

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

John N Lavis^{1}, Andrew D Oxman², Nathan M Souza³, Simon Lewin⁴, Russell L Gruen⁵ and Atle Fretheim⁶*

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S9 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S9.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s9.pdf>

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

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

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

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

5 The Alfred Hospital, Monash University, Level 4, 89 Commercial Rd, Melbourne, VIC, Austrália 3004

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

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

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.

As diferenças entre os sistemas de saúde podem muitas vezes fazer com que uma opção de programa ou política que é usada em um contexto não seja viável ou aceitável em outro. Ou estas diferenças podem fazer com que uma opção não funcione da mesma maneira em outro contexto, ou até mesmo cause impactos diferentes em outro contexto. Portanto, um desafio fundamental que os formuladores de políticas e aqueles que os apoiam precisam enfrentar é a necessidade de entender se as evidências de pesquisa sobre uma opção podem ser aplicadas ao seu contexto. As revisões sistemáticas facilitam esta tarefa ao resumir as evidências de estudos feitos em uma série de contextos diferentes. No entanto, muitas revisões sistemáticas não fornecem descrições adequadas das características dos contextos reais nos quais os estudos originais foram realizados. Neste artigo, sugerimos perguntas para orientar aqueles que estiverem avaliando a aplicabilidade dos resultados de uma revisão sistemática em um contexto específico. Estas perguntas são as seguintes: 1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo? 2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção? 3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma? 4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma? 5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação? Mesmo se houver motivos plausíveis para concluir que os impactos de uma opção podem ser diferentes em um contexto específico, quase sempre é possível extrair, de uma revisão sistemática, percepções sobre possíveis opções, bem como sobre as abordagens para a implantação de opções e para o acompanhamento e avaliação.

SOBRE O STP

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

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público de alto escalão e irá apresentar um relatório resumido ao Ministro sobre as evidências para apoiar uma opção que foi temporariamente selecionada para resolver um problema de alta prioridade. Você está preocupado em saber se os resultados de uma revisão sistemática relevante de alta qualidade, que foi usada para fazer a seleção, podem ser aplicados ao seu contexto específico, e você quer ter certeza que a questão foi avaliada pela sua equipe.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e está preparando um relatório resumido sobre uma opção que está sendo considerada para resolver um problema de alta prioridade. Tudo que lhe disseram é que o relatório deve resumir os resultados da revisão sistemática de alta qualidade mais relevante e avaliar a aplicabilidade dos resultados ao seu contexto.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde para o uso de evidências na formulação de políticas. Você está preparando um relatório detalhado de pesquisa para o Ministério da Saúde sobre o que se sabe e o que não se sabe sobre uma opção para resolver um problema de alta prioridade. Você foi informado que os formuladores de políticas consideraram que uma revisão sistemática específica é convincente, mas você quer orientações sobre como avaliar se os resultados da revisão são aplicáveis ao seu contexto.

HISTÓRICO

Para os formuladores de políticas (Cenário 1), este artigo sugere uma série de perguntas que eles poderiam pedir que os seus funcionários considerassem ao preparar um relatório resumido sobre uma revisão sistemática, o qual poderia servir de base para selecionar uma opção e para divulgar as razões para a seleção. Para aqueles que apóiam

os formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere uma série de perguntas para orientar na avaliação da possibilidade de aplicação dos resultados de uma revisão sistemática a um contexto específico. Este artigo é o terceiro de quatro artigos desta série sobre como localizar e avaliar as revisões sistemáticas para fundamentar a formulação de políticas (ver também os Artigos 7, 8 e 10 [2-4]). A Figura 1 descreve os passos envolvidos na localização e avaliação de revisões sistemáticas para fundamentar a elaboração de políticas.

As características comuns na biologia humana significam que um procedimento clínico ou um medicamento muitas vezes funciona da mesma maneira em pacientes diferentes. No entanto, isto nem sempre ocorre e, portanto, foram elaboradas perguntas para ajudar os prestadores de serviços de saúde a avaliar a possibilidade de aplicação de evidências de pesquisa aos seus pacientes [5]. As diferenças entre os sistemas de saúde muitas vezes indicam que uma opção de programa ou política que é usada em um contexto pode não ser viável ou aceitável em outro contexto. Estas diferenças também podem significar que uma opção pode não funcionar da mesma maneira em outro contexto ou que poderá causar impactos diferentes em outro contexto [6,7]. Por exemplo, a aplicação de taxas de utilização não produziu impactos positivos consistentes em muitos países da África subsaariana, em comparação com países de outras regiões. Em parte, isto se deveu a uma série de considerações contextuais, como o fato das pessoas não estarem familiarizadas com o pagamento pelos serviços públicos de saúde [8]. Portanto, um desafio fundamental que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam precisam enfrentar é determinar se as evidências de pesquisa sobre os impactos de uma opção podem ser aplicadas ao seu contexto.

