

11. Busca e uso de evidências sobre condições locais

Simon Lewin^{1}, Andrew D Oxman², John N Lavis³, Atle Fretheim⁴, Sebastian Garcia Marti⁵ and Susan Munabi-Babigumira⁶*

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **11. Finding and using research evidence about local conditions.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S11 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S11.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s11.pdf>

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

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

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

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

5 Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Viamonte 2146, 3rd floor, C1056ABH, Buenos Aires

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

* Autor responsável por comunicações (simon.lewin@nokc.no)

Esta é a tradução de um artigo publicado no Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1).

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

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

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



Resumo

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

Evidências das condições locais são as evidências disponíveis a partir do(s) cenário(s) nos quais uma decisão ou ação será tomada sobre uma política ou programa. Tal evidência é sempre necessária, assim como outras formas de evidências, como apoio na tomada de decisões sobre as opções. Evidência global é o melhor ponto de partida para julgar os efeitos, os fatores que modificam tais efeitos e os insights para abordar e tratar os problemas. Contudo a evidência local é necessária na maioria das outras análises sobre quais decisões e atitudes tomar. Neste artigo, sugerimos cinco questões que ajudarão identificar e avaliar a evidência local necessária como apoio na tomada de uma decisão sobre as opções de políticas ou programas. Estas perguntas são as seguintes: 1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções? 2. Como encontrar a evidência local necessária? 3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível? 4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local? 5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

SOBRE O STP

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

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público sênior e deve apresentar uma proposta para uma nova reforma na área da saúde. Você quer ter certeza de que a proposta estabelece claramente o número de pessoas que provavelmente se beneficiarão com a reforma da saúde, assim como a visão dos grupos interessados relativa à nova iniciativa.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e o Ministro decidiu uma nova reforma na área de saúde. Você recebeu instruções para redigir um documento de base para a reforma e precisa de informações sobre a disponibilidade de recursos para implementar as mudanças necessárias e possíveis barreiras para tal implementação.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que apóia o Ministério da Saúde no uso de pesquisas evidenciadas na formulação de políticas. Você foi comissionado para redigir um documento de base para a nova reforma na área de saúde que poderá afetar o acesso à assistência médica. Você precisa de encontrar informações sobre o acesso à assistência para idosos e para aqueles de baixa renda no seu cenário.

HISTÓRICO

Este artigo sugere uma série de questões na tomada de decisões que (Cenário 1) seus responsáveis poderiam perguntar à sua equipe ao considerar a evidência encontrada e seu uso em condições locais a fim de apoiar as opções de programas e políticas de saúde.

O artigo sugere também uma série de perguntas que aqueles que apóiam tais tomadores de decisões (Cenários 2 e 3) deveriam levar em consideração tanto quando orienta a identificação e avaliação de evidências a partir de seu cenário local para apoiar uma decisão sobre as opções de programas e políticas de saúde, quanto incorpora essa evidência na formulação de políticas.

As evidências deveriam sempre informar as opções sobre as condições locais (doravante denominada evidência local), assim como outras formas de evidência. *Evidência local* – considerada mundialmente como a melhor evidência – é o melhor ponto de partida para analisar os efeitos das opções e os fatores que modificam tais efeitos [2], e os insights para abordar e tratar os problemas. *Evidência local* é necessária na maioria das análises de quais decisões e atitudes deveriam ser tomadas.

A evidência local é a evidência disponível a partir do(s) cenário(s) no(s) qual(is) uma decisão ou atitude será tomada. A palavra ‘local’ nesse contexto se refere ao distrito, região ou nação, dependendo da natureza do assunto da política em questão. Tal evidência poderia incluir informações sobre a presença de fatores modificadores dos impactos de uma política (os *fatores modificadores*). Tais fatores modificadores incluiriam: as características de uma região e daqueles que nela moram ou trabalham; a necessidade de serviços (prevalência, condição ou risco de base); visões e experiências; custos; tradições políticas; capacidade institucional; e a disponibilidade de recursos, como equipe, equipamentos e medicamentos.

Existem várias fontes de evidência local, tais como: dados de rotina (por exemplo, da prevalência de doenças, uso de assistência médica ou custo de serviços); dados de pesquisas (por exemplo, da saúde, demografia e condições familiares); e dados a partir de estudos isolados (por exemplo, ensaios conduzidos no local, estudos sobre a visão de consumidores quanto um determinado assunto e avaliações de custo-benefício). Contudo, geralmente a evidência local é avaliada apenas informalmente, ou diretamente não avaliada, como parte dos processos de formulação de políticas. Em alguns cenários, tais informações podem ser difíceis de ser localizadas ou são de má qualidade. Este artigo apresenta uma abordagem sistemática para buscar, avaliar e incorporar evidências locais na formulação de políticas.

Existem várias maneiras nas quais as evidências locais podem ser usadas (veja a lista de algumas delas na Tabela 1) Por exemplo, os formuladores de políticas podem precisar de evidências locais sobre a prevalência ou magnitude de uma questão de saúde para contextualizar (e dar relevância) a evidência disponível a partir de estudos ou revisões globais conduzidas em outros contextos [3]. (Consulte a discussão desse assunto no caso de tratamento de malária na Tanzânia e no Brasil na Tabela 2) Talvez as evidências baseadas em informações nacionais, regionais ou globais não forneçam uma descrição adequada da situação local. A evidência local poderá ser útil como parte de um processo de cenário prioritário para o desenvolvimento das opções de programas e políticas baseadas em evidências [4]. Talvez, informações sobre os arranjos relativos à

prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica sejam necessárias como apoio para tais decisões. As visões e experiências dos interessados locais, tais como consumidores e profissionais da saúde, relativas a uma determinada opção são, na realidade, uma outra forma importante de evidência local [5,6]. (Veja na Tabela 3 exemplos de como a evidência local tem sido usada na Austrália para avaliar necessidades relacionadas à clínica geral e na África do Sul, com relação às visões sobre o uso de redes tratadas com inseticidas.) Finalmente, informações sobre os custos locais de uma opção e a disponibilidade de recursos são essenciais na tomada de decisões na implementação e no planejamento de opções [7-9]. (Veja exemplos referentes a essa questão na África do Sul, no Chile e nos Estados Unidos nas Tabelas 4 e 5.)

Evidências locais poderão apoiar todos os estágios do processo de formação de políticas. Por exemplo, uma evidência local pode colocar um assunto em questão na agenda política e assim ajudar a estabelecer metas. Uma evidência local poderá também ser usada por diferentes interessados e grupos de interesse para influenciar na decisão de uma determinada opção. A Shack Dwellers Federation da Namíbia, por exemplo, apóia as associações locais dos moradores de cabana na arrecadação de informações sobre as condições sócio-econômicas de seus membros e de outros residentes e sobre a disponibilidade de serviços locais essenciais. Tais informações têm sido úteis na identificação das necessidades locais, assim como para dar voz aos grupos locais nos debates do governo sobre a formação de políticas. Os grupos locais também usam essas informações para influenciar os políticos e funcionários públicos municipais para melhorar a qualidade da prestação de serviços em suas regiões e para aumentar o acesso de terras para habitação [10].

Além de apoiar diretamente as decisões sobre as opções, a evidência local pode contribuir na monitoração dos efeitos de um programa ou política ao longo do tempo a fim de avaliar se os impactos esperados permanecem [11]. (Veja a discussão na Tabela 6 do uso de evidência local na monitoração e avaliação do tratamento anti-retroviral, na África do Sul.) Quando os dados são levantados de forma rotineira, algum nível de análise retrospectiva é possível e pode propiciar uma base contra a qual novos programas poderão ser avaliados. A evidência local pode também ser útil em demonstrar tendências dos efeitos de um programa em pequenas áreas geográficas, tais como vizinhanças e distritos, e elucidando as diferenças na implementação ou aceitação. Os formuladores de políticas também consideram os impactos de um programa em determinados grupos, como populações vulneráveis ou minorias. A evidência local pode também ser útil ao analisar se os recursos dos programas foram distribuídos equitativamente e se um programa está sendo implementado de forma a promover a equidade (veja, por exemplo, referência [12]).

Os formuladores de políticas precisam ser cuidadosos quando usam apenas a evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções de um programa ou uma política. A evidência local pode ser diretamente mais relevante do que os estudos conduzidos em

outros contextos, mas, por outro lado, pode ser menos confiável devido a limitações significativas nos estudos realizados no local. Além disso, mesmo quando as avaliações locais são confiáveis, podem ser enganosas devido a erros aleatórios. Análises sobre a possibilidade da base de uma conclusão ser um subsistema de avaliações relevantes (realizadas no local) ou evidências globais (inclusive estudos relevantes realizados em outros cenários) recebem maior apoio no contexto de uma revisão sistemática de *todas* as avaliações relevantes [2].

Quando uma revisão sistemática não estiver disponível e não for viável conduzi-la ou comissioná-la, será possível usar somente a evidência local como apoio na tomada de decisões sobre as opções [13]. Nestes casos, os formuladores de políticas deveriam estar cientes dos riscos de tal procedimento, em especial quando a avaliação local tiver limitações significativas (riscos tendenciosos) ou for pequena (e, conseqüentemente, os resultados forem imprecisos). Contudo, em circunstâncias (relativamente incomum) nas quais avaliações rigorosas, diretamente relevantes e grandes do impacto local estiverem disponíveis [14], tal evidência poderá ser ideal como apoio para as decisões.

Como todas as outras formas de evidência, a confiabilidade da evidência local precisa ser avaliada. Neste trabalho, sugerimos cinco questões que poderão ajudar a identificar e avaliar a evidência local necessária como apoio para uma decisão sobre as opções.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As cinco perguntas abaixo poderão orientar os formuladores de políticas e outros interessados identificar as prováveis opções de programas e políticas e encontrar as respectiva evidências. A Figura 1 mostra a relação entre tais questões:

1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções?
2. Como encontrar a evidência local necessária?
3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível?
4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local?
5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

1. Qual evidência local é necessária para apoiar uma decisão sobre opções?

Talvez, uma variedade de evidências locais seja necessária como apoio para uma decisão sobre opções (veja exemplos de uso de evidência local em diferentes estágios do processo de formação de políticas nas Tabelas 1 a 8). A evidência necessária dependerá da natureza da opção ou questão sendo considerada, do contexto e da disponibilidade das diferentes formas de evidências locais.

2. Como encontrar a evidência local necessária?

Evidências locais podem ser encontradas a partir de sistemas rotineiros da área da saúde, pesquisas amplas ou estudos que podem ser desagregados ou a partir de estudos específicos que levantaram ou analisaram os dados locais. Abaixo, discutiremos cada um deles em detalhes.

Assim como os processos relacionados a evidências de efeitos globais [15], os processos de busca de evidência local e de análise de sua inclusão e avaliação deveriam ser sistemáticos (por exemplo, os processos sistemáticos deveriam ser usados para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada apropriadamente) e relatados de forma transparente. O uso seletivo da evidência local (as vezes denominada ‘escolha a dedo’) para demonstrar a utilidade de uma determinada opção, deveria ser evitado pois poderá resultar na omissão ou negligência de informações ou de dados significativos durante a tomada de decisões. Por exemplo, incluir apenas as maiores estimativas do tamanho de um problema, tal como a quantidade de crianças cujas carteiras de vacinação não foram devidamente preenchidas, causará um entendimento pobre de um problema, como a vacinação incompleta. Poderá também resultar em recursos escassos sendo usados em intervenções desnecessárias, que não atendem as necessidades locais ou que não sejam necessários na extensão para a qual foram providos. Se as maiores estimativas forem usadas na proporção de crianças que não cumprem seu programa de vacinação a fim de apoiar uma decisão referente a opções, por exemplo, um número de recursos sendo usados em programas de vacinação poderá ser maior do que realmente é necessário. Da mesma forma, confiar apenas nos dados de cobertura média de imunização em uma população numerosa poderá ser inadequado. Tais evidências poderão ocultar grandes desigualdades na cobertura de grupos ou regiões específicas.

Uma grande variedade de evidências poderá estar disponível, mas isso não significa que tal disponibilidade esteja na forma adequada para tratar da política em questão. Por exemplo, os dados podem ser disponibilizados a partir de pesquisas sobre acesso doméstico a diferentes formas de instalações sanitárias, tais como descargas ou latrinas. Contudo, esses dados podem não ter sido analisados com o nível de agregação necessário, tal como uma determinada região ou distrito de saúde, e talvez não indiquem se as instalações sanitárias foram operacionais. Entretanto, talvez seja necessário realizar uma análise mais detalhada dos dados disponíveis ou fazer suposições sobre a aplicabilidade dos dados a uma determinada política em questão. Discutiremos esses aspectos nas Questões 4 e 5 abaixo.

Dados locais coletados a partir do sistema de informações de saúde rotineiro:

As autoridades da área de saúde em âmbito nacional, distrital ou outros (ou outras organizações no sistema de saúde) geralmente coletam dados de forma rotineira sobre vários assuntos, inclusive [16]:

- *Fatores de risco*: Tais como nutrição e pressão sanguínea
- *Mortalidade e ônus da doença*: Isso inclui resultados na saúde como mortalidade infantil, resultados no tratamento de tuberculose, mortes perioperatórias, doenças infecciosas e notificações de câncer
- *Cobertura do serviço de saúde*:
 - Cobertura de serviços ou intervenções clínicas, tais como vacinação infantil ou taxas de triagem cervical
 - Informações sobre a utilização de serviços médicos, como período de internação hospitalar, número de pacientes ambulatoriais com casos específicos de saúde e medicamentos administradas
 - Pesquisas de rotina sobre a satisfação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos
- *Recursos do sistema de saúde*:
 - Despesas com assistência médica conforme vários programas e centros de custos
 - Dados do departamento de recursos humanos, tais como números e graduação da equipe em diferentes instalações e programas, programas de desenvolvimento de equipes e ausência de equipes
 - Dados de desempenho clínico, tais como taxas de infecções pós-cirúrgicas, tempo de tratamento de pessoas com infartos do miocárdio
 - Diretrizes usadas na prestação de cuidados médicos
 - Adesão às diretrizes na prestação de cuidados médicos
- *Desigualdades em assistência médica e resultados da saúde*

Em algumas das fontes mencionadas talvez seja possível desagregar os dados de grupos específicos, tais como gênero ou idade, ou de determinadas regiões locais, como vizinhanças ou municípios [2]. Os dados a partir de sistemas rotineiros de informações de saúde talvez não tenham sido analisados sistematicamente e os recursos consideráveis talvez sejam necessários para realizar tal análise.

O Health Information Departments of Ministries of Health, National Statistics Offices e autoridades locais da saúde são bons pontos de partida para identificar as fontes locais de dados de rotina. Esses departamentos, publicam cada vez mais listas de dados que captam da Internet e analisam. Muitos também realizam estatísticas de sumários com certa regularidade. O Departamento de Saúde da cidade de Cape Town na África do Sul, por exemplo, publica informações em seu website por sub-distrito de alguns indicadores de saúde, tais como números de nascimentos, mortalidade de recém nascidos e de crianças, resultados de tratamentos de casos de tuberculose (veja: www.capetown.gov.za/en/cityhealth/Pages/CityHealth.aspx). A Association of Public Health Observatories também fornece dados dos principais indicadores para cada autoridade local na Inglaterra (veja: www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES). As instituições locais de pesquisas, organizações não governamentais de saúde (ONGs) ou os escritórios de agências bi ou multilaterais, tais como os escritórios nacionais da OMS também

poderão sugerir fontes locais de dados coletados de forma rotineira. Algumas bases de dados poderão incluir evidências locais úteis, por exemplo, relacionadas a preços locais de medicamentos, sua disponibilidade e o uso de outras tecnologias. Em geral, as autoridades locais de saúde deveriam ter uma visão geral das fontes locais de dados coletados de forma rotineira. Talvez os formuladores de políticas queiram se familiarizar com isso.

Dados a partir de grandes estudos ou fontes que podem ser desagregados ao âmbito local

Fontes importantes de dados incluem grandes pesquisas ou estudos como censos nacionais, pesquisas regionais de acesso a instalações básicas e pesquisas nacionais demográficas de saúde. Para algumas dessas fontes, a desagregação para a cidade ou estado é possível ou pode já ter acontecido. Por exemplo, o site da Neighbourhood Statistics do United Kingdom Office for National Statistics (veja: www.neighbourhood.statistics.gov.uk/Dissemination) permite que seus usuários busquem estatísticas de uma área acessando com o nome ou código postal. Uma grande variedade de dados encontra-se disponível, incluindo acesso a serviços, crime e segurança, saúde em geral e gravidez na adolescência. Da mesma forma, o site da Statistics South Africa inclui informações sobre uma grande variedade de tópicos desagregados no âmbito provincial. Por exemplo, isso inclui busca de informações, baseadas em dados a partir de pesquisa doméstica nacional, sobre a cobertura de segurança de saúde e de consultas de serviços de saúde (veja: www.statssa.gov.za).

Para outros conjuntos de dados, uma análise apropriada do nível local pode não ser realizada de forma habitual. Contudo, isso é viável quando os dados são identificados por área geográfica. A agência que conduziu a pesquisa ou a que recebeu esses dados deveria estar apta a dizer se uma outra desagregação por local é possível. Como esse processo de análise detalhada é mais complexo, geralmente recomenda-se um apoio estatístico. Alguns dados em saúde, como serviços de tratamento para infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, podem ser considerados precisos por natureza. Contudo, talvez não seja possível obter dados desagregados por local se as agências que recebem tais dados precisarem garantir que determinados indivíduos não possam ser identificados a partir das informações colocadas em domínio público.

Estudos específicos que coletam e analisam dados em áreas locais

Um grande número de estudos de pesquisa coleta, analisa e relata os dados concentrados em uma área local, tal como um estado ou uma cidade. Tais estudos podem utilizar uma grande variedade de métodos de análise e coleta de dados. Os estudos que apresentam dados em uma área local podem ser posicionados de várias formas:

- Pesquisando (preferencialmente com a ajuda de um especialista em informações) bases de dados globais de trabalhos de pesquisa publicados, tais como PubMed, a

Cochrane Library (Biblioteca Cochran) ou as bases de dados regionais da OMS (por exemplo, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Database, Ciências de Saúde do Caribe e da América Latina), usando termos geográficos, como 'Caracas' ou 'Buenos Aires'. PubMed inclui um *hedge*, ou estratégia de procura validada que permite aos usuários pesquisar bases de dados administrativas, realizar pesquisas na comunidade e estudos qualitativos (que podem ser úteis para fornecer informações sobre padrões de utilização e sobre visões e experiências, por exemplo). Encontra-se disponível em:

www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html

- Pesquisando (preferencialmente com a ajuda de um especialista em informações) fontes de literatura 'cinza' ou não publicada, como Google Scholar, o WHO Library Information System (<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirs/Mon+May++4+21:00:46+MEST+2009/0/49>) e OpenSIGLE (Sistema de informações sobre literature cinza na Europa: <http://opensigle.inist.fr>). Muitos estudos locais, como pesquisas operacionais em serviços de saúde, são publicados como relatórios na Web, mas podem não ser publicados em revistas científicas. A literatura cinza é, então, uma boa fonte de tais evidências
- Entrando em contato com pesquisadores nas universidades, institutos de pesquisa ou departamentos de saúde ou ainda redes locais de pesquisa para informações relevantes, inclusive relatórios de estudos não publicados
- Entrando em contato ou pesquisando recursos dos observatórios de saúde, como o European Observatory on Health Care Systems (www.euro.who.int/observatory), o International Observatory on Mental Health Systems (www.cimh.unimelb.edu.au/iomhs) ou o Africa Health Workforce Observatory (www.afro.who.int/hrh-observatory)

3. Como avaliar a qualidade da evidência local disponível?

Como todas as outras formas de evidência, a *qualidade* da evidência local precisa ser avaliada. Quando a qualidade dos dados é baixa, a interpretação pode se tornar difícil e corre-se o risco de chegar a conclusões erradas. Quando a evidência local é levada em consideração, talvez seja útil fazer a diferença entre *dados* (por exemplo, produto não processado de medidas e observações) e *informações* (por exemplo, dados organizados ou analisados em relação a uma determinada questão ou assunto e, conseqüentemente, mais úteis na tomada de decisões [17]). Alguns dos prováveis problemas com as evidências locais relacionados aos dados (por exemplo, a maneira como as medidas foram realizadas). Outros se referem a *como* esses dados são transformados em informações (por exemplo, como parte do processo de análise).

Vários fatores podem comprometer a qualidade da coleta de dados locais de maneira habitual. Funcionários da assistência médica que coletam e agregam dados, por exemplo, podem ter sido indevidamente treinados para tal tarefa. Da mesma forma, se não recebem um feedback em tempo hábil, podem não entender a utilidade dos dados

no apoio à prestação de serviços. A entrada de dados pode também competir com um grande número de outras atividades de assistência em clínicas ou hospitais e o controle de qualidade central pode apresentar-se inadequado [18]. Problemas referentes a qualidade de dados pode ser difícil de retificar quando tais dados já foram coletados. Porém, talvez seja mais fácil retificar as informações inadequadas refazendo a análise. Os sistemas de coleta de dados locais poderiam perfeitamente ser projetados para oferecer um feedback útil e em tempo hábil para aqueles que coletam tais dados.

A maior parte das evidências usadas para apoiar as decisões sobre as opções é *descritiva* (por exemplo, inclui sumários simples de amostras, medidas ou resultados de dados) em vez de *comparativa* (por exemplo, baseada na comparação de um conjunto de dados com outro, por exemplo por região ou por trabalho excedente). Existem algumas exceções, como evidências de desigualdades que fiam-se em comparações.

A natureza descritiva da maioria das evidências locais tem implicações na avaliação de sua qualidade. No caso de estudos comparativos, a avaliação da qualidade se concentra principalmente nos riscos tendenciosos (por exemplo, o risco de “erro sistemático ou desvio da verdade nos resultados ou riscos de interferência” [19]). Ao passo que questões importantes para a avaliação da qualidade local incluem (adaptado de [11]. Veja também na Tabela 9 um sumário das questões que podem ser usadas como diretrizes para avaliar a qualidade da evidência local):

- *A evidência é representativa?* Essa questão visa descobrir se a evidência realmente representa a população em geral, origem de tal evidência ou para quem os dados encontrados são generalizados. Existem vários componentes para esta questão: Primeiramente, a descrição da fonte da evidência é clara? Em segundo lugar, se a evidência é extraída de uma amostra da população de interesse, existe uma descrição clara de como a amostragem foi conduzida e de que a abordagem de tal amostragem foi usada apropriadamente? Em terceiro lugar, há uma descrição de como quaisquer interferências ou generalizações foram feitas em uma população maior?
- *A evidência é precisa?*Essa pergunta questiona se os dados disponíveis combinam ou têm probabilidade de combinar com o valor real do resultado medido. O usuário, quando tratar dessa questão, poderá considerar se existem descrições claras dos processos através dos quais os dados foram coletados. Os assuntos a serem tratados incluem: quem coletou os dados e se foi devidamente treinado e recebeu o apoio necessário para essa função, quais ferramentas foram usadas na coleta de dados, quando os dados foram coletados, se a qualidade dos dados coletados foi monitorada, como a análise foi feita (se os métodos da análise foram relatados claramente) e se as limitações dos dados foram discutidas

- *Os resultados relevantes foram relatados?*Essa pergunta questiona se as medidas relatadas nos dados (tais como, resultados do tratamento ou medidas de utilização na saúde) são adequadas para tratar a questão para a qual os dados serão usados. Ao tratar essa questão o usuário poderá considerar se existe uma descrição clara do resultado ou resultados medidos, se eles são confiáveis e se tais resultados propiciam uma avaliação razoável da questão da saúde. Se a preocupação dos formuladores de políticas for, por exemplo, a forma como melhorar a qualidade da assistência para portadores de tuberculose, o resultado do tratamento para tuberculose relatado de forma habitual poderá ser uma medida útil. Isso ocorre porque a conclusão do tratamento de tuberculose estará provavelmente relacionada com a qualidade de assistência recebida pelos pacientes

4. Existem variações importantes na disponibilidade, qualidade ou resultados da evidência local?

Durante a avaliação e uso da evidência local, é importante estar ciente de que algumas variações poderão ocorrer quanto a sua disponibilidade, qualidade ou resultados. Cada um desses assuntos é discutido abaixo.

Disponibilidade: grandes variações sempre ocorrem na extensão ou profundidade da evidência local disponível nas áreas geográficas, jurisdições ou grupos populacionais. Em muitas situações, essa variação pode simplesmente refletir as diferenças nas políticas ou na capacidade das autoridades de saúde ou de outras agências em diferentes jurisdições ou regiões. Em outros casos, no entanto, as variações de disponibilidade da evidência local em grupos ou regiões podem refletir outras desigualdades implícitas. Isso pode incluir o baixo acesso que certos grupos têm a instalações de saúde ou falhas de pesquisas para incluir grupos de difícil acesso, tais como populações migrantes, as que falam outras línguas ou aquelas que moram em áreas remotas ou assistidas precariamente. Os grupos que são estigmatizados em razão da orientação sexual ou etnia, por exemplo, ou porque são considerados como migrantes ilegais, também podem estar relutantes em identificar-se como que pertencendo a esses grupos na coleta de dados [20,21]. Talvez exista pouca evidência local disponível relacionada a esses grupos e a coleta de tais dados pode significar um desafio. Aqueles que usam dados locais precisam investigar os motivos das variações quanto à sua disponibilidade e considerar tais fatores no processo de tomada de decisões.

A disponibilidade pode ser limitada de outras formas. Primeiramente, a evidência pode estar disponível a partir de uma única fonte, tornando dessa forma difícil a confiabilidade das informações cruzadas. Em segundo lugar, as informações podem estar disponíveis em uma região grande que inclui a região de interesse político, mas de forma tal que não permite que as informações da região local sejam separadas de um conjunto de dados mais amplo. Em terceiro lugar, os formuladores de políticas podem ter acesso a dados de boa qualidade a partir de uma determinada vizinhança e então

avaliar a extensão em que esses dados podem ser generalizados na região de interesse. Finalmente, a evidência local pode estar disponível apenas como um indicador de avaliação relacionado a um assunto de saúde. Por exemplo, os formuladores de políticas na Colômbia solicitaram dados sobre o número de hospitalizações de portadores de meningite, mas tal informação não se encontrava disponível de forma habitual. Contudo, o número de óbitos por meningite na Colômbia estava disponível a partir do sistema de informações WHOSIS (<http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm>). Além disso, os dados sobre as taxas de mortalidade por meningite foram disponibilizados a partir de uma fonte local (www.scielo.br/pdf/rsap/v8s1/v8s1a04.pdf). A partir desses dois conjuntos de dados é possível estimar o número total de casos de meningite no país.

Qualidade e resultados: as diferentes fontes de evidência local podem se diferenciar em qualidade. Além disso, a qualidade de evidência local pode ser diferente daquela de outras formas de evidência usada na tomada de decisões. Por exemplo, um estudo de rotina sobre dados de malária em Moçambique comparou registros de municípios baseados em registros de casos de adultos internados por malária e mortes com dados digitais capturados a nível estadual. Grandes discrepâncias entre essas fontes de dados foram identificadas (uma diferença de 62% em casos e de 48% em óbitos). Os autores sugerem que tais variações possam estar relacionadas a erros no processo de entrada de dados estaduais [22]. Tais diferenças na qualidade de dados deveriam ser explicitamente consideradas no processo de tomada de decisões.

As variações de resultados de evidência local em uma determinada questão de saúde nas fontes de evidência local podem ocorrer por várias razões, entre elas:

- Diferenças no modo no qual a questão foi definida e medida nas fontes
- Diferenças entre os indivíduos, grupos ou outras entidades sobre os quais os dados foram coletados nas fontes
- Diferenças nos comparadores usados
- Diferenças (onde aplicável) nas intervenções realizadas
- Diferenças no modo no qual os dados foram coletados e analisados nas fontes

Ao considerar tais variações, os usuários de tais dados deveriam analisar as seguintes questões:

- A variação é importante da perspectiva da política ou clínica?
- Se a variação for importante, é clara a explicação razoável a partir das fontes de dados ou uma explicação razoável pode ser hipotética (por exemplo, diferenças em recrutamento, medidas, análise etc.)?
- Existem outras fontes de informação com as quais a evidência local pode ser comparada?

Os usuários de dados deveriam documentar quaisquer decisões tomadas relacionadas à interpretação da evidência e deveriam observar as dúvidas, conforme discutido abaixo:

5. Como incorporar a evidência local a outras informações?

As decisões políticas exigem uma combinação de *evidência global* (a melhor evidência disponível no mundo) – de preferência a partir de revisões sistemáticas – e diferentes tipos de *evidência local*, suposições e análises. Quando a evidência local é crucial para a decisão de uma política (por exemplo, poderá influenciar uma decisão em uma direção ou outra) é importante:

- Descrever a abordagem usada para *identificar* a evidência local. Uma abordagem sistemática para abordar tal evidência deveria perfeitamente ser usada
- Descrever a abordagem usada para *avaliar* a evidência local. Como observado anteriormente, uma abordagem sistemática para avaliar a evidência é recomendada. A realização de atalhos ou suposições necessários ou o uso de observações informais deve ser feita de forma transparente
- Descrever claramente qual evidência local está sendo usada e qual é a sua origem. Isso deveria incluir detalhes relacionados a grupos ou comunidades específicos de onde a evidência é extraída. Na medida do possível, os documentos e demais fontes deveriam ser mencionados e disponibilizados para aqueles envolvidos no processo de tomada de decisões
- Descrever falhas ou dúvidas importantes nas evidências devido à falta de informações ou à qualidade escassa. Um estudo sobre o uso de dados disponíveis a partir do Australian Childhood Immunization Register nacional, por exemplo, descobriu desafios no uso dessa fonte para medir, de forma adequada, as taxas e os resultados de imunização em determinadas populações, tais como grupos indígenas distantes [13]. Dúvidas semelhantes foram relatadas no LMICs [23,24]. Talvez existam dúvidas nas evidências devido a dados conflitantes entre os diferentes conjuntos de evidência local. Por exemplo, taxas de mortalidade hospitalar, taxas de complicações ou períodos de permanência em terapia intensiva podem avaliar a qualidade de assistência cirúrgica. Estudos encontraram uma baixa correlação entre esses diferentes indicadores [18,25,26]. Consequentemente, deve ser difícil decidir qual conjunto de dados melhor reflete a ‘real’ qualidade dos atendimentos cirúrgicos em um hospital ou uma região e, portanto, que conjunto de dados deveria ser usado para apoiar a elaboração de políticas. A aplicabilidade de evidências locais a determinados subgrupos populacionais pode ser incerta também. Por exemplo, evidências locais sobre taxas de gravidez na adolescência podem estar disponíveis para a população em geral mas não por subgrupos populacionais (por exemplo, por etnia ou idioma)
- Finalmente, é importante identificar e analisar quaisquer diferenças entre os dados encontrados a partir de uma evidência *global* e aqueles obtidos de uma evidência *local*. Por exemplo, a evidência global sugere que funcionários leigos da saúde podem oferecer ajuda efetiva para melhorar o entendimento sobre imunidade em crianças [27]. Contudo, a evidência local poderá analisar se, por outro lado, existe uma visão local forte de que pessoas leigas não estejam qualificadas para dar assistência de saúde. Nessas situações, promover tal estrutura localmente seria

menos eficaz. Tal evidência local poderá gerar uma menor confiabilidade (por exemplo, dúvidas maiores) quanto à aplicabilidade da evidência global no caso de funcionários leigos da saúde no entendimento da imunização, embora a revisão ainda possa ser vista como a melhor estimativa disponível de efetividade. Deve-se ter cuidado na aplicação de uma evidência econômica a partir de outros cenários a uma determinada jurisdição, uma vez que o custo relativo de alguns dados possa variar muito. Por exemplo, os custos relativos a recursos humanos geralmente variam localmente, ao passo que os custos farmacêuticos entre cenários podem ser semelhantes

Um bom entendimento do contexto e das condições locais pode ser de grande utilidade na interpretação tanto das evidências locais como das globais [28]. Elementos-chave que deveriam ser considerados em um contexto incluem: o contexto físico (como instalações de saúde, cadeias de suprimentos, sistemas bancários etc.), recursos humanos, conhecimento (inclusive a habilidade para implementar uma política ou uma intervenção), o contexto sócio-cultural (inclusive assuntos, tais como sistemas de crenças, valores, corrupção etc.) e contextos políticos. Ferramentas, como mapeamento político, podem ser úteis para desenvolver o entendimento do contexto político [29,30].

Abordagens, tais como avaliações rápidas, podem ser usadas unir a variedade de dados diferentes disponíveis a nível local e global a fim de tratar da questão de uma determinada política. Essa abordagem, por exemplo, tem sido usada para reunir dados relativos a administração da assistência a diabetes na Geórgia e em Kyrgyzstan [31,32]. A evidência local, assim como uma avaliação de seu grau de confiabilidade, pode ser também incorporada a resumos de políticas e a vários outros documentos usados como apoio no processo de elaboração de uma política. Analisaremos detalhadamente o uso de resumos de políticas em outro momento [33].

CONCLUSÃO

A evidência local pode apoiar todas as etapas do processo de uma política – desde sua influência na agenda da política até a formação das escolhas dos programas e monitoração da sustentabilidade do programa (ver na Tabela 10 exemplos dos tipos de evidência local que podem ser relevantes em determinadas questões de uma política). Evidências locais podem ser encontradas a partir de sistemas rotineiros da área da saúde, de pesquisas amplas ou de estudos que podem ser desagregados ou a partir de estudos específicos que levantaram ou analisaram os dados a nível local. Tanto a evidência necessária quanto a evidência disponível dependerão da natureza do assunto da política em questão e do contexto.

Em vários cenários, alguns passos devem ser seguidos para melhorar a qualidade e uso dos dados sobre as condições locais. Esse processo poderá incluir a motivação de coletores de dados garantindo que tais informações lhes sejam úteis e o retorno rápido.

Talvez seja necessário garantir também que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam conheçam as fontes de dados sobre as condições locais. Como todas as outras formas de evidência, a qualidade da evidência local precisa ser avaliada. Os formuladores de políticas precisam ser cuidadosos quando usam apenas a evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções de um programa ou uma política. A evidência local pode ser diretamente mais relevante do que os estudos conduzidos em outro lugar. Contudo, pode ser menos confiável devido a limitações importantes de estudos conduzidos localmente.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

WHO. World Health Statistics. Indicador de compendium (versão interina). Geneva: World Health Organisation. 2009.

www.who.int/whosis/indicators/WHS09_IndicatorCompendium_20090521.pdf

A rede da 'Creating Excellence no Reino Unido produziu um pequeno guia de evidências locais e um kit de ferramentas para reunir e analisar dados a nível local.

www.creatingexcellence.org.uk/regeneration-renewal-news262.html

Department for Education and Skills. Using local evidence. A leaflet for service managers, planners and commissioners.

www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/download/?id=5728

Links para websites

WHO Statistical Information System (WHOSIS): www.who.int/whosis/en – uma base interativa de dados que reúne estatísticas principais de saúde para os 193 Estados-membros da OMS. Compreende mais de 100 indicadores de categorias importantes que podem ser acessados através de uma procura rápida ou de tabelas definidas pelo usuário

African Index Medicus: <http://indexmedicus.afro.who.int> – um índice internacional da literatura africana de saúde e de fontes de informações produzida pela OMS em colaboração com a Association for Health Information and Libraries in Africa. Este índice fornece acesso a informações publicadas em ou referentes a África que podem ser acessadas gratuitamente

The Cochrane Library:

www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME – A Cochrane Library contém evidências independentes de alta qualidade para apoiar tomadas de decisões relativas à assistência de saúde. Essa biblioteca inclui evidências confiáveis a partir da Cochrane e de outras revisões sistemáticas e ensaios clínicos. As revisões da Cochrane oferecem resultados combinados dos melhores estudos de pesquisa médica do mundo e são reconhecidas como o padrão de ouro em assistência médica baseada em evidências

PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed – a base de dados PubMed contém mais de 19 milhões de citações de artigos biomédicos de uma grande variedade de revistas indexadas; essa base de dados pode ser acessada gratuitamente

Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics/en – uma parceria global de fortalecimento do sistema de informações de saúde. O site fornece uma variedade de ferramentas e informações de apoio ao fortalecimento do sistema de informações de saúde

Dados demográficos e de pesquisa de saúde: www.measuredhs.com – o programa demográfico e de pesquisas de saúde coletou, analisou e disseminou dados sobre população, saúde, HIV e nutrição por meio de mais de 200 pesquisas em mais 75 países. O site oferece uma variedade de dados disponíveis gratuitamente a partir dessas pesquisas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

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

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:I1).
2. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S1).
3. McLaren L, Ghali LM, Lorenzetti D, Rock M: **Out of context? Translating evidence from the North Karelia project over place and time.** *Health Educ Res* 2007, 22:414-24.
4. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S3).
5. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al: **Systematic review of involving patients in the planning and development of health care.** *BMJ* 2002, 325:1263.
6. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M: **Lessons from local engagement in Latin American health systems.** *Health Expect* 2007, 10:407-18.
7. Brunetti M, Oxman A, Pregno S, Lord J, Shemilt I, Vale L, et al: **GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use.** *J Clin Epidemiol* . 2009. In Press
8. Hoffmann C, Stoykova BA, Nixon J, Glanville JM, Misso K, Drummond MF: **Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities.** *Value Health* 2002, 5:71-8.
9. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S10).
10. UN Habitat: *Partnership between shack dwellers and a local NGO housing lobby group, Windhoek, Namibia.* UN Habitat and the Together Foundation: Best Practices Database. 2002.
11. The South West Centre for Sustainable Communities: *Local evidence guide. A guide to finding local data and statistics in the South West.* [http://www.creatingexcellence.org.uk/ceimages/CE_LocalEvidenceGuide.pdf]. Creating: Excellence. 2008.
12. Mindell J, Klodawski E, Fitzpatrick J: **Using routine data to measure ethnic differentials in access to coronary revascularization.** *J Public Health* 2008, 30:45-53.
13. Morrato EH, Elias M, Gericke CA: **Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA.** *J Public Health* 2007, 29:463-71.

14. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S18).
15. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S7).
16. World Health Organization (WHO): *World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version)*. Geneva, World Health Organisation. 2009.
17. Ackoff RL: **From data to wisdom.** *Journal of Applied Systems Analysis* 1989, **15**:3-9.
18. Powell AE, Davies HT, Thomson RG: **Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls.** *Qual Saf Health Care* 2003, **12**:122-8.
19. Higgins JPT, Green S: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated September 2008]*. The Cochrane Collaboration; 2008.
20. Hajioff S, McKee M: **The health of the Roma people: a review of the published literature.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54**:864-9.
21. Meyer IH: **Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health?** *Am J Public Health* 2001, **91**:856-9.
22. Chilundo B, Sundby J, Aanestad M: **Analysing the quality of routine malaria data in Mozambique.** *Malar J* 2004, **3**:3.
23. Bosch-Capblanch X, Ronveaux O, Doyle V, Remedios V, Bchir A: **Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries.** *Trop Med Int Health* 2009, **14**:2-10.
24. Lim SS, Stein DB, Charrow A, Murray CJ: **Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage.** *Lancet* 2008, **372**:2031-46.
25. Hartz AJ, Kuhn EM: **Comparing hospitals that perform coronary artery bypass surgery: the effect of outcome measures and data sources.** *Am J Public Health* 1994, **84**:1609-14.
26. Iezzoni LI: **Using risk-adjusted outcomes to assess clinical practice: an overview of issues pertaining to risk adjustment.** *Ann Thorac Surg* 1994, **58**:1822-6.
27. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1**:CD004015.
28. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S9).
29. Hawkes S, Miller S, Reichenbach L, Nayyar A, Buses K: **Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**:417-23.

30. Reich M: *Political mapping of health policy: a guide for managing the political dimension of health policy*. Boston: Harvard School of Public Health; 1994.
31. Balabanova D, McKee M, Koroleva N, Chikovani I, Gogvadze K, Kobaladze T, et al: **Navigating the health system: diabetes care in Georgia**. *Health Policy Plan* 2009, **24**:46-54.
32. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J: **The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan**. *Int J Health Plann Manage* 2004, **19**:43-61.
33. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking**. *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S13).
34. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem**. *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S4).
35. Mubyazi GM, Gonzalez-Block MA: **Research influence on antimalarial drug policy change in Tanzania: case study of replacing chloroquine with sulfadoxine-pyrimethamine as the first-line drug**. *Malar J* 2005, **4**:51.
36. Pan American Health Organization (PAHO): *Informe Regional de SIREVA II: datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis en procesos invasores, 2000-2005*. Washington, DC, Pan American Health Organization. 2007.
37. Consumers' Health Forum of Australia: *Consumers' Expectations of General Practice in Australia*. Deakin, Consumer's Health Forum. 1999.
38. Cliff J, Lewin S, Woelk G, Fernandes B, Sharp B, Daniels K, et al: **Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe**. *Health Policy and Planning* 2009, Submitted.
39. Mnzava AEP, Ntuli MV, Sharp B: **House replastering as a reason to shift from DDT spraying to synthetic pyrethroids**. *South African Medical Journal (Public Health)* 1998, **88**:1024-8.
40. Dick J, Henchie S: **A cost analysis of the tuberculosis control programme in Elsies River, Cape Town**. *S Afr Med J* 1998, **88**:380-3.
41. Keating KM, Brewer NT, Gottlieb SL, Liddon N, Ludema C, Smith JS: **Potential barriers to HPV vaccine provision among medical practices in an area with high rates of cervical cancer**. *J Adolesc Health* 2008, **43**:S61-7.
42. Ndlovu N, Daswa R: *Monitoring AIDS Treatment Rollout in South Africa: Lessons from the Joint Civil Society Monitoring Forum (JCSMF)*. Budget Brief No. 161. 13-4-2006.
43. Giles-Corti B, Donovan RJ: **The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity**. *Soc Sci Med* 2002, **54**:1793-812.
44. Lavis JN, Boyko J: *Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada*. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum. 2009.

Figura 1. Como encontrar e usar evidências sobre condições locais para informar decisões sobre opções de programa e políticas

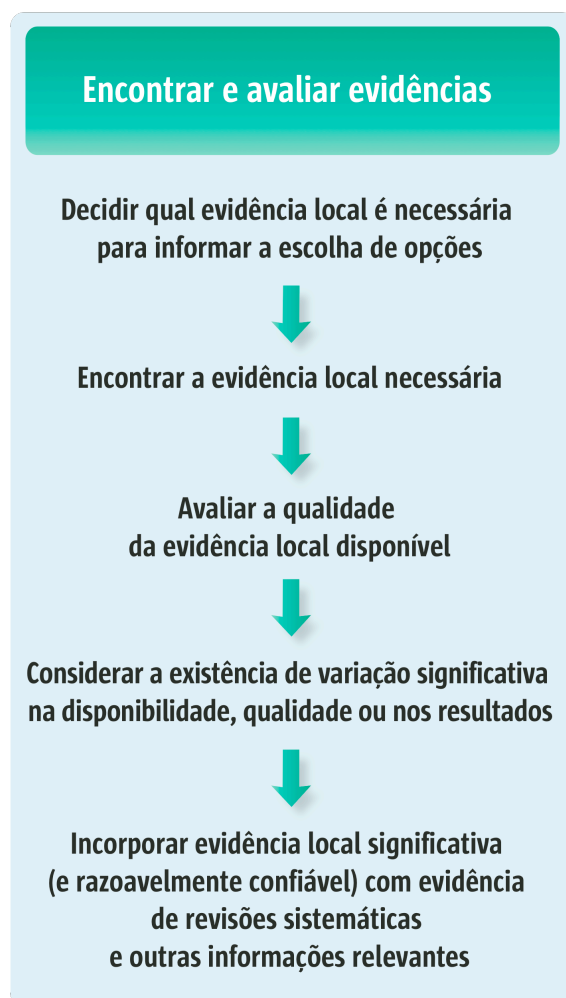


Tabela 1. Uso de evidências locais para informar decisões sobre opções

Evidências locais podem ser usadas para:

- Estimar a magnitude do problema ou assunto que a política deseja tratar
- Diagnosticar as prováveis causas do problema [34]
- Contextualizar e dar relevância à evidências a partir de revisões globais dos efeitos das intervenções (por exemplo, fornecendo informações comparativas na extensão e nos resultados das intervenções implementadas localmente)
- Ajudar na seleção das prioridades para o desenvolvimento de programas e políticas baseadas em evidências
- Descrever os arranjos locais relativos à prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica
- Informar as avaliações dos prováveis impactos das opções de políticas (por exemplo, devido à existência de fatores modificadores)

- Informar as análises de valores e preferências referentes às opções de políticas (por exemplo, a importância relativa que os afetados atribuem aos prováveis impactos das opções de políticas) e visões sobre tais opções
 - Estimar os custos (e ganhos) das opções de políticas
 - Avaliar a disponibilidade de recursos (inclusive recursos humanos, capacidade técnica, infraestrutura, equipamentos) necessários para a implementação de uma intervenção
 - Identificar as barreiras de implementação de opções de políticas
 - Monitorar a sustentabilidade dos efeitos do programa com o tempo
 - Examinar os efeitos de uma opção de política em determinados grupos locais
- Examinar os impactos de equidade de um programa após sua implementação

Tabela 2. Uso de evidência local para estimar a magnitude do problema ou do assunto que uma opção deseja tratar

Vários países modificam sua políticas de tratamento de malária trocando cloroquina por sulfadoxina-pirimetamina como medicamento de primeira linha para o tratamento de malária, devido a níveis crescentes de resistência do parasita à cloroquina. Na Tanzânia, o ímpeto para modificar as políticas de tratamento baseou-se em parte na evidência de uma taxa de cura de aproximadamente 40% para cloroquina comparada com 85-90% para sulfadoxina-pirimetamina. Essa evidência local da magnitude do problema foi extraída de sites sentinelas no país e ligada ao crescente aumento de morbidade e mortalidade por malária observada no país [35].

Em alguns países da América Latina existe a preocupação em avaliar a quantidade de sorotipos comuns na região que a vacina pneumocócica contém. Para estimar o tamanho desse problema, informações de sites sentinelas locais têm sido usadas para avaliar a combinação entre os sorotipos incluídos na vacina e aqueles prevalentes na região. No Brasil, por exemplo, foi estimado que 67,5% dos casos da doença invasiva em crianças menores de 5 anos de idade foram produzidos por sorotipos incluídos na vacina pneumocócica conjugada 7-valente [36].

Tabela 3. Uso de evidência local para avaliar a análise de valores e visões referentes às opções

A importância do envolvimento de consumidores e comunidades nas decisões relativas à sua assistência médica é amplamente reconhecida. Na Austrália, o Fórum de Saúde de Consumidores registrou consultas com consumidores e organizações de consumidores para analisar suas necessidades e expectativas em relação à clínica geral. Essas evidências foram reunidas para apoiar o desenvolvimento de políticas de

prestação de serviços de clínica geral e para melhorar as relações entre os principais interessados. As evidências foram inseridas em vários processos de políticas australianos, inclusive a General Practice Reform Strategy, a General Practice Strategy Review do governo e o desenvolvimento de cuidados coordenados segundo proposto pelo Council of Australian Governments [37].

A aceitação local das intervenções para controle da malária com base na comunidade apresenta um outro exemplo de envolvimento do consumidor e da comunidade. O uso de pulverização residual de interiores (IRS, indoor residual spraying) e de redes tratadas com inseticidas – as duas principais estratégias na prevenção da malária – são semelhantes quanto ao custo e à eficácia. A aceitação dessas intervenções varia conforme o cenário. No África do Sul, tanto a monitoração de programas de rotina quanto a de pesquisas têm elucidado o descontentamento da comunidade com o inseticida IRS, DDT. Isso ocorre devido ao resíduo que o DDT deixa nas paredes da casa e porque estimula a aparição de insetos indesejáveis, tais como percevejos. Em certas regiões do Moçambique, existe a preocupação de que determinados hábitos de sono – por exemplo, pessoas que dormem fora de casa devido ao calor – possam também influenciar na aceitação do uso de redes [38,39].

Tabela 4. Uso local de evidências para estimular as opções de custos (e ganhos)

A política da OMS recomenda o uso de observação direta de tratamentos (DOT, direct observation of treatment) para o tratamento de tuberculose (TB). O DOT pode ser usado de várias maneiras, inclusive por meio de clínicas básicas de assistência médica e na comunidade. Uma opção alternativa de política para pacientes com TB é a auto-supervisão de seu próprio tratamento. Um estudo foi realizado em Cape Town, na África do Sul, para avaliar os custos associados a cada uma das opções para clínica, para a comunidade e para a auto-supervisão do tratamento fornecido. Os dados locais foram usados para avaliar as exigências das entradas de recursos dessas três opções alternativas em um período de seis meses de tratamento. Esses dados foram então usados para estimar o custo por paciente tratado em cada uma das três abordagens de supervisão. Os resultados indicaram que o custo (em randes sul-africanos) por paciente foi de R3,600 por supervisão clínica, R1,080 por auto supervisão e R720 por supervisão da comunidade. Os autores concluíram que o DOT com base na comunidade por um funcionário voluntário leigo da saúde pode ser menos oneroso para os serviços de assistência de saúde do que os baseados em clínicas ou de auto-supervisão [40]. Tal informação sobre custos influenciou a decisão da cidade em expandir a prestação do DOT usando funcionários da saúde leigos com base na comunidade.

Os formuladores de políticas na América Latina necessitavam de informações sobre os custos de um implante coclear para avaliar os prováveis custos e ganhos de intervenções no tratamento da perda de audição. Uma pesquisa de literatura local usando o Google identificou um relatório do Ministro da Saúde do Chile no qual os custos foram delineados para a troca de vários componentes necessários em um implante coclear. Esses dados foram usados para estimar o custo total provável de um implante coclear no cenário local. (O relatório pode ser encontrado em: www.minsal.cl/ici/rehabilitacion/consentimiento_informado.pdf)

Tabela 5. Uso de evidência local para avaliar a disponibilidade de recursos visando apoiar uma decisão referente a opções

Um número crescente de países tem acrescentado a nova vacina contra o papilomavírus humano (HPV) na agenda de imunizações de rotina ou pelo menos tem considerado realizar tal procedimento. A vacina é altamente eficaz contra o vírus responsável por aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical e foi recomendada como parte da rotina de imunização de meninas adolescentes nos Estados Unidos. Contudo, a imunização no país é considerada irregular. Um estudo realizado em uma região do Norte da Carolina obteve altas taxas de câncer cervical. O estudo analisou as barreiras para a administração e aceitação da vacina como observado pelos prestadores de

assistência médica. As práticas médicas observaram vários aspectos-chave a se considerar, inclusive: reembolso inadequado dos custos da vacinação pelas companhias de seguro, o alto custo da vacina (considerando que muitos consumidores que precisavam da vacina não possuíam seguro de saúde adequado), o peso sobre as práticas para determinar a disponibilidade da cobertura do seguro para cada paciente (considerando as várias políticas de diferentes seguradoras) e os altos custos iniciais de práticas de aquisição e armazenamento de vacinas. Os autores do estudo observaram que tais considerações referentes a esses recursos podem se tornar barreiras para a implementação da política de vacinação nacional [41].

Tabela 6. Uso de evidências locais na monitoração e avaliação de políticas

Um programa nacional para a introdução pública de uma assistência abrangente para HIV e AIDS, inclusive o tratamento anti-retroviral (ART), foi implementado na África do Sul. O Joint Civil Society Monitoring Forum – um fórum local que inclui várias ONGs, institutos de pesquisas e outros interessados – foi criado para auxiliar o governo na implementação eficaz e efetiva do programa. Um documento resumido delineando as lições a partir desse processo observa que: “A democracia pode ser retratada pela habilidade do público em contribuir e influenciar as decisões e programas do estado. Em relação à introdução da [ART], foi relatado que o acesso a informações tem sido um desafio importante. Como relatado, nem todos os estados desejam fornecer informações a esse respeito. Isso dificultou o monitoramento e desenvolvimento de soluções apropriadas” ([42] p3-4). O relatório elucida também as dificuldades em obter dados desagregados sobre despesas com HIV e AIDS. O relatório observa como essas dificuldades criam problemas ao monitorar como os orçamentos globais de HIV/AIDS têm sido gastos, particularmente em relação ao gastos relativos com o tratamento versus a prevenção, assistência e apoio [42]. Esse exemplo elucida a necessidade de evidência local na monitoração efetiva da implementação de um programa de saúde essencial.

Tabela 7. Uso de evidência local para diagnosticar as prováveis causas de uma questão de saúde

Um estudo australiano sobre os fatores que afetam a atividade física recreativa descobriu que enquanto as pessoas que moravam em regiões carentes possuíam níveis semelhantes de acesso a espaços públicos abertos aos daqueles que viviam em áreas mais abastadas, o equipamento e espaço disponíveis nas áreas carentes eram de qualidade inferior. O estudo sugeriu que tal fato pode explicar os níveis baixos de uso desses espaços em regiões carentes [43].

Um estado na Argentina detectou um aumento na mortalidade materna. Em busca de razões explicativas, um estudo local recente foi identificado no qual as causas da mortalidade materna foram avaliadas. O relatório também avaliou aqueles aspectos da assistência médica que precisavam ser modificados a fim de diminuir a mortalidade. Esse estudo local sugeriu que o aborto era a causa mais comum de mortalidade materna.

(O relatório encontra-se disponível em: observatorio.msal.gov.ar/textos/37.pdf)

Tabela 8. Uso de evidência local para avaliar os prováveis impactos das opções (por exemplo, a existência de fatores modificadores) e para identificar as barreiras na implementação de opções

Na Argentina, uma avaliação foi conduzida de um regulamento relacionado aos pagamentos de tratamentos de obesidade, tais como operações bariátricas. Uma pesquisa nacional de fatores de risco cardiovasculares foi usada para avaliar o quanto a obesidade era um problema nacional. Esta pesquisa forneceu dados sobre a proporção das pessoas que estavam acima do peso ou obesas que poderiam, portanto, ser usadas para avaliar os impactos prováveis das diferentes formas disponíveis de tratamentos para obesidade.

(Esta pesquisa encontra-se disponível em:

www.msal.gov.ar/hm/Site/enfr/resultados_completos.asp)

Partes interessadas canadenses participando em um diálogo deliberativo sobre como melhorar o acesso do serviço de saúde primário no Canadá consideraram uma variedade de opções. Todas incluíram alguma forma de transição, desde assistências lideradas por médicos até aquelas lideradas por equipes. Um resumo de evidências, extraído de evidências locais, foi preparado para apoiar o diálogo. Tal fato identificou quatro prováveis barreiras para a implementação das opções:

1. Desconfiança inicial entre alguns pacientes de possíveis transtornos de relacionamento com o médico principal da assistência médica
2. Desconfiança da parte dos médicos das prováveis violações de sua autonomia profissional e comercial, à luz do componente de atendimento privado do ‘arranjo com médicos sobre o pagamento público/atendimento privado’
3. Provável falta de viabilidade nos termos de escala organizacional em muitas comunidades rurais e remotas, e
4. Vontade do governo de estender o pagamento público a outros prestadores e equipes de saúde enquanto se mantinha paralelamente o pagamento público existente dos médicos, como parte do ‘arranjo de pagamento público/atendimento privado com os médicos’. Isto foi considerado como uma preocupação em particular durante uma recessão [44]

Tabela 9. Perguntas para orientar a avaliação da qualidade da evidência local

Principais critérios de qualidade	Subperguntas	Exemplo da avaliação de qualidade da evidência local: dados coletados rotineiramente a partir dos resultados do tratamento de TB dos registros de TB
A evidência é representativa?	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma clara descrição das fontes da evidência? • Se a evidência é tirada de uma amostra da população de interesse, há uma clara descrição de como a amostra foi conduzida? • A amostra teve uma abordagem apropriada (onde aplicável)? • Há uma descrição de como quaisquer interferências ou generalizações foram feitas em uma população maior? 	<ul style="list-style-type: none"> • Os registros de TB deveriam registrar diariamente informações de cada paciente diagnosticado com TB. As informações não são baseadas em uma amostra da população de interesse. Estas, entretanto, deveriam representar o resultado de tratamentos e demográficos para pessoas portadoras de TB em um determinado cenário, desde que sejam completas para cada pessoa com TB
A evidência é precisa?	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma clara descrição de quem coleta os dados? • Os coletores de dados foram adequadamente treinados e apoiados nas suas tarefas? • Quais ferramentas foram usadas para coletar os dados? • Foram usadas ferramentas apropriadas? • Quando os dados foram coletados? 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria das autoridades de saúde fornece um manual com base nas diretrizes da OMS para o preenchimento do Registro de TB. Isto geralmente especifica qual informação deveria ser coletada e por quem. Usando estes dados, os formuladores de política precisam verificar se há uma diretriz clara no preenchimento do Registro, se a equipe do programa de TB foi

	<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade dos dados coletados foi monitorada e demonstrou ser apropriada? • Como os dados foram analisados? • O método de análise foi informado claramente? • As limitações dos dados foram discutidas? 	<p>treinada para usá-lo, se há mecanismos implementados para verificar a qualidade dos dados na clínica e nos distritos, e se a compilação dos dados foi feita apropriadamente</p>
<p>Os resultados relevantes foram relatados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma clara descrição dos resultados medidos? • O resultado medido é confiável? • Os resultados foram medidos adequadamente? • Estes resultados fornecem uma avaliação razoável das questões de saúde? 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma variedade padrão de medidas é geralmente incluída nos registros de TB, com base nas diretrizes da OMS. Estas são projetadas para avaliar o funcionamento do programa de TB. Contudo, os dados geralmente não fornecem medidas diretas de questões, como a satisfação dos pacientes com a assistência prestada pela equipe do programa de TB

Tabela 10. Tipos de evidência local para tratar determinadas questões da política

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
Diagnóstico do problema ou objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Para estimar a grandeza do problema ou da questão que a política almeja tratar e a respectiva visão dos interessados 	<ul style="list-style-type: none"> • Os dados estatísticos vitais a partir de fontes, pesquisas de rotina, como o DHS nacional • Dados de morbidade a partir de fontes de rotina nacionais, subnacionais ou institucionais (por exemplo, hospitais) • Estudos locais das opiniões e experiências dos interessados
	<ul style="list-style-type: none"> • Para diagnosticar as prováveis causas do problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos locais das opiniões e experiências dos interessados • Dados de pesquisa sobre os fatores de risco
	<ul style="list-style-type: none"> • Para descrever os arranjos locais relativos à prestação, às finanças ou à gestão da assistência médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas, diretrizes e registros dos Ministérios da Saúde e Finanças • Normas de organizações profissionais

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação das opções de uma política 	<ul style="list-style-type: none"> Para contextualizar a evidência a partir de revisões globais dos efeitos das intervenções e fazer com que tais evidências sejam relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> Os dados das agências locais de saúde sobre a extensão das intervenções atualmente implementadas (para um determinado problema de saúde) e seus resultados, que podem ser comparados aos programas avaliados nas revisões globais Dados das agências locais de atendimento de saúde sobre a cobertura local destas intervenções
	<ul style="list-style-type: none"> Para informar as avaliações dos prováveis impactos das opções de políticas (por exemplo, devido à existência de fatores modificadores) 	<ul style="list-style-type: none"> Estudos locais de programas similares
	<ul style="list-style-type: none"> Para informar as análises de valores e das preferências referentes às opções de políticas (por exemplo, a importância relativa que os afetados atribuem aos prováveis impactos das opções de políticas) e visões sobre tais opções 	<ul style="list-style-type: none"> Estudos locais das opiniões dos interessados Informações a partir das organizações interessadas, por exemplo, organizações que representam os grupos públicos e os de determinados consumidores, tais como aqueles que convivem com determinados problemas de saúde Informações de diálogos deliberativos com interessados

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Para estimar os custos (e ganhos) das opções de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos locais de custos e ganhos de programas • Dados dos custos levantados por departamentos ou programas de saúde ou por agências de atendimento não governamentais
	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar os efeitos de uma opção de política em determinados grupos locais 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de programa coletados diariamente • Estudos locais focando grupo(s) de interesse
<ul style="list-style-type: none"> • Exploração de estratégias de implementação de uma política 	<ul style="list-style-type: none"> • Para avaliar a disponibilidade dos recursos (inclusive recursos humanos, capacidade técnica, infraestrutura e equipamentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados dos recursos levantados por departamentos ou programas de saúde ou por agências de atendimento não governamentais • Estudos locais do uso de recursos por programas similares
	<ul style="list-style-type: none"> • Para identificar as barreiras de implementação de opções de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos locais das opiniões dos interessados • Informações a partir das organizações interessadas, por exemplo, organizações que representam os grupos públicos e os de determinados consumidores, tais como aqueles que convivem com determinados problemas de saúde • Informações de diálogos deliberativos com interessados • Estudo das barreiras locais
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento dos efeitos de uma política 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a sustentabilidade dos efeitos do programa com o tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de programa coletados diariamente

Estágio do ciclo da política	Uso da evidência local	Tipos de evidências locais que podem ser relevantes
	<ul style="list-style-type: none">• Examinar os impactos de equidade de um programa após sua implementação	<ul style="list-style-type: none">• Dados que podem ser desagregados por sexo, idade, área de residência etc.
