



Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde
no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais

MÓDULO

PROMOÇÃO E USO DE EVIDÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE



Organizadoras:

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira
Sílvia Helena Mendonça de Moraes



Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde
no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais

MÓDULO

PROMOÇÃO E USO DE EVIDÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Unidade 1

Por que usar Evidências para apoiar a Tomada de Decisão?

Unidade 2

Uso de Evidências para a Tomada de Decisão e Respostas Rápidas

FICHA TÉCNICA

© 2021. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos Termos de uso do ARES. Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Ministério da Saúde

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes
Ministro

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

Arnaldo Correia de Medeiros
Secretário

Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública

Daniela Buosi Rohlf
Diretora

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade Lima
Presidente

Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul – Fiocruz MS

Jislaine de Fátima Guilhermino
Coordenadora

Coordenação de Educação da Fiocruz MS

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Vice- coordenadora de Educação

Secretaria-Executiva da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Maria Fabiana Damásio Passos
Secretária-executiva

Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)

Rua Gabriel Abrão, 92 – Jardim das Nações, Campo Grande/MS
CEP 79081-746
Telefone: (67) 3346-7220
E-mail: educacao.ms@fiocruz.br
Site: www.matogrossodosul.fiocruz.br

CRÉDITOS

Coordenação Geral

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira
Sílvia Helena Mendonça de Moraes

Coordenador Acadêmico

Ulysses Panisset

Coordenadora Pedagógica

Ewângela Aparecida Pereira

Autores

Evelina Chapman
Laura dos Santos Boeira

Consultora

Janaína Sallas

Avaliadores Técnico-científicos

Janaína Sallas
Jorge Otávio Maia Barreto

Conteudista (questões de avaliação)

Bruna Carolina de Araújo
Roberta Crevelário de Melo

Apoio técnico-administrativo

Aline Moura de Araújo

Coordenador de Produção

Marcos Paulo de Souza

Designers Instrucionais

Felipe Vieira Pacheco
Margeci Leal de Freitas

Designers Gráficos

Hélder Rafael Regina Nunes Dias
Humberto Nadeu Bijos
Renato Silva Garcia

Coordenadoras de Desenvolvimento

Janaína Rolan Loureiro
Regina Beretta Mazaro

Desenvolvedores

Julio César Coimbra de Oliveira
Larissa Mendes Ribeiro
Leandro Koiti Oguro
Marcos Felipe Reis Barroso
Paulo Henrique Wosniak Franco Ferreira
Rebeca Beatriz Lopes Cruz
Thiago Fernandes de Oliveira

Editor de Audiovisual

Luciana Ferreira Nantes

Revisor

Davi Bagnatori Tavares

Assessoria de Comunicação

Bruna Karla Bezerra da Cruz
Thayssa Maluff de Mello

Apoio acadêmico

Claudia Stutz Zubieta
Gisela Maria Azambuja de Oliveira

SUMÁRIO

MÓDULO PROMOÇÃO E USO DE EVIDÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ficha Técnica.....	3
Apresentação do módulo	6
Unidade 1: Por que usar Evidências para apoiar a Tomada de Decisão?	
Apresentação da unidade.....	8
Objetivos de aprendizagem da unidade	9
1.1 Introdução.....	10
1.2 Evidências para a tomada de decisão	11
1.3 Conhecendo os diferentes desenhos de estudos científicos.....	17
1.4 Identificando o risco de viés dos estudos.....	19
1.5 Relevância histórica do uso de evidências.....	20
1.6 Impacto do uso de evidências nos processos de trabalho e na vida das pessoas	23
1.7 Aspectos éticos na tomada de decisão informada por evidências	26
1.8 Uso de evidências para promover a equidade em saúde.....	30
1.9 Tomada de decisão em saúde: rapidez, acesso à informação e comunicação das decisões	31
1.10 Usando evidências para avaliar o custo-efetividade	33
1.11 Barreiras e facilitadores para a utilização de evidências para a tomada de decisão em saúde.....	34
1.12 Participação social nos processos de uso de evidências na tomada de decisão	38
1.13 Tradução do conhecimento nos processos de trabalho.....	39
Encerramento da unidade.....	41
Referências	42
Minicurriculo dos autores	45

SUMÁRIO

MÓDULO PROMOÇÃO E USO DE EVIDÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Unidade 2: Uso de Evidências para a Tomada de Decisão e Respostas Rápidas

Apresentação da unidade.....	47
Objetivos de aprendizagem da unidade.....	48
2.1 Introdução.....	49
2.2 Resposta rápida: conceitos e finalidade.....	53
2.3 Tipos de respostas rápidas.....	59
2.4 Resolução de problemas em sistemas e serviços de saúde por meio de respostas rápidas.....	75
2.5 Benefícios potenciais, limites e riscos das respostas rápidas.....	77
Encerramento da unidade.....	80
Encerramento do Módulo.....	81
Referências.....	82
Minicurriculo dos autores.....	84

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro trabalhador estudante, bem-vindo ao Módulo V do Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais.

Este módulo objetiva construir com você as bases do seu conhecimento sobre o que é necessário para utilizar, com segurança e qualidade, as melhores evidências científicas disponíveis para a tomada de decisão, seja no cotidiano dos seus processos de trabalho, seja estrategicamente nas políticas e programas de saúde. Propomos reflexões sobre quais dos conceitos operacionais e das melhores práticas adotadas seriam úteis para aplicar no seu cotidiano de trabalho, com sua equipe e instituição. Para isso, apresentaremos os melhores processos de transformação do conhecimento em prática, testados e validados internacionalmente. Esperamos contribuir para a aplicação desse conhecimento na sua prática, que será desenvolvida no Módulo VI.



Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde
no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais

Unidade 1

**Por que usar Evidências para apoiar
a Tomada de Decisão?**

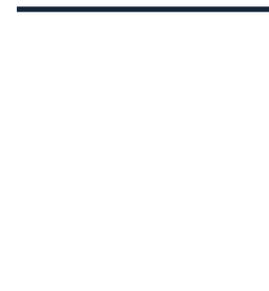
APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Olá, caro trabalhador estudante. Você está iniciando a Unidade 1 do Módulo V: Por que usar Evidências para apoiar a Tomada de Decisão?

Nesta unidade, abordaremos o uso de evidências para a tomada de decisão, passando por sua relevância histórica, pelo impacto do uso de evidências nos processos de trabalho e na vida das pessoas e pelos principais facilitadores e barreiras desse processo.

Você será convidado a refletir sobre como o uso de evidências pode ser feito de uma forma transparente, justa, colaborativa e democrática, bem como sobre como traduzir o conhecimento disponível para diferentes públicos.

Ao longo desta unidade, estimularemos que você reflita sobre seu cotidiano de trabalho, já antecipando uma conexão do aprendizado com a prática que será proposta no Módulo VI.



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DA UNIDADE

- Compreender o que é evidência, seus diferentes exemplos e como o seu uso correto apoia a tomada de decisão dos profissionais dos serviços de saúde;
- Compreender a relação entre evidência científica e dados epidemiológicos como apoio no dimensionamento dos problemas de saúde e na priorização das ações de prevenção e cuidados na tomada de decisão em saúde;
- Identificar as diferenças fundamentais na qualidade das evidências, considerando as distintas metodologias de pesquisa;
- Conhecer a qualidade metodológica, os riscos de viés de um estudo e o impacto deste na prática;
- Reconhecer a importância da prática e políticas informadas para uma maior resolutividade na assistência em saúde;
- Conhecer o conceito de ecossistema de evidências aplicadas aos sistemas e serviços de saúde;
- Refletir sobre o impacto do uso de evidências nos processos de trabalho e na vida das pessoas;
- Refletir sobre os fundamentos da evolução do uso de evidências científicas e de dados na tomada de decisão em saúde no mundo;
- Conhecer os princípios éticos que orientam o uso de evidências;
- Reconhecer a importância do uso de evidências no processo de tomada de decisão para alcançar a equidade em saúde, através do uso das ferramentas disponíveis e da observação pessoal;
- Reconhecer a importância da democratização do conhecimento como dever do profissional de saúde;
- Conhecer os métodos/ferramentas voltados para melhorar a utilização de evidências de pesquisas nos processos de trabalho e nas práticas cotidianas;
- Identificar os facilitadores e as barreiras no uso de evidências para a tomada de decisão;
- Conhecer a necessidade de avaliação do custo-efetividade das ações propostas pelas sínteses de evidências para sua implementação;
- Conhecer o que são diálogos deliberativos e outros mecanismos de controle social;
- Compreender a importância da contextualização das evidências aos variados locais de trabalho;
- Conhecer métodos de engajamento das equipes em abordagens democráticas de monitoramento do uso de evidências;
- Reconhecer a importância de mecanismos de tradução e disseminação de conhecimento.

Carga Horária de Estudo: 15 horas

1.1 INTRODUÇÃO

No cotidiano dos trabalhadores de saúde, nós tomamos decisões urgentes em curtas janelas de tempo. Você já parou para pensar sobre quais elementos você lança mão para informar sua tomada de decisão?

Vamos considerar um exemplo: você está na rua quando se depara com uma pessoa que apresenta sinais de estar tendo uma convulsão. É provável que três elementos entrem em cena enquanto você decide como apoiá-la:

1. Suas experiências prévias em situações similares são resgatadas e você lembra se já acolheu ou viu ser acolhida alguma pessoa sofrendo uma convulsão. Você rapidamente tenta resgatar o que foi feito e como foi feito, procurando referências para repetir o comportamento. Caso não se lembre de nada, você provavelmente vai pedir a opinião de outras pessoas na rua para verificar se elas têm sugestões;
2. Você avalia rapidamente o contexto: Onde vocês estão? Qual é o melhor local para posicionar a pessoa para deixá-la em segurança? Há riscos externos? Há alguma fonte de apoio possível no local?;
3. Mesmo tendo experiências prévias e uma boa noção do contexto local, é provável que você queira garantir que não está manejando a situação de uma forma equivocada e passe para uma etapa de pesquisa. Nesse caso, dependendo dos recursos à mão, você pode entrar no Google e pesquisar a melhor posição para a pessoa, ou pode ligar para o SAMU ou para algum conhecido que seja trabalhador da atenção em saúde e perguntar o que fazer.

Como podemos perceber, diferentes elementos subsidiam nossa tomada de decisão e é comum que nós busquemos “pistas” de como melhor lidar com um determinado problema. É óbvio que nem todas as pistas têm o mesmo peso na hora de decidirmos: provavelmente vamos confiar mais na orientação do SAMU do que na de uma pessoa que passou pela cena e emitiu um conselho.

Quando falamos em tomar decisões informadas por evidências, estamos nos referindo a um processo similar de compreensão do problema a ser enfrentado e do contexto, de buscas por pistas e de avaliação dos nossos níveis de confiança em diferentes fontes.



O que você entende por evidência?
Pense em exemplos que você citaria!

Uma primeira definição bastante ampla do conceito de evidências é:

“Algo que serve como prova; fatos ou declarações que servem de suporte para uma conclusão, uma afirmação ou uma crença” (RYCHETNIK et al., 2004, p. 538).

1.2 Evidências para a tomada de decisão

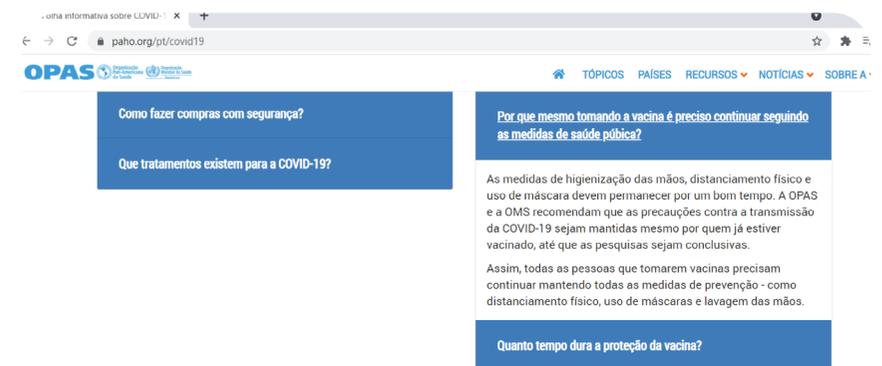
Para compreendermos um pouco melhor sobre o que são evidências e como elas podem ser utilizadas para informar a tomada de decisão em saúde, vamos considerar um cenário em que uma pessoa foi vacinada contra COVID-19 e quer saber quais medidas de prevenção tomar. Ela faz uma busca e encontra duas informações, conforme apresentadas na Figura 1 e Figura 2.

FIGURA 1 – CAPTURA DE TELA: VÍDEO DO YOUTUBE “CORONAVÍRUS ACABOU!”

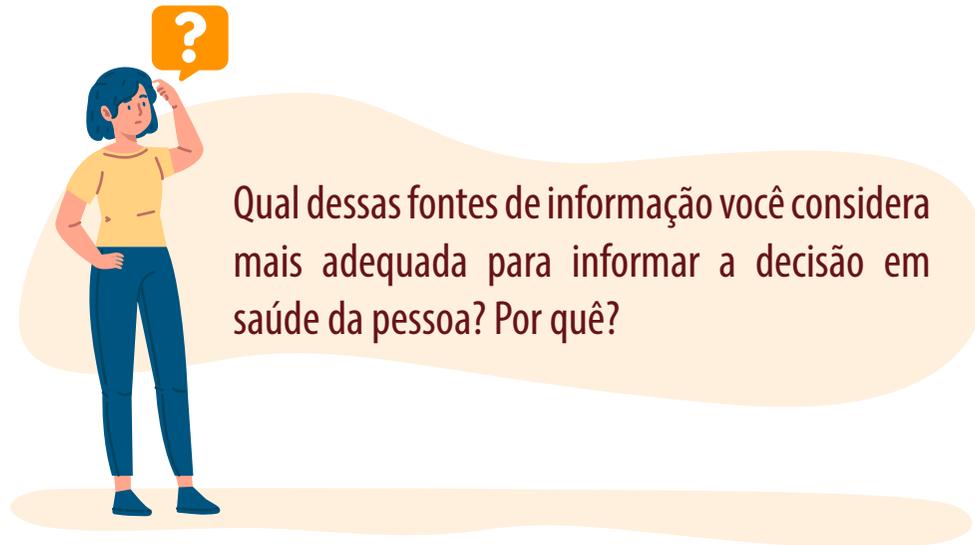


Fonte: elaboração dos autores.

FIGURA 2 – CAPTURA DE TELA: WEBSITE “ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)”



Fonte: elaboração dos autores.



Qual dessas fontes de informação você considera mais adequada para informar a decisão em saúde da pessoa? Por quê?

Como vimos, nem toda evidência é igualmente convincente. Para a tomada de decisão em saúde, é essencial considerar a **melhor evidência disponível** (OXMAN et al., 2009). Para identificar a melhor evidência disponível, precisamos empregar um processo de busca das evidências que seja:

Sistemático: que siga um passo a passo delimitado, com uma pergunta de partida bem elaborada e critérios bem definidos sobre quais informações vamos considerar. A sistematização assegura que toda evidência potencialmente relevante seja identificada, avaliada e utilizada apropriadamente;

Transparente: qualquer pessoa que quiser seguir os mesmos passos que adotamos poderá acessar o método que aplicamos e replicá-lo ou examiná-lo, identificando qual evidência foi utilizada para informar as decisões, assim como as avaliações que foram realizadas sobre a evidência e suas implicações. A transparência é especialmente importante quando estamos definindo novos rumos para políticas e programas que afetam diretamente a população;

Equilibrado: para que o processo considere de forma contextualizada as evidências globais e locais.

Muitas vezes, nos deparamos com situações que se configuram como um problema a ser compreendido e resolvido, conforme aprofundaremos no Módulo VI. Nossa cidade pode ter um aumento brusco de casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre adolescentes, ou uma pessoa pode vir a óbito por falta de atendimento, por exemplo. Existem diversas maneiras pelas quais um problema de saúde pública pode ganhar relevância: a mídia pode ter se dedicado a apresentá-lo em reportagens; instâncias deliberativas podem tê-lo priorizado em seus planejamentos; equipes de monitoramento de dados podem ter observado uma mudança em indicadores; algum órgão de controle ou participação social pode ter requisitado informações sobre o problema e assim por diante. Para buscar soluções para esse problema, lançamos mão das evidências (LAVIS et al., 2009).

Dependendo do problema que estamos tentando resolver, diferentes evidências podem ser utilizadas: *evidências locais* (por exemplo, opiniões de atores-chave, dados de sistemas de informações locais de vigilância epidemiológica e relatórios de organizações locais); *estudos primários ou epidemiológicos* (por exemplo, estudos científicos que possuem diferentes desenhos metodológicos, como veremos mais à frente, coletando e analisando dados); e estudos secundários, também conhecidos como *revisões sistemáticas*, que utilizam dados de estudos primários para chegar a conclusões sobre o “estado da arte” do conhecimento científico sobre determinado assunto.

Seguem alguns tipos de evidência de que você pode lançar mão para definir e buscar soluções para um problema:

- **Opiniões e experiências coletadas e reportadas, individualmente ou por grupos**, por exemplo por meio de consultas públicas, enquetes direcionadas a população em geral, a trabalhadores ou a usuários de um serviço, ou ainda a grupos e associações que tenham interesse no tema;
- **Opiniões de especialistas**, que podem ser encontradas em entrevistas a trabalhadores de saúde ou a pesquisadores sobre o tema;
- **Casos concretos observados ou reportados**, por exemplo por meio da análise de prontuários de serviços de saúde ou de apresentações de casos em reuniões de equipe;
- **Dados de sistemas de informações**, como o DATASUS, ou dados computados por equipes e serviços de saúde;
- **Relatórios de órgãos governamentais ou organizações sociais**, como relatórios de gestão ou dossiês sobre o tema publicados na internet;
- **Estudos científicos de diferentes métodos** (vamos aprofundar esses métodos em nossa unidade!).

Além disso, há tipos de evidência mais adequados para responder a cada pergunta relacionada ao problema – para compreendê-lo, para enfrentá-lo ou para implementar soluções. O Quadro 1 traz exemplos de perguntas que uma equipe pode se fazer ao longo do processo e quais evidências podem ajudar a respondê-las:

QUADRO 1 – TIPOS DE EVIDÊNCIA UTILIZADAS PARA INFORMAR UM PROBLEMA

QUAL É O PROBLEMA?	TIPO DE INFORMAÇÃO
Como o problema chamou sua atenção? Isso afetou a perspectiva de sua abordagem para enfrentá-lo (exemplos: recursos aplicados, rapidez de resposta e comunicação)?	Evidências locais e estudos primários
Que indicadores podem ser usados ou coletados para estabelecer a magnitude do problema e avaliar o progresso em abordá-lo?	Evidências locais e estudos epidemiológicos
Que comparações podem ser feitas para estabelecer a magnitude do problema e avaliar o progresso em abordá-lo?	Evidências locais, estudos epidemiológicos e evidências sobre sistemas e serviços de saúde (revisões sistemáticas)
Como se pode enquadrar (ou descrever) o problema de maneira que motive diferentes grupos?	
QUAIS SÃO AS OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA?	TIPO DE INFORMAÇÃO
Quais benefícios podem ser alcançados com cada opção?	Evidências sobre sistemas e serviços (revisões sistemáticas sobre efeitos)
Quais riscos e danos potenciais são importantes para aqueles que serão afetados e quais prováveis danos podem ocorrer em cada opção?	
Quais são os custos de cada opção? Há evidências locais sobre a relação custo-efetividade?	Evidências locais e estudos de avaliação econômica
Que adaptações podem ser realizadas em qualquer das opções dadas? Elas podem alterar os benefícios, danos e custos?	Evidências sobre sistemas e serviços (revisões sistemáticas)
Quais pontos de vista e experiências das partes interessadas (conhecidas na literatura em inglês como <i>stakeholders</i>) podem influenciar a aceitabilidade de uma opção e seus benefícios, riscos e custos?	Evidência qualitativa (local, estudos primários e revisões sistemáticas)
QUAIS SÃO AS BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES E QUAIS AS ESTRATÉGIAS PARA ABORDÁ-LAS?	TIPO DE INFORMAÇÃO
Quais são as potenciais barreiras para a implementação de uma nova política?	Evidências locais e sobre sistemas e serviços (estudos primários e revisões sistemáticas)
Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para facilitar as mudanças comportamentais necessárias dos pacientes/cidadãos?	
Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para facilitar as mudanças comportamentais necessárias dos trabalhadores de saúde ou em nível organizacional?	
Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para facilitar as mudanças necessárias nos sistemas?	

Fonte: adaptado de EVIPNet Brasil (2018).

A seguir, veja um caso prático em que você pode aplicar as perguntas do Quadro 1.

Imagine que você seja responsável pela saúde do adolescente na sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Em uma mesma semana, você recebe diversas informações e pressões para enfrentar o problema crescente de ISTs na sua população adstrita.



Como o problema chamou sua atenção? Isso afetou a perspectiva de sua abordagem para enfrentá-lo?

As enfermeiras das equipes relatam um aumento dos casos de sífilis e HIV entre jovens entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos. Pais e mães da Associação de Saúde do território exigem um enfrentamento rápido. As igrejas enviam representantes à UBS para pressionar por uma resolução. Você recebe a visita de seu gerente na Secretaria de Saúde. As informações vazam e a imprensa relata os casos de forma alarmante.



Que indicadores podem ser usados ou coletados para estabelecer a magnitude do problema e avaliar o progresso em abordá-lo?

O sistema de informação da vigilância epidemiológica indica que um em cada quatro adolescentes do território testou positivo para uma das duas infecções. Um em cada seis jovens testou positivo para ambas. O sexo masculino apresenta cerca de 12% a mais de casos, mas não é conhecida a população de adolescentes do sexo masculino que fazem sexo desprotegido com outros homens.



Que comparações podem ser feitas para estabelecer a magnitude do problema e avaliar o progresso em abordá-lo?

Você solicita dados dos últimos anos do município e consulta dados de outros municípios da região. Observa que outros municípios próximos registraram um aumento e que ele é bastante significativo nos últimos meses, se comparado à média dos últimos cinco anos. Você busca estudos que descrevam a situação epidemiológica em âmbito nacional e internacional, utilizando-os como comparador.



Como se pode enquadrar (ou descrever) o problema de maneira que motive diferentes grupos?

Você sabe que o problema pode escalar rapidamente, já que os adolescentes se reúnem socialmente, principalmente no território da UBS. Você precisa procurar soluções rápidas. Para engajar pesquisadores do tema, você apresenta dados de estudos qualitativos sobre o comportamento sexual de adolescentes brasileiros. Já para chamar a atenção de trabalhadores das UBSs, você busca pesquisas sobre a relação entre equipe de saúde e adolescentes.



Quais são as opções para abordar o problema?

Você busca estudos secundários, ou seja, revisões sistemáticas para identificar os benefícios, riscos e custos de implementar uma intervenção de prevenção de ISTs entre adolescentes. Uma revisão sistemática de alta qualidade demonstra a necessidade de uma série de intervenções na escola para prevenir HIV e outras ISTs. Outra revisão sistemática de alta qualidade mostra a relação custo-efetividade de intervenções exitosas nas escolas em diferentes países.



Quais são as barreiras à implementação das opções e quais as estratégias para abordá-las?

As intervenções são efetivas e de baixo custo, mas criam um problema de equidade: e os adolescentes que não estão na escola e têm elevado risco?

Para te ajudar, você encontra uma revisão sistemática de média qualidade, com metanálise que indica quais intervenções comportamentais reduzem o risco e previnem a transmissão, incluindo adolescentes fora da escola, em áreas de elevada vulnerabilidade.



Pronto! Você buscou diferentes tipos de informação para ajudar na compreensão e solução do problema. Com a ajuda de pesquisadores, fica ainda mais fácil compreender as conclusões dos estudos. Não esqueça, agora, de reunir as pessoas-chave para que a intervenção de prevenção possa ocorrer (adolescentes, pais, professores, trabalhadores da saúde, mídia e comunidade) e de ouvir suas opiniões antes de implementar a solução. A partir desse processo, é possível tomar decisões informadas por evidências.



Como você constatou, o uso de evidências na tomada de decisão começa por compreender bem qual problema/desafio estamos tentando superar, como esse problema nos chamou a atenção e quais são as causas e consequências dele. Ao usarmos evidências para compreender um problema, podemos lançar mão de pesquisas e de dados epidemiológicos para demonstrar sua magnitude, sua importância, as formas como ele se manifesta no nosso contexto local e os fatores que contribuem para sua permanência.

Você percebeu que dados epidemiológicos ajudam muito a entender o tamanho de um problema e sua variação ao longo do tempo. No entanto, quando passamos a *buscar soluções possíveis* para o problema enfrentado, fica cada vez mais nítida a importância de termos fontes de informações confiáveis, e esse é o momento no qual estudos científicos, especialmente aqueles publicados em revistas científicas com revisão por pares, são mais úteis.

1.3 Conhecendo os diferentes desenhos de estudos científicos

É importante conhecer os *diferentes desenhos de estudos científicos* para saber como cada um deles pode nos ajudar a encontrar caminhos para enfrentar os desafios em saúde (NEDEL; SILVEIRA, 2016):

- **Artigos de opinião:** em geral exprimem a opinião dos autores baseada em experiências e não empregam um método rigoroso de coleta e análise de dados. Podem ser úteis para compreender a perspectiva de diferentes atores-chave. Ajudam a responder perguntas sobre qual a opinião de atores-chave sobre aquele tema, mas não são fontes confiáveis para descobrir o efeito de intervenções;
- **Relatos de casos e de experiências:** são observações subjetivas, que informam a respeito de uma situação específica: a evolução de um paciente, o funcionamento de um serviço, uma experiência realizada em um contexto específico, etc. São úteis para levantar possíveis resistências e facilitadores para a implementação de intervenções. No entanto, relatos de casos e de experiências também não são fontes confiáveis para descobrirmos o efeito de uma intervenção em saúde;
- **Série de casos:** relatam, obedecendo a um método predefinido de coleta de dados, a presença de determinado desfecho em um grupo de pacientes, não havendo um grupo de comparação. É bastante útil para gerar hipóteses;
- **Estudos de prevalência:** as mensurações dos fatores de risco e dos desfechos analisados ocorrem em um mesmo momento, de forma concomitante. Servem para analisar as frequências dos fatores de risco e desfechos. Podem apoiar na resposta de perguntas relacionadas à caracterização do problema;
- **Caso-controle:** nesse desenho, seleciona-se uma população com determinado desfecho de interesse (casos) e outra, semelhante ao primeiro grupo, sem o desfecho de interesse (controles). Comparando-se os dois grupos, avaliam-se os fatores que poderiam estar relacionados à ocorrência do desfecho pesquisado;
- **Estudo de coorte:** selecionam populações exposta e não exposta a determinado fator e faz-se o seu acompanhamento por um determinado período. Em geral, analisam dados de prontuários ou de sistemas de informação, podendo registrar a “história” de um fenômeno ao longo dos anos. Fornecem boas informações para avaliar os fatores de risco associados a determinada doença e mensurar o impacto de intervenções investigadas;
- **Ensaio clínico randomizado (ECR ou RCT, em inglês):** divididos em grupos, os participantes devem ter a mesma oportunidade de receber, ou não, uma intervenção proposta, e esses grupos devem ser os mais parecidos possíveis, de forma que a única diferença entre eles seja a intervenção em si, podendo-se, assim, comparar os desfechos entre os grupos. Esse tipo de estudo pode nos ajudar a compreender os efeitos de determinadas intervenções;
- **Revisões sistemáticas:** o objeto de análise deixa de ser os pacientes e passa a ser as pesquisas já realizadas anteriormente sobre determinado objeto de pesquisa. Os trabalhos originais publicados na literatura são revisados e selecionados de maneira sistemática, e os resultados deles podem ser sumarizados de forma narrativa. Idealmente, essas revisões devem reunir toda evidência existente referente a um assunto, e a busca de artigos deve ocorrer em mais de um banco de dados. As revisões sistemáticas podem ou não ser complementadas com *metanálises*, que se debruçam sobre os dados quantitativos dos estudos incluídos e realizam um novo trabalho estatístico combinando todos eles para indicar a magnitude dos efeitos gerais observados. As revisões sistemáticas são ótimas fontes para compreendermos os efeitos de intervenções em saúde e podem ser qualitativas, quantitativas ou mistas.



SAIBA MAIS

O debate sobre desenho metodológico despertou seu interesse?

Siga explorando esse tema no artigo Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento, escrito por Maria Fernanda Lima-Costa e Sandhi Maria Barreto: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003.

No artigo, as autoras utilizam o exemplo da pesquisa com pessoas idosas para ilustrar cuidados necessários ao planejar, conduzir, analisar e interpretar os resultados.

[va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KleNXermnOHHTfo.pdf](#)

Planejamento no SUS - DGMP - Informações do RAG para o Diagnóstico Situacional do Plano

https://www.youtube.com/watch?v=67L_4BzPfxU

Há também diferentes desenhos de estudos qualitativos (CRESWELL, 2006), cujos resultados são evidências que podem subsidiar o debate sobre formas que as pessoas são afetadas pelos problemas de saúde e sobre a implementação de soluções. Nesta categoria de estudos, encontram-se os *estudos narrativos* e os *estudos de caso*. O primeiro tipo é utilizado para descrever situações que ocorrem em um determinado contexto, muitas vezes articulando com a bibliografia disponível sobre o tema. Já os *estudos de caso* acompanham as repercussões de determinado evento na vida de um sujeito ou de um grupo ao longo de um tempo, registrando desafios e facilitadores encontrados. Os *estudos etnográficos*, em geral, envolvem a imersão do pesquisador em um campo de investigação, registrando como os atores sociais se relacionam e quaisquer padrões ou surpresas observadas, muitas vezes fazendo uso de diários de campo. Os *estudos fenomenológicos* descrevem os significados que um grupo de indivíduos atribui à experiência de algum fenômeno. Por fim, as *sínteses de evidências qualitativas* compõem o grupo de métodos usados para realizar revisões sistemáticas de evidências de pesquisas qualitativas. A síntese de evidências qualitativas tem um papel fundamental na resposta a questões relacionadas à intervenção ou à complexidade dos sistemas de saúde e aos processos de desenvolvimento de diretrizes em saúde (FLEMMING et al., 2019).

Existem [diferentes ferramentas](#) (CARDIFF UNIVERSITY, 2020) para avaliar o risco de viés e a qualidade metodológica. Infelizmente, a maioria das ferramentas está ainda em inglês, mas utilizando tradutores da internet você pode ter ideia de quais dimensões são consideradas, a depender do desenho metodológico da pesquisa que está sendo apreciada criticamente. Uma boa dica é conferir a [Caixa de Ferramentas para avaliação de qualidade](#), elaborada pelo Instituto Joanna Briggs.

Esse conteúdo também será aprofundado na Unidade 2 do Módulo VI.

1.4 Identificando os riscos de viés dos estudos

Com uma diversidade tão grande de desenhos de estudos, é possível imaginar que algumas pesquisas tenham mais rigor ao aplicar o método do que outras, o que pode afetar nossa confiança nos resultados. Para averiguar isso, a *avaliação crítica dos riscos de viés e da qualidade metodológica* de estudos científicos visa identificar ameaças potenciais à validade dos resultados, apoiando o leitor a tomar decisões informadas sobre a qualidade das evidências de pesquisa (UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA, 2020) e, assim, ponderar sobre quanta confiança podemos depositar nas conclusões de cada estudo.

Assim como especialistas e documentos governamentais trazem consigo conceitos predefinidos e agendas pessoais ou políticas, é relativamente comum que pesquisas também tenham seus vieses. De acordo com Boutron et al. (2019), os vieses podem levar à subestimação ou superestimação do verdadeiro efeito de uma intervenção e podem variar em magnitude: alguns são pequenos (e triviais em comparação com o efeito observado) e alguns são substanciais (um achado aparente pode ser inteiramente produzido por viés).

Os vieses e a qualidade metodológica dos estudos podem ser influenciados por uma aplicação falha do método (exemplo: pular etapas) ou mesmo por conflitos de interesse dos pesquisadores ou financiadores do estudo. Por exemplo, os pesquisadores com interesse financeiro ou político em mostrar que determinado medicamento funciona podem excluir da análise participantes que não responderam favoravelmente ao medicamento, ou deixar de relatar resultados desfavoráveis do medicamento em um manuscrito (BOUSTRON et al., 2019).

1.5 Relevância histórica do uso de evidências

Um dos marcos históricos que mudou o impacto do uso de evidências na tomada de decisão em saúde foi o movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), definido à época como movimento de integração das melhores evidências de pesquisa com a experiência clínica e os valores do paciente. Desde 1976, o governo canadense estabeleceu uma força-tarefa para avançar em uma metodologia para avaliar evidências científicas (THOMA; EAVES, 2015).

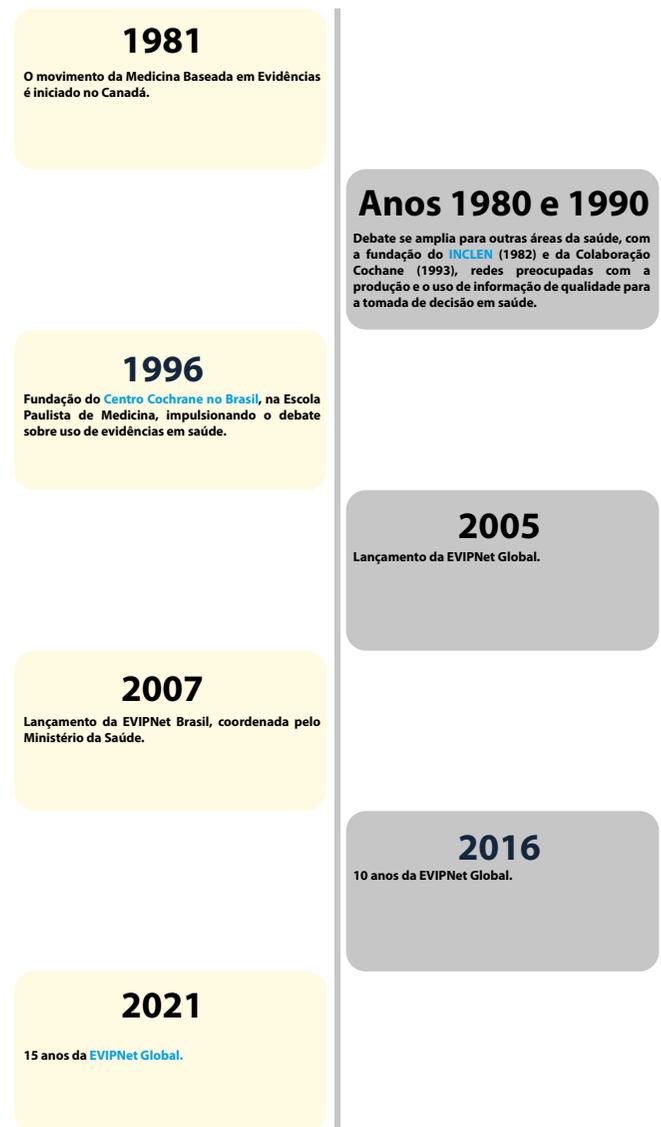
Em 1981, um grupo de epidemiologistas clínicos da Universidade McMaster, no Canadá, publicou uma série de artigos sobre como os médicos deveriam considerar evidências em suas práticas. Em 1996, a MBE foi definida como “o uso consciente, explícito e perspicaz da melhor evidência atual ao decidir sobre o cuidado individual dos pacientes” (SACKETT et al., 1996, p. 71). Ao longo dos anos, o debate foi avançando para outras áreas, dando origem à Enfermagem Baseada em Evidências e à Odontologia Baseada em Evidências, até finalmente chegar ao conceito ampliado de Saúde Baseada em Evidências (BHARGAVA; BHARGAVA, 2007). Hoje em dia, passou a ser utilizado o termo *Práticas Baseadas em Evidências* para incluir todas as áreas de saúde.

Ao longo dos anos, muitos movimentos foram aderindo ao debate sobre o uso de evidências na saúde. O [LatinCLEN](#), por exemplo, é uma rede de epidemiologistas clínicos, bioestatísticos e cientistas sociais que atuam através de excelência acadêmica e clínica na América Latina e compartilham o objetivo de promover o uso eficaz e eficiente dos recursos em saúde por meio da prática clínica informada pelas melhores evidências. Seu objetivo final é melhorar a saúde da população e abordar questões de saúde importantes em esfera local e regional por meio de pesquisa de alta qualidade e treinamento de pessoal de saúde e pesquisadores.

Em 2005, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, a utilização do conhecimento científico nas práticas e na formulação de políticas de saúde foi debatida, propiciando a criação da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) Global, seguida, em 2007, pela criação da EVIPNet Brasil (BORTOLI; FREIRE; TESSER, 2017).

Para que você possa compreender melhor a trajetória do uso de evidências na área da saúde, veja a seguir a linha do tempo em que são apresentados os momentos-chave da Medicina Baseada em Evidências e da Rede de Políticas Informadas por Evidências.

QUADRO 2 – LINHA DO TEMPO DO USO DE EVIDÊNCIAS EM SAÚDE



É relevante perceber quanto esse desenvolvimento do uso de evidências na área da saúde, tanto no Brasil como no mundo, passou a englobar diferentes atores-chave da saúde, agregando:

- **Produção de evidências (pesquisa):** pesquisadores e pesquisadoras que mapeiam temas de interesse elaboram pesquisas e disponibilizam resultados para trabalhadores de saúde e gestores;
- **Prática clínica informada por evidências:** trabalhadores de saúde que possuem apoio dos serviços e sistemas para seguir diretrizes clínicas adotam uma abordagem de fundamentar sua prática na melhor evidência disponível, apresentar riscos e benefícios em consulta com o paciente (escolha do paciente informada por evidências) e, então, conjuntamente, decidir qual é a opção mais adequada para o tratamento;
- **Elaboração e gestão de políticas informadas por evidências para serviços de saúde:** os tomadores de decisão e gestores utilizam evidências para definir quais serão as políticas de saúde, onde alocar recursos e como organizar os serviços mais efetivamente (BHARGAVA; BHARGAVA, 2007).

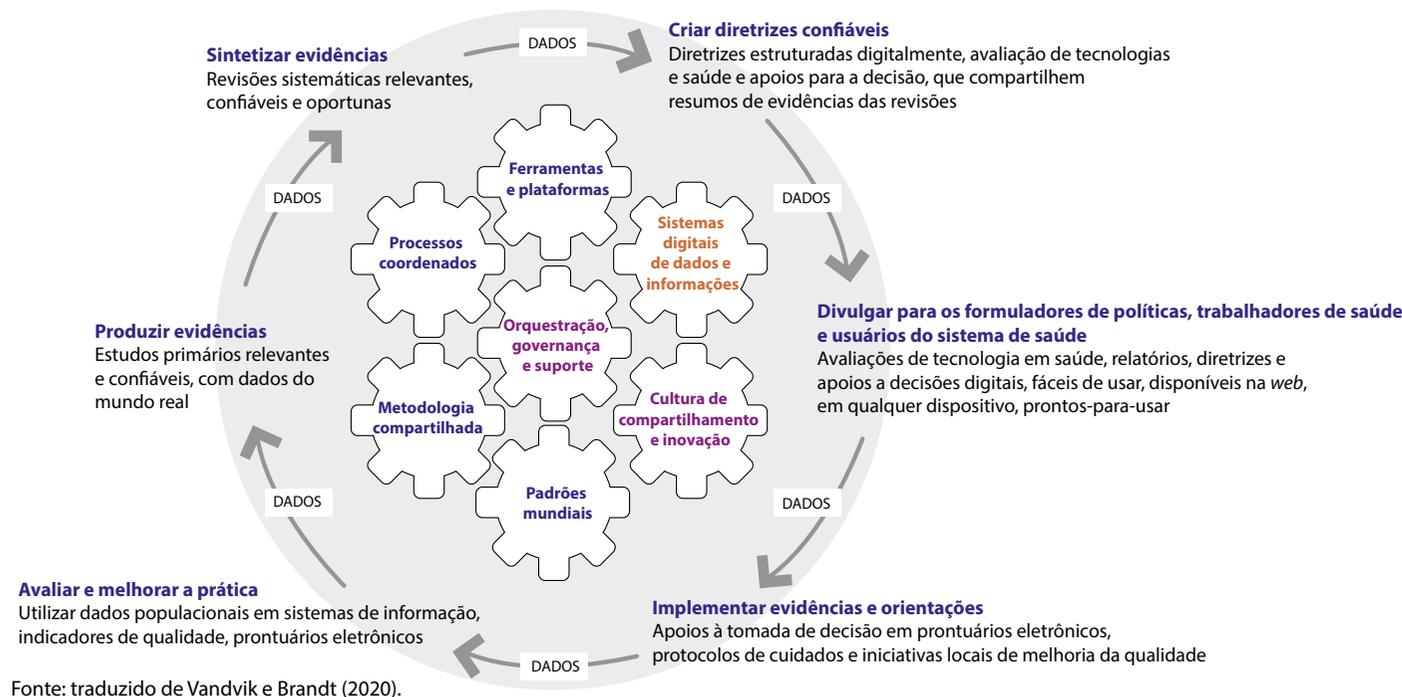
Fonte: elaboração dos autores, com elementos de Bortoli, Freire e Tesser (2017).

Esses atores-chave estão conectados por um *ecossistema de evidências*. Ecossistemas de evidências podem ser entendidos como “os vínculos e interações formais e informais entre os diferentes atores (e suas capacidades e recursos) envolvidos na produção, tradução e uso de evidências”, mesclando as evidências com as ações em saúde. Isso requer a coordenação e integração de processos de fluxo de trabalho que analisem dados, produzam conhecimento e orientação e traduzam conhecimento em políticas e ações para diferentes contextos (STEWART et al., 2019, p. 2).

No ecossistema, coexistem pessoas e organizações, ferramentas e tecnologias, e os elementos do contexto local (sociais, culturais, econômicos e políticos). O ecossistema de evidências é necessário para alimentar efetivamente a prática dos trabalhadores de saúde no dia a dia e a formulação e implementação de políticas no SUS.

A Figura 3 demonstra como os processos de produção, síntese, orientação, disseminação, implementação e avaliação do uso de evidências são conectados e dependem de “mecanismos”, a saber, dados, plataformas e ferramentas, processos coordenados, cultura de uso de evidências e métodos partilhados.

FIGURA 3 – ECOSSISTEMA DE EVIDÊNCIAS CONFIÁVEIS (WWW.MAGICPROJECT.ORG)

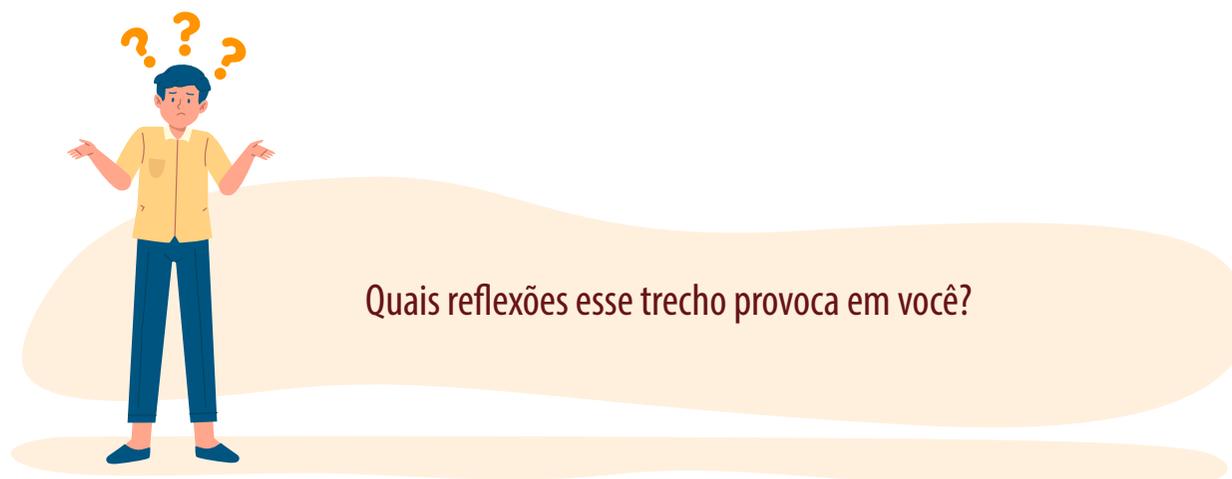


O termo *informado por evidências* é mais realista do que *baseado em evidências*, porque a “evidência de pesquisa geralmente compete com outros fatores, inclusive crenças, intuição, hábitos, superstições, tradições, experiências vividas, cultura, interesses pessoais e considerações sobre o cenário político” (BORTOLI; FREIRE; TESSER, 2017, p. 31). Um fator adicional é o custo, principalmente em contextos de recursos escassos para implementação de ações, políticas ou programas. Reconhecer e respeitar esses fatores é característica essencial de um trabalhador de saúde que deseje incorporar evidências às suas práticas.

1.6 Impacto do uso de evidências nos processos de trabalho e na vida das pessoas

Já abordamos como o uso de evidências pode nos ajudar a compreender e solucionar um problema de saúde com maior confiança, mas o impacto de utilizar evidências nos processos de trabalho em saúde reverbera na própria forma como contribuimos para que a sociedade se desenvolva, já que implica entender o trabalho, a educação, as relações e as responsabilidades em saúde de forma conectada. Leia o trecho a seguir de Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho (2021):

Na dimensão educacional, o enfrentamento dos problemas de saúde que atingem populações, tanto de países ricos como de países pobres, requer a formação de profissionais socialmente responsáveis, politicamente conscientes e aptos a se engajar num processo permanente de formação/educação. Esse processo de educação continuada deve ser eficiente não só do ponto de vista tecnológico, mas no desenvolvimento de competências interpessoais, calcado em valores humanitários e éticos, a fim de responder às múltiplas demandas geradas pela transição do padrão de doenças, pelas mudanças demográficas e pelos problemas resultantes da pobreza e das desigualdades sociais (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 60).



Quais reflexões esse trecho provoca em você?

Se pensarmos juntos, ao enfatizarmos a vivência, a observação, o raciocínio e o acesso a evidências obtidas pela pesquisa científica e pela transferência e difusão de conhecimentos (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021), permanecemos, em nossas vidas e contextos de trabalho, mais atentos aos desafios mais relevantes que atingem nossas comunidades e garantimos que teremos as melhores ferramentas disponíveis em mãos para ajudar a enfrentá-los.

O [Instituto Joanna Briggs](#), organização de pesquisa internacional da Universidade de Adelaide, na Austrália, propõe um *modelo de atenção à saúde informada por evidências* que deixa muito nítida a conexão entre o uso de evidências na tomada de decisão e o desenvolvimento sustentável. Orientado pelos valores de cultura, capacidade, colaboração e comunicação, o modelo envolve as seguintes dimensões:

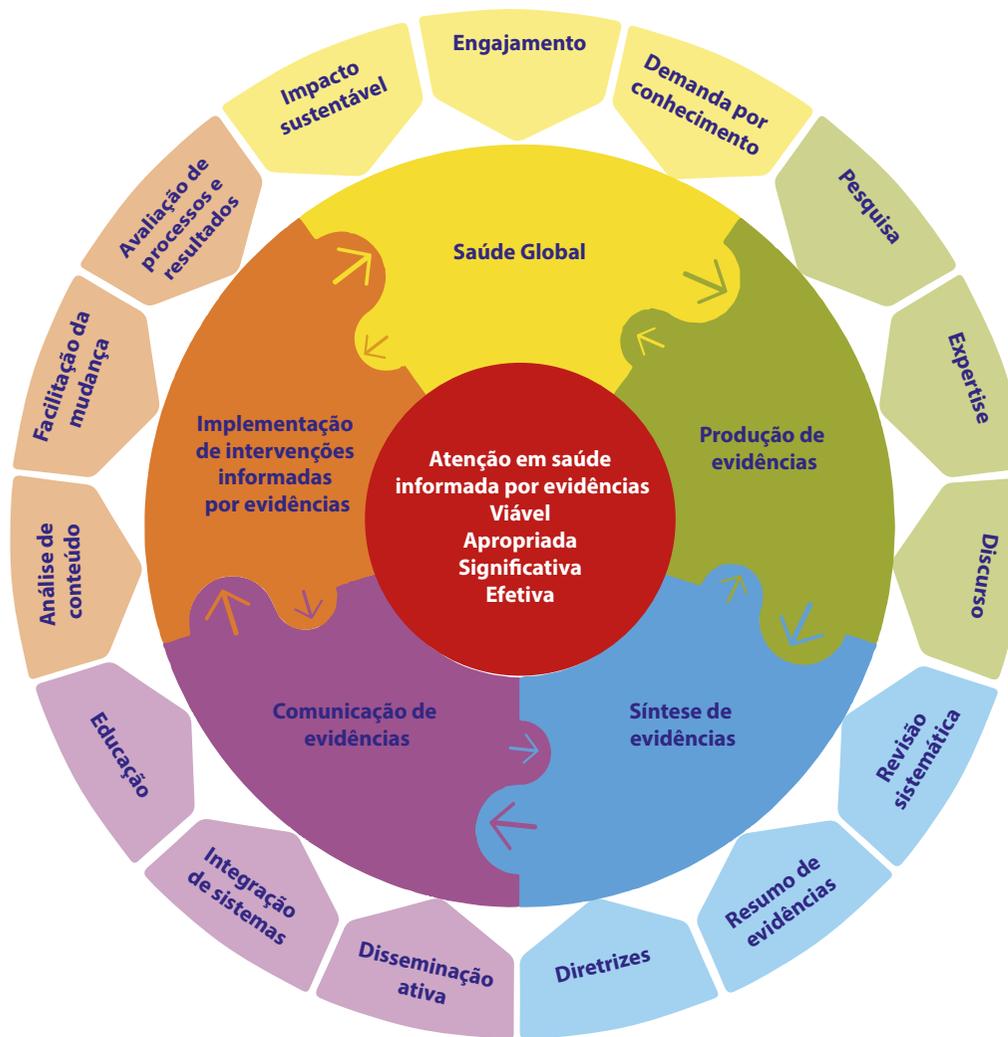
- **Saúde global:** definida como pesquisa e ação colaborativa e transnacional que prioriza a melhoria da saúde e o alcance da equidade em saúde a todas as pessoas em todo o mundo;
- **Produção de evidências:** identifica os discursos (ou narrativas), as experiências e a pesquisa como meios legítimos de geração de conhecimento. Reconhece que resultados de pesquisas bem elaboradas e fundamentadas em metodologia, casos, opiniões pessoais e de especialistas são considerados evidências válidas para informar a política e a prática;
- **Síntese de evidências:** é a avaliação ou análise e comparação de diferentes evidências sobre um tópico específico para auxiliar na tomada de decisão na área da saúde. As sínteses podem ser formatadas como revisões sistemáticas, resumos de evidências ou respostas rápidas e diretrizes;
- **Comunicação de evidências:** fundamental para o processo de tomada de decisão informada por evidências é a possibilidade de as pessoas acessarem o conteúdo das sínteses de evidências. A comunicação de evidências é o processo ativo e participativo para avançar no acesso e na captação de evidências em contextos locais. Incorpora elementos de disseminação ativa, integração de sistemas e educação;
- **Implementação de intervenções informadas por evidências:** é um conjunto de atividades que envolve os principais interessados no uso de evidências para informar a tomada de decisão e gerar uma melhoria sustentável na qualidade das políticas e da atenção em saúde. Inclui uma análise de contexto, a facilitação da mudança de práticas e a avaliação do processo e do resultado.



Observe o modelo do JBI de atenção à saúde informada por evidências e reflita sobre o seu contexto de trabalho: qual dessas dimensões você pensa que está mais desenvolvida? E qual delas está mais distante da sua prática cotidiana? Por quê?

Para seguir esse círculo, você precisa considerar se as evidências são: viáveis para implementar no contexto local; apropriadas para as demandas e para o público-alvo; significativas (ou seja, alinhadas com a cultura e os valores locais); equitativas; e efetivas. Veja na Figura 4 as dimensões ampliadas da saúde informada por evidências que explicamos e como elas se interrelacionam.

FIGURA 4 – MODELO DO JBI DE ATENÇÃO À SAÚDE INFORMADA POR EVIDÊNCIAS



Fonte: traduzido de Munn (2018).

1.7 Aspectos éticos na tomada de decisão informada por evidências

Apesar dos modelos desenvolvidos tentarem incluir reflexões sobre as complexidades dos sistemas de saúde e seus atores-chave, o uso de evidências na tomada de decisão foi alvo de algumas ponderações éticas ao longo dos anos (ALLMARK, 2015) que precisamos manter em mente:

- **Alguns tipos de evidência são frequentemente mais valorizados do que outros:** por exemplo, como vimos, evidências de revisões sistemáticas e de estudos clínicos randomizados podem ser priorizadas em detrimento de evidências locais e das opiniões e valores dos usuários dos sistemas de saúde. Não é incomum encontrarmos relatórios que focam apenas em evidências científicas e “esquecem” da dimensão do contexto local;
- **Para trabalhadores de saúde, o uso restritivo de evidências na tomada de decisão pode impedir um cuidado centrado nos pacientes:** novamente, se os protocolos clínicos informados por evidências não enfatizarem os riscos e benefícios inerentes às possibilidades, de forma que fundamente uma reflexão da atuação clínica, pode ocorrer uma situação em que trabalhadores de saúde apenas prescrevem “cegamente” as intervenções ou tecnologias descritas na literatura científica;
- **A prática em saúde informada por evidências pode ser injusta:** essa crítica aborda dois grandes elementos. O primeiro deles diz respeito ao desenho de estudos clínicos randomizados, que testam quanto uma intervenção é ou não efetiva. O desenho metodológico desses estudos pode, por vezes, favorecer intervenções mais individuais de curto ou médio prazo em detrimento daquelas que abordam problemas sistêmicos e sociais relacionados à saúde. Isso significa que podemos encontrar muito mais estudos abordando soluções pontuais para situações problema frequentemente mais complexas (exemplo: alternativas para uma pessoa parar de fumar) em vez de estudos sobre como reduzir com medidas sociais o risco cardiorrespiratório de populações mais vulneráveis. Um segundo elemento alvo de críticas é o fato de que a maior parte das evidências disponíveis que descrevem a relação custo-efetividade de intervenções é focada em grandes grupos populacionais ou em condições de saúde que são de interesse, por exemplo, da indústria farmacêutica. Isso pode tornar as condições de saúde de grupos populacionais menores ou invisibilizados ainda mais difíceis, impactando, inclusive, na quantidade de recursos destinada ao enfrentamento das dificuldades em saúde que esses públicos enfrentam. Podemos também acrescentar como possíveis fontes de injustiça o fato de o investimento em pesquisas e o conhecimento científico não estarem disponíveis de forma igual em todos os lugares nem em todos os idiomas. Por outro lado, as consequências de uma tomada de decisão “mal-informada” podem envolver o desperdício de recursos escassos, o aumento da desigualdade de acesso e até mesmo a piora do problema que se pretendia enfrentar.

É importante lembrarmos que a prática informada por evidências foi desenvolvida para ajudar os profissionais a lidar com as incertezas do cotidiano, de forma que o instrumentalizem para agir de modo informado, responsável e ético. Além disso, um dos pilares dessa atuação é considerar as barreiras do contexto local, como as práticas organizacionais pouco funcionais ou situações de recursos escassos. Além disso, considerar as circunstâncias e características únicas de cada usuário do sistema de saúde, incluindo seus valores e expectativas. Por fim, levar em conta as limitações das pesquisas publicadas ajuda os trabalhadores de saúde a não cometer maiores injustiças ao utilizar evidências para informar sua tomada de decisão (GAMBRILL, 2010).

1.8 Uso de evidências para promover a equidade em saúde

Caro trabalhador estudante, quando pensamos no uso de evidências, temos que ter em mente que esse uso deve promover a equidade, ou seja, reconhecer que pessoas em situações diferentes merecem tratamentos distintos para se alcançar a justiça. Vamos pensar em alguns cenários em que utilizar uma intervenção informada por evidências, por melhor que seja sua intenção, pode causar injustiças?

Quando desenvolvemos uma ação informativa baseada na elaboração e divulgação de cartilhas com muita informação escrita, potencialmente excluimos pessoas que não sabem ou têm dificuldades para ler.

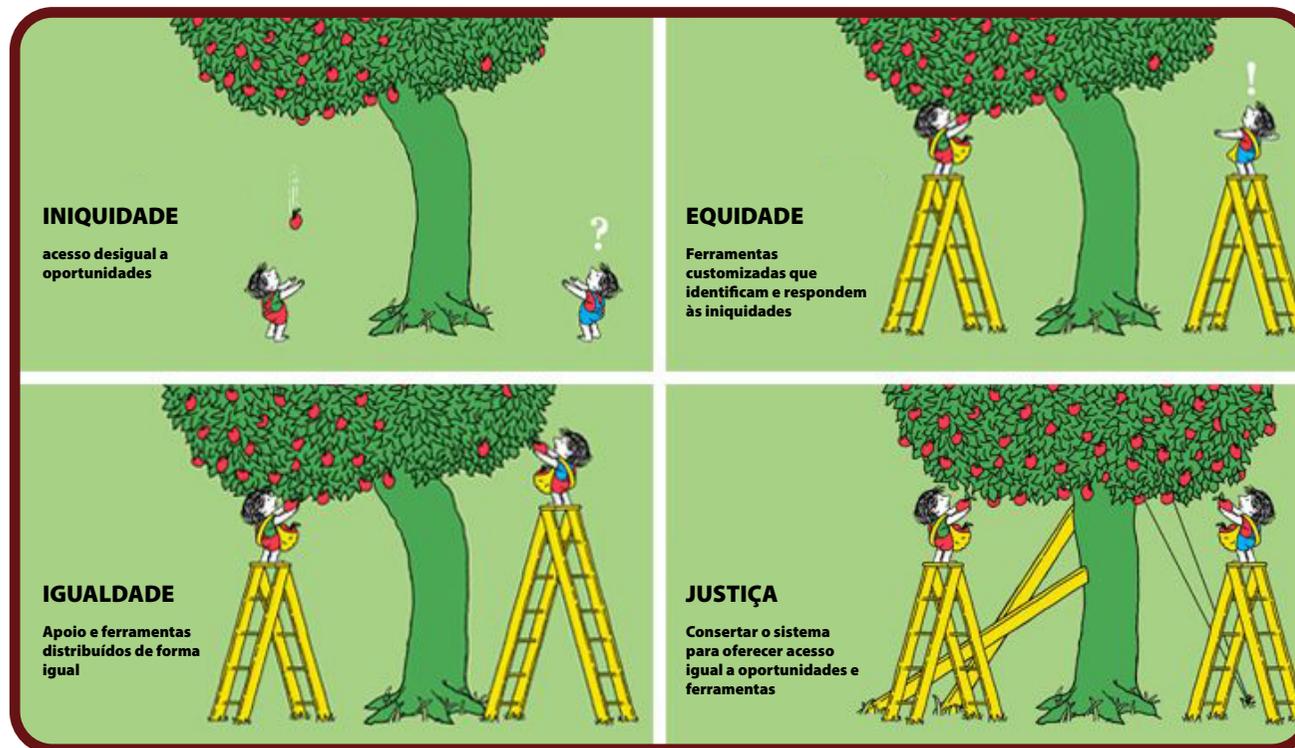
Quando organizamos grupos para orientar pessoas sobre cuidados com bebês e restringimos a possibilidade de adesão apenas às mães, podemos contribuir com a lógica de que pais ou outras pessoas da rede de apoio não têm a responsabilidade de partilhar esse cuidado, o que sobrecarrega as mulheres.

Quando criamos um sistema de marcação de consultas em ambiente on-line, todas aquelas pessoas sem acesso à internet ou a computadores – ou mesmo aquelas que vivem em regiões em que a conexão é ruim – podem ser deixadas de fora.

No momento que reconhecemos o potencial de injustiça de qualquer ação em saúde, considerando especialmente que vivemos em uma sociedade profundamente desigual, começamos a considerar como podemos usar as evidências para avançar de um cenário de iniquidade para um de equidade e, enfim, de justiça.

Exatamente devido às profundas desigualdades sociais, a equidade é princípio fundamental da prática do SUS, que deve ser adaptada às necessidades das populações mais vulneráveis. Veja a Figura 5. Na primeira árvore, as duas pessoas estão distantes da copa, mas há muito mais maçãs e uma inclinação da árvore que permite à pessoa de macacão vermelho ter mais acesso à fruta. Isso é uma situação de *iniquidade*. À direita dessa imagem, temos a *igualdade*?. Agora, ambas as pessoas ganharam escadas para que pudessem chegar mais perto da copa da árvore, mas a árvore continua inclinada e com mais frutos de um lado, favorecendo ainda a pessoa de macacão vermelho. Ou seja, condições iguais não garantem igualdade, se o contexto for desigual. A *equidade* está representada na terceira imagem. Compreendemos o contexto desigual e fizemos ajustes. Para cada pessoa foi dada uma escada de tamanho apropriado para que pudessem acessar as maçãs, mas ainda assim há mais maçãs de um lado que do outro. Por fim, a *justiça* é apresentada na quarta figura. Conseguimos consertar a inclinação da árvore que produzia iniquidades e agora todas as pessoas podem acessar as frutas igualmente.

FIGURA 5 – DIFERENÇAS ENTRE INIQUIDADE, IGUALDADE, EQUIDADE E JUSTIÇA



Fonte: traduzido de Ukfiet (2019).

Uma das grandes perguntas que qualquer trabalhador que utilize evidências em sua tomada de decisão deve se fazer é: há alguma chance de a minha ação, por mais benéfica que seja a uma parte da população, aprofundar as iniquidades enfrentadas por algum grupo ou em algum local? Isso significa se perguntar se há diferenças entre grupos que podem se tornar desigualdades, seja no ponto de partida da intervenção (exemplo: pessoas que vivem em locais com condições muito distintas de saneamento), seja no ponto de chegada (exemplo: quando observamos que os efeitos de uma intervenção são muito melhores para um determinado grupo e muito piores ou até negativos para outro).

Outras perguntas que podem ser úteis nesse processo são (UKFIET, 2019):

- Como as relações de poder (incluindo o domínio do conhecimento) precisam ser redistribuídas para garantir a equidade e a inclusão? Podemos considerar, por exemplo, as relações de poder assimétricas entre regiões, classes sociais, gêneros e culturas;
- Como o acesso a recursos pode ser mais equitativo e inclusivo? A resposta passa por indagar a distribuição de recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, além de se perguntar se todos estão tendo acesso facilitado ao conhecimento disponível (têm acesso a bibliotecas, à internet, a cursos, etc.);
- Como as diferentes modalidades da intervenção em saúde alcançam diferentes grupos? Há alguma abordagem que pode ser adotada para tornar a intervenção mais adequada ou aceitável para um determinado grupo? Como as intervenções podem ser fornecidas de maneira mais eficiente, eficaz e equitativa?
- Se autoridades, organismos internacionais, sociedade civil e pesquisadores quiserem monitorar e avaliar até que ponto as ações são equitativas, como isso pode e deve ser feito?

Há, também, ferramentas específicas para analisar dimensões de equidade, como a *Avaliação de Impacto da Equidade na Saúde* ([HEIA Template](#), em inglês) e o *framework PROGRESS*, acrônimo formado utilizando-se as primeiras letras em inglês de: 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*).

Ao aplicá-las, Brasil (2020) destaca que

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 (BRASIL, 2020, p. 28).

Você conhecerá melhor essas ferramentas na Unidade 2 do Módulo VI!

Percebemos, ao longo desta seção, quanto o acesso ao conhecimento é essencial e está integrado com diferentes dimensões da vida em sociedade. Percebemos, também, que a distribuição desse conhecimento ainda é desigual no mundo, pois está concentrado em alguns países e em pessoas com muitos anos de educação formal. A chamada *democratização do conhecimento* deve, portanto, estar no centro da atuação de trabalhadores de saúde, porque, sem ela, diversos pressupostos do nosso sistema de saúde deixam de ser respeitados (exemplo: a tomada de decisão compartilhada, a equidade em saúde e a participação social).

Democratizar o conhecimento passa por facilitar o acesso em todas as suas dimensões: utilizar bem os recursos materiais e tecnológicos, promover práticas de troca horizontal, criar materiais adaptados às necessidades de cada público, entre outros.



Convidamos você a ler a **Declaração de São Paulo em prol da Democratização do Conhecimento Científico para Alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**

elaborada pelo Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da OPAS/OMS, em 2018.

O grupo teceu 10 recomendações sobre o tema, partindo dos seguintes pressupostos:

- Que o conhecimento científico é essencial e inerente ao avanço da pesquisa, da educação e das inovações metodológicas e tecnológicas;
- Que o acesso e a divulgação do conhecimento científico aberto empodera os pesquisadores e os profissionais comprometidos com o bem comum;
- Que o acesso à evidência informada por conhecimento científico relevante e atualizado empodera as sociedades e os cidadãos para o desenvolvimento social, econômico e cultural, em benefício do bem-estar social e, em especial, na superação das iniquidades sociais;
- Que as políticas públicas e os tomadores de decisão necessitam de informações precisas, relevantes e atualizadas para que suas ações sejam baseadas na coprodução com atores científicos, profissionais e sociais;
- Que as tecnologias digitais oportunizam a democratização do acesso à informação e o melhoramento sistemático e contínuo da saúde;
- Que há crescente demanda da sociedade por sistemas de saúde robustos, efetivos, acessíveis e de intervenção informada por evidência, que contemplem, quando apropriado, medicina integrativa e complementar cientificamente comprovado.

1.9 Tomada de decisão em saúde: rapidez, acesso à informação e comunicação das decisões

Vamos conhecer um pouco mais o ciclo da tomada de decisão em saúde informada por evidências? Esse ciclo segue, em geral, os seguintes passos (CILISKA; THOMAS; BUFFETT, 2008):

- **Definir:** defina claramente a pergunta ou o problema;
- **Pesquisar:** busque evidências científicas em repositórios;
- **Apreciar criticamente:** aplique ferramentas para apreciar de forma crítica os diferentes tipos de evidência;
- **Sintetizar:** interprete/elabore recomendações para a prática informadas pelas evidências encontradas;
- **Adaptar:** adapte as informações a um contexto local, considerando dimensões de equidade;
- **Implementar:** planeje como implementar as evidências adaptadas na prática ou política;
- **Monitorar e avaliar:** avalie os esforços de implementação, inclusive se estão ou não produzindo a mudança esperada nos elementos e no contexto do problema abordado. O monitoramento e a avaliação dependem de como o problema é descrito, como a solução é desenhada e implementada e como está estruturada a *teoria de mudança* que embasa a opção ou o plano de política.

Ao aplicarmos esses passos, diversos produtos podem ser desenvolvidos, mas vamos focar especificamente nas *sínteses de evidências* e nas *respostas rápidas*.

As *sínteses de evidências* trazem o resumo de um problema específico, com opções políticas e recomendações informadas por evidências científicas sobre como enfrentá-lo. Incluem também uma reflexão sobre possíveis efeitos da implementação das opções na equidade, bem como sobre as possíveis barreiras e soluções relacionadas à implementação das opções. São úteis para apoiar a identificação e a síntese de evidências científicas, extraíndo-lhes opções para enfrentar um problema específico no contexto de políticas de saúde. Podem informar a elaboração de novas políticas ou intervenções de saúde, ou ajustar aquelas em andamento, além de guiar a implementação (BRASIL, 2019).

Já as *respostas rápidas*, que podem ter o formato de revisões rápidas, diretrizes rápidas ou avaliações rápidas de tecnologias, são realizadas de forma mais rápida do que uma revisão sistemática tradicional, uma vez que eliminam ou simplificam etapas. São úteis para indicar a melhor evidência disponível sobre um determinado tópico, em tempo oportuno, principalmente para tecnologias em saúde em comparação a tecnologias já empregadas ou a nenhuma tecnologia. Esse tipo de estudo também auxilia na identificação de lacunas de evidência ou do que falta ainda pesquisar e na priorização de temas de pesquisa (BRASIL, 2019). Você, trabalhador estudante, terá a oportunidade de aprofundar seu conhecimento sobre respostas rápidas na Unidade 2 do Módulo V.

No Quadro 3 é possível observar alguns fatores que devem estar explícitos nas respostas rápidas e precisam ser comunicados para todos os atores-chave para favorecer a tomada de decisão em saúde informada por evidências:

QUADRO 3 – ELEMENTOS QUE DEVEM SER INFORMADOS EM UMA RESPOSTA RÁPIDA

Pesquisa	<ul style="list-style-type: none">• Os mais relevantes estudos qualitativos ou quantitativos de alta qualidade metodológica disponíveis;• Achados oriundos de pesquisas intersetoriais que podem afetar a saúde pública.
Questões de saúde da comunidade e do contexto local	<ul style="list-style-type: none">• Dados de vigilância e relatórios sobre as condições de saúde da comunidade para determinar a magnitude do problema de saúde no contexto local;• Importância do problema em comparação com outras preocupações de saúde da comunidade.
Preferências e ações comunitárias e políticas	<ul style="list-style-type: none">• Necessidades e interesses dos membros da comunidade;• Apoio ou oposição do público e do governo;• Clima político atual (tanto em âmbito local como nacional);• Clima organizacional atual (nos serviços de saúde).
Recursos de saúde pública	<ul style="list-style-type: none">• Recursos financeiros;• Recursos humanos;• Recursos materiais.

Fonte: adaptado de NCCMT, 2021.

1.10 Usando evidências para avaliar o custo-efetividade

Outra informação frequentemente demandada por gestores públicos é: *quanto custará essa intervenção?* Evidências sobre custos são essenciais para decidir como os recursos escassos podem ser usados da melhor forma. O acesso a evidências combinadas de custo e impacto permite que os tomadores de decisão avaliem se um programa ou uma intervenção vale seu custo, um cálculo praticamente impossível se utilizadas apenas evidências de impacto. Além disso, permite comparar benefícios e custos entre programas de desenvolvimento alternativos, ou considerar o valor de dimensionar ou replicar um programa de sucesso (GAARDER; BROWN, 2019).

Ocorre que, na maioria das vezes, não temos a evidência de custo, já que as poucas avaliações de impacto que tentam estimar o *custo por impacto* ou o valor relativo das intervenções não trazem conclusões confiáveis devido à baixa qualidade dos dados ou à falta de transparência no relato de métodos e suposições. A baixa produção desses estudos também está relacionada com a falta de treinamento de pesquisadores e com a ausência de consensos sobre quais premissas são necessárias na análise de custos (GAARDER; BROWN, 2019).

Construir um modelo para análise e sustentabilidade de custos é um passo urgente, e a boa notícia parece ser que, ao redor do mundo, gestores parecem dispostos a investir nesse tipo de pesquisa (GAARDER; BROWN, 2019). No entanto, enquanto os estudos não estão disponíveis, a melhor forma de realizar essas estimativas é de modo colaborativo, engajando secretarias de saúde, serviços e conselhos participativos no processo.

1.11 Barreiras e facilitadores para a utilização de evidências para a tomada de decisão em saúde

Utilizar evidências nos processos de tomada de decisão requer um conjunto de habilidades e de recursos que podem ser barreiras ou facilitadores, dependendo do público e do local. Pensando no seu contexto de trabalho, você consegue imaginar quais barreiras e facilitadores encontraria no uso de evidências para a tomada de decisão? No Quadro 4 são apresentadas as barreiras e facilitadores mais comuns. Talvez sejam alguns dos que você encontraria no seu trabalho.

QUADRO 4 – BARREIRAS E FACILITADORES PARA O USO DE EVIDÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO

BARREIRAS COMUNS	FACILITADORES COMUNS
<ul style="list-style-type: none">• Falta de disponibilidade e de acesso à pesquisa/disseminação aprimorada;• Dificuldade de estipular a clareza/relevância/confiabilidade dos resultados da pesquisa;• Dificuldade de acessar as evidências em tempo oportuno;• Dificuldade de produzir evidências em virtude de fatores burocráticos;• Falta de habilidades de pesquisa entre formuladores de políticas e trabalhadores de saúde;• Custos altos de encomendar pesquisas ou de garantir recursos materiais para acesso às evidências;• Pesquisas escritas em uma linguagem pouco compreensível/amigável;• Implicações para a prática pouco claras;• Sobrecarga de trabalho.	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade e acesso facilitado à pesquisa/disseminação aprimorada;• Processos colaborativos;• Mecanismos para ajudar a estipular a clareza/relevância/confiabilidade dos resultados da pesquisa;• Promoção de intercâmbio e relacionamento próximo entre pesquisadores, trabalhadores e tomadores de decisão;• Apoio político e/ou da gerência para processos de tomada de decisão informada por evidências;• Disponibilidade de serviços de tradução de conhecimento para a saúde;• Cultura organizacional aberta a mudanças.

Fonte: adaptado de Oliver et al. (2014) e Camargo et al. (2018).



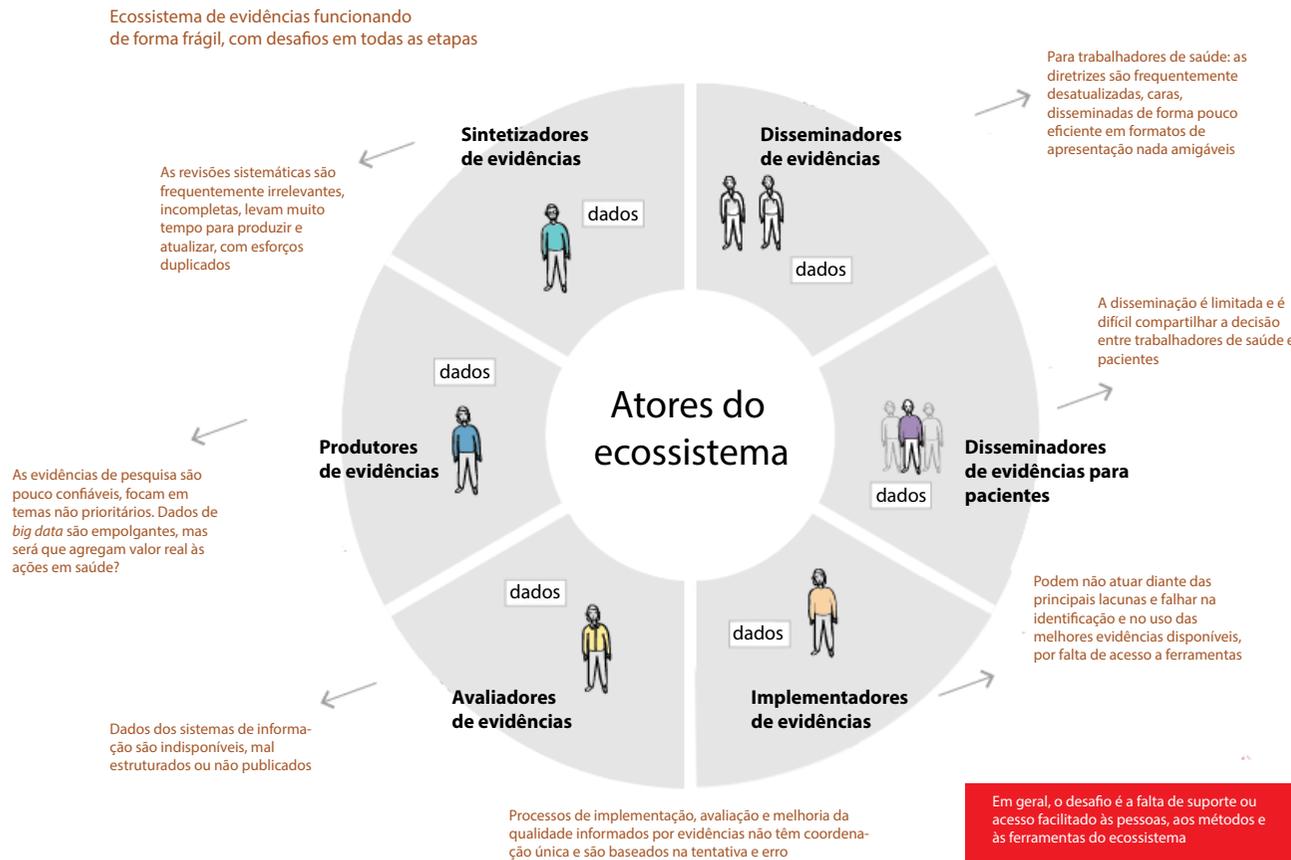
Conheça mais sobre como se dá o uso de evidências em saúde no Brasil assistindo ao vídeo Diálogos: Inteligência em Saúde por Evidências, no qual os professores Jorge Otávio Maia Barreto, da Fiocruz Brasília, e Ulysses Panisset, da Universidade Federal de Minas Gerais, conversam sobre os principais desafios de aproximar as evidências do contexto local e facilitar a tomada de decisão em saúde:

https://www.youtube.com/watch?v=0xs45ye7rls&ab_channel=UnBTV

No vídeo, os professores destacam a importância de considerar o contexto local ao interpretar evidências globais e quanto os resultados das ações em saúde dependem de boa aceitação e adaptação aos valores de todas as pessoas envolvidas na ação em saúde.

Você lembra do ecossistema de evidências que foi apresentado anteriormente? Nesse ecossistema, as barreiras se espalham entre os diferentes atores-chave, como destaca a Figura 6, que indica principalmente quanto é difícil produzir, traduzir e disseminar achados de pesquisas de forma relevante para a tomada de decisão local.

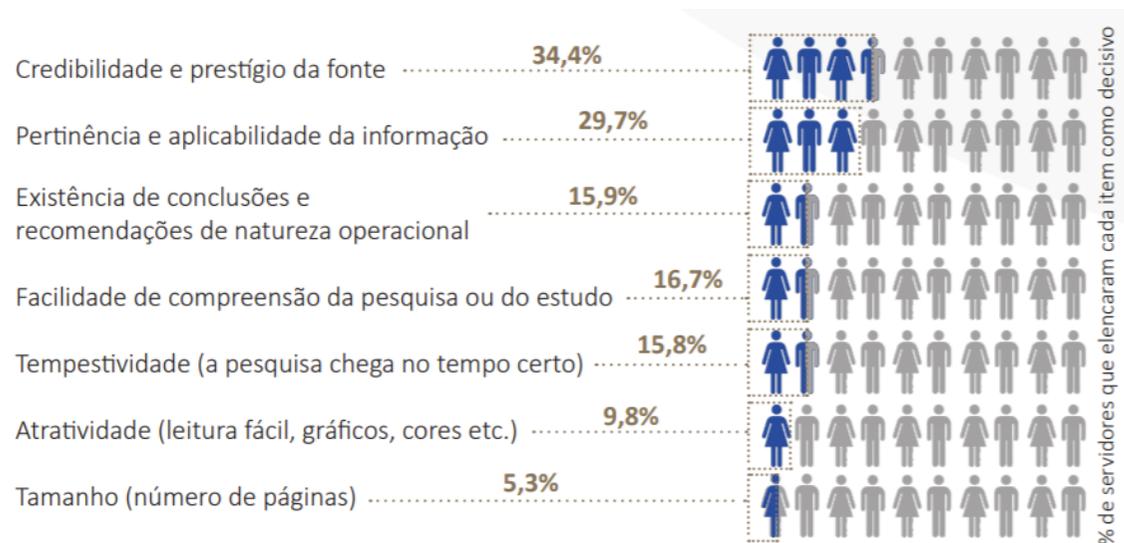
FIGURA 6 – ECOSSISTEMA DE EVIDÊNCIAS E OS DESAFIOS DE CADA ETAPA



Fonte: traduzido de Munn (2018).

Perceba quanto esses diferentes atores do ecossistema são importantes para a identificação e solução das barreiras. No Brasil, os servidores públicos têm um papel estratégico na criação das condições para o uso de evidências nas políticas e ações em saúde. No entanto, em 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2021) perguntou a servidores públicos federais quais eram os fatores determinantes para a utilização de estudos e pesquisas em seus processos de decisão. As respostas estão apresentadas na Figura 7.

FIGURA 7 – FATORES DETERMINANTES PARA A UTILIZAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA TOMADA DE DECISÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS



Fonte: IPEA (2021).

Uma das estratégias para disseminar e estimular uma cultura de uso de evidências científicas nas organizações é a estruturação de uma unidade especializada com a finalidade de prospectar, contratar, disseminar, traduzir ou mesmo produzir pesquisas para subsidiar as políticas conduzidas (IPEA, 2021). Tal unidade contribui para aproximar quem está tomando a decisão política, quem está executando na prática e quem está produzindo conhecimento sobre o tema.

Como nem sempre é possível estruturar uma unidade, fomentar parcerias com universidades para ter acesso às evidências em tempo oportuno pode ser uma saída viável.

Além disso, algumas recomendações podem ajudar a driblar as barreiras para uso de evidências em saúde (IPEA, 2021; ROMÃO, 2021):

- Investir nos serviços informacionais e na infraestrutura de pesquisa dos órgãos;
- Explicitar as fontes que embasam as decisões e as políticas em saúde, e promover o maior uso das evidências científicas combinadas com outras fontes;
- Promover parcerias mais permanentes entre organizações, como secretarias de saúde, serviços e instituições de pesquisa;
- Desenvolver protocolos para o uso de evidências;
- Identificar e investir em lideranças nos serviços que estejam engajadas em práticas informadas por evidências;
- Incentivar e investir em capacitações dos trabalhadores, como cursos e treinamentos, favorecendo uma cultura de aprendizagem;
- Buscar formas de aproximar a academia, a gestão, os trabalhadores e o público, com vistas a construir um sistema de evidências mais transparente, eficaz e legítimo;
- Para pesquisadores, é recomendável apresentar as contribuições da pesquisa expressamente, indicando recomendações e refletindo sobre a aplicabilidade dela;
- Investir no desenvolvimento da capacidade de comunicação de evidências para diferentes públicos, como a sociedade em geral, a mídia e os diversos atores envolvidos na saúde pública.



Há algumas ferramentas para avaliar se sua organização está pronta para adotar um processo de tomada de decisão informada por evidências. Infelizmente, as ferramentas ainda estão disponíveis apenas em inglês, mas pesquisadores nacionais estão realizando sua tradução e validação cultural:

- **Context Matters Framework (O contexto importa):** é uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os fatores que afetam o uso de evidências em uma organização. A estrutura identifica seis dimensões contextuais que influenciam o uso de evidências em uma instituição: contexto macro; relacionamentos intra e interpessoais; cultura; capacidade organizacional; gestão e processos organizacionais e recursos essenciais disponíveis (ROMÃO, 2021).
- **Ferramenta 4A (questionário autoavaliativo *Is research working for you?* ou **A pesquisa está funcionando para você?**):** avalia as capacidades institucionais das organizações no âmbito de sistemas e políticas de saúde para “adquirir”, “avaliar”, “adaptar” e “aplicar” evidências (OLIVEIRA et al., 2020). Um estudo de validação transcultural da Ferramenta 4A de Autoavaliação e Guia de discussão para a gestão de serviços de saúde e organizações formuladoras de políticas para o cenário brasileiro está sendo conduzido, no Brasil, por Eliane Maria Medeiros Leal e Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

Ainda nesta unidade, vamos falar sobre tradução de conhecimento, uma forma de facilitar que todos os atores dos sistemas de saúde possam ser informados pelas evidências disponíveis e opinar em pé de igualdade sobre as decisões a serem tomadas! Mas agora nosso foco será a participação e o controle social, outros dois pilares do SUS que têm tudo a ver com o uso de evidências em saúde.



Você já teve a oportunidade de participar de algum diálogo deliberativo? Se sim, como você avalia essa experiência?



- Para conhecer mais como acontece um diálogo deliberativo, convidamos você a assistir o diálogo deliberativo sobre [Adesão ao tratamento de Tuberculose pela População em Situação de Rua](#), realizado pelo Programa de Evidências em Políticas e Tecnologias de Saúde (PEPTS) – Fiocruz Brasília. Aproveite e conheça a [síntese de evidências](#) sobre o tema!
- Também está disponível em vídeo a [Oficina: Diálogos de Políticas - para que e como realizar?](#), facilitada por Laura Boeira do Instituto Veredas, que explica quais são os objetivos e formatos de diálogos de políticas e como organizá-los, além de trazer exemplos concretos da prática.

1.12 Participação social nos processos de uso de evidências na tomada de decisão

Como vimos, é de suma importância engajar atores-chave do sistema de saúde na tomada de decisão informada por evidências. A participação e o controle social devem ser fomentados e facilitados, mediante ampla circulação dos materiais desenvolvidos.

Os [diálogos deliberativos](#), também conhecidos como diálogos de políticas, são uma ferramenta para compartilhar conhecimentos e experiências, além de reunir diversos atores sociais envolvidos em um problema de saúde. Os diálogos informam opções para enfrentar os problemas e levantam considerações sobre implementação sobre equidade, incluindo a apreciação dos participantes sobre a síntese de evidências ou a resposta rápida e seus achados (BRASIL, 2019). Após os diálogos, é produzida uma síntese ou um relatório do diálogo baseado na transcrição das falas. Você já teve a oportunidade de participar de algum diálogo deliberativo? Se sim, como você avalia essa experiência?

Outra modalidade de consulta são os [painéis de cidadãos](#), que oferecem uma oportunidade de diálogo com cerca de 15 cidadãos usuários diretos dos serviços de saúde, os quais possuem diferentes experiências com o problema de saúde em questão. Nesta modalidade, os convidados são selecionados para deliberar sobre um problema e suas causas, encontrar meios de abordá-lo e propor formas de implementação. Buscando uma reflexão ampla, a seleção das pessoas considera a diversidade étnico-cultural, socioeconômica, de gênero e outras formas de diversidade. Os cidadãos participantes são informados por um resumo em linguagem simples da resposta rápida ou da síntese de evidências (às vezes em formato de vídeo), e os valores que eles acreditam são o alicerce do painel.

Pode ocorrer de limitações de tempo não permitirem a organização de reuniões ampliadas para validação dos conteúdos, mas é fortemente recomendado que o material circule entre atores-chave. Entre as opções para a validação do produto, pode-se considerar a consulta pública por meio de formulários *on-line* em que cidadãos, trabalhadores, representantes de organizações da sociedade civil e do setor privado e pesquisadores possam apresentar suas percepções sobre lacunas, dificuldades de compreensão, valores e preferências com relação aos achados das sínteses e das respostas rápidas.

Outra forma de criar as condições para a participação social é utilizar esses materiais como subsídios às discussões dos Conselhos de Saúde e das próprias Conferências de Saúde. Uma síntese de evidências sobre participação social (VICENTE, 2019) aponta que o estabelecimento de comitês para debater temas de saúde com abordagens participativas e que o desenvolvimento de capacidades comunitárias para acompanhar o monitoramento de indicadores de saúde são formas efetivas de garantir a implementação e a avaliação de resultados das decisões informadas por evidências.

1.13 Tradução do conhecimento nos processos de trabalho

As estratégias para favorecer a integração de evidências nas políticas e processos de saúde são conhecidas como estratégias de *Tradução de Conhecimento* (DOBBINS et al., 2009). É um processo dinâmico e interativo, que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde por meio de serviços e produtos mais efetivos, fortalecendo os sistemas de saúde (FERRAZ; PEREIRA; PEREIRA, 2019). O termo *traduzir* não é utilizado aqui em seu sentido literal. Ele sugere um processo que transforma as evidências em ações.

Há diferentes formas de traduzir e disseminar o conhecimento que são consideradas efetivas, como o uso de mensagens específicas e direcionadas aos grupos interessados, a formação/capacitação para o uso de evidências, o envio *on-line* de informações relevantes, mediante boletins que sintetizem evidências e apresentem opções de intervenções multifacetadas (CHAPMAN, 2016). Todavia, a identificação de fatores organizacionais é necessária para a implementação de estratégias que melhor atendam às necessidades de organizações individuais (DOBBINS et al., 2009).

De acordo com Chapman et al. (2020), entre as formas de traduzir o conhecimento para usuários dos serviços de saúde, estão:

- **Fornecimento de informações ou educação:** estratégias para permitir que os usuários saibam sobre seu tratamento e sua saúde;
- **Apoio à mudança de comportamento:** intervenções focadas na incorporação ou promoção de comportamentos de saúde e tratamento no nível individual, como a adesão a medicamentos;
- **Desenvolvimento de habilidades e competências:** estratégias focadas na aquisição de habilidades relevantes para a autogestão;
- **Apoio (pessoal):** intervenções que fornecem assistência e incentivo para ajudar os pacientes a lidar com sua saúde e questões médicas em andamento, como aconselhamento e acompanhamento da eficácia do tratamento;
- **Comunicação e facilitação da tomada de decisão:** estratégias para envolver os usuários na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde;
- **Participação do sistema:** intervenções para envolver pacientes e/ou cuidadores nos processos de tomada de decisão no âmbito do sistema.

O elemento de disseminação pode ser escrito em papel (exemplos: panfletos, folhetos, brochuras, etc.), verbal (exemplo: usando telefone) ou escrito ou verbal usando Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) (exemplos: saúde eletrônica, saúde móvel, *sites*, multimídia, telemedicina, lembrete para o paciente, etc.). A disseminação pode ser feita individualmente, em grupos ou em massa. Tais intervenções demonstraram ser eficazes na melhoria da incorporação do conhecimento ou de comportamentos de saúde.



Alguns países do mundo têm trabalhado com guias para apoiar a tomada de decisão de pacientes informadas por evidências, também conhecidas como *decision aids* (ajuda às decisões). Conheça o exemplo do [Guia de auxílio de decisão na COVID-19: como escolher quando interagir com pessoas ou participar de atividades fora de casa durante a pandemia?](#)

Nesses guias, os pacientes entram em contato com informação relevante e depois podem debater sua decisão de modo informado com os trabalhadores de saúde de confiança.

Uma boa forma de estimular a tradução de conhecimento é garantir que o financiamento de pesquisas preveja recursos para uma etapa de disseminação dos resultados por meio de materiais amigáveis às necessidades de diferentes públicos-alvo (FERRAZ; PEREIRA; PEREIRA, 2019).

Você pode estar se perguntando: como posso incorporar a prática de uso de evidências ao meu ambiente de trabalho? No cotidiano dos serviços de saúde, momentos de formação interna, como clubes de discussão de pesquisas, ou de auditoria e *feedback* estruturados, assim como a construção e o uso de guias e protocolos clínicos são formas de incorporar as evidências à prática. Em um processo de auditoria e *feedback*, a prática ou o desempenho de um trabalhador de saúde são discutidos pela equipe e, em seguida, comparados a padrões ou metas profissionais que a equipe almejou. Ou seja, seu desempenho profissional é “auditado”, mas debatido de forma cortês e democrática, visando ao aprimoramento de todos. Os resultados dessa comparação são então comunicados ao indivíduo, num modelo de *feedback* cujo objetivo é incentivar o indivíduo a seguir as práticas informadas por evidências (IVERS et al., 2012). Muitas vezes, essa estratégia é usada junto com outras intervenções, como reuniões educacionais ou lembretes.

Como vimos, incorporar o uso de evidências aos processos de trabalho em saúde implica adotar uma nova perspectiva de como nos relacionamos com o conhecimento técnico, científico e social disponível, além de buscar uma convivência profissional solidária e a diminuição de conflitos desnecessários. Tal processo funciona melhor quando somos guiados por uma perspectiva de transparência, respeito mútuo e abertura para o aprendizado. Após conhecer todos esses elementos, você se sente disposto para desenvolver seu trabalho informado por evidências? Quais facilitadores e barreiras você antecipa? Quem seriam seus aliados? Quais problemas você gostaria de enfrentar? Vamos em frente?



Conheça a síntese de evidências intitulada [Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão](#), que identificou quatro opções para enfrentar esse desafio:

1. Produzir e disseminar sínteses de evidência com linguagem adaptada a diferentes públicos;
2. Usar plataforma virtual *on-line* para disseminação do conhecimento científico;
3. Utilizar o jornalismo e outras formas de comunicação social para ampliar a disseminação do conhecimento científico;
4. Promover a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Caro trabalhador estudante, você chegou ao fim da primeira unidade do Módulo V. Parabéns!

Esperamos que tenha sido possível compreender a importância de utilizar evidências nas práticas em saúde, engajando atores-chave nos desafios comuns e utilizando ferramentas transparentes e democráticas!

REFERÊNCIAS

ALLMARK, P. Ethics and evidence-based practice. *In*: LIPSCOMB, M. (ed.). **Exploring evidence-based practice debates and challenges in nursing**. London: Routledge, 2015. p. 180-194.

BHARGAVA, K.; BHARGAVA, D. Evidence Based Health Care: A scientific approach to health care. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, v. 7, n. 2, p. 105-107, ago. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074860/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BORTOLI, M. C.; FREIRE, L. M.; TESSER, T. R. Políticas de saúde informadas por evidências: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país. *In*: TOMA, T. S. *et al.* (org.). **Avaliação de Tecnologias de Saúde e Políticas Informadas por Evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 29-50. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/avaliacao_tecnologia_saudepoliticas_inf_evidencias.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

BOUSTRON, I. *et al.* Considering bias and conflicts of interest among the included studies. *In*: HIGGINS, J. P. T. *et al.* (ed.). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. New Jersey: Wiley, 2019. p. 177-204. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119536604.ch7>. Acesso em: 28 jul. 2021.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Serviço de produção de evidências para apoio à tomada de decisão: portfólio de produtos**. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servico_producao_apoio_evidencias_tomada_decisao_portifolio_produtos.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

CAMARGO, F. C. *et al.* Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2148-2156, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jn6qys9NmzTnNYNjbtbyNNv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CARDIFF UNIVERSITY. **Critical appraisal tools**. Disponível em: <https://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisal-checklists>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CHAPMAN, E. *et al.* Knowledge translation strategies for dissemination with a focus on healthcare recipients: An overview of systematic reviews. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, dez. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Otavio-Maia-Barreto-2/publication/339706255_Knowledge_translation_strategies_for_dissemination_with_a_focus_on_healthcare_recipients_an_overview_of_systematic_reviews/links/5ee13dee458515814a543be7/Knowledge-translation-strategies-for-dissemination-with-a-focus-on-healthcare-recipients-an-overview-of-systematic-reviews.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

CHAPMAN, E. Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024025/bis-v17n1-politicas-de-saude-7-17.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CILISKA, D.; THOMAS, H.; BUFFETT, C. **A compendium of critical appraisal tools for public health practice**. Hamilton: National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2008. Disponível em: <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/b331668f85bc6357f262944f0aca38c14c89c5a4.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CRESWELL, J.; POTH, C.N. **Qualitative inquiry and research design**: Choosing among five traditions. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2006.

DOBBINS, M. *et al.* A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. **Implementation Science**, v. 4, p. 1-16, dez. 2009. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-61#citeas>. Acesso em: 28 jul. 2021.

EVIPNET BRASIL. **Unidade 6**: busca de evidências. 2018. Disponível em: <http://docplayer.com.br/99511806-Unidade-6-busca-de-evidencias.html>. Acesso em: 24 set. 2021.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. de; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 59-78, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R8z4HdFLyXTRWk6dmxBgvkK/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FERRAZ, L.; PEREIRA, R. P. G.; PEREIRA, A. M. R. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe2, p. 200-216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S215>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FLEMMING, K. *et al.* Qualitative evidence synthesis for complex interventions and guideline development: Clarification of the purpose, designs and relevant methods. **BMJ Global Health**, v. 4, supl. 1, p. e000882, jan. 2019. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/4/Suppl_1/e000882. Acesso em: 28 jul. 2021.

GAARDER, M.; BROWN, L. Sounds good... but what will it cost? Making the case for rigorous costing in impact evaluation research. **International Initiative for Impact Evaluation**, 11 dez. 2019. Disponível em: <https://www.3ieimpact.org/blogs/sounds-good-what-will-it-cost-making-case-rigorous-costing-impact-evaluation-research>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GAMBRILL, E. Evidence-based practice and the ethics of discretion. **Journal of Social Work**, v. 11, n. 1, p. 26-48, jan. 2010. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468017310381306>. Acesso em: 28 jul. 2021.

IPEA. O uso e o não uso de evidências científicas nas políticas públicas. **Policy Brief - Em Questão - Evidências para políticas públicas**, n. 5, p. 1-5, jun. 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38043&catid=458&Itemid=457. Acesso em: 28 jul. 2021.

IVERS, N. *et al.* Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 13 jun. 2012. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/full>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LAVIS, J. N. *et al.* 4. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema? **Health Research Policy and Systems**, v. 7, supl. 1, S4, p. 1-22, dez. 2009. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%204%20KO%20040510.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MUNN, Z. The evidence ecosystem and the wheel of evidence. **LinkedIn**, 1 fev. 2018. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/evidence-ecosystem-wheel-zachary-munn/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NEDEL, W.L.; SILVEIRA, F.da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/c3HJkx3qbXPzG3g7QthBNKd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NCCMT. **Evidence-Informed Decision Making: A Model for Evidence-Informed Decision Making in Public Health.** Hamilton: McMaster, c2021. Disponível em: <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/5da8cf329a940bdd81a956a1984f05456c4a7910.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

OLIVEIRA, S. M. V. L. *et al.* Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1-10, 17 dez. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53138/v44e1652020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OLIVER, K. *et al.* A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. **BMC Health Services Research**, v. 14, dez. 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OXMAN, A. D. *et al.* 1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? **Health Research Policy and Systems**, v. 7, supl. 1, S1, dez. 2009. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%201%20KO%20040510.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ROMÃO, D. M. M. **Como melhorar a cultura de uso de evidências no setor público brasileiro:** síntese de aprendizados. Londres: INASP, 2021. Disponível em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/07/Brief.Evidence-use-in-Brazil.trad_pt_f.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

RYCHETNIK, L. A glossary for evidence based public health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 58, n. 7, p. 538-545, 1 jul. 2004. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/58/7/538#ref-1>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: What it is and what it isn't. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 13 jan. 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/?page=1>. Acesso em: 28 jul. 2021.

STEWART, R. *et al.* The evidence ecosystem in South Africa: Growing resilience and institutionalisation of evidence use. **Palgrave Communications**, v. 5, n. 1, p. 90, dez. 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41599-019-0303-0>. Acesso em: 28 jul. 2021.

THOMA, A.; EAVES, F. F. A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 35, n. 8, p. NP261-NP263, nov. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/asj/article/35/8/NP261/251339>. Acesso em: 28 jul. 2021.

UKFIET. **Towards building back equitably.** Disponível em: <https://www.ukfiet.org/conference/towards-building-back-equitably/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA. **Critical Appraisal Tools.** 2020. Disponível em: <https://www.unisa.edu.au/research/allied-health-evidence/resources/CAT/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

VANDVIK, P. O.; BRANDT, L. Future of Evidence Ecosystem Series: Evidence ecosystems and learning health systems: why bother? **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 123, p. 166-170, jul. 2020. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(20\)30077-9/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(20)30077-9/fulltext). Acesso em: 28 jul. 2021.

VICENTE, S. M. R. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** participação social como resposta a necessidades de saúde. 2019. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-22022021-105939/pt-br.php>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MINICURRÍCULO DOS AUTORES



LAURA DOS SANTOS BOEIRA

é psicóloga (UFRGS), mestre em Bioética (UnB) e doutoranda em Psicologia Social (PUCRS). Foi analista técnica de políticas sociais do Ministério da Saúde entre 2013 e 2015. Atualmente é diretora do Instituto Veredas, ONG dedicada à tradução de conhecimento para informar políticas sociais.



Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde
no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais

Unidade 2

Uso de Evidências para a Tomada de Decisão e Respostas Rápidas

Evelina Chapman

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Olá, caro trabalhador estudante. Você está iniciando a Unidade 2 do Módulo V: Uso de Evidências para a Tomada de Decisão e Respostas Rápidas.

Nesta unidade, abordaremos o uso de evidências para dar respostas rápidas nos processos de tomada de decisão, passando por seus conceitos e propósitos específicos. Veremos os tipos de resposta rápida e como servem para solucionar problemas em sistemas e serviços de saúde quando mais são necessários. Também vamos refletir sobre os benefícios e limitações potenciais e as dificuldades das respostas rápidas, que são formas especiais de traduzir o conhecimento, principalmente em épocas de emergência. Convidamos você também a refletir sobre seu trabalho diário e os momentos que sentiu que precisava de uma resposta rápida (às vezes com urgência) sobre uma intervenção específica usando evidências científicas para resolver problemas nos pacientes, nos problemas de gestão ou na política de saúde. Essa será a base para você obter os conhecimentos, métodos e ferramentas necessárias para se elaborar uma resposta rápida da melhor maneira possível.

Vamos lá?

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DA UNIDADE

- Reconhecer a importância das respostas rápidas nas decisões relacionadas ao enfrentamento de viroses e outras emergências;
- Compreender o valor do uso de respostas rápidas no mundo e sua aplicabilidade na gestão, na saúde coletiva e nas políticas de saúde;
- Compreender a necessidade de diversos níveis de rapidez nas respostas necessárias às decisões;
- Conhecer a aplicação de evidências e dados disponíveis na elaboração de respostas rápidas;
- Conhecer as principais ferramentas e métodos de elaboração de respostas rápidas;
- Identificar problemas que possam ser respondidos rapidamente;
- Conhecer perguntas factíveis de acordo com a identificação de um problema prioritário;
- Conhecer estratégias factíveis para abordagem do problema priorizado;
- Analisar estratégias de implementação, incluindo custo-efetividade;
- Conhecer as aplicações e os limites das respostas rápidas;
- Identificar os riscos da resposta rápida.

Carga Horária de Estudo: 15 horas

2.1 INTRODUÇÃO

Como trabalhador da saúde, você sabe que existem lacunas entre o conhecimento e a ação, entre o que sabemos em teoria e o que precisamos colocar em prática para enfrentar os desafios cotidianos. Como vimos na Unidade 1, o processo de tradução do conhecimento (TC) surge no campo da saúde para possibilitar que você tome as melhores decisões possíveis no seu trabalho, independentemente de você atuar na área de atenção à saúde, na vigilância em saúde, nas portas de entrada de urgência e emergência, na gestão dos serviços, na pesquisa científica, etc., e possa responder aos desafios rotineiros com segurança e eficácia, de uma maneira resolutiva e bem aceita pela sociedade (LAVIS et al., 2006; ELLEN et al., 2017).

Esse processo implica *síntese, intercâmbio e aplicação de conhecimentos* pelos tomadores de decisão, para diversos fins. Para cada um desses três elementos do processo de TC, estratégias e ferramentas foram desenvolvidas para apoiar a análise das barreiras e facilitadores existentes à aplicação do conhecimento na sua prática e para considerar evidências sobre a eficácia e o custo da utilização desse conhecimento no contexto específico de seu trabalho (HABY et al., 2016a, 2016b).

Você não está sozinho no enfrentamento das dificuldades para levar o conhecimento à prática cotidiana: um dos maiores desafios da comunidade global de saúde é exatamente encontrar uma forma de garantir que as intervenções comprovadamente eficazes possam ser implementadas no mundo real, no momento certo, a um custo adequado, de forma universal e equitativa.

Só para reforçar o que foi visto na Unidade 1: três questões podem nos ajudar a superar lacunas na produção de pesquisas e no uso de resultados de pesquisa e de implementação que existem entre a teoria (resultados de pesquisa) e a implementação na prática.

Vejamos cada uma delas:

Lacunas nos processos de tradução de conhecimento

1. **Lacuna na produção de pesquisas: estamos desenvolvendo pesquisas relevantes, adequadas e suficientes para responder aos problemas de saúde da população?**
2. **Lacuna no uso da pesquisa: estamos usando os resultados da pesquisa na formulação de recomendações ou opções de prática, programas e políticas?**
3. **Lacuna de implementação: as recomendações ou opções de práticas, programas e políticas estão sendo adequadamente implementadas e monitoradas?**

VAMOS FAZER UM EXERCÍCIO PARA COMPREENDER COMO ESSAS LACUNAS OCORREM NA PRÁTICA?

Como trabalhador da saúde, reflita por um momento sobre quais perguntas poderiam ser pensadas com relação a essas três lacunas. Pense na COVID-19. Primeiro, o que você sabia sobre a pandemia quando ela apenas havia começado. Agora reflita sobre a situação algum tempo depois, por exemplo:

- Lacuna 1, na *produção de pesquisas* quando começou a pandemia: a infecção por SARS-CoV-2 afeta mulheres grávidas?
- Lacuna 2, na *utilização dos resultados de pesquisa*: já que o corticosteroide é eficaz para determinados estágios da insuficiência respiratória, por que existem equipes de saúde que não o usam?
- Lacuna 3, na *implementação* (e acompanhamento da decisão tomada): estando comprovadas a eficácia e a segurança das vacinas contra a COVID-19 e diante da disponibilidade em muitos países, por que a cobertura vacinal ainda é menor do que o esperado?



Você, como trabalhador da saúde, sempre está precisando de informação, seja para conhecer mais, seja para tomar alguma decisão. Após esse exercício, você conseguiu compreender na prática como essas lacunas ocorrem em nosso cotidiano?

Principalmente nas duas últimas décadas, pesquisadores analisaram barreiras e facilitadores dos processos de TC. Na Unidade 1, você teve a oportunidade de ver extensamente as barreiras e facilitadores desses processos de TC. Você lembra que, com relação aos facilitadores, destacam-se a disponibilização das evidências de forma ágil, *“empacotada de forma simples*, o contato face a face com os pesquisadores e a disponibilidade de tempo, entre outros (OLIVER et al., 2014)? Esses facilitadores nos ajudam a entender que os tomadores de decisão precisam desse conhecimento baseado em resultados de pesquisas de qualidade (sempre a ciência!), rapidamente, e em formatos que possam ser mais facilmente entendidos.

Até agora tudo parece bem! Muitas vezes esse conhecimento foi produzido e utilizado (superando as lacunas 1 e 2!), mas sua implementação não foi acompanhada e avaliada, principalmente nas decisões relacionadas com a saúde pública. O profissional de saúde que atende a pacientes também toma decisões constantemente e, geralmente, acompanha e ajusta as recomendações e os tratamentos, após avaliar o estado do paciente.

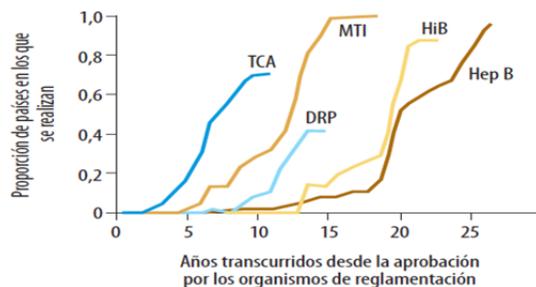
MAS O QUE ACONTECE QUANDO UMA DECISÃO É TOMADA PARA COMUNIDADES OU GRANDES GRUPOS POPULACIONAIS? FAZEMOS O MESMO QUE NA ATENÇÃO INDIVIDUAL?

Esta é uma pergunta referente à lacuna 3, intimamente relacionada à lacuna 2. Tem muito a ver com o acompanhamento e a avaliação das nossas decisões, nesse caso em particular intimamente relacionadas com a saúde coletiva. **Você concorda?**

Na Figura 1, veja o que aconteceu com a vacina contra hepatite B (ou outros exemplos na mesma figura). O eixo horizontal marca os anos que demorou a vacina ser implementada universalmente desde a sua aceitação como intervenção baseada no conhecimento científico. A melhor forma de melhorar a implementação é fazer o monitoramento, que inclui análise das barreiras em diferentes níveis, desde as pessoas até o próprio sistema de saúde.

FIGURA 1 – LACUNAS NO USO DE EVIDÊNCIAS: TEMPO ENTRE A DISPONIBILIDADE DE EVIDÊNCIAS E A IMPLEMENTAÇÃO EM 40 PAÍSES DE BAIXA RENDA

Lacunas no uso de evidências: Tempo entre a disponibilidade de evidências e a implementação em 40 países de baixa renda



Teste de diagnóstico rápido para malária; Hep B: vacina contra hepatite B; HiB: vacina contra Haemophilus influenzae tipo b; MTI: redes tratadas com inseticida; ACT: terapia combinada à base de artemisinina. Adaptado de Brooks et al. licença de acesso aberto.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2013)

Mas isso já é história passada! A vacina contra hepatite B está no calendário há muito tempo. Vamos refletir sobre a pandemia da COVID-19 desde o seu início e algum tempo depois. Muitas vezes foram tomadas decisões equivocadas ou insuficientes, apesar do volume e da qualidade das evidências disponíveis.

Agora vamos pensar positivo! Em menos de um ano após o início da pandemia, vacinas de qualidade contra a SARS-CoV-2 estavam disponíveis, e a maioria delas foi implementada sob aprovações de emergência. Resta analisar como foram adquiridas e distribuídas em países de baixa e média renda, ou por que houve pessoas que se recusaram a se vacinar. Isso é pensar sobre as *lacunas de implementação* e como abordá-las, e mais pesquisas também são necessárias para isso.

Depois de entender um pouco mais as barreiras e facilitadores que existem nos processos de TC, bem como as lacunas de implementação, agora podemos discutir sobre a resposta rápida e as aplicações dela no seu trabalho.

2.2 Resposta rápida: conceitos e finalidade

Antes de falar sobre resposta rápida informada por evidências (ou baseada em evidências, de acordo com alguns autores), vamos revisar e lembrar como o conhecimento é construído, como vai agregando novos conhecimentos e evoluindo a partir de quando temos apenas dados epidemiológicos e outros indicadores de saúde, até chegarmos a investigações mais complexas e integradas. É um processo cumulativo que nos leva adiante até os produtos de respostas rápidas. A Figura 2, que representa esse processo cumulativo, deve ser lida da esquerda para a direita. Na metade superior (acima das setas horizontais), há exemplos de para que serve cada tipo de investigação ou pesquisa.

FIGURA 2 – O CAMINHO DAS EVIDÊNCIAS PARA A CONSTRUÇÃO DE RESPOSTAS RÁPIDAS



Fonte: elaboração da autora.

Relembre aqui o que você viu na Unidade 1 sobre o que é um estudo primário (exemplo: os estudos de coorte, casos e controles e outros baseados na coleta de informações e dados). Agora vamos nos concentrar no que são as revisões sistemáticas (pesquisa secundária) e outros documentos que fazem a síntese de evidências (pesquisa terciária) até chegar aos produtos para respostas rápidas (violeta na Figura 2).

As revisões sistemáticas (azul na Figura 2) são elaboradas principalmente com pesquisas primárias (o cinza na Figura 2) e usam métodos estruturados e “explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos relevantes e coletar e analisar os dados desses estudos” (BEECHER et al., 2021).

Por que insistimos em explicar as revisões sistemáticas? Porque são a base para a elaboração de outros documentos ou produtos de síntese, como as Avaliações de Tecnologia em Saúde (ATS), as diretrizes e protocolos para práticas e os resumos ou síntese de evidências para políticas (verde na Figura 2), que usam as revisões sistemáticas (azul na Figura 2) como a principal fonte de referência e, além disso, são complementadas com outros tipos de evidência e conhecimento.

Podemos dizer até aqui que as revisões sistemáticas são um tipo de *pesquisa secundária*, e os demais produtos de síntese poderíamos chamar de *pesquisa terciária* (veja as setas azul e verde, respectivamente, na Figura 2).

Todos esses produtos *podem ser feitos “rapidamente”* e no tempo requerido para a oportuna tomada de decisão, e eles são os principais subsídios das iniciativas e dos programas de resposta rápida (a caixa violeta na Figura 2).

Mais tarde iremos aprofundar isso para melhor compreensão. Por enquanto, vamos conhecer um pouco mais as revisões sistemáticas!

A ideia não é que você aprenda a fazer revisões sistemáticas nesta unidade, mas que você entenda como elas são feitas, como identificar sua qualidade e como podemos utilizá-las para elaborar uma resposta rápida para enfrentar um problema nos cuidados de saúde, na gestão dos serviços e nas políticas.

As revisões sistemáticas requerem recursos significativos (tempo, experiência, financiamento, etc.) para serem realizadas e podem levar até dois anos para serem concluídas. Alguns autores falam que pode tomar ainda mais tempo (BEECHER et al., 2021; TAPIA-BENAVENTE et al., 2021).

Você entendeu até aqui?

Mais tarde veremos dicas que podem ajudar a esclarecer mais, e, no Módulo VI, iremos aprender como elas são feitas.



Lembre-se

As revisões sistemáticas são atualmente consideradas a melhor opção para oferecer decisões informadas para profissionais da atenção à saúde e gestores devido à sua capacidade de sintetizar evidências científicas relevantes sobre um assunto, com altos padrões.



Saiba mais

A seguir você encontra um link de um artigo que fala sobre todos os tipos de revisões que existem (pesquisas secundárias, você lembra?). Está em espanhol, mas acho que você vai entender: é fácil de ler ou... o Google é um grande amigo para traduzir! Foi escrito por Juan Víctor Ariel Franco e outros autores (FRANCO et al., 2018): <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7354.act>.

IMPORTANTE: as *revisões narrativas* incluídas neste artigo não são revisões sistemáticas (tampouco são pesquisas secundárias para nosso conceito).

Posteriormente, você verá as etapas de uma revisão sistemática completa e, em seguida, as de uma revisão rápida (RR), esta última dentro da seção *Tipos de revisões rápidas*. Precisamente, as revisões rápidas surgem de forma oportuna para sintetizar o conhecimento com os componentes de uma revisão sistemática, mas esses componentes são simplificados com “atalhos” metodológicos (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021). Os atalhos nada mais são do que estratégias para reduzir o tempo da produção e a complexidade de algumas etapas da revisão sistemática completa, mas de maneira que seja preservada a segurança e qualidade metodológica. Logo aprofundaremos isso!

2.2.1 AS REVISÕES SISTEMÁTICAS COMPLETAS (PESQUISA SECUNDÁRIA)

Já vimos a definição de revisões sistemáticas completas. Antes de ir mais longe, você deve ter ouvido a frase: tome *decisões com base nas melhores evidências disponíveis!* Melhor evidência significa, antes de tudo, usar revisões sistemáticas de boa qualidade, disponíveis e com padrões metodológicos aceitos universalmente.

Agora vamos ter em mente que uma revisão sistemática com garantia de qualidade deve seguir padrões internacionais como o PRISMA, (sigla em inglês de Itens Preferidos para Publicar Revisões Sistemáticas e Metanálises) e ter como em toda pesquisa, um protocolo explícito estabelecido “a priori” que deve, idealmente, ser mantido inalterado durante o processo e deve ser registrado em um banco de dados especializado, como o PROSPERO.



Você sabia que publicar um protocolo sobre uma base como o PROSPERO é um dos padrões metodológicos internacionais? Permite maior transparência da pesquisa.

Também precisamos admitir que às vezes as revisões sistemáticas não estão disponíveis como gostaríamos: infelizmente, ainda existem *sites* que você tem que pagar para acessar as publicações, mas muitas estão disponíveis no formato *acesso livre*, outras podem ser encontradas já sintetizadas até na língua portuguesa e, felizmente, temos muitos amigos e colegas que podem nos ajudar a procurá-las e a encontrá-las. Os protocolos das revisões sistemáticas na base de dados PROSPERO são de acesso livre e podem às vezes ser usados para a elaboração de respostas rápidas. Você aprofundará mais isto no Módulo VI.



Escute algumas dicas do Everton para entender uma revisão sistemática. Ele fala dos instrumentos para avaliar a qualidade de revisões sistemáticas, os passos para elaborar uma e a utilidade delas para os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Veja:

<https://www.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/avaliacao-critica-de-revisoes-sistematicas-aKU2m>.



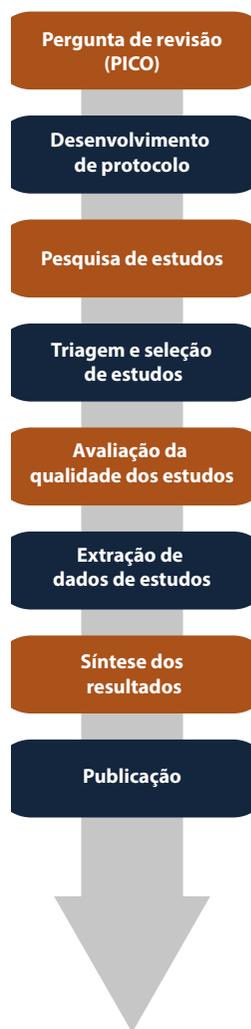
Saiba mais

Explore o site do padrão **PRISMA** e os padrões para publicação e condução de um protocolo de revisão sistemática na base **PROSPERO**.

2.2.2 OS PASSOS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA TRADICIONAL OU CLÁSSICA

Na Figura 3, temos os passos clássicos de uma revisão sistemática. Vamos ver o que cada um deles significa.

FIGURA 3 – PASSOS PARA REALIZAR UMA REVISÃO SISTEMÁTICA



Fonte: adaptado de TAPIA-BENAVENTE et al., 2021

Primeira etapa: como acontece com toda investigação, uma revisão sistemática começa com uma pergunta estruturada de pesquisa. A pergunta segue um formato que chamamos de PICO e servirá para estruturar a estratégia de busca de estudos primários (ou outras revisões sistemáticas no caso de sínteses, lembra?). No Módulo VI, você verá que é adicionada à sigla PICO um “T” (relativo ao tipo de estudo), mas aqui não vamos complicar mais.

Pergunta estruturada significa que ela deve conter pelo menos a **população-alvo** (a letra “P”) de uma decisão, a **intervenção** que será analisada (a letra “I”) em que o fator que estamos investigando deve estar claro e o **resultado** (a letra “O” de **outcome**, em inglês) que queremos melhorar ou simplesmente conhecer. A letra “C” significa **comparador** e podemos, por exemplo, comparar um tratamento A com um B. Nem sempre comparamos intervenções. Às vezes, comparamos, por exemplo, uma exposição a um fator de risco com outro: usar o computador 12 horas por dia *versus* usá-lo 4 horas por dia em relação a dores de cabeça. Muitas vezes não incluímos a letra “C”, deixando a comparação “aberta” para não restringir a pesquisa de artigos que vamos selecionar e utilizar na elaboração da revisão sistemática.



Como trabalhador da saúde, por que se interessaria em conhecer o PICO?

A pergunta estruturada é importante porque nos ajuda a procurar revisões sistemáticas em bancos de dados para apoiar nossa tomada de decisões.

Segunda etapa: trata-se de escrever o protocolo (volte para o exemplo PROSPERO). E o que fazemos com o protocolo? Os protocolos estabelecem como uma revisão sistemática será realizada metodologicamente. Seguir um protocolo garante que o processo seja classificado como sistemático e seja transparente e que inclusive possa ser replicado para que outros cientistas possam verificar se foi realizado com qualidade.

Terceira etapa: a pesquisa de estudos deve ter uma estratégia de busca abrangente. Podemos coletar trabalhos em múltiplas bases de dados eletrônicos de estudos e documentos ainda não publicados em canais convencionais e que são chamados de literatura cinzenta, em periódicos ou em sociedades científicas, e ao mesmo tempo devemos consultar outros especialistas para obter estudos em andamento.

É importante estabelecer critérios claros para incluir ou excluir estudos, para fazer a triagem e seleção de quais estudos serão utilizados, a avaliação da qualidade (chamado também de risco de viés) e a extração de dados.

A **etapa final** deve incluir pelo menos dois revisores independentes. Portanto, o tempo de conclusão ou processamento depende da quantidade de evidências encontradas, dos estudos selecionados que exigem uma avaliação do texto completo e a extração de seus resultados.

Por último, **a síntese dos achados** pode ser qualitativa ou quantitativa (metanálise) e também deve seguir padrões reconhecidos internacionalmente.



Saiba mais

Escutemos Marcus falar da estrutura PICO e da extração dos dados dos estudos. Ele destaca a importância de fazer esse trabalho em dupla e as formas de fazê-lo. Isso pode ser feito manualmente ou usando um software desenvolvido para isso: <https://www.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/extracao-dos-dados-dos-estudos-MbNja>.

Apresentamos também a Taís, que fala de avaliação crítica da evidência selecionada (ou do risco de viés). Ela destaca a importância de se fazer o processo também em dupla e fala sobre as ferramentas para chegar a um consenso entre os pares avaliadores: <https://pt.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/risco-de-vies-wO4Ph>.

Há ainda outra fala da Taís sobre metanálise: <https://www.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/sintese-dos-resultados-rWmoq>.



Lembre-se

As revisões sistemáticas podem ser realizadas de maneira completa (já vimos que podem levar até três anos, de acordo com diferentes autores) e também “rapidamente” usando alguns atalhos metodológicos. Chamamos essas últimas de “revisões sistemáticas rápidas”.

As revisões sistemáticas completas (rápidas ou não) utilizam principalmente estudos primários para sua elaboração. Existe outra variante da revisão sistemática, chamada de overview, em inglês, que é realizada com várias revisões sistemáticas diferentes, e que são utilizadas na sua elaboração. Seria algo como uma revisão de revisões sistemáticas.

Mais detalhes serão desenvolvidos no Módulo VI. No momento, o mais importante é que você compreenda qual é a importância das revisões sistemáticas e de outros documentos de síntese para o desenvolvimento de respostas rápidas de qualidade.



**Examine novamente a Figura 2.
Ela é o nosso roteiro!!!**

2.3 Tipos de respostas rápidas

Nessa seção apresentaremos tipos diferentes de respostas rápidas para apoiar suas decisões no cotidiano de seu trabalho, promovendo as melhores práticas e serviços para a saúde coletiva. Assim como vimos que existem vários tipos de revisões, conversaremos aqui sobre diferentes tipos de respostas rápidas.

2.3.1 ALGUMAS REFLEXÕES E UM POUCO DE HISTÓRIA

Convidamos você agora para uma reflexão sobre o conceito de revisão rápida e como ele evoluiu nos últimos 25 anos.

Uma revisão rápida foi mencionada pela primeira vez na literatura científica em 1997, quando Best et al. Descreveram o programa de avaliação rápida de tecnologia em saúde nas regiões sul e oeste da Inglaterra (apud HAMEL et al., 2021). Embora não tenham fornecido uma definição de revisão rápida, eles descreveram um serviço que produz relatórios em dois meses por pessoa. Os principais recursos do serviço eram a produção de relatórios precisos, oportunos e acessíveis aos tomadores de decisão. Mais recentemente, o único consenso sobre uma definição de revisão rápida é que não existe uma definição formal! Várias definições foram usadas em publicações sobre métodos de revisão rápida e programas de respostas rápidas.

Esse fato sugere que estamos falando de uma área em desenvolvimento dinâmico e acelerado. Por exemplo, em 2017, o Grupo de Síntese de Conhecimento do *Ottawa Hospital Research Institute* identificou 148 organizações no mundo que já haviam produzido revisão rápida! (apud HAMEL et al., 2021).

Por outro lado, Hartling et al. 2017, identificaram 36 produtos rápidos de 20 organizações e concluíram que há ampla variabilidade nos produtos rotulados como revisão rápida, mas que a gama de métodos usados no desenvolvimento desses produtos é impulsionada e apoiada por uma comunicação próxima e contínua entre os produtores da revisão e o usuário final.

A popularidade das revisões rápidas entre tomadores de decisão vem aumentando nos últimos anos, e muitos ministérios da saúde as produzem, muitas vezes no formato de literatura cinzenta, que são artigos técnico-científicos publicados fora das revistas científicas, em muitos casos para consumo interno de um serviço ou organização.



Saiba mais

Literatura cinzenta denomina publicações não convencionais e não comerciais, semipublicadas, difíceis de encontrar em canais tradicionais de distribuição, com controle bibliográfico ineficaz (não recebem numeração internacional e não são objeto de depósito legal em muitos países), sendo frequentemente não incluídas em bibliografias e catálogos. São produzidas em número limitado de cópias, possuem normas variáveis de produção e edição (desde as mais simples, como um trabalho encadernado em espiral que não apresenta qualidade gráfica, até formas mais elaboradas, em microfilmes, microfichas e capas duras). Apresentam informação e conhecimento altamente atualizados e mais detalhados, alcançam um público reduzido e não são determinadas apenas por interesses comerciais (BOTELHO; OLIVEIRA, 2015).

Como já mencionamos, as revisões sistemáticas são as fontes do desenvolvimento de variedades de revisões e outros artigos de síntese de evidências. Até o momento, *revisão rápida* é o termo que tem sido coloquialmente adotado pela comunidade de pesquisa e endossado por várias organizações, incluindo a Cochrane (explicada adiante), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e vários ministérios da saúde.

Resumindo para seguir em frente:

é importante que você diferencie uma resposta rápida (a ação de decidir rapidamente) de uma síntese rápida (o produto, que pode ser, por exemplo, uma revisão sistemática). Nem toda síntese rápida se transforma em uma resposta rápida; às vezes permanece apenas em um repositório, ou nas prateleiras. No entanto, para dar uma resposta rápida, você sempre precisará de uma síntese de evidências (rápida e/ou completa de pesquisas secundária e/ou terciária).

Agora vamos direto ao ponto! O que são revisões sistemáticas rápidas? Para que servem? Quais são os outros documentos de síntese rápida (e tradicionais) e como eles diferem das revisões sistemáticas? As respostas a esses questionamentos serão o próximo assunto a ser estudado.



2.3.2 AS REVISÕES SISTEMÁTICAS RÁPIDAS (PESQUISAS SECUNDÁRIAS RÁPIDAS): CONCEITOS E OBJETIVOS

Sem ainda uma definição universal, as revisões rápidas são apresentadas como um conjunto heterogêneo de produtos ainda sem padronização em sua produção. Também não existe um consenso sobre quais atalhos causariam menos impactos em sua qualidade. Existe um acordo entre metodologistas para considerar que uma revisão rápida requer de dias a até seis meses para a produção dirigida às necessidades dos tomadores de decisão, e também existe um acordo sobre os recursos necessários para sua produção. Aumentou a demanda para as revisões rápidas, e organizações como a OMS utilizam esses métodos para a preparação de guias em situações de emergência, quando o tempo é limitado, como no caso da COVID-19. A Cochrane estabeleceu um grupo de trabalho sobre revisões sistemáticas rápidas em 2015 (HABY et al., 2016b; HAMEL et al., 2021; TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017; WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015). Fica claro que esses produtos vieram para ficar e apoiar decisões vitais!

Provavelmente você já ouviu falar da [Cochrane](#), devido a seu pioneirismo e relevância nos movimentos de práticas e políticas baseadas em evidências científicas. Logo à frente você encontra mais informações.



Saiba mais

A Cochrane é uma rede para todas as pessoas interessadas em usar informações de alta qualidade para tomar decisões em saúde (geralmente revisões sistemáticas). Se você é médico ou enfermeiro, gestor, paciente ou cuidador, pesquisador ou alguém que financia pesquisas, as evidências Cochrane lhe oferecem uma ferramenta poderosa para aumentar seus conhecimentos em saúde, e auxiliar você na sua tomada de decisão.

Lembre-se

Em geral, os estágios para o desenvolvimento de uma revisão rápida são semelhantes aos do desenvolvimento de revisões sistemáticas tradicionais. Vamos rever um pouco quais são as etapas e considerações metodológicas para a realização de uma revisão rápida?

O termo *revisão rápida* incorpora uma série de produtos que variam muito em sua finalidade, rigor metodológico, abrangência, recursos usados, transparência e tempo gasto para produção. Esse amplo espectro de produtos reflete as diferenças entre a forma demandada por quem encomenda e produz a síntese do conhecimento, de como definem o tema, como selecionam os métodos simplificados e como personalizam o tempo para a apresentação e divulgação dos resultados das revisões (BEECHER et al., 2021).

A Tabela 1 apresenta um resumo que ajuda a entender as principais diferenças entre uma revisão sistemática completa e uma revisão rápida.

TABELA 1 – COMPARAÇÃO ENTRE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COMPLETA E UMA REVISÃO RÁPIDA

ETAPAS	REVISÃO RÁPIDA	REVISÃO SISTEMÁTICA TRADICIONAL
Tempo de desenvolvimento	< 6 meses	1-2 anos*
Pergunta de pesquisa	Estrutura PICO e orientada por tomadores de decisão	Estrutura PICO
Desenvolvimento de protocolo	Não necessariamente	Sim
Pesquisa de artigos	Pode usar 1 ou 2 bancos de dados, pular a literatura cinzenta e limitar -se a revisar as referências, idioma e a data. Deve ser explícito	Usa mais de 2 bancos de dados eletrônicos e inclui literatura cinzenta, pesquisas de referência e a estratégia estruturada e explícita para os diferentes bancos
Seleção de estudos	Pode ser feito por 1 ou 2 revisores ou por 1 revisor e um verificador	Em duplicado em todas as fases
Avaliação de qualidade	Nem todas consideram isso	Sim
Extração de dados	Pode ser feito por 1 ou 2 revisores ou por 1 revisor e um verificador	Em duplicado
Síntese	Pode ou não fazer metanálise; quase sempre é narrativa	Narrativa e quantitativa onde aplicável

Fonte: adaptado e traduzido de Tapia-Benavente et al. (2021).

* Alguns falam em até 3 anos.

A variação desses produtos (além da velocidade) está relacionada em parte à novidade de métodos de revisão rápida (incluindo falta de acordo sobre os métodos ideais), bem como à adaptação do momento e do escopo das revisões às necessidades dos tomadores de decisão.

Assim, vários métodos estão disponíveis para agilizar a condução das revisões rápidas e informar a política e os sistemas de saúde. No entanto, não existe abordagem metodológica oferecida em “tamanho único” que sirva para apoiar o desenvolvimento de todas as revisões rápidas. Avaliações (ou revisões) rápidas são produzidas para tomadores de decisão que trabalham em diferentes sistemas de saúde e precisam de respostas para objetivos diferentes, com restrições de tempo, e recursos financeiros e humanos disponíveis (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).



**Examine novamente a Figura 2.
Ela é o nosso roteiro!!!**

Em uma revisão rápida, é necessário saber quantas etapas de uma revisão sistemática completa podem ser simplificadas (atalhos) e quais são essas implicações em todas as conclusões a que se chega.

Nem tudo que brilha é ouro: os leitores dessas revisões rápidas devem ser cautelosos ao analisar a metodologia e os atalhos usados pelos revisores, levando em consideração a confiança dos autores em suas conclusões.

Ocorre frequentemente de os títulos das revisões rápidas não indicarem que se trata de uma revisão rápida, dificultando encontrá-las na busca bibliográfica. Além do mais, a maioria das revisões rápidas faz parte literatura cinzenta e é publicada nos *sites* dos ministérios da saúde. Já dissemos que os métodos para realizá-las não são padronizados, mas o padrão PRISMA para revisões sistemáticas tradicionais vem incorporando formatos para revisões rápidas desde 2018 (KELLY; MOHER; CLIFFORD, 2016; STEVENS et al., 2018).

A boa notícia é que as etapas são as mesmas das revisões sistemáticas tradicionais

Conselho: volte e olhe a Tabela 1, que mostra as diferenças entre as revisões sistemáticas tradicionais e as revisões sistemáticas rápidas! Apenas para reforçar sua compreensão.

Agora vamos nos concentrar mais nas diferenças entre as duas, olhando os atalhos metodológicos.

Com relação à *pergunta da revisão*, as revisões rápidas usam também uma pergunta com uma estrutura PICO, mas devem ter um escopo mais específico, que determina o tempo que a revisão levará para ser concluída.

Embora os *protocolos* das revisões rápidas já possam ser registados em bancos de dados como o PROSPERO, o que facilita garantir a transparência do processo, nem todos os autores consideram fazer esse registo, o que pode gerar viés no relatório final.

Com relação à *pesquisa bibliográfica*, os autores podem fazer a busca num pequeno número de bancos de dados selecionados pela qualidade e amplitude. Essa busca abreviada pode ser realizada em uma das principais fontes bibliográficas eletrônicas no mundo, sendo o [PubMed/MEDLINE](#) a mais utilizada.

Outros atalhos usados para simplificar a elaboração de revisões rápidas incluem: não realizar a busca manual de evidências que estejam em fontes não eletrônicas e na literatura cinzenta; limitar a busca a estudos em idiomas específicos; limitar a busca pela data de publicação, considerando apenas estudos dos últimos dez anos, por exemplo; limitar o desenho de estudos elegíveis, restringindo a pesquisa, por exemplo, a ensaios clínicos randomizados. Claro que esses atalhos podem aumentar o risco de viés de publicação e de seleção, ou seja, a busca pode ser mais influenciada pela subjetividade da pessoa que busca os estudos.

Como você pôde ver até agora, os atalhos metodológicos são a grande diferença entre as revisões tradicionais e as revisões rápidas. Os verbos “encurtar”, “limitar” e “remover” identificam melhor esses atalhos. Porém, não esqueça que a ideia é manter a qualidade, mesmo buscando atalhos! Esse é um dos desafios de fazer revisões rápidas.

Agora que sabemos dos riscos de viés de publicação e da importância de se evitar o viés para a elaboração de respostas rápidas, seguindo as mesmas etapas de elaboração das revisões sistemáticas tradicionais, vamos discutir a seleção de estudos e extração de dados.

Seguindo os passos: a *seleção dos estudos* publicados, respeitando os critérios de inclusão (com base no formato PICO, lembra?), pode ser feita por um único revisor, de preferência experiente, para economizar tempo. O próximo passo é *avaliar sua qualidade* (avaliação do risco de viés) e fazer a *extração de dados*. Isso também pode ser feito por um único revisor e faz parte dos atalhos metodológicos. Às vezes, a estratégia usada é: um revisor executa essas três etapas mencionadas e outro analisa uma porcentagem dos resultados de busca obtidos pelo único revisor (geralmente entre 20% e 50% dos estudos encontrados).

Outro atalho que podemos considerar nesta etapa é incluir menos *desfechos* (resultados encontrados nas pesquisas) ao selecionar os estudos e considerar somente os desfechos relevantes.



Saiba mais

Vamos ver Marcus em um vídeo muito interessante explicar, apresentando um exemplo real, os riscos de viés de publicação. Ele fala sobre os riscos comerciais e também da dificuldade de publicar resultados negativos (malsucedidos!):

<https://pt.coursera.org/lecture/sbe/vies-de-publicacao-Pnae1>.

O que é um desfecho relevante? Depende de quem faz a pergunta. Para um médico, pode ser resposta rápida que sintetize evidências para evitar que um paciente piore ou morra de COVID-19. Para um gestor ou um político, poderia ser como readequar recursos humanos em meio à pandemia da COVID-19. Um resultado secundário ou não relevante, geralmente, não precisa de uma resposta rápida. Vamos pensar com essa lógica para facilitar a compreensão.



Quanto à **síntese dos resultados**, em revisões rápidas podemos optar por não conduzir uma metanálise e apenas *descrever narrativamente* os resultados quantitativos. Mais de dois terços das revisões rápidas apresentam seus resultados dessa maneira.



Na base de dados PROSPERO, você vai encontrar **um protocolo** de revisão sistemática para exemplificar os desfechos principal (mais relevante) e secundário. Trata-se de uma revisão rápida da eficácia das intervenções de lavagem das mãos em adultos em ambientes comunitários. Os autores estabeleceram, como desfecho principal, avaliar a eficácia da promoção da lavagem das mãos para alcançar mudanças de comportamento em longo prazo em adultos nas comunidades de países de baixa e média renda e, como desfecho secundário, a adesão à lavagem das mãos.

Os desfechos ficam definidos no protocolo (“O” do PICO, lembra?). Esses resultados também podem ser revertidos se precisarmos de uma resposta rápida por meio de uma revisão rápida, como a da higiene das mãos. Por exemplo, em meio à pandemia da COVID-19, talvez meu principal resultado seja aumentar rapidamente a adesão à lavagem das mãos em curto prazo. Se você quiser explorar outros aspectos da questão PICO, ou, por exemplo, que dados seriam interessantes extrair dos artigos, saiba um pouco mais aqui no PROSPERO: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=106428.



Saiba mais

Aprofunde seu conhecimento sobre a síntese dos resultados. Escute novamente a Taís falar sobre como os resultados dos estudos incluídos são sintetizados em uma revisão sistemática, enfatizando a padronização, classificação e comparabilidade entre os estudos. É o mesmo processo para revisões rápidas: <https://www.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/sintese-dos-resultados-rWmoq>.

Como nas revisões tradicionais, a confiabilidade das revisões rápidas também dependerá da qualidade dos estudos incluídos (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021).

O Everton nos ajuda a entender como avaliar a qualidade de uma revisão sistemática: <https://www.coursera.org/lecture/revisao-sistemica/avaliacao-critica-de-revisoes-sistematicas-aKU2m>.

Como você pôde observar, todas as etapas são também padrões PRISMA, mas com atalhos que economizam tempo de maneira segura!

ÀS VEZES, O TEMPO VALE DINHEIRO (E VIDAS!)

Algumas estratégias optam pelo seguinte: aumentar a intensidade do trabalho nos processos de revisão, intensificando os esforços de vários revisores para concluir simultaneamente as etapas de revisão (ou seja, paralelização de tarefas), seleção de elegibilidade, extração de dados e avaliação de risco de viés, que vão encurtar os tempos de revisão (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).

QUEREMOS ENCERRAR ESTA SEÇÃO COM BOAS NOTÍCIAS.

Uma revisão sistemática examinou métodos de revisão rápida e as implicações da simplificação dos processos tradicionais de revisão sistemática (os famosos atalhos!) e concluiu que é importante que as revisões rápidas sejam transparentes tanto nos métodos usados quanto nas limitações ou vieses introduzidos por essas abordagens.

A revisão descobriu também que as conclusões gerais não variaram muito nos casos em que revisões sistemáticas rápidas e abrangentes foram conduzidas. Provavelmente, em termos de conteúdo, as revisões sistemáticas completas têm mais condições de relatar resultados clínicos, fatores econômicos e questões sociais do que as revisões rápidas. As revisões sistemáticas completas provavelmente detalham mais as informações e as recomendações, embora recentemente esses métodos tenham sido refinados e melhorados (GANANN; CILISKA; THOMAS, 2010).

2.3.3 OUTROS DOCUMENTOS DE SÍNTESES RÁPIDAS (PESQUISAS TERCIÁRIAS RÁPIDAS)

Você lembra das setas azuis na Figura 3? É exatamente o que vimos até agora, o que chamamos de *pesquisa secundária* ou revisões sistemáticas (tradicionais e rápidas). Bem, os outros documentos de síntese que veremos agora são o que chamamos de *pesquisas terciárias* (os verdes, lembra?), voltadas para a prática, gestão ou política, e que também podem ser feitas rapidamente. Todos esses documentos servirão para dar respostas rápidas, quando esse tiver sido o propósito de sua preparação. Também serão a base para o funcionamento de programas ou iniciativas de resposta rápida quando forem formalmente institucionalizados. Mais à frente daremos alguns exemplos de programas ou iniciativas formais.



Dica

Uma pesquisa terciária elaborada para dar uma resposta rápida usa, geralmente, os seguintes subsídios para sua elaboração, nesta ordem prioritária: pesquisas secundárias (revisões sistemáticas), pesquisas primárias (estudos de coorte, estudos qualitativos, etc.) e outras pesquisas terciárias (outros documentos de síntese semelhantes, como uma síntese para política de saúde). Inclui também outros tipos de considerações, como as perspectivas de pacientes ou tomadores de decisão, custos e análise de barreiras para implementação e aplicabilidade local, para citar alguns. Se houver tempo e recursos, podem ser discutidos ou deliberados com as partes interessadas.



Estamos bem até aqui? Lembre-se de que no Módulo VI teremos a oportunidade de aprofundar mais esses conhecimentos!

Em geral, pode-se dizer que as etapas para a preparação desses documentos de síntese (agora falamos de *pesquisa terciária*) são semelhantes às realizadas quando fazemos esses documentos da forma clássica ou regular, assim como, no caso de revisões sistemáticas, as principais diferenças estão no tempo de elaboração e nos atalhos metodológicos utilizados.

Adicionalmente, produtos de revisão rápida geralmente são gerados para ajudar um determinado usuário final a tomar uma decisão específica, enquanto as revisões sistemáticas tradicionais podem ter um escopo e um público mais amplos (PATNODE et al., 2018).

Para encerrar esses conceitos. Você tem estas possibilidades. Ao se desenvolver um guia/protocolo de prática, podem surgir duas possibilidades: 1) realizar uma revisão sistemática rápida como um recurso necessário para desenvolver ou atualizar um guia ou protocolo clínico; ou 2) desenvolver um guia ou uma síntese usando revisões sistemáticas existentes (rápidas ou não).

Na síntese para políticas de saúde (rápidas ou não), as revisões sistemáticas são geralmente utilizadas como o principal insumo, mas raramente as revisões sistemáticas rápidas são produzidas somente para a preparação de sínteses para políticas.

Pense: porquê? Eu acho que é assim porque as recomendações clínicas são mais urgentes do que as recomendações de políticas de saúde. Na pandemia da COVID-19, em que salvar vidas é a prioridade e não há tratamento específico antivirótico até o momento, é uma prioridade desenvolver recomendações com as melhores evidências disponíveis até o momento. E você? O que acha?

2.3.4 O QUE É PROPRIAMENTE UM PROGRAMA DE RESPOSTA RÁPIDA INFORMADO POR EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS?

O Ministério da Saúde tem muitas perguntas sobre a COVID-19 e felizmente tem seu programa para respostas rápidas: Uma mulher grávida pode ser vacinada? Se possível, em que mês de gravidez? Com qual vacina? Ou considerando um exemplo de uma questão para intervenções de saúde pública: diante da chegada da variante Delta do SARS-CoV-2 no Brasil, as máscaras cirúrgicas são seguras e adequadas para uso em transporte público? Precisamos tomar algum cuidado adicional?

Muitas vezes você precisa de uma resposta “pra ontem”! De acordo com o que foi publicado e os antecedentes acima mencionados, um programa de respostas rápidas é constituído com o objetivo de responder aos tomadores de decisão em tempo hábil (período de tempo limitado) utilizando diferentes conhecimentos e evidências científicas por meio de sistemas e processos transparentes. Parte importante desse processo, em geral, é a *preparação de um documento de resposta rápida* informado principalmente por evidências científicas e outras fontes de conhecimento, que podem ser definidas e produzidas em diversos formatos, ajustados a requisitos específicos (HABY et al., 2016a).

O uso de evidências científicas para informar e auxiliar o processo de tomada de decisão pode ocorrer em diferentes etapas, ou seja, desde a priorização de um problema a ser resolvido por meio de uma política ou programa de saúde, até o surgimento de diferentes ou novas questões de pesquisa.

Por isso que um programa de resposta rápida envolve a participação de muitas partes interessadas (chamadas em inglês de *stakeholders*), como os pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento dos produtos, os próprios tomadores de decisão nos diversos níveis envolvidos, os pacientes e usuários do SUS, os profissionais de saúde, os responsáveis pelo monitoramento e avaliação, entre outros, por meio de um processo coletivo e colaborativo (HABY et al., 2016b), incluindo a coprodução de novos conhecimentos. Os principais produtos para os processos de políticas informadas por evidências são *as sínteses de evidências* (documentos para resposta rápida em nosso caso) e *os diálogos deliberativos* entre as partes interessadas (HABY et al., 2016a). Os diálogos e sua organização serão aprofundados no Módulo VI do nosso curso.



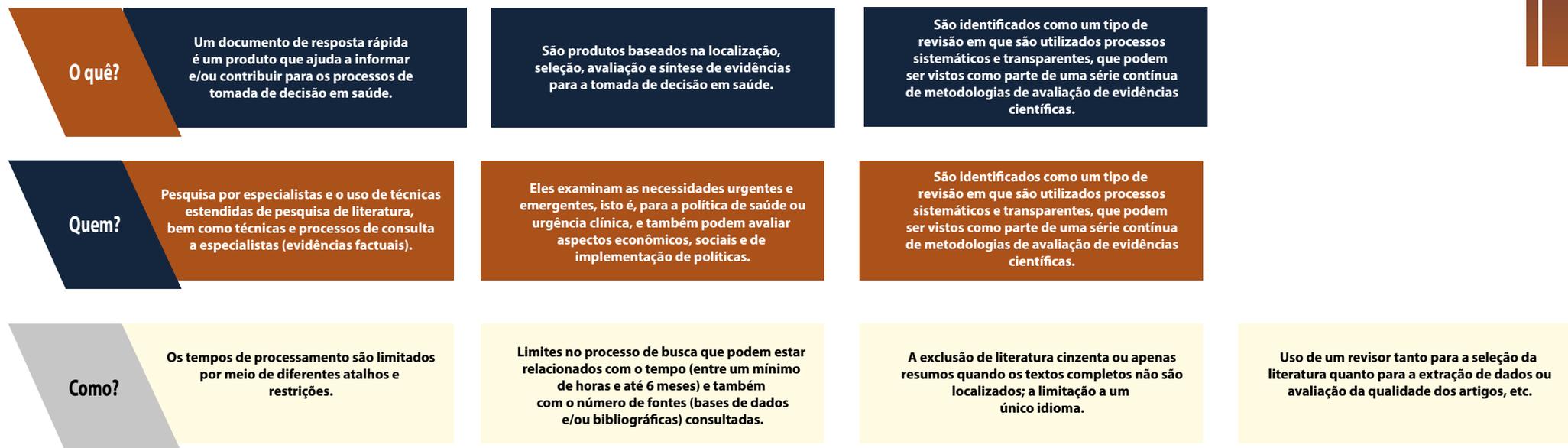
Saiba mais

Sugerimos que você leia o documento [Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências](#) (TOMA et al., 2017). Lá você encontrará conceitos e definições do que é uma avaliação de tecnologias em saúde (p. 15), uma diretriz ou síntese para a prática clínica (p. 312) e uma diretriz ou síntese para políticas, assim como suas etapas (p. 183).

2.3.4.1 ELEMENTOS COMUNS A SEREM CONSIDERADOS SE VOCÊ DESEJA IMPLEMENTAR UM PROGRAMA DE RESPOSTA RÁPIDA

Um estudo analisou 29 programas de respostas rápidas. Alguns programas estudados usam como sinônimos respostas rápidas e revisões rápidas, o que pode ser confuso. Embora diferentes organizações tenham desenvolvido formatos de revisões rápidas com diferentes nomes para se referir a eles, alguns elementos comuns podem ser identificados (POLISENA et al., 2015):

FIGURA 4 – ALGUNS ELEMENTOS COMUNS DE PROGRAMAS DE RESPOSTA RÁPIDA (QUE CONSTROEM SÍNTESES E DOCUMENTOS DE MANEIRA RÁPIDA)



Fonte: adaptado de Polisen et al. (2015).

Em geral, as revisões rápidas e outras sínteses de evidências disponíveis até o momento (relatórios de políticas, relatórios de avaliação de tecnologias em saúde, outros relatórios de órgãos oficiais) são incluídas em bases de evidências específicas (**conceito de *One-Stop Shop*, uma “loja de conveniência”**).

Os diferentes produtos de respostas rápidas apresentam heterogeneidade em sua composição, tipo de questão a ser analisada, tempo de produção, estratégias de busca e sistematização das evidências, uma vez que não aderem a uma metodologia única (HABY et al., 2016a; WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015; KHANGURA et al., 2014; MANSILLA et al., 2018; DOBBINS et al., 2021).

Segundo alguns autores, os produtos que incluem uma síntese das evidências em um **formato amigável** são mais importantes, por serem os produtos mais amplamente investigados e mais comparáveis com a metodologia das revisões sistemáticas e, ainda, por serem os mais úteis para aumentar o uso da pesquisa na tomada de decisões em saúde (HABY et al., 2016a).



Saiba mais:

O que é um **formato amigável? É um documento curto, direto, focado em um tema, sem jargões e escrito para não especialistas. É um cartão de visita para quem faz as sínteses de evidências (pesquisa terciária) e pretende transmitir as suas conclusões a quem toma as decisões (sejam pacientes, sejam políticos, sejam trabalhadores da saúde como você).**

A experiência da comunidade científica no desenvolvimento de mecanismos de resposta rápida em ambientes de baixa renda mostra que os formuladores de políticas têm solicitações de evidências que precisam ser tratadas dentro de um prazo relativamente curto, incluindo pedidos de evidências sobre arranjos de sistemas de saúde, como gestão de prestação de serviços e governança (TRICCO et al., 2017). Nessas circunstâncias, se você é responsável pela gestão ou é consultado por um gestor para saber o que potencialmente funciona melhor, por exemplo como fazer para aplicar uma boa prática ou qual seu custo-efetividade, existem revisões rápidas que podem te ajudar, principalmente as que sintetizam conhecimento sobre a eficácia, implementação e eficiência de intervenções para as políticas e sistemas de saúde. Essas revisões rápidas podem ser muito úteis para fornecer aos tomadores de decisão evidências relevantes para fortalecer o desempenho dos sistemas de saúde ou reformar seus elementos essenciais (exemplos: processos da força de trabalho ou financiamento).

Vejamos alguns exemplos de utilização dessas revisões em que diferentes sínteses de evidências serão necessárias, dependendo do foco de atuação: na clínica, na gestão, ou nas políticas (TRICCO et al., 2017).



Vamos agora fazer um breve resumo do que apresentamos até aqui sobre as respostas rápidas e os produtos usados para fazer respostas rápidas.

Uma resposta rápida informada por evidências para a ação pode ser norteada por vários tipos de documentos, que geralmente são síntese de evidências. Os principais são:

- a) **Revisões sistemáticas** propriamente ditas (as tradicionais e as rápidas, assim como algumas variantes delas que não precisamos aprofundar aqui, como as revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou as revisões realistas);
 - b) **Diretrizes/protocolos ou guias clínicas** (tradicionais e rápidas);
 - c) **Avaliações de tecnologia** (tradicionais e rápidas);
 - d) **Avaliações econômicas** (menos frequentes, como sínteses);
- Quando as sínteses de evidências são preparadas de forma rápida, *usam atalhos metodológicos*, que são maneiras de aplicar os métodos de desenvolvimento de uma síntese de forma mais econômica, mas mantendo a qualidade do produto;
 - As sínteses de evidências para resposta rápida são um *produto* ou *veículo* para realizar uma resposta rápida. O resultado dependerá da pergunta de pesquisa e da urgência da resposta de que você precisa (pode ser em horas ou em até 6 meses, de acordo com diferentes autores).

Quanto menos “rápida” ou menos urgente for a resposta que você necessita, a revisão terá outros componentes, como buscar identificar e analisar barreiras e facilitadores para implementar melhor essa síntese rápida ou sua aplicabilidade, incluindo, por exemplo, os diálogos de políticas, que serão mais bem estudados no Módulo VI.

2.3.5 INICIATIVAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS PARA RESPOSTA RÁPIDA

Agora vamos mostrar iniciativas nacionais e internacionais. Vamos separar o que é produzir produtos para uma resposta rápida das iniciativas organizacionais formais que não apenas produzem esses produtos, mas os usam de forma institucional para tomar decisões.



Como você pôde ver, algumas experiências misturam termos e chegam a confundir as iniciativas com o tipo de documento que produzem.

Espero que depois de tantos conceitos você esteja compreendendo melhor o que são as respostas rápidas! Vamos em frente!

a) **Iniciativas, programas ou organizações que preparam sínteses rápidas (pesquisa secundária e/ou terciária para os campos clínico, de gestão ou de política)**

• **Revisões sistemáticas (pesquisa secundária)**

A Cochrane, que comentamos anteriormente, tem uma tremenda base de pesquisas secundárias (revisões sistemáticas tradicionais e rápidas para a prática, saúde coletiva e políticas) da mais alta qualidade, além de outras publicações, até mesmo para pacientes. Acesse o *link* e, quando estiver no *site*, explore os títulos que mais interessarem ao seu trabalho: <https://www.cochranelibrary.com/search>;

• **Sínteses rápidas para a prática clínica (pesquisa terciária, lembra?)**

A *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) produz avaliações rápidas, mas eles chamam “evidência de reafirmação”. Aqui estão alguns exemplos de evidências de reafirmação para problemas clínicos. Explore mais este exemplo: *Triagem para hipertensão em adultos*, que pode ser acessado aqui: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779190>;

• **Sínteses rápidas para avaliação de tecnologia em saúde (ATS) (pesquisa terciária, lembra?)**

O Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde (CCATES) no Brasil tem avaliações de tecnologias em saúde e outras sínteses. Explore um pouco mais: <http://www.ccat.es.org.br/historia/>. Na Fiocruz, você pode explorar também este repositório: <https://brasil.fiocruz.br/aagts/respostas-rapidas-rapid/rapid-produtos/>;

Lembre-se

Fazer uma revisão sistemática rápida ou um guia ou protocolo rápido não é suficiente para considerar isso uma iniciativa ou programa. No entanto, institucionalizar ou tornar rotineiro o preparo desses documentos ou de pesquisas secundárias ou terciárias para a tomada de decisões provavelmente caracterizará uma iniciativa ou programa de resposta rápida numa determinada instituição.

- **Sínteses rápidas para políticas (também pesquisa terciária, lembra?)**

A OMS propõe um guia para revisões rápidas e considera vários tipos de documentos como síntese, de acordo com a extensão, variando de inventários de evidências a análises rápidas. Explore mais neste *link* (em inglês): <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>.

- b) **Iniciativas ou programas de resposta rápida (institucionalização de respostas rápidas para a tomada de decisão eficaz nos campos clínico, de gestão ou de política)**

- **Ministério da Saúde do Chile**

O Chile tem um *programa de resposta rápida* dentro do Ministério da Saúde e também propõe metodologias para sínteses de políticas rápidas. Prepara sínteses rápidas de evidências em menos de 20 dias úteis, com base principalmente em revisões sistemáticas relevantes, e as abordagens metodológicas variam consideravelmente (MANSILLA et al., 2018). No manual metodológico deles, você encontrará mais informações (em espanhol): <https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/PDF-1-Manual-Metodol%c3%b3gico-EVIPNet-Chile.pdf>;

- **Universidade McMaster do Canadá**

É a instituição pioneira no desenvolvimento metodológico de produtos e processos para auxiliar a tomada de decisão em saúde embasada em evidências científicas. Desde sua fundação, em 2009, o Fórum de Saúde opera em esfera regional, provincial e nacional, e trabalha com tomadores de decisão, entre outras partes interessadas. Tem um serviço de resposta rápida criado no âmbito do Fórum. O serviço solicitado pode ser de 3, 10 ou 30 dias úteis, com diferentes características de escopo e profundidade. Explore mais aqui: <https://www.mcmasterhealthforum.org/stakeholders/rapid-response-program>;

- **Universidade Americana de Beirute (UAB)**

O Centro de Conhecimento para Políticas (K2P) é um centro de pesquisa, prática e formulação de políticas com foco na priorização para moldar as políticas de saúde pública na região do Mediterrâneo Oriental. O K2P lançou a série *K2P COVID-19*, que é uma coleção de documentos baseados em evidências que visa informar e fornecer ações que ajudem a formular a resposta coletiva necessária para mitigar a COVID-19. Muitos dos documentos estão traduzidos para o português e podem ser acessados aqui: <https://www.aub.edu.lb/k2p/pages/default.aspx>;

- **Sax Institute da Austrália**

Na Austrália, o *Sax Institute* é um líder nacional na promoção do uso de pesquisas em políticas de saúde. Tem como objetivo servir de ponte entre investigadores e decisores na área da saúde. Seu *site* é projetado para tomadores de decisão em saúde, oferecendo acesso a sínteses de pesquisa de alta qualidade, notícias de pesquisa e oportunidades de financiamento, assim como um fórum para que aqueles que trabalham em agências de políticas e programas possam expressar suas opiniões (HABY et al., 2016a). Os documentos podem ser acessados aqui: <https://www.saxinstitute.org.au/category/publications/evidence-check-library/>, e as revisões rápidas estão aqui:

<https://www.saxinstitute.org.au/news/rapid-reviews-for-evidence-informed-policy-10-top-tips/>;

- **EVIPNet (Rede de Políticas Informadas por Evidências) da OMS**

A EVIPNet Américas surgiu em 2007 para fortalecer os sistemas de saúde e melhorar os resultados da saúde no contexto das Américas por meio do acesso regular à avaliação, adaptação e uso de evidências de pesquisa. O principal objetivo da iniciativa é facilitar a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão, promovendo a tradução da pesquisa em políticas e programas. Além disso, oferece métodos para a elaboração de *sínteses de evidências para políticas de saúde*, com formato metodológico predefinido, e incorporam os resultados dos *diálogos deliberativos* realizados para facilitar o processo de implementação (HABY et al., 2016a);

- **SURE (Projeto que apoia o uso de evidências de pesquisa para políticas em sistemas de saúde africanos)**

Localizado na África, o projeto SURE (Supporting the Use of Research Evidence) é um consórcio de universidades e da OMS, originalmente financiado pela Comissão Europeia e criado para fortalecer o uso de evidências científicas no processo de tomada de decisão de políticas no contexto da África Subsaariana. A SURE é estabelecida como um projeto colaborativo entre a EVIPNet África e a Iniciativa Regional de Política de Saúde da Comunidade da África Oriental (REACH) de Uganda. Um dos principais serviços criados no âmbito da iniciativa SURE são as respostas rápidas. Esse tipo de produto busca responder a dúvidas urgentes sobre o sistema de saúde por parte dos tomadores de decisão (HABY et al., 2016a).

- **Acesso a evidências científicas**

Um elemento inovador é a existência de *clearing houses*, conceito de um portal para evidências sobre programas e políticas como uma “loja de conveniências”, em que você pode parar para fazer todas as suas “compras”, funcionando como provedores rápidos de evidências sobre sistemas de saúde relevantes para países de renda baixa-média. Entre os mais importantes estão:

- A *McMaster University Health Forum* desenvolveu a base de dados denominada **Health Systems Evidence**. É uma ferramenta fundamental para formuladores de políticas, partes interessadas e pesquisadores comprometidos com o fortalecimento dos sistemas de saúde. Tem evidências, por exemplo, relacionadas a questões sobre sistemas, programas e serviços, entre outros tópicos sobre sistemas de saúde. Também tem interface em português;
- A iniciativa EVIPNet também fornece acesso gratuito aos seus produtos de Resumo de Evidências para Políticas (REP), por meio da biblioteca **Virtual Health EVIPNet** – hoje o *website* está em reformulação. Ou da ECVIPNet no âmbito global, <https://www.who.int/initiatives/evidence-informed-policy-network>;
- As iniciativas Epistemonikos e LOVE destacam-se como facilitadores na busca por revisões rápidas.

A BIREME, em âmbito regional, também oferece o seguinte:

- Portal Regional da BVS, no qual se podem pesquisar políticas informadas por evidências;
- PIE, a base internacional das Guias/protocolos **GRADE** que inclui guias rápidas;
- Também tem EVID@Easy, que utiliza estratégias de busca pré-elaboradas, de acordo com os tipos de estudos que melhor respondem a cada fase do processo de tomada de decisão em saúde: <https://bvsalud.org/evideasy/>.

2.4 Resolução de problemas em sistemas e serviços de saúde por meio de respostas rápidas

Já vimos muitos exemplos de aplicação de respostas rápidas em problemas na prática clínica, gestão e política de saúde, por isso não vamos repeti-los.

Além disso, as revisões e outras sínteses rápidas para fornecer as respostas rápidas podem precisar se basear em uma série de métodos de sínteses, já que os formuladores de políticas e gestores de sistemas de saúde costumam fazer perguntas que vão além da eficácia das políticas e programas, incluindo “como e em quais cenários os programas trabalham ou funcionam” e “como promover a implementação ou ampliação de estratégias eficazes” e “a que custo”. Evidências qualitativas ou sínteses de métodos mistos (a mistura de métodos qualitativos e quantitativos) podem ser necessárias para compreender os fatores que afetam a implementação, a expansão e sustentabilidade de programas de saúde. Esses fatores geralmente são barreiras em diferentes níveis, que começam nos usuários e vão até a estrutura organizacional do sistema de saúde. A única forma de conhecê-los ou identificá-los é por meio de pesquisas qualitativas (são também primárias e secundárias, lembra?). Podemos utilizar sínteses de evidências qualitativas e inclusive as sínteses rápidas de evidências qualitativas (<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-937144>).

Consequentemente, há um amplo espectro de revisões e outras sínteses rápidas e resultados aplicáveis à política e sistemas de saúde, incluindo revisão realista rápida. Uma revisão realista é uma síntese de uma ampla gama de evidências que busca identificar mecanismos causais subjacentes para explorar como eles funcionam e em quais condições, respondendo à pergunta “O que funciona para quem e em que circunstâncias?” em vez de apenas “O que funciona?”. Essas evidências também ajudam na aplicabilidade e implementação das políticas.

2.4.1 QUANDO UMA REVISÃO RÁPIDA É ÚTIL PARA UMA RESPOSTA RÁPIDA?

Considerando tudo o que foi dito, nem sempre o *design* metodológico das revisões rápidas é apropriado para todos os contextos. A seguir, mencionamos algumas circunstâncias em que elas são recomendadas:

- Quando há restrições de tempo para a realização de uma síntese de evidências, como em contingências de saúde como a apresentada durante a pandemia da COVID-19;
- Quando há restrição de recursos, sejam financeiros, sejam humanos, realizar uma síntese de evidências sobre um tema específico;
- Quando há centros de saúde que além de prestar atendimento médico, avaliam seus serviços. Por exemplo, eles podem comparar o número de disputas que surgem de seus serviços com as taxas apresentadas por outros centros locais ou internacionais;
- Para avaliar novas evidências sobre um tópico quando houver um amplo consenso;
- E, em geral, para qualquer caso em que os tomadores de decisão – provedores de atenção da saúde ou formuladores de políticas de saúde – podem agir com base em uma síntese menos confiável das evidências para responder a prazos apertados (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021).

Um cronograma também deve ser desenvolvido e acordado, para garantir expectativas realistas de formuladores de políticas ou comissários de revisões. Esse aspecto é particularmente importante, dado que o tempo necessário para produzir sínteses rápidas varia muito, e o tempo disponível pode influenciar os métodos usados para agilizar os processos de revisão (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).

2.4.2 EXEMPLOS DE SOLUÇÕES ENCONTRADAS PARA PROBLEMAS ESPECÍFICOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19.

1. A explosão de pesquisas e publicações sobre a COVID-19 no Canadá e em todo o mundo, inclusive no Brasil, exigiu uma capacidade melhorada de apoiar a tomada de decisão baseada em evidências (EIDM-de acordo com a sigla em inglês) (DOBBINS et al., 2021). Um exemplo disso é o Canadá, que está promovendo vários mecanismos para atingir essa meta. Os Centros Colaboradores Nacionais (NCCs) para Saúde Pública são fundamentais para apoiar o EIDM durante a pandemia. Os NCCs, uma rede de redes ancorada em seis centros de conhecimento exclusivos, estão bem conectados a parceiros provinciais, territoriais, locais e internacionais. Em resposta à COVID-19, os NCCs estão dando uma contribuição importante para a construção de conhecimentos, habilidades e capacidade no setor de saúde pública e para apoiar os profissionais de saúde pública na síntese e no uso de conhecimentos baseados em evidências em políticas e práticas;
2. A pandemia da COVID-19 também criou desafios sem precedentes ao cuidado de pessoas que vivem com doença renal (NESRALLAH et al., 2020). Em resposta a uma crescente demanda por informações atualizadas e conselhos baseados em evidências, a Sociedade Canadense de Nefrologia estabeleceu uma Equipe de Resposta Rápida COVID-19, que alavanca as evidências existentes, complementadas pela experiência nacional para informar as práticas de cuidados renais na COVID-19. Em virtude das evidências publicadas serem limitadas e os prazos compactados, as diretrizes de prática clínica formais não foram viáveis. Portanto, adotaram métodos de revisão rápida para fornecer orientação provisória nas áreas prioritárias identificadas. A revisão rápida adotada é uma primeira interação de documentos de orientação que abordam os aspectos clínicos e operacionais do cuidado para pacientes tratados com hemodiálise no centro, pacientes em diálise domiciliar, pacientes com doença renal crônica avançada, pacientes com glomerulonefrite e pacientes com lesão renal aguda. Descrevem-se ainda estratégias para manter o envolvimento contínuo com a comunidade renal para identificar necessidades e perspectivas emergentes à medida que a situação se desenvolve (NESRALLAH et al., 2020).

2.5 Benefícios potenciais, limites e riscos das respostas rápidas

Um dos principais desafios enfrentados pelos produtores de revisões rápidas é atender às necessidades urgentes dos tomadores de decisão e, ao mesmo tempo, manter a robustez metodológica e garantir a validade dos resultados da revisão.

As revisões rápidas ou sínteses rápidas são métodos eficientes para fornecer aos formuladores de políticas e às partes interessadas no sistema de saúde evidências relevantes e de última geração sobre os desafios dos sistemas e políticas de saúde. Têm também grande potencial para atender às necessidades emergentes de evidências contextualizadas para informar as decisões urgentes do sistema de saúde.

As revisões rápidas ou sínteses rápidas de evidências relevantes para políticas e sistemas de saúde também apresentam desafios relacionados ao conhecimento complexo e diverso em jogo. Ao mesmo tempo, essa complexidade é uma oportunidade-chave para o desenvolvimento do campo de revisões rápidas de políticas de saúde e pesquisa de sistemas (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).

- **Aprendizagem mútua**

Como acontece com muitos tipos de revisão, as revisões rápidas têm uma variedade de partes interessadas: as que se envolverão, as que se beneficiarão ou as que serão afetadas pelo processo de uma revisão mais rápida. Essas partes interessadas devem ser mantidas em mente durante o processo de revisão rápida. As principais partes interessadas na utilização do conhecimento são os formuladores de políticas e tomadores de decisão que se beneficiarão com o fácil acesso às evidências para auxiliar no processo de tomada de decisão (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017), e, muitas vezes, essas revisões são coproduzidas por essas partes.

- **Acesso fácil**

Você lembra do *McMaster Health Forum*? Ele introduziu o conceito de *one-stop shop* (“loja de conveniência”) com a ideia de facilitar o acesso por um portal exclusivo para encontrar evidências para políticas e sistemas de saúde chamado [Health System Evidence](#) ([Evidências para Sistemas de Saúde](#)), que tem uma interface também em português.

- **Os intermediários**

Às vezes, o processo de tomada de decisão pode ser facilitado por intermediários do conhecimento (termo proveniente do inglês *knowledge brokers*), que estão cada vez mais se concentrando em revisões rápidas para responder a essas perguntas dos tomadores de decisão. Finalmente, as revisões rápidas ou sínteses rápidas, para fornecer as respostas rápidas, podem ser úteis para outros agentes cujas atividades visam o fortalecimento dos sistemas de saúde, incluindo organizações não governamentais e multilaterais, mídia, associações de pacientes e comunidades (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).

Por outro lado, há alguns problemas que podem aparecer com a falta de uma definição comum adotada internacionalmente para respostas rápidas (HAMEL et al., 2021):

- Para pesquisadores, problemas na construção de estratégias de pesquisa que identifiquem respostas rápidas com precisão.
- Para usuários de resultados de pesquisa em suas decisões, dificuldades de identificar respostas rápidas corretamente. Isso é muito importante, porque não podemos arriscar de usar nas nossas políticas e práticas revisões sistemáticas que não seguem a metodologia

de alta qualidade, recebendo uma nota baixa ou crítica no AMSTAR 2, que é uma lista de checagem de 16 itens para avaliar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas. Cuidado para não comer gato por lebre! É necessário continuar evoluindo a construção de metodologias para as respostas rápidas que usam métodos abreviados transparentes;

- Para os metodologistas, desafios para criarem e definirem padrões metodológicos;
- São chamadas de revisões rápidas um conjunto ainda heterogêneo de produtos com o mesmo nome ou, inversamente, um conjunto homogêneo de produtos com nomes diferentes. O termo *rápido* indica a velocidade com que a revisão é realizada, e não a abreviatura ou omissão das etapas tomadas para conduzir a revisão. Por esse motivo, os pesquisadores sugeriram que outros termos fossem usados, como revisões restritas;
- Por outra parte, aqueles que conduzem revisões rápidas relevantes para a política e sistemas de saúde precisam encontrar um equilíbrio entre *abreviar* ou *acelerar* os métodos de revisão sistemática e manter o rigor metodológico e a transparência das revisões tradicionais;
- A quantidade de estudos recuperados e a qualidade das evidências podem representar desafios importantes que as equipes de revisão devem abordar a fim de reduzir o risco de viés e garantir a validade dos resultados da revisão (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017);
- Finalmente, os países de renda baixa e média enfrentam barreiras importantes relacionadas à capacidade e aos recursos limitados para apoiar a produção e o uso de revisões rápidas.



Saiba mais

Os capítulos 2 e 3 do guia Revisões rápidas para fortalecer a política e os sistemas de saúde: um guia prático da OMS oferece dicas úteis para lidar com essas questões (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017).

2.5.1 ALGUMAS LIMITAÇÕES DAS REVISÕES RÁPIDAS QUE EXISTEM TAMBÉM PARA RESPOSTAS RÁPIDAS

Já sabemos que uma revisão sistemática pode ser realizada de forma rápida e, mesmo assim, manter o rigor metodológico. Existem ferramentas tecnológicas que nos permitem otimizar recursos humanos e agilizar muitos dos processos de uma revisão sistemática que dividem a opinião dos especialistas..

Esses debates são ainda mais complicados na era da pandemia da COVID-19, durante a qual foi destacado que revisões rápidas não podem ser categorizadas simplesmente com base no tempo necessário para completar uma revisão, uma vez que revisões sistemáticas convencionais com muitos recursos são conduzidas em um alto nível, mas rapidamente (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021).

Por outro lado, atualmente, não há evidências padronizadas para avaliar a qualidade metodológica das revisões rápidas, apenas das revisões sistemáticas tradicionais, como ROBIS e AMSTAR-2 (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021).



Vamos aproveitar agora para fazer um breve resumo do que foi apresentado até aqui sobre as metodologias para respostas rápidas.

Vimos que:

- **Não existe uma definição universalmente aceita de respostas rápidas – e principalmente de revisões rápidas –, e há um debate sobre o uso da palavra rápida, com vários sinônimos identificados na literatura;**
- **Não há diretrizes que tornem as respostas rápidas metodologicamente homogêneas, mas, como elas estão sendo cada vez mais utilizadas, o desenho provavelmente será padronizado nos próximos anos. Fique de olho no desenvolvimento dinâmico das revisões rápidas;**
- **As qualidades das revisões rápidas devem ser interpretadas de forma crítica devido às limitações da metodologia. Os autores devem explicar seus métodos, listar os detalhes usados e alertar sobre a possível presença de viés;**
- **As revisões rápidas geralmente alcançam resultados consistentes, como aqueles obtidos por uma revisão sistemática completa, mas possivelmente com menor confiabilidade;**
- **A pandemia da COVID-19 aumentou ainda mais a demanda por revisões rápidas devido à necessidade de fornecer informações urgentes aos tomadores de decisão;**
- **Com o aumento da demanda, tem aumentado constantemente o número de publicações de revisões rápidas – em geral desde 2010 –, muitas vezes mal relatadas, que podem ter problemas metodológicos e vieses, uma vez que muitas vezes não são publicadas em revistas de revisão por pares;**
- **Existem evidências limitadas sobre o impacto relativo de diferentes atalhos metodológicos utilizados que praticamente ainda não foram medidos;**
- **A priorização da pesquisa desempenha um papel fundamental na minimização do desperdício de pesquisa, garantindo que os recursos da pesquisa sejam direcionados para as questões de maior benefício potencial (TAPIA-BENAVENTE et al., 2021)**

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Até aqui, você adquiriu conhecimentos e conceitos básicos selecionados e processou informações que o ajudarão a entender como elaborar respostas rápidas, tema que será abordado de forma prática no Módulo VI.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Devido à complexidade do tema, buscamos nesse espaço apresentar um panorama geral da tradução do conhecimento para prática e, especificamente, das revisões rápidas. Você foi apresentado ao estado da arte dos processos de tradução do conhecimento no mundo. Aprendeu sobre uma área dinâmica, em constante evolução. No entanto, é necessário frequentemente aprofundar questões-chave que são pré-requisitos para que você, trabalhador-estudante, possa estar mais bem preparado para aprender no próximo módulo como elaborar uma resposta rápida.

Portanto, não se acanhe se alguns conceitos foram desafiadores para serem compreendidos e busque nas referências esclarecer suas dúvidas. Assim você continua a se educar a como utilizar as melhores evidências científicas disponíveis na sua prática, seja qual for o seu nível de trabalho, na busca da segurança contra riscos desnecessários, da qualidade, da excelência, da eficácia e da eficiência, sempre comprometido com o benefício das pessoas, sua saúde e bem-estar.

Agora, mãos à obra!

REFERÊNCIAS

BEECHER, C. et al. What are the most important unanswered research questions on rapid review methodology? A James Lind Alliance research methodology Priority Setting Partnership: the Priority III study protocol. *HRB Open Research*, v. 4, n.80, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13321.1>. Acesso em: 16 set. 2021.

BOTELHO, R.G.; OLIVEIRA, C.C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Revista Ciência e Informação*, v.44, n.3, p. 501-513, set./dez. 2015. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1804/3251>. Acesso em 16 set. 2021.

DOBBINS, M. et al. Nimble, efficient and evolving: the rapid response of the National Collaborating Centres to COVID-19 in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, v. 41, n.5, p. 165-170, 2021. Disponível em: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-41-no-5-2021/hpcdp-41-5-03-eng.pdf>. Acesso em 16 set. 2021.

ELLEN, M.E. et al. A knowledge translation framework on ageing and health. *Health Policy*, v. 121, n. 3, p. 282-291, 2017; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851017300027>. Acesso em 16 set. 2021.

FRANCO, J.V.A. et al. Síntesis de información biomédica: revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y estructuras emergentes. *Medwave*, v. 18, n. 7, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Reviews/GeneralReviews/7355.act?ver=sindisenio>. Acesso em 16 set. 2021.

GANANN, R. et al. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Science*, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-5-56>. Acesso em 16 set. 2021.

HABY, M.M. et al. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. *Implementation Science*, v. 11, n.1, p. 1-12, 2016a. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-016-0472-9>. Acesso em 16 set. 2021.

HABY, M.M. et al. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Health Research and Policy Systems*, v. 14, n. 1, p. 1-2, 2016b. Disponível em: <https://health-policysystems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0155-7>. Acesso em 16 set. 2021.

HAMEL, C. et al. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 129, n. 1, p. 74-85, janeiro 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0895435620311276>. Acesso em 16 set. 2021.

HARTLING, L. et al. Fit for purpose: perspectives on rapid reviews from end-user interviews. *Systematic Reviews*. v. 6, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0425-7>. Acesso: 6 out. 2021.

KELLY, S. et al. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: An exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Systematic Reviews*, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0258-9>. Acesso: 16 set. 2021.

KHANGURA, S. et al Rapid review: an emerging approach to evidence synthesis in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, v. 30, n 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/SaraKhangura/publication/259876145_Rapid_review_An_emerging_approach_to_evidence_synthesis_in_health_technology_assessment/links/54e5e1bf0cf2bff5a4f1cbf2/Rapidreview-An-emerging-approach-to-evidence-synthesis-in-health-technology-assessment.pdf. Acesso em 16 set. 2021.

LAVIS, J.N. et al. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, p. 620-628, 2006. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v84n8/v84n8a13.pdf. Acesso em 16 set.2021.

MANSILLA, C. et al. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: lessons learned from a year of coordinated efforts. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 41, n. e36, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2017.v41/e36/en>. Acesso em 16 set. 2021.

NESRALLAH, G. et al. The CSN COVID-19 Rapid Response Program. *Can J Kidney Health Dis*. v. 7, p. 1-4, out. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2054358120949110>. Acesso em 16 set. 2021.

OLIVER, K. et al. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-14-2>. Acesso em: 16 set. 2021.

PATNODE, C.D. et al. The use of rapid review methods for the US Preventive Services Task Force. *American journal of preventive medicine*. v. 54, n.1, p. 1-7, 19-25, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379717304531>. Acesso em 16 set. 2021.

POLISENA; J. et al. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*, v. 4, n. 1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-015-0022-6.pdf>. Acesso 16 set. 2021.

STEVENS, A. et al. Developing PRISMA-RR, a reporting guideline for rapid reviews of primary studies (Protocol). *EQUATOR Network*, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2018/02/PRISMA-RR-protocol.pdf>. Acesso em: 6 set. 2021.

TAPIA-BENAVENTE, L. et al. Rapid reviews: definitions and uses. *Medwave*, v. 21, n. 1, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/revisiones/MetodInvestReport/8090.act?ver=sindisenio>. Acesso em: 16 set. 2021.

TOMA, T. et al. (org). Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42957/2/avaliacao_tecnologia_saudepoliticas_inf_evidencias.pdf. Acesso em: 16 set, 2021.

TRICCO, A.; LANGLOIS, E.; STRAUS, S. (ed.). Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.

WILSON, M.G. et al. Developing a rapid-response program for health system decision-makers in Canada: findings from an issue brief and stakeholder dialogue. *Systematic reviews*, v. 4, n. 25, p.1-11, dez. 2015. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-015-0009-3>. Acesso em: 16 set. 2021.

MINICURRÍCULO DOS AUTORES



EVELINA CHAPMAN

é médica pediatra, com Doutorado em Saúde Coletiva e Metodologia de investigação, e Mestre em Epidemiologia Clínica. Ela foi gestora de programas de Atenção Básica por muitos anos e vice-ministro da saúde a província de Buenos Aires entre 2016-2017. Tem mais de 20 anos de experiência na área clínica e no desenvolvimento de capacidades, principalmente em pesquisa, epidemiologia e, nos últimos 15 anos, em processos de tradução de conhecimento para tomada e decisões no campo clínico, da gestão, políticas e programas de saúde. Por mais de 10 anos, trabalhou na OMS nos Escritórios para as Américas e Europa e continua como consultor apoiando a OPAS em a área de emergência do Washington DC. Tem numerosas publicações técnicas e científicas. Mais informações em ORCID e Scopus.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5979-6718>

Scopus Author ID: 54580684400

Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde
no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais

MÓDULO

PROMOÇÃO E USO DE EVIDÊNCIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

REALIZAÇÃO:
FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