As revisões sistemáticas facilitam esta tarefa ao oferecer um resumo único de estudos a partir de diferentes contextos. A palavra “contextos”, neste caso, refere-se às *jurisdições* do país/políticas (por exemplo, Canadá ou Camarões, ou as províncias que compõem estes países). Mas os contextos também podem incluir *setores* (por exemplo, atendimento básico de saúde ou atendimento hospitalar), e *localidades* (por exemplo, urbano ou rural). As revisões sistemáticas também podem ajudar com o processo de avaliação da possibilidade de aplicação das evidências àqueles contextos específicos por meio do fornecimento de um quadro-modelo e, quando disponíveis, evidências de pesquisa que possam ser usadas para identificar aqueles fatores que são essenciais para que uma opção funcione – ou que possa modificar os seus impactos. Uma revisão sistemática de políticas farmacêuticas (ou seja, políticas de compra, de preços de referência e outras políticas de preços para medicamentos), por exemplo, forneceu um resumo dos fatores que poderia influenciar os impactos dos preços de referência, bem como a justificativa para cada fator [9]. Esses fatores incluíam a equivalência do medicamento, incentivos, isenções, disponibilidade dos medicamentos, níveis de preços e sistemas eletrônicos de informações.

Infelizmente, muitas revisões sistemáticas:

- Não destacam as características dos contextos onde os estudos são realizados, especialmente aquelas características que poderão modificar os impactos de uma opção
- Não fornecem um quadro-modelo para identificar os possíveis fatores modificadores, ou
- Não fornecem evidências de pesquisa sobre fatores modificadores

Nesses casos, os artigos analíticos de política ou as revisões narrativas podem fornecer quadros-modelo mais úteis, os quais poderiam ser usados para fundamentar julgamentos sobre a possibilidade de aplicação das evidências em uma revisão sistemática.

Um quadro-modelo para entender a corrupção no setor de saúde e seus determinantes, por exemplo, destacou como os arranjos do sistema de saúde (por exemplo, os arranjos de gestão que limitavam monopólios, exigiam transparência e apoiavam a aplicação das leis) e outros fatores influenciavam as “oportunidades” e a “pressão” para as violações, assim como a racionalização da violação, e como isto, por sua vez, influenciava o abuso de poder para fins particulares [10]. Mas o ideal seria que uma revisão sistemática sobre os impactos dos esforços anticorrupção também descrevesse os arranjos relevantes do sistema de saúde, nos contextos onde os estudos foram realizados. Haveria um interesse especial nestas características que podem influenciar as oportunidades e a pressão para a violação e a racionalização de tal comportamento, pois elas iriam permitir que o leitor fizesse a associação entre os determinantes identificados pelo quadro-modelo e os resultados apresentados na revisão.

As considerações de aplicabilidade são igualmente importantes, ou talvez até mais importantes, para outros tipos de revisões sistemáticas. As revisões de estudos de bancos de dados administrativos e de pesquisas na comunidade podem ajudar a colocar os problemas em uma perspectiva comparada, por exemplo, e as revisões de estudos observacionais podem ajudar a caracterizar os prováveis malefícios de uma opção. Revisões de estudos qualitativos que ajudam a compreender os significados que as pessoas ou grupos atribuem a problemas específicos, como e por que opções específicas funcionam, e os pontos de vistas de partes interessadas sobre experiências com opções específicas. No entanto, o que é apresentado a seguir neste artigo se concentra mais nas revisões sistemáticas sobre os impactos de uma opção. Isto pode ajudar na avaliação da possibilidade de aplicação local dos resultados de revisões de estudos observacionais sobre malefícios, pode ser apoiado por revisões sobre como e por que determinadas opções funcionam, e pode oferecer algumas idéias sobre como abordar as avaliações de aplicabilidade local de outros tipos de revisões.

PERGUNTAS A SEREM CONSIDERADAS

As cinco perguntas a seguir podem dar orientações sobre como avaliar se os resultados de uma revisão sistemática podem ser aplicados a um contexto específico.

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?

Se os estudos incluídos na revisão sistemática fossem realizados no mesmo contexto onde os formuladores de políticas estão localizados, ou então em contextos muito semelhantes, pode haver pouca razão para se preocupar com a aplicabilidade dos resultados. Da mesma forma, se tiver sido demonstrado que os resultados são consistentes em diferentes contextos ou períodos, então é possível esperar que os impactos sejam semelhantes. É provável que as restrições e realidades no local de interesse, bem como os arranjos do sistema de saúde e as condições de referência, variem em diferentes contextos e ao longo do tempo. Portanto, nestes casos, resultados consistentes podem significar que os resultados são amplamente aplicáveis. (Estas três questões são o foco das três perguntas apresentadas abaixo nesta seção.)

As seguintes informações em revisões sistemáticas podem ser usadas por formuladores de políticas para fundamentar os julgamentos relacionados a tais questões:

- Informações sobre os contextos dos estudos e especificações relacionadas aos períodos durante os quais os estudos foram realizados. Tais informações pode ser normalmente encontradas em uma seção da revisão intitulada de “As características de estudos incluídos” (ou algo similar)
- Informações sobre a consistência dos resultados podem normalmente ser encontradas no resumo da revisão ou na sua seção chamada de “Resultados”

Quando não houver informações sobre os contextos e períodos em uma revisão sistemática, os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam podem entrar em contato com os autores da revisão para verificar se eles têm essas informações, e se eles

realmente identificaram as considerações fundamentais de possibilidade de aplicação local. Se este contato não for muito produtivo, eles podem então consultar os estudos originais para localizar tais informações, caso se considere que a prioridade da questão é suficientemente alta, e caso existam recursos e tempo para isto. Uma das possíveis vantagens do contato direto com os autores da revisão é que isto pode estimulá-los a prestar atenção nas informações necessárias para considerações e avaliações de aplicabilidade local em revisões futuras.

Uma pesquisa comparando taxas de mortalidade em hospitais sem fins lucrativos com taxas de mortalidades em hospitais com fins lucrativos fornece um exemplo de como estes dados podem ser usados [11]. Esta pesquisa foi realizada ao longo de várias décadas nos Estados Unidos, sendo que neste período o sistema de saúde passou por grandes transformações. A pesquisa demonstrou uma consistência notável ao longo do tempo na vantagem de sobrevivência significativa de ser tratado em hospitais sem fins lucrativos. Com base nestas constatações, um formulador de políticas do Canadá poderia então chegar à conclusão que um resultado com consistência similar seria visto em um contexto canadense. E esta conclusão pode levá-lo a evitar a introdução de hospitais com fins lucrativos no atual sistema, o qual é composto apenas de hospitais sem fins lucrativos (ou pelo menos a evitar o uso de benefícios de saúde como uma justificativa para fazê-lo).

2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática fossem realizados em contextos com restrições de recursos e de capacidade bastante similares àquelas do contexto onde pode ser que os resultados sejam aplicados, bem como com perspectivas bastante similares e influência política similar entre as partes interessadas do sistema de saúde, os formuladores de políticas poderiam esperar que uma opção seria viável e aceitável no próprio contexto de tais formuladores de políticas. No entanto, os formuladores de políticas dificilmente conseguirão encontrar, em uma revisão sistemática, informações sobre limitações de recursos e de capacidade, bem como sobre influência de pessoas interessadas. Ao invés disto, eles encontrarão uma descrição da opção que foi examinada. Normalmente eles estarão suficientemente familiarizados com os recursos, a capacidade e a influência das partes interessadas no seu próprio contexto para que possam avaliar a viabilidade e aceitação da opção.

Os formuladores políticas em um contexto com restrições bastante significativas de recursos e de capacidade terão que pensar duas vezes sobre a viabilidade de uma opção [12]. Alguns contextos, por exemplo, podem enfrentar uma escassez de profissionais de enfermagem e, portanto, uma opção em que esta categoria de prestador de serviço de saúde tenha um papel significativo pode não ser viável no curto prazo [13]. Da mesma forma, alguns contextos têm uma limitação tão grande de recursos que uma opção que

tenha comprovadamente produzido impactos significativos, tais como a ACT (artemisin-based combination therapy = terapia combinada à base de artemisina) para tratar malária, pode não ser considerada viável em larga escala sem um apoio significativo de doadores [14]. Alguns sistemas de saúde podem também estar muito sobrecarregados para acomodar um aumento da demanda decorrente da introdução de transferências condicionais de renda (ou seja, o fornecimento de dinheiro às famílias, contanto que elas pratiquem determinadas ações de saúde e de busca por atendimento de saúde) [14,15]. Ou os contextos podem não ter a capacidade junto aos governos ou entre os gerentes, prestadores de serviço de saúde e consumidores (ou seja, os cidadãos e usuários do serviço de saúde) de apoiar o uso generalizado de uma determinada opção. Auditorias e feedbacks (ou seja, a disponibilização, aos prestadores de serviços, de dados sobre o seu desempenho), podem não ser viáveis em contextos onde os dados coletados de maneira rotineira não sejam confiáveis.

Em um contexto em que as partes interessadas sejam contrárias a uma opção e tenham uma influência significativa sobre a prática e a política, os formuladores de políticas podem ter que avaliar com muito cuidado a provável aceitação de uma opção. Associações de prestadores de serviços de saúde, tais como associações de enfermagem, por exemplo, podem resistir à introdução ou expansão de um programa de agentes de saúde leigos, caso percebam que a renda ou o status dos enfermeiros poderá ser afetado [14,16]. Organizações da sociedade civil também podem se opor ativamente a mudanças que reduzam o uso de medicamentos controlados entre os consumidores, especialmente para medicamentos de manutenção da vida, e medicamentos que sejam importantes no tratamento de doenças crônicas [14,17]. Tais alterações podem incluir a introdução de limites (ou seja, os consumidores serão reembolsados até um número máximo pré-definido de receitas), co-seguro (ou seja, os consumidores pagam um percentual do preço do medicamento controlado), e co-pagamentos (isto é, os consumidores pagam um montante fixo por medicamento controlado).

Diversas realidades e restrições do local de interesse podem ser tratadas ao longo do tempo de forma significativa. Programas de treinamento de profissionais de saúde, por exemplo, podem ser expandidos e os doadores podem subsidiar o custo de medicamentos caros, como a ACT. Da mesma forma, os governos podem melhorar a qualidade dos dados rotineiramente coletados, e as associações de prestadores de serviços de saúde e organizações da sociedade civil podem se envolver em uma série de negociações ou diálogos.

3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática forem realizados em contextos com arranjos de sistema de saúde bastante similares àqueles do contexto onde os resultados podem ser aplicados, especialmente aqueles que podem alterar substancialmente os

possíveis impactos de uma opção, os formuladores de políticas podem normalmente esperar que haja uma eficácia relativa similar no seu contexto. Para decidir se os arranjos do sistema de saúde poderão alterar os impactos de uma opção, é necessário entender como e por que uma opção poderá funcionar. Dentro de uma revisão sistemática, os formuladores de políticas podem encontrar um quadro-modelo e evidências de pesquisas que identificarão aqueles fatores que são essenciais para que uma opção funcione – ou que podem modificar os seus impactos. Os formuladores de políticas também podem encontrar um resumo daquelas características dos contextos nos quais os estudos foram feitos, as quais podem modificar os impactos de uma opção.

Se uma revisão sistemática não fornecer as informações necessárias para determinar se arranjos específicos do sistema de saúde podem fazer com que uma opção não funcione da mesma forma, os formuladores de políticas podem procurar por:

- Artigos analíticos de políticas ou revisões narrativas que incorporem quadros-modelo úteis, os quais poderiam ser usados para identificar os fatores que podem modificar os impactos de uma opção, e
- Descrições detalhadas dos arranjos do sistema de saúde, especialmente aqueles que podem alterar substancialmente os possíveis impactos de uma opção, nos contextos onde os estudos foram feitos

O EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies = Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde) publica, e atualiza periodicamente, perfis dos sistemas de saúde de um grande número de países de renda média e alta. Estes perfis HiT (Health in Transition = Saúde em Transição) podem ser encontrados on-line (www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1) e podem ser baixados gratuitamente. O Health Policy Monitor oferece um banco de dados que permite a pesquisa on-line de características essenciais de sistemas de saúde em alguns destes mesmos países (www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html). Muitos escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde oferece perfis dos sistemas de saúde em países na região de tais escritórios (por exemplo, www.searo.who.int/EN/Section313/Section1515_6038.htm).

Os formuladores de políticas em um contexto com arranjos de sistema de saúde bastante diferentes, especialmente arranjos que pareçam ser significativos para determinar se uma opção funcionará da mesma forma, devem ter cuidado ao presumir que será possível alcançar uma eficácia relativa comparável. Por exemplo, em uma revisão de preços de referência de medicamentos [9], seis dos dez estudos foram feitos entre pessoas mais velhas/pensionistas em British Columbia, no Canadá. Os formuladores de políticas em outros contextos podem muito bem concluir que não serão capazes de alcançar impactos comparáveis aos observados no exemplo canadense, caso eles tenham qualquer um dos seguintes problemas nos arranjos do seu próprio sistema de saúde:

- Incentivos inadequados para consumidores, prestadores de serviços de saúde, farmacêuticos e empresas farmacêuticas para cumprir com as regras do sistema de preços de medicamentos, e
- Um sistema de processamento eletrônico que não tenha a capacidade de perceber os baixos custos administrativos associados com a identificação, emissão de receitas e distribuição de medicamentos de referência e com o manuseio de isenções

Da mesma forma, outras políticas de preços examinadas em mercados farmacêuticos concorrentes podem produzir uma eficácia relativa diferente em mercados com monopólios.

Ao contrário da possibilidade de mudança associada nas realidades no local de interesse que discutimos na Pergunta 2 acima, existe uma chance menor que os arranjos do sistema de saúde possam ser modificados. É difícil mudar os arranjos do sistema de saúde e, normalmente, a lógica por trás de uma mudança teria que ser mais convincente do que apenas a possibilidade de melhorar o impacto de uma única opção.

4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?

Se os estudos incluídos em uma revisão sistemática fossem feitos em contextos com condições de referência bastante similares às daquelas dos contextos onde os resultados podem ser aplicados, como, por exemplo, em termos de população abrangida por um programa ou política, os formuladores de políticas poderiam esperar efeitos absolutamente similares nos seus contextos (desde que a resposta que eles tenham dado à Pergunta 3 acima os tenha levado a esperar uma eficácia relativa similar). Muitas vezes, os formuladores de políticas conseguirão encontrar informações sobre condições de referência dentro de revisões sistemáticas em uma seção intitulada “Características de estudos incluídos”. Por outro lado, eles podem ter que consultar os estudos originais incluídos na revisão, na esperança de que as condições de referência tenham sido mais bem descritas em tais estudos. Normalmente, os formuladores de políticas conseguirão encontrar evidências locais sobre condições de referência em seu próprio contexto. (O Artigo 11 desta série descreve como encontrar e usar evidências locais [18].)

Formuladores de políticas que estiverem em um contexto com condições de referência diferentes podem esperar impactos absolutos diferentes. O impacto absoluto de auditorias e feedbacks, por exemplo, tende a ser maior do que nos casos em que a conformidade (de referência) com a prática recomendada é baixa [19]. Da mesma forma, o impacto absoluto de uma iniciativa de pagamento por desempenho (ou por execução de ações) pode ser maior em países de renda baixa e média (onde pequenos incentivos financeiros podem ser maiores do que os salários) do que em países de renda alta [20].

Esta pergunta que destaca a ligação entre as condições de referência e os efeitos absolutos também é altamente relevante em contextos clínicos, onde a eficácia relativa de uma intervenção clínica é normalmente a mesma em diversos pacientes, mas onde os riscos de referência dos pacientes podem variar drasticamente [21,22]. A pergunta também é altamente relevante em contextos de saúde pública onde programas de vacinação, por exemplo, podem ser introduzidos em países com condições de referência muito diferentes. O Artigo 16 desta série aborda o uso de balanços para resumir os impactos importantes e fornece mais detalhes sobre a eficácia relativa e os impactos absolutos [23].

5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?

Mesmo se os resultados das revisões sistemáticas não forem diretamente aplicáveis a um determinado contexto, ainda será possível extrair lições importantes. Os formuladores de políticas podem ficar sabendo de uma idéia para uma opção que eles não teriam considerado em outra situação. Eles podem também ter uma percepção sobre como as opções têm sido implantadas em outros contextos. E eles podem também se basear diretamente na própria revisão sistemática no desenvolvimento de um plano de acompanhamento e avaliação. Os formuladores de políticas podem conhecer, por exemplo, uma nova abordagem para apoiar o atendimento em equipe, a importância de envolver os gerentes de nível médio e os enfermeiros da linha da frente na implantação de uma opção, e que tipos de produtos e resultados eles devem rastrear, à medida que acompanham e avaliação a implantação de uma opção selecionada.

A Tabela 1 e a Tabela 2 apresentam exemplos de uma avaliação da possibilidade de aplicação de uma revisão sistemática.

CONCLUSÃO

Avaliações bem feitas da possibilidade de aplicação dos resultados de uma revisão sistemática são demoradas. No entanto, tais avaliações são essenciais quando uma opção estiver sendo proposta com base em uma revisão sistemática relevante de alta qualidade. Os formuladores de políticas e demais partes interessadas precisam saber se podem esperar resultados similares em seus próprios contextos. Ao contrário de uma avaliação da qualidade de uma revisão, a qual muitas vezes pode ser delegada para pesquisadores, uma avaliação da aplicabilidade local deve ser feita por pessoas que entendam bem as restrições e realidades do local de interesse, os arranjos do sistema de saúde, e as condições de referência no contexto específico. A avaliação da aplicabilidade local é uma tarefa que requer o envolvimento ativo dos formuladores de políticas e daqueles que os apóiam.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients**. In: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York, USA (Estados Unidos da América): McGraw Hill; 2008

Haynes RB: **Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving**. *BMJ* 1999, **1999**: 652-653

Links para websites

SUPPORT Collaboration: www.support-collaboration.org – Exemplo de uma fonte de resumos de revisões sistemáticas, adequados para os formuladores de políticas, fornecendo uma avaliação da aplicabilidade dos resultados de cada revisão (neste caso em países de renda baixa e média), e destacando os fatores que os formuladores de política precisam ter em mente ao avaliar a aplicabilidade dos resultados para o seu próprio contexto

EOHSP (*European Observatory on Health Systems and Policies* = Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde): www.euro.who.int/observatory/hits/20020525_1 – Exemplo de uma fonte de perfis HiT (*Health in Transition* = Saúde em Transição) dos sistemas de saúde de um grande número de países de renda média e alta

Health Policy Monitor: www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html – Banco de dados que pode ser pesquisado on-line, com características essenciais dos sistemas de saúde em vários países de renda média e alta

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

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

AGRADECIMENTOS

Por favor, veja, na Introdução desta série, os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com esta série. Além disto, gostaríamos de agradecer a Sara Bennett, Mike Kelly, e a equipe na Unidade de Planejamento do MoHLTC (Ministry of Health and Long-Term Care = Ministério da Saúde e Atendimento de Longo Prazo) de Ontário pelos seus comentários úteis em uma versão anterior deste Artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S *et al.*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
3. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.
4. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.
5. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients.** In *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008.
6. Gruen RL, Morris PS, McDonald EL, Bailie RS: **Making systematic reviews more useful for policy-makers.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:480-1**.
7. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:1615-21**.
8. Gilson L: **The lessons of user fee experience in Africa.** *Health Policy Plan* 1997, **12:273-85**.
9. Aaserud M, Dahlgren AT, Kusters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H: **Pharmaceutical policies: Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, **2:CD005979**.
10. Vian T: **Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions.** *Health Policy and Planning* 2008, **23:83-94**.
11. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, *et al.*: **A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.** *CMAJ* 2002, **166:1399-406**.

12. Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A: **Intervention complexity: A conceptual framework to inform priority-setting in health.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83**:285-93.
13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: **Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors.** *BMJ* 2002, **324**:819-23.
14. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria.* Geneva, World Health Organization. 2009.
15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298**: 1900-1910.
16. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B *et al.*: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1**:CD004015.
17. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H *et al.*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1**:CD007017.
18. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.
19. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **2**:CD000259.
20. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing.* Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
21. Deeks JJ: **Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes.** *Statistics in Medicine* 2002, **21**:1575-1600.
22. Engels EA, Schmid CH, Terrin N, Olkin I, Lau J: **Heterogeneity and statistical significance in meta-analysis: An empirical study of 125 meta-analyses.** *Statistics in Medicine* 2000, **19**:1707-28.
23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.
24. Shepperd S, Iliffe S: **Hospital at home versus in-patient hospital care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, **3**:CD000356.
25. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, *et al.*: **Admission avoidance hospital at home.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **4**:CD007491.
26. Flottorp S: *Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? A SUPPORT Summary of a systematic review.* [http://www.iecs.org.ar/support/administracion/files/20080909113811_13.pdf]. 2009.

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

FIGURA 1. COMO LOCALIZAR E AVALIAR REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA FUNDAMENTAR A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

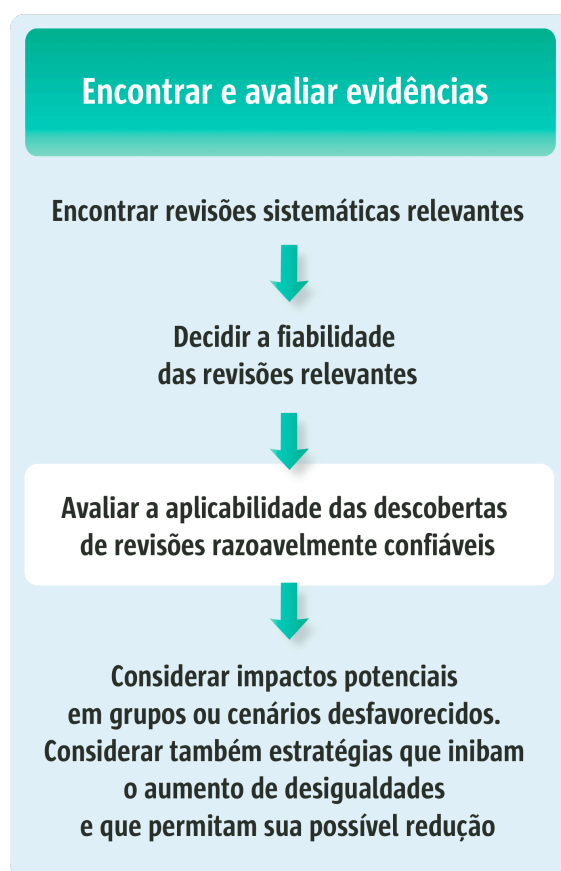


TABELA 1. UMA AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE LOCAL DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM DOMICÍLIO (A PARTIR DA PERSPECTIVA DE UM FORMULADOR DE POLÍTICAS CANADENSE)

Os formuladores de políticas que avaliam a possibilidade de aplicação de uma revisão de 2005 do atendimento de saúde em domicílio poderiam aplicar uma série de perguntas discutidas anteriormente, conforme descrito a seguir [24]:

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
 - 22 estudos foram incluídos na revisão
 - 9 do Reino Unido
 - 3 da Austrália
 - 1 da Itália, 1 da Noruega e 1 dos Estados Unidos
 - 7 não foram descritos de uma forma que identificasse o país onde o estudo foi realizado

- Os resultados não eram consistentes em todos os contextos
 - Dois estudos foram publicados em 1978, ao passo que os outros foram publicados a partir de 1992. Muitos não especificaram um período e isto dificultou a sustentação da tese que os resultados foram consistentes em diversos períodos
2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
- No Canadá, há uma grande demanda por enfermeiros (especialmente em hospitais) e muitos não são utilizados para o escopo da prática exigida em contextos do atendimento de saúde em domicílio. Isto significa que muitos enfermeiros não podem aproveitar oportunidades de carreiras em contextos do atendimento de saúde em domicílio
 - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, onde 9 de 13 estudos identificáveis foram realizados, os cidadãos diferem quanto a terem ou não cobertura suplementar que permite atendimento mais intensivo em domicílio. Isto significa que, relativamente, mais pessoas ricas podem ter acesso ao atendimento de saúde em domicílio do que as pessoas menos abastadas
 - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, os usuários de atendimento de saúde em domicílio e suas famílias podem ter que viajar distâncias muito longas se tiverem que procurar por cuidados médicos intensivos. Alguns podem, portanto, atrasar a sua alta do hospital; outros podem sofrer caso a transferência do hospital seja difícil
 - No Canadá, os enfermeiros podem ter que enfrentar uma redução em seus salários caso saiam de um hospital e passem a trabalhar na comunidade. Portanto, muitos deles podem se opor ativamente a uma mudança do atendimento hospitalar para o atendimento de saúde em domicílio
 - No Canadá, existe uma separação ainda maior entre os serviços de saúde e os serviços sociais (pelo menos fora da província de Quebec) do que no Reino Unido, o que significa que os profissionais da saúde podem enfrentar uma carga ainda maior, a qual não é abrangida pelos serviços sociais
3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
- No Canadá, conforme sugerido anteriormente, os usuários do atendimento de saúde em domicílio e suas famílias não podem contar com a mesma amplitude de serviços disponíveis para os usuários no Reino Unido (pelo menos fora da província de Quebec)
 - No Canadá, ao contrário do Reino Unido, há um compromisso do governo para a cobertura completa para atendimento hospitalar e atendimento realizado por médicos, mas não para o atendimento de saúde em domicílio, o que significa que os usuários canadenses do atendimento de saúde em domicílio e suas famílias podem ter que enfrentar obstáculos financeiros significativos no acesso ao atendimento de saúde em domicílio

- No Canadá, ao contrário do Reino Unido, a maioria dos canadenses não está “ligada” a uma prática de atendimento básico multidisciplinar de saúde, e alguns usuários canadenses do atendimento de saúde em domicílio não teriam sequer um prestador regular de serviços básicos de saúde
4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
- No Canadá, o atendimento de saúde em domicílio já está bem estabelecido para a maioria dos tipos de atendimento, o que significa que os benefícios podem ser pequenos em termos absolutos, pelo menos para aqueles que não enfrentam barreiras financeiras
5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?
- No Canadá, esquemas para se evitar a hospitalização podem ser uma opção relativamente desconhecida, em comparação com esquemas bem estabelecidos, tais como a alta precoce de pacientes idosos, ou os pacientes após uma cirurgia, ou o atendimento de pacientes terminais

A revisão agora foi atualizada e dividida em duas revisões distintas, sendo que uma que trata especificamente de esquemas para se evitar a internação e seria especialmente relevante para o Canadá [25].

TABELA 2: UMA AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE LOCAL DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE INTERVENÇÕES DE AGENTES DE SAÚDE LEIGOS (A PARTIR DA PERSPECTIVA DE UM FORMULADOR DE POLÍTICAS SULAFRICANO)

Formuladores de políticas que avaliam a possibilidade de aplicação de uma revisão de 2006 de intervenções com agentes de saúde leigos, para a saúde maternal e infantil no atendimento básico e comunitário de saúde, poderiam aplicar a seguinte série de perguntas [26,27]:

1. Os estudos incluídos em uma revisão sistemática foram realizados dentro de um mesmo contexto ou os resultados eram consistentes em diferentes contextos ou espaços de tempo?
- 48 estudos foram incluídos na revisão
 - 25 dos Estados Unidos (EUA)
 - 3 do Reino Unido
 - 2 do Brasil, 2 da África do Sul e 2 da Tanzânia
 - 1 de cada país a seguir: Bangladesh, Canadá, Etiópia, Gana, Índia, Irlanda, México, Nepal, Nova Zelândia, Paquistão, Filipinas, Tailândia, Turquia e Vietnã

- Os resultados não foram sempre consistentes em todos os contextos
 - A maioria dos estudos foi publicada a partir de 1995, embora um estudo tenha sido publicado em 1980. Não está claro na revisão se os resultados foram consistentes ao longo dos diversos períodos.
2. Existem diferenças importantes nas realidades do local de interesse e restrições que poderiam alterar substancialmente a viabilidade e aceitação de uma opção?
- Na África do Sul, havia uma preocupação com a capacidade do sistema de saúde e de organizações não-governamentais (ONGs) de prestar apoio clínico e de gestão a uma escala muito grande de programas com agentes de saúde leigos, especialmente em áreas que atualmente têm escassez de recursos onde, poderia argumentar-se, eles são mais necessários. A capacidade pode ser diferente de contextos de renda alta (EUA, Reino Unido) onde muitos dos estudos foram realizados
 - Na África do Sul, existe um pouco de resistência entre os enfermeiros, e entre as associações profissionais de enfermagem, à ampliação do escopo de prática dos agentes de saúde leigos. Isto pode restringir a gama de tarefas que os agentes leigos de saúde são capazes de assumir. Embora a aceitação de agentes de saúde leigos pelos consumidores pareça razoável, com base em observações de programas existentes, tal fato pode variar em contextos diferentes no país e para diferentes tarefas (por exemplo, promoção do aleitamento materno, vacinação)
 - Na África do Sul, a maioria dos agentes de saúde leigos está atualmente envolvida com o atendimento de saúde em domicílio para pessoas que vivem com HIV/Aids e com o apoio no tratamento para esse grupo e para pessoas com tuberculose. Não está claro se seria viável ampliar as suas funções para incluir as áreas comprovadamente eficazes, segundo a revisão (promoção da vacinação, tratamento de infecções na infância, promoção do aleitamento materno). Além disso, as intervenções com agentes leigos de saúde que eram comprovadamente eficazes, segundo a revisão, se concentravam em questões de saúde muito específicas, tal como a promoção do aleitamento materno ou um aumento da vacinação. Poucas evidências foram identificadas com relação à eficácia dos agentes de saúde leigos mais “generalistas”, os quais ficavam responsáveis pela execução de uma série de intervenções de atendimento básico de saúde.
 - Na África do Sul, as normas e as tradições relacionadas ao aleitamento materno, bem como os diferentes níveis de referência de aleitamento materno e as altas taxas de HIV/AIDS entre as mães, podem alterar a aplicabilidade dos resultados da revisão em agentes leigos de saúde para a promoção do aleitamento materno
3. Existem diferenças importantes nos arranjos do sistema de saúde que podem significar que uma opção poderia não funcionar da mesma forma?
- Na África do Sul, os agentes leigos de saúde não estão autorizados a distribuir antibióticos para o tratamento de infecções respiratórias agudas em crianças ou distribuir medicamentos antimaláricos. Portanto, pode ser difícil, no curto ou

médio prazo, ampliar o seu escopo de prática desta forma, mesmo se sua eficácia tiver sido comprovada em uma revisão

- Na África do Sul, a maioria dos agentes de saúde leigos trabalha para ONGs, as quais recebem financiamento do governo para o pagamento dos salários desses agentes de saúde leigos. Não está claro se este mecanismo de financiamento é seguro
4. Existem diferenças importantes nas condições de referência que poderiam produzir efeitos totalmente diferentes, mesmo se a eficácia relativa fosse a mesma?
- As taxas de vacinação de referência podem ser mais baixas na África do Sul do que em alguns dos contextos onde foram realizados os estudos sobre agentes de saúde leigos para a vacinação (Irlanda, EUA). Portanto, é possível prever efeitos absolutos mais elevados na África do Sul
5. Que percepções podem ser extraídas sobre as opções, a implantação e o acompanhamento e avaliação?
- A maioria das intervenções com agentes de saúde leigos que provou ser eficaz se concentrou em tarefas simples. A eficácia dos agentes de saúde leigos que executam uma série de intervenções de atendimento básico de saúde precisa ser avaliada