

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Adriano de Oliveira

CULTIVANDO O USO DE EVIDÊNCIAS NA GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O Caso do Projeto ESPIE

Brasília

2022

Adriano de Oliveira

**CULTIVANDO O USO DE EVIDÊNCIAS NA GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O Caso do Projeto ESPIE**

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa de Gestão e Vigilância em Saúde.

Orientador: Jorge Otávio Maia Barreto

Brasília

2022

### Ficha catalográfica

O48c Oliveira, Adriano de.  
Cultivando o uso de evidências na gestão de políticas públicas de saúde no Brasil: o caso do projeto ESPIE / Adriano de Oliveira; Orientador: Jorge Otávio Maia Barreto – Brasília, 2022.  
73 f., il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado)—Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, 2022.

1. Política Informada por Evidências. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Pública. I. Barreto, Jorge Otávio Maia. II. Título.

CDD: 614

Adriano de Oliveira

**CULTIVANDO O USO DE EVIDÊNCIAS NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O Caso do Projeto ESPIE**

Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Gestão e Vigilância em Saúde.

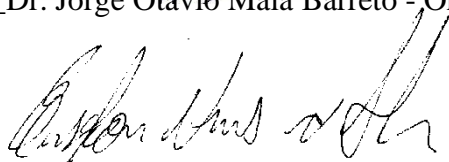
Aprovado em 29/04/ 2022

**BANCA EXAMINADORA**

  
Jorge Otávio Maia Barreto  
Pesquisador em Saúde Pública  
FIOCRUZ - DIREB  
SIAPE - 1043867

---

Dr. Jorge Otávio Maia Barreto - Orientador - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



---

Dr. Everton Nunes da Silva – Membro Interno - Universidade de Brasília - UnB



---

Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado – Membro Externo - Universidade Federal de São Carlos-UFSCar

---

Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa – Suplente - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

*Dedico este trabalho a todos os que buscam promover a gestão de políticas públicas com o emprego de inteligência sanitária, com o uso de evidências globais e locais, em busca de garantir efetiva universalidade, equidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz, em particular à Escola Fiocruz de Governo (Brasília), na figura de todos os seus colaboradores, por ofertarem esse programa de mestrado profissional de excelência com tanto zelo, organização e espírito solidário.

Agradeço ao meu orientador Jorge Barreto por ter sido sempre fonte de inspiração para mim. Seus ensinamentos se deram não apenas pelo que professou retoricamente, mas sobretudo por ser o maior praticante e promotor das Políticas Informadas por Evidências que conheço. Foi por influência dele que me encantei por essa área do conhecimento, o que me impulsionou a ingressar nesse programa de mestrado.

Agradeço ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP-HSL) pela oportunidade de ter atuado em projetos educacionais que mudaram o meu modo de ver o mundo, em especial no projeto Gestão de Políticas Informadas por Evidências - ESPIE. Tal qual por ter me apoiado no desenvolvimento deste estudo fornecendo a maior parte das informações utilizadas para sua composição.

Agradeço à cada um dos meus colegas apoiadores/facilitadores do ESPIE com quem pude compartilhar tantas angústias, aprendizados e alegrias. Produzir este trabalho me remeteu à incríveis lembranças do que vivemos juntos. Bem como a cada um dos participantes do ESPIE com quem tive o prazer de cruzar ao longo da minha trajetória enquanto mero facilitador. Sem clichês, sinto que aprendi muito mais com eles do que o contrário, não apenas sobre conhecimentos seculares, se não como ser melhor humano.

Agradeço também ao idealizador e coordenador do projeto ESPIE, Silvio Fernandes da Silva, que sempre nos mentoreou com ternura e assertividade. E por sua participação na etapa de qualificação desse trabalho.

Agradeço aos meus pais pelo seu legado de superação de uma história pregressa tão desafiadora, como podia ser para quaisquer retirantes nordestinos em condições de profunda desigualdade. Estabeleceram grande exemplo para mim, por meio de uma vida inteira de trabalho árduo, conciliada com estudos que os levaram a um diploma universitário. Obrigado por sempre terem priorizado o apoio à minha jornada acadêmica por meio de sacrifícios tão significativos.

Agradeço aos meus irmãos, André pela sua enorme influência intelectual e instigação constante do meu desenvolvimento crítico, e Fabrício por me fazer acreditar em minhas qualidades e por sempre me incentivar na busca de ser melhor.

