontos
1					
2					
3					
4					

Fonte: Adaptado de Daychoum M. 40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento. Rio de Janeiro: Brasport, 2011.

(0) Baixa, (1) Significativa, (2) Alta e (3) Muito alta.

D - MATRIZ SWOT

ANÁLISE INTERNA	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> - Atributos positivos internos - Conhecimento do segmento - Vantagem tecnológica - Preços competitivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de pessoal qualificado - Equipe reduzida - Escassez de recursos - Instabilidade no fornecimento
ANÁLISE EXTERNA	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Mercado de nicho - Diferencial da marca - Capacitação de pessoal - Proposta inovadora 	<ul style="list-style-type: none"> - Concorrência - Mudanças regulatórias - Novas tecnologias - Alterações culturais

Fonte: Adaptado de Daychoum M. 40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento. Rio de Janeiro: Brasport, 2011.

ANEXO B – EXEMPLOS DE ACRÔNIMOS PARA ESTRUTURAR PERGUNTA

A – PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População ou paciente	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde. Ex: adolescentes do sexo feminino, com idade entre 19 anos.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex: diferentes tipos de curativo), preventiva (ex: vacinação), Diagnóstica (ex: mensuração de pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos ou políticos. Ex: estratégias para prevenção/redução da gravidez não intencional ou não desejada.
C	Controle ou comparador	Definida como a intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção. Ex: estratégias existentes.
O	Desfecho ou outcomes	Resultado esperado. Ex: redução das taxas de gravidez não intencional ou não desejada; custo efetividade das intervenções; adaptação cultural das intervenções; barreiras e facilitadores da implementação.

B – SPIDER

Acrônimo	Definição	Descrição
S	Sample/Amostra	Termo usado para grupos menores de participantes ideal para estudos qualitativos. Ex: parto cesareano.
PI	Phenomenon of Interest/ Assunto de interesse	Visa compreender como e por que certos comportamentos, decisões e experiências individuais ocorrem. Ex: escolha do parto cesareano.
D	Design/Desenho	Estrutura teórica utilizada na pesquisa qualitativa determinará o método de pesquisa que será usado. Ex: revisões sistemáticas qualitativas.
E	Evaluation/Avaliação	O resultado da pesquisa qualitativa pode ser atitudes e pontos de vista. Ex: estratégias para redução de taxas cesarianas no Brasil.
R	Research Type/Tipo de pesquisa	Três tipos de pesquisa podem ser valorizados: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Ex: misto.

C – SPICE

Acrônimo	Definição	Descrição
S	Setting/Cenário	Onde? Em que contexto você está abordando a questão? Ex: alta prevalência de complicações de doenças falciformes.
P	Perspective/População	Para quem? Quem são os participantes? Ex: pacientes com doença falciforme.
I	Intervention/Intervenção	O que? O que está sendo feito? Ex: prevenção de complicações da doença falciforme.
C	Comparison/comparador	Em comparação com o quê? Quais as suas alternativas? Ex: alternativas já realizadas.
E	Evaluation	Com qual (que) resultado? Como você medirá se a intervenção foi bem-sucedida? Ex: diminuição do nº de transfusão de sangue ou ocorrência de AVC.

D – ECLIPSE

Acrônimo	Definição	Descrição
E	Expectative/expectativa	O que você deseja que melhore/mude? Ex: eficiência e economicidade de compras públicas de medicamentos.
C	Client Group/população	Qual o grupo: Pacientes? Familiares? Ex: gestores federais, estaduais e municipais.
L	Location/ localização	Onde estão os pacientes? Ex: centros de compras de medicamentos do SUS.
I	Impact/impacto	Qual o benefício para a sociedade? Ex: melhora no acesso a medicamentos.
P	Professionals/Profissionais	Quem está envolvido na melhoria dos serviços? Ex: gestores do SUS.
SE	Service/Serviço	Que tipo de serviço é este? Para qual serviço você está procurando informação? Ex: serviços de Assistência Farmacêutica do SUS.

E – Estruturação da pergunta com o uso do acrônimo (PCC) para mapeamento de uma temática na literatura

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Abordar uma população específica e suas características e informações demográficas relevantes como doença ou condição, estágio/gravidade, idade, gênero, entre outros. Ex: homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS.
C	Conceito	Conceito central examinado pelo estudo deve ser claramente articulado para guiar o escopo e a abrangência do inquérito. Isso pode incluir detalhes que dizem respeito a elementos que seriam detalhados em uma revisão sistemática padrão, como as “intervenções” e/ou “fenômenos de interesse”. Ex: intervenções de prevenção positiva.
C	Contexto	O contexto deve ser claramente definido e pode incluir fatores culturais como localização geográfica e / ou interesses raciais ou de gênero específicos. Pode abranger detalhes sobre o cenário específico (como cuidados intensivos, cuidados primários de saúde ou a comunidade). Ex: fatores culturais como localização geográfica e / ou interesses raciais ou de gênero específicos, cenário específico (como cuidados intensivos, cuidados primários de saúde ou a comunidade).

F – Estruturação da pergunta com o uso do acrônimo (PICO) estudos não clínicos

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População, paciente ou problema	Abordar uma população específica e suas características e informações demográficas relevantes como doença ou condição, estágio/gravidade, idade, gênero, entre outros. Ex: parturiente.
I	Interesse	Inclui questões referentes ao foco da pesquisa, à intervenção a ser avaliada ou o problema a ser abordado. Ex: percepção da parturiente frente à presença do acompanhante.
Co	Contexto	O contexto deve ser claramente definido e pode incluir fatores culturais como localização geográfica e / ou interesses raciais ou de gênero específicos. Pode abranger detalhes sobre o cenário específico (como cuidados intensivos, cuidados primários de saúde ou a comunidade). Ex: sala de parto disponibilizada pelo SUS.

ANEXO C – FONTES DE EVIDÊNCIAS

BASES DA LITERATURA PARA ESTUDOS DE SÍNTESE E REVISÕES		
Base	Endereço	Conteúdo da base
Centre of Review Disseminations	https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	Revisões sistemáticas, avaliações econômicas e estudos de avaliação de tecnologia em saúde.
Epistemonikos	https://www.epistemonikos.org/	Sumários estruturados, estudos primários, revisão sistemática.
PDQ-Evidence	https://www.pdq-evidence.org/	Revisões sistemáticas, grandes sínteses de comentários (incluindo resumos de políticas baseadas em evidências).
Health System Evidence	https://www.healthsystemsevidence.org/	Sínteses de evidências de pesquisas sobre arranjos relativos à gestão, às finanças e à prestação em sistemas de saúde, assim como estratégias de implementação que podem apoiar mudanças nos sistemas de saúde.
Cochrane Library	http://www.cochranelibrary.com/	Revisões sistemáticas de intervenção e teste diagnóstico, overview de revisões. Diretório de ensaios clínicos, estudos de metodologia, avaliação de tecnologia e de economia em saúde.
Grupo de revisões Cochrane para Prática e Organização de Cuidados efetivos (EPOC)	http://epoc.cochrane.org/ Revisões	Revisões sistemáticas de intervenções educacionais, comportamentais, financeiras, regulatórias e organizacionais.
Health Evidence	https://www.healthevidence.org/	Revisões sistemáticas que avaliam a eficácia de intervenções na saúde pública.
Colaboração Campbell	http://www.campbellcollaboration.org/	Revisões sistemáticas e protocolos de revisões sistemáticas na área de educação e direito.
Social Systems Evidence	https://www.socialsystemsevidence.org/	Sínteses de evidências de pesquisa sobre os programas, serviços e produtos disponíveis em uma ampla variedade de setores e áreas governamentais (por exemplo, ação climática, serviços comunitários e sociais, desenvolvimento e crescimento econômico, educação, preservação ambiental, educação, moradia e transporte).
Instituto Joana Briggs	http://joannabriggs.org/	Revisões sistemáticas sobre cuidados de saúde e implementação de práticas.

BASES DA LITERATURA EM GERAL		
Base	Endereço	Conteúdo da base
BVS		
PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Ampla base da literatura internacional em ciências da saúde, com ênfase em publicações americanas. Fornece filtros validados de busca para ensaios clínicos e revisões sistemáticas e dicionário de termos técnicos.
Embase	https://www.embase.com/#search	Ampla base da literatura europeia. Ênfase em farmacologia. Possui todos os desenhos de estudos, inclusive os secundários como revisões sistemáticas para decisões médicas baseadas em evidências e estudos de eficácia de medicamentos e dispositivos médicos.
Lilacs	http://lilacs.bvsalud.org/	Índice bibliográfico da literatura científica e técnica em Ciências da Saúde da América Latina e Caribe. Estudos primários, teses, monografias, artigos originais, relatórios institucionais e de pesquisa.
Scopus	https://www.scopus.com/home.uri	Banco de dados de resumos e citações de revistas científicas, livros e websites. Engloba resumos da base EMBASE apoiando a recuperação da literatura sem acesso livre.
Science Direct	http://www.sciencedirect.com/	Acesso a livros e revistas das áreas de medicina, odontologia, enfermagem e profissões de saúde. Inclui farmacologia, toxicologia e ciências farmacêuticas, ciência veterinária e medicina veterinária.
BASES DE PRODUÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA ESPECÍFICAS		
Base	Endereço	Conteúdo da base
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia	www.saude.gov.br/rebrats	Parecer técnico científico, revisões sistemáticas, avaliação econômica, estudo de gestão e avaliação de tecnologias em saúde produzidos no Brasil.
BDENF – banco de dados de Enfermagem	http://enfermagem.bvs.br	Teses e dissertações em enfermagem, enfermagem baseada em evidências (revisões sistemáticas, ensaios clínicos, diretrizes e protocolos), divulgação de eventos e literatura científica e técnica.
BVS – Psico (base de dados em Psicologia)	http://www.bvs-psi.org.br/php/index.php	Artigos, livros eletrônicos de psicologia de acesso aberto, vídeos, bases em ciências da saúde e áreas correlatas e terminologias em psicologia.

CINAHL – Índice cumulativo em Enfermagem e Ciências Afins	www.cinahl.com	Base de dados em Ciências da Saúde com ênfase em enfermagem. Textos completos das revistas de enfermagem, folhas de cuidados baseados em evidências e acesso a bases de dados da MEDLINE.
PEDro - Physiotherapy Evidence	http://www.pedro.org.au	Estudos randomizados, revisões sistemáticas e diretrizes de prática clínica em fisioterapia.
ADOLEC – Base de dados de adolescentes e Jovens	http://www.adolesc.br	Informações científicas e técnicas relevantes para a saúde de adolescente e jovens no Brasil.
PsycINFO	http://www.apa.org/pubs/databases/psyinfo/	Literatura Internacional em psicologia e disciplinas relacionadas à medicina, psiquiatria, educação, trabalho social e ciências sociais.
ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts)	http://www.proquest.com/LATAM-PT	Contém resumos e referências bibliográficas das ciências sociais aplicadas a diversos temas como geriatria, abuso infantil, desemprego ou reforma sanitária.
Social Science Abstracts	https://www.ebscohost.com/academic/social-sciences-abstracts	Indexação e resumo para uma ampla variedade de revistas de ciências sociais do idioma inglês.
BASES DA LITERATURA CINZA		
Base	Endereço	Conteúdo da base
Google Scholar	https://scholar.google.com/	Trabalhos acadêmicos, literatura escolar, jornais de universidades e artigos variados.
GreyNet	http://www.grey.net.org/	Dedicada à pesquisa, publicação, acesso aberto e educação no campo da literatura cinza.
Open Grey	http://www.opengrey.eu/	Registros bibliográficos da antiga base de dados SIGLE. Divulgação de literatura cinzenta europeia.
BASES DE GUIAS E DIRETRIZES CLÍNICAS		
Base	Endereço	Conteúdo da base
Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ/EUA	www.guidelines.gov	Guias clínicos informados por evidências.
Bigg (Base Internacional de Guias GRADE)	sites.bvsalud.org/biggbiblio/	Guias de diretrizes clínicas.

Fonte: Autoria própria.

ANEXO D – FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO METODOLÓGICA

ESTUDOS SECUNDÁRIOS		
Delineamento	Guias de avaliação crítica	Endereço eletrônico
Revisão sistemática/metanálise	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews (AMSTAR 2)	http://amstar.ca/
	ROBIS	http://www.bristol.ac.uk/social-community-medicine/projects/robis/
	The Joanna Briggs Institute	http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017.pdf
ESTUDOS PRIMÁRIOS		
Delineamento	Guias de avaliação crítica	Endereço eletrônico
Ensaio clínico randomizado	Ferramenta Cochrane de risco-de-viés (RoB 2)	http://handbook.cochrane.org/chapter_8/8_assessing_risk_of_bias_in_included_studies.html
	Scottish Intercollegiate Guidelines Network 50 (SIGN-50)	http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html
	The Joanna Briggs Institute	http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html
Transversal	Loney 1998	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10029513
	The Joanna Briggs Institute	http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html
Caso-controle	NewCastle-Ottawa Scale	http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
	Scottish Intercollegiate Guidelines Network 50 (SIGN-50)	http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html
	The Joanna Briggs Institute	http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html

Coorte	NewCastle-Ottawa Scale	http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
	Scottish Intercollegiate Guidelines Network 50 (SIGN-50)	http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html
	The Joanna Briggs Institute	http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html
Qualitativo	Critical Appraisal of an Ecologic Study Ecologic Worksheet	http://www.teachepi.org/resources/worksheets.htm
Acurácia diagnóstica	Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS 2)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22007046
	Scottish Intercollegiate Guidelines Network 50 (SIGN-50)	http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html
Experimentais em animais	RoB da SYRCLÉ	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230647/

Fonte: Autoria própria.

ANEXO E – FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONFIANÇA

Delineamento	Guias de avaliação crítica	Endereço eletrônico
Revisão sistemática quantitativa	GRADE	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185693
Revisão sistemática qualitativa	GRADE-CERQual	http://www.cerqual.org/

Fonte: Autoria própria.



**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
<http://bvsmms.saude.gov.br>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal