

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

John N Lavis^{1}, Andrew D Oxman², Simon Lewin³ and Atle Fretheim⁴*

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

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s3.pdf>

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

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

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

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

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

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 os responsáveis pelas decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a esses tomadores de decisão.

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

SOBRE O STP

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

CENÁRIOS

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

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

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

HISTÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

arranjos do sistema de saúde (por exemplo, qual prioridade deve ser dada a uma alteração na lei relacionada ao escopo de atuação dos enfermeiros, ou a uma mudança nos arranjos financeiros que determinam como os médicos são remunerados, ou a uma mudança nos arranjos de execução que determinam se algumas formas de atendimento devem ser prestadas somente em instalações onde há grande volume?). Uma abordagem com definição de prioridades precisa funcionar com diversas orientações ao mesmo tempo, as quais normalmente interagem entre si

- Precisam ponderar questões de confidencialidade de curto prazo com compromissos de longo prazo para a responsabilização pública e transparência. Isto é particularmente verdadeiro para os formuladores de políticas que normalmente dependem fortemente de funcionários públicos para avaliar as questões por eles. Normalmente são estabelecidas regras de sigilo absoluto para evitar que as questões sejam discutidas antes de serem examinadas pelos formuladores de políticas. Isso é importante, pois os formuladores de políticas são publicamente responsáveis (por meio de eleições periódicas) pelas decisões que tomam. Uma abordagem com a definição de prioridades – pelo menos aquela baseada dentro do governo – precisa acomodar uma combinação de regras de sigilo e de transparência

Algumas práticas desejáveis, adotadas em uma abordagem com definição de prioridades para a formulação de políticas com base em evidências, derivam de ferramentas disponíveis e de recursos utilizados para apoiar a definição de prioridades em outros contextos. Essas ferramentas e recursos podem ser divididos em três tipos principais:

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

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

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

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

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

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

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

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

Links para websites

Global burden of disease (A carga global de doença):

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

Disease Control Priorities Project (Projeto de Prioridades para Controle de Doenças):

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

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

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

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

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

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:I1).
2. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S13).
3. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and**

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

4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S4).
5. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S5).
6. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S6).
7. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K: **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** *Lancet* 2007, **370**:1929-38.
8. DeSavigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G: *In Focus: Fixing Health Systems.* Ottawa, Canada, International Development Research Centre. 2004.
9. Rudan I, Lawn J, Cousens S, Rowe AK, Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, *et al*: **Gaps in policy-relevant information on burden of disease in children: a systematic review.** *Lancet* 2005, **365**:2031-40.
10. Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M: **WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis.** *Lancet* 2008, **372**:1563-9.
11. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT: **Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector.** *Cost Eff Resour Alloc* 2003, **1**:8.
12. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, *et al*: **Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project.** *Lancet* 2006, **367**:1193-208.
13. Mitton C, Donaldson C: **Health care priority setting: principles, practice and challenges.** *Cost Eff Resour Alloc* 2004, **2**:3.
14. Daniels N, Sabin J: *Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources?* Cambridge: Oxford University Press; 2002.
15. Gibson JL, Martin DK, Singer PA: **Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations.** *Healthc Q* 2005, **8**:50-9, 4.
16. Kipiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K: **Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda.** *Soc Sci Med* 2003, **56**:2433-41.
17. Kipiriri L, Norheim OF, Martin DK: **Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda.** *Health Policy* 2007, **82**:78-94.
18. Ali N, Bhutta ZA, Bruce N, de Francisco A, Ghaffar A, Gulbinat W, *et al*: *The Combined Approach Matrix: A Priority-Setting Tool for Health Research.* Geneva, Global Forum for Health Research. 2004.

19. Gross CP, Anderson GF, Powe NR: **The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease.** *N Engl J Med* 1999, **340**:1881-7.
20. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: **On being a good listener: setting priorities for applied health services research.** *Milbank Q* 2003, **81**:363-88.
21. Nuyens Y: **Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries.** *Bull World Health Organ* 2007, **85**:319-21.
22. The Working Group on Priority Setting: **Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting.** *Health Policy Plan* 2000, **15**:130-6.
23. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:14.
24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.
25. Cheng TM: **Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far.** *Health Aff (Millwood)* 2003, **22**:61-76.
26. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
27. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.
28. Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries.* Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 2007.
29. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: **Learning from other countries: an on-call facility for health care policy.** *J Health Serv Res Policy* 2008, **13 Suppl 2**:58-64.

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

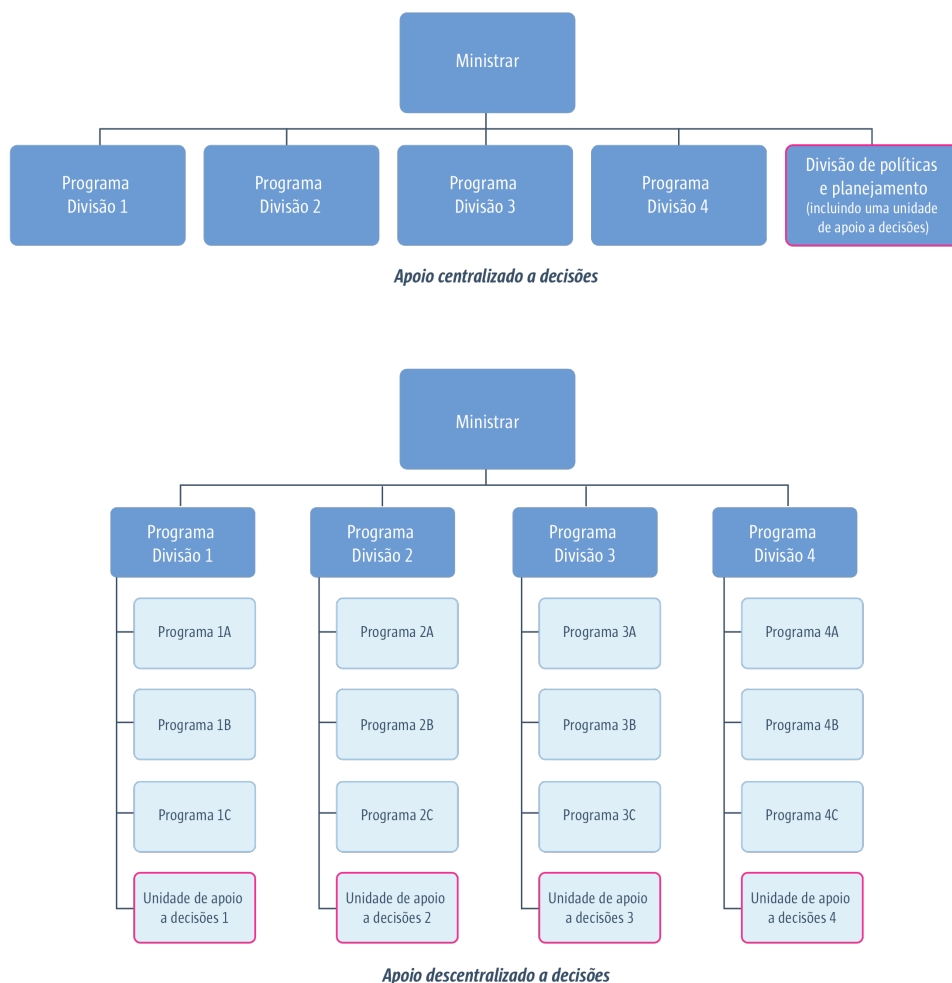


Figura 2. Características indesejáveis e desejáveis de uma abordagem de definição de prioridades

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

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

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

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

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

Tabela 2. Exemplo de uma abordagem de definição de prioridades

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

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

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

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

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

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

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

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