Agradeço à Ana Paula, minha esposa, pelo incentivo e apoio que foram fundamentais para que eu não desistisse do mestrado durante um período de grandes desafios familiares. Além do seu próprio brilhantismo acadêmico, coroado com um mestrado concluído em condições ainda mais adversas que as minhas. Isso foi para mim fonte de grande inspiração e coragem.

Por último agradeço aos meus três filhos pela paciência e compreensão durante minhas eventuais ausências em nossos sagrados momentos de brincar. Espero que um dia esta dissertação represente para eles motivo de orgulho e lhes sirva como inspiração.

## RESUMO

O Ministério da Saúde do Brasil tem promovido a discussão e ações para o uso de evidências científicas na gestão de políticas de saúde. Uma destas iniciativas foi a realização do projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (ESPIE), por meio do Programa PROADI-SUS, em parceria com o Hospital Sírio Libanês. Este estudo realizou a descrição e análise do projeto em suas 3 edições, ocorridas entre os anos de 2015 e 2020. Trata-se de um estudo de caso, que adotou como procedimentos investigativos a análise documental e a observação participante. Na coleta de dados, obteve-se 29 documentos da instituição que executou o projeto. Como resultado, foi possível descrever e analisar os seguintes aspectos: a) o que é o projeto ESPIE; b) aspectos geográficos, participantes e produtos; c) perfil do ingressante; d) modos de gestão do ESPIE; e) dimensão formativa; f) dimensão intervenção; g) o papel e formação do docente/apoiador; h) avaliações do ESPIE; i) ações de ampliação da discussão de PIE. Observou-se um notável progresso na construção de capacidades em Políticas Informadas por Evidências em todo o Brasil, a partir da implementação do projeto ESPIE. Por suas características e alcance, pode-se dizer que o ESPIE se constituiu como uma das maiores iniciativas nacionais para o desenvolvimento de capacidades de tradução do conhecimento do mundo.

Palavras-chave: Política Informada por Evidências. Gestão em Saúde. Educação em Saúde Pública.



## **ABSTRACT**

The Brazilian Ministry of Health has promoted the discussion on the use of scientific evidence in the management of health policies. One of these initiatives was the implementation of the Evidence-Informed Health Policy Management (ESPIE) project, through the PROADI-SUS Program, in partnership with Hospital Sírio Libanês. This study performed the description and analysis of the project in its 3 editions that took place between 2015 and 2020. This is a case study that adopted document analysis and participant observation as investigative procedures. In the data collection, 29 documents were obtained from the institution that carried out the project. As a result, it was possible to describe and analyze the following aspects of the project: a) what is the ESPIE project; b) geographic aspects, participants and products; c) profile of the entrant; d) ESPIE management methods; e) formative dimension; f) intervention dimension; g) the role and training of the teacher/supporter; h) ESPIE assessments; i) actions to expand the PIE discussion. Notable progress has been made in building capacity in Evidence-Informed Policy across Brazil with the implementation of the ESPIE project. Due to its characteristics and scope, it can be said that ESPIE has established itself as one of the largest national initiatives to support capacity building in knowledge translation platforms in the world.

**Key-words:** Evidence-Informed Policy. Health Management. Public Health Education.

## **RESUMEN**

El Ministerio de Salud de Brasil ha promovido la discusión sobre el uso de la evidencia científica en la gestión de las políticas de salud. Una de esas iniciativas fue la implementación del proyecto Gestión de Políticas de Salud Informada por Evidencias (ESPIE), a través del Programa PROADI-SUS, en alianza con el Hospital Sírio Libanês. Este estudio realizó la descripción y análisis del proyecto en sus 3 ediciones que se desarrollaron entre 2015 y 2020. Se trata de un estudio de caso que adoptó como procedimientos investigativos el análisis documental y la observación participante. En la recolección de datos se obtuvieron 29 documentos de la institución que realizó el proyecto. Como resultado, fue posible describir y analizar los siguientes aspectos del proyecto: a) qué es el proyecto ESPIE; b) aspectos geográficos, participantes y productos; c) perfil del ingresante; d) métodos de gestión del ESPIE; e) dimensión formativa; f) dimensión de intervención; g) el papel y la formación del profesor/acompañante; h) evaluaciones ESPIE; i) acciones para ampliar la discusión del PIE. Se ha logrado un progreso notable en el desarrollo de capacidades en políticas basadas en evidencia en todo Brasil con la implementación del proyecto ESPIE. Por sus características y alcance, se puede decir que ESPIE se ha consolidado como una de las mayores iniciativas para apoyar desarrollo de capacidades para plataformas de traducción de conocimiento del mundo. Descriptores: Política Informada por la Evidencia. Gestión en Salud. Educación en Salud Pública.

## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 Número de participantes matriculados e certificados em cada edição .....         | 34 |
| Tabela 2 N° de projetos aplicativos ou planos de ação produzidos .....                    | 35 |
| Tabela 3 Perfil do Ingressante .....  | 36 |
| Tabela 4 Autoavaliação dos participantes quanto ao domínio do perfil de competência ..... | 61 |
| Tabela 5 Nível de coerência dos Planos de Ação com o escopo de PIE .....                  | 62 |
| Tabela 6 Grau de implantação dos Planos de Ação .....                                     | 62 |

## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 Municípios sede das regiões de saúde que receberam o ESPIE em cada edição ..... | 33 |
| Quadro 2 Estratégias de gestão do projeto em suas 3 edições .....                        | 41 |
| Quadro 3 Perfil de Competência do projeto ESPIE - 3ª edição .....                        | 42 |
| Quadro 4 Objetivos educacionais de cada encontro/módulo .....                            | 46 |
| Quadro 5 Encontro típico da etapa de formação .....                                      | 47 |

## **LISTA DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Canada’s Policy Marketplace.....  | 18 |
| Figura 2 – Knowledge to action process ..... | 21 |

## **LISTA DE SIGLAS**

AAD Aprendizagem autodirigida

ABE Aprendizagem Baseada em Equipes

ADPEA Avaliação de Desempenho do Processo Ensino-Aprendizagem

AGE/F Apoiadores de gestão em saúde com uso de evidências/facilitadores

AMSTAR Assessing the methodological quality of systematic reviews

APS Atenção Primária à Saúde

APUEGS Especialização em Educação para Apoio ao Uso de Evidências na Gestão da Saúde

ATS Avaliação de Tecnologia em Saúde

CGGC/DECIT/SCTIE/MS Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento/Departamento de Ciência e Tecnologia/Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde

CGL Comissão Gestora Local

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 Corona Virus Disease-19

EAD Educação à Distância

EBSERH/MEC Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Ministério da Educação

ED Equipe Diversidade

ENP Espiral de Narrativa da Prática

ENSP Escola Nacional de Saúde Pública

ESP Espiral de Situação-problema

ESPIE Gestão de Políticas Informadas por Evidências

EVIPNET Rede de Políticas Informadas por Evidências

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

GAF Grupo Afinidade

GD Grupo Diversidade

IEP/HSL Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

MBE Medicina Baseada em Evidências

NEv Núcleos de Evidência

OIPSS Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OT Oficina de Trabalho

PA Plano de Ação

PBE Política Baseada em Evidências

PES Planejamento Estratégico Situacional

PIE Políticas Informadas por Evidências

PROADI-SUS Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

SP Situação-Problema

SUPPORT Supporting Policy relevant Reviews and Trials

SUS Sistema Único de Saúde

TBL Team Based Learning

TCP Trabalho de Conclusão de Projeto

UBS Unidade Básica de Saúde

UFSCAR Universidade Federal de São Carlos

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                      | <b>13</b> |
| 1.1 APRESENTAÇÃO E TRAJETÓRIA DO MESTRANDO               | 13        |
| 1.2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA                             | 15        |
| 1.3 JUSTIFICATIVA  | 15        |
| 1.3 OBJETIVOS  | 17        |
| 1.3.1 Objetivo Geral                                     | 17        |
| 1.3.2 Objetivos específicos                              | 17        |
| <b>2 REVISÃO TEÓRICA</b>                                 | <b>17</b> |
| <b>3 METODOLOGIA</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>4 ARTIGO</b>  | <b>24</b> |
| 4.1 INTRODUÇÃO   | 25        |
| 4.2 METODOLOGIA  | 27        |
| 4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO                               | 29        |
| 4.3.1 O que é o projeto ESPIE                            | 31        |
| 4.3.2 Aspectos geográficos, participantes e produtos     | 32        |
| 4.3.3 Perfil do ingressante                              | 36        |
| 4.3.4 Os modos de gestão do ESPIE                        | 38        |
| 4.3.4.1 Grupo de autoria                                 | 38        |
| 4.3.4.2 Estrutura da coordenação do projeto              | 39        |
| 4.3.4.3 Comissão Gestora Local (CGL)                     | 39        |
| 4.3.4.4 Oficina de trabalho com gestores                 | 40        |
| 4.3.5 Dimensão formativa                                 | 41        |
| 4.3.5.1 Perfil de competência                            | 42        |
| 4.3.5.2 Métodos e abordagens educacionais                | 44        |
| 4.3.6 Dimensão intervenção                               | 55        |
| 4.3.6.1 Temas das sínteses de evidências                 | 56        |
| 4.3.6.2 Ações de qualificação das sínteses de evidências | 57        |
| 4.3.6.3 Construção e implantação dos planos de ação      | 57        |
| 4.3.7 O papel e formação do docente/apoiador do ESPIE    | 59        |
| 4.3.8 Avaliações do ESPIE                                | 60        |
| 4.3.9 Ações de ampliação da discussão de PIE             | 62        |
| 4.4 CONCLUSÃO  | 63        |
| REFERÊNCIAS  | 64        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                            | <b>68</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                       | <b>70</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO E TRAJETÓRIA DO MESTRANDO

Introduzo com um breve relato da minha trajetória profissional e acadêmica para melhor situar meu interesse em desenvolver este estudo e as perspectivas com que posiciono minhas análises. Formei-me como técnico de enfermagem, concomitante ao ensino médio, o que desde então já revelava minha afinidade com o universo da saúde. Após dois anos de trabalho comunitário voluntário, no Japão e no nordeste brasileiro, ingressei no Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-SP). Durante a graduação criei identidade com a área de saúde coletiva, sobretudo com o campo da Atenção Primária à Saúde. Optei pela licenciatura por sempre ter tido interesse pela atividade docente e práticas educacionais.

Complementei minha formação com um curso de aperfeiçoamento de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e logo em seguida com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar. Para concluir a residência fui para Brasília realizar o estágio eletivo no então Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Por meio deste estágio fui convidado a trabalhar na Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, onde atuei como gerente no acompanhamento da expansão do programa SAMU 192.

Ao constatar o fenômeno de reorientação das políticas do Ministério, tendo a constituição de Redes de Atenção à Saúde como eixo central, resolvi integrar a equipe do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Foi neste período em que trabalhamos o desenvolvimento e implementação das chamadas “Redes Temáticas”.

Durante minha atuação nesse departamento fui designado a participar do curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Saúde promovido pelo

Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). Desde esta experiência passei a me identificar com o modo com que o IEP/HSL promovia seus projetos educacionais.

Fui então aprovado em um concurso público como enfermeiro da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), onde atuei inicialmente com assessor especial na Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Em seguida participei da criação da diretoria de Contratualização e Gestão Regionalizada, como seu diretor, cujo objetivo era descentralizar o modelo de gestão da SES-DF e instituir um processo de gestão por resultados junto às instâncias regionais.

Em decorrência dessa experiência fui convidado a assumir a chefia do Serviço de Contratualização Hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH/MEC), onde atuei mediando as relações gestoras entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e os Hospitais Universitários Federais de todo país. Ao retornar para a SES-DF atuei na gestão de uma Unidade Básica de Saúde e logo após como gerente de monitoramento e avaliação da Atenção Primária em uma região de saúde do Distrito Federal.

Concomitante às minhas atividades na SES, atuei por sete anos como gestor de aprendizagem e facilitador nos projetos educacionais do IEP/HSL, realizados no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADISUS). Foi assim que conheci e me encantei pelo projeto Gestão de Políticas Informadas por Evidências – ESPIE. Atuei em sua 1ª edição como facilitador, na 2ª como membro da Comissão Gestora Local de uma região e na 3ª como membro do grupo de autoria e facilitador/apoiador. Foi essa trajetória predominantemente gestora e a inquietação de estudar mais a fundo a temática de Políticas Informadas por Evidência que me despertou interesse em ingressar no Programa de Mestrado Profissional da Fiocruz Brasília, e assim desenvolver uma dissertação sobre esse assunto.



## 1.2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

A gestão de políticas públicas é constituída por processos altamente complexos que se traduzem em grandes desafios aos responsáveis por sua execução. O principal deles é a escolha de alocação dos recursos disponíveis. No caso das políticas de saúde, em que pese serem consideradas pelo arcabouço jurídico brasileiro como meios de efetivação de um direito fundamental, ainda assim estão sujeitas a um ambiente de demandas sociais crescentes a serem atendidas por recursos limitados, por vezes escassos (1). Tal discussão, aparentemente dicotômica, apoia-se na teoria jurídica alemã da “reserva do possível” (2), que por um lado defende a garantia de direitos e, por outro, reconhece as limitações do poder público de contemplá-los integralmente, em decorrência de sua capacidade orçamentária.

Assim, torna-se imperativo que as decisões sobre a aplicação de recursos públicos sejam amparadas pelas melhores informações disponíveis. O processo de tomada de decisões com pouco embasamento pode contribuir para problemas relacionados à eficácia, eficiência, e a equidade dos sistemas de saúde (3). Embora essa seja, relativamente, uma ideia de fácil compreensão, na prática, a utilização de evidências científicas como subsídio na formulação e implementação de políticas públicas ainda não é algo comum (4,5).

Este estudo apresenta uma experiência inovadora, cujo propósito é a difusão do conhecimento e desenvolvimento de capacidades para o uso de evidências como parte do processo decisório na gestão de políticas públicas de saúde.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde brasileiro vem empreendendo diferentes ações para promover a discussão sobre o uso de evidências científicas na gestão de políticas de saúde. Destaca-se, nesse contexto, a inserção do Brasil na Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), constituída por grupos de diversos países (6,7).

Outra iniciativa que vem sendo adotada é o estímulo à criação de Núcleos de Evidência (NEv) loco-regionais, com intuito de formar grupos de colaboração que apoiem experiências significativas da aplicação de evidências para o enfrentamento de problemas de saúde locais prioritários (8).

No bojo destes esforços, surgiu, em 2015, o projeto “Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências – ESPIE”, cunhado na ideia de promover processos educacionais para a formação de atores sociais, com diferentes inserções e interesses nessa área. Sua operacionalização fora concebida inicialmente por meio da realização de um curso de especialização *lato sensu*, que incluía a formulação de projetos aplicativos em seu término.

O projeto ESPIE está inserido no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em que o Ministério da Saúde, junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), mobiliza instituições filantrópicas inscritas no programa como parceiras para realização de projetos estratégicos (6).

O ESPIE é fruto de uma dessas parcerias estabelecidas com o Hospital Sírio Libanês, e operado por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL). Este projeto busca cumprir com dois principais propósitos anunciados em seu caderno de apresentação, quais sejam, desenvolver competências entre os participantes que suscitem e estimulem a incorporação do uso sistemático e transparente do conhecimento científico no processo decisório e apoiar projetos de mudança nos sistemas loco-regionais das regiões-sede, de modo a ampliar a efetividade da gestão das políticas prioritizadas para a população usuária (6).

Assim, devido a relevância da temática no âmbito da gestão de políticas públicas e das características peculiares do projeto ESPIE, este estudo se propôs a descrever e analisar a

realização do projeto em suas três edições com vistas a apresentar suas contribuições para o cenário brasileiro nessa área.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo descrever e analisar, de maneira sistemática, a experiência de implementação do projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências – ESPIE.

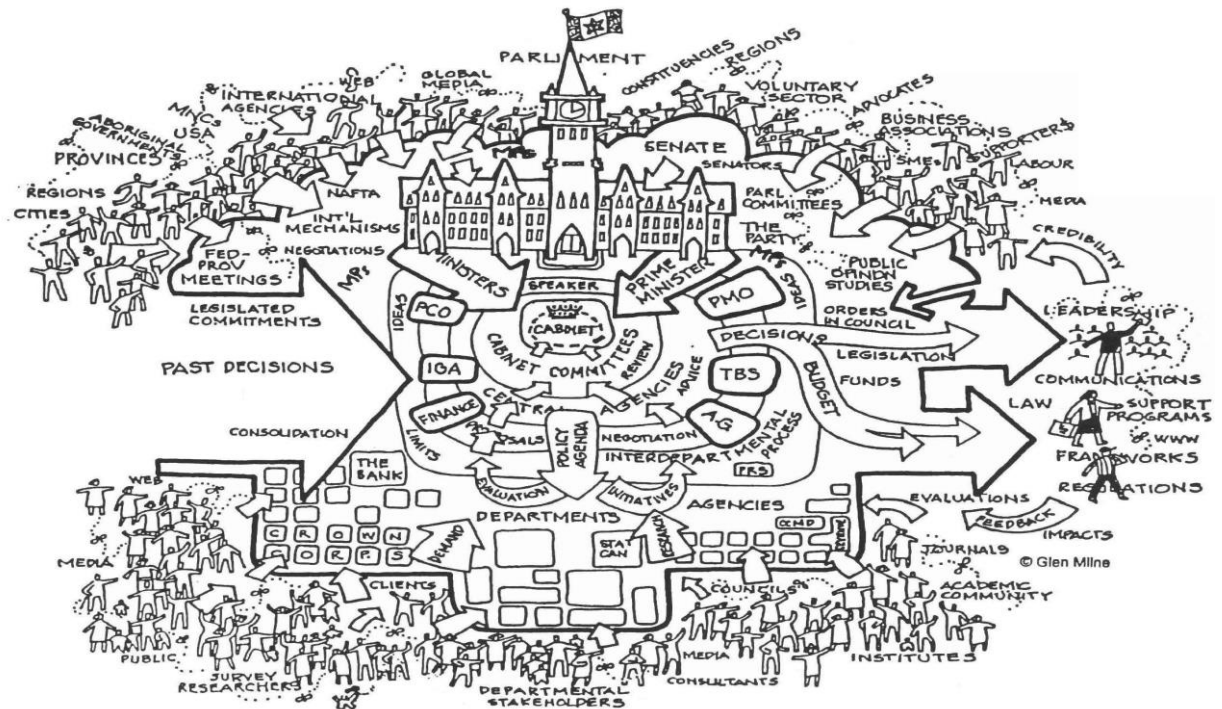
#### 1.3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura geral do projeto ESPIE e como se deu o processo de planejamento de suas três edições entre os anos de 2015 e 2020.
- b) Descrever e analisar a implementação e gestão do projeto ESPIE, na perspectiva de sua evolução conceitual e operacional;
- c) Descrever e analisar as estratégias educacionais e de apoio à produção de sínteses de evidências e planos de ação, com enfoque na 3ª edição do projeto ESPIE.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

Sabidamente, o processo decisório no campo das políticas públicas é absolutamente complexo, tanto pela sua dimensão técnica quanto pelo seu caráter social. A primeira dimensão, caracterizada pela diversidade e densidade dos instrumentos que precisam ser aplicados, desde a formulação das políticas até sua implementação. A segunda se refere a articulação de visões e interesses diversos dos atores envolvidos acerca do objeto de determinada política. No campo das políticas de saúde essas características são particularmente acentuadas devido a valoração natural de seu objeto central, qual seja, a vida humana. Há de considerar ainda a determinação social das necessidades de saúde e o caráter intersetorial de construção de suas políticas.

Na Figura 1, Milne (9) demonstra, a partir da ilustração da estrutura governamental canadense, a complexa rede de atores sociais que atuam, por meio de seus fluxos de influência, sobre os processos decisórios das políticas públicas.



**Figura 1** – Canada's Policy Marketplace

Fonte: Milne, 2013 (9)

O Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon (10), um dos modelos de análise de políticas públicas mais bem aceitos na área, corrobora com essa leitura de complexidade do processo decisório e da composição das agendas governamentais. Há de considerar também que processos decisórios com pouco embasamento podem ampliar o abismo entre os níveis de demanda e a capacidade de oferta, e deflagrar problemas relacionados à eficácia, eficiência e equidade destes sistemas de saúde (3). Nesse sentido, Oxman et.al chamam a atenção para o fato de que é essencial que países de renda baixa e média apliquem de forma inteligente os seus orçamentos para a saúde (3).

Em resposta ao complexo desafio de qualificar a gestão de políticas públicas, a área da saúde se tornou uma das pioneiras na proposição do uso de evidências científicas para subsidiar a construção de políticas públicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, por meio de declaração oficial, que suas próprias diretrizes deveriam ser baseadas nas melhores evidências e isso se desdobrou numa série de eventos que promoveram esse debate (5).

As comunidades implicadas na disseminação deste conhecimento compartilham do entendimento de que o uso de evidências se configura como apenas um dos fatores a ser considerado no processo decisório de políticas públicas, em meio a vários outros que são valorados conforme elementos contextuais. Por isso, atualmente, estudiosos da área denominam esse conjunto de conceitos, instrumentos e métodos de Políticas Informadas por Evidências (PIE), em lugar do termo Políticas Baseadas em Evidências, adotado anteriormente (5).

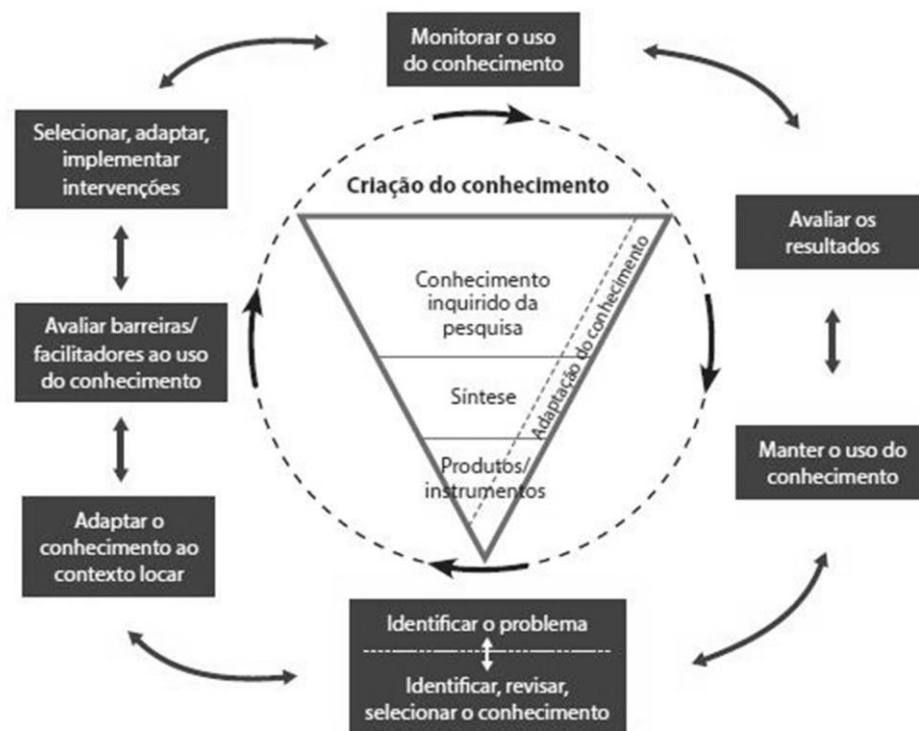
Configura-se, porém, um ‘abismo’ considerável entre as evidências científicas disponíveis sobre políticas de saúde e seu efetivo uso pelos atores sociais que influenciam, determinam ou sofrem as consequências dos processos decisórios na gestão de tais políticas. A literatura internacional denomina este fenômeno como “*know-do gap*”, que numa tradução livre significa a lacuna entre saber e fazer (4,5).

Atribuem-se diversas causas a esta pouca utilização de evidências científicas como subsídio para planejar e implementar políticas públicas de saúde, dentre as quais se destacam: a dificuldade que tomadores de decisão têm para interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico e o baixo nível de interação com os pesquisadores circunscritos ao universo acadêmico (11,12).

Este processo consiste em um sistema que requer necessariamente interação entre gestores, seus apoiadores, pesquisadores, sociedade civil organizada e outros atores sociais interessados (13). A restrição do diálogo entre tais pode estar relacionada às diferenças inerentes às atividades, interesses e posicionamentos das partes envolvidas, que incluem atitudes e objetivos diversificados em relação ao uso da informação e das evidências científicas (14). Devido às complexidades da formulação de políticas e a agenda concorrida dos tomadores de decisão, eles têm pouco tempo para considerar evidências (12). Portanto, se faz necessário selecionar, traduzir e sintetizar as evidências para um uso prático delas.

Assim, a abordagem PIE se concretiza por meio de um processo denominado Tradução do Conhecimento (*Knowledge Translation*) que, segundo Straus et al, pode ser definida como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde das populações, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer os sistemas de saúde (13). Nesta definição, os autores não apenas mencionam as finalidades do processo de tradução do conhecimento, como também, esclarecem quais são as etapas propostas para viabilizar o uso de evidências científicas como suporte para tomada de decisão na gestão de políticas públicas.

A Figura 2 apresenta um esquema que demonstra na ilustração triangular ao meio, qual o ordenamento das etapas de criação do conhecimento, e com o fluxograma externo, exhibe a dinâmica cíclica da tradução do conhecimento, cujo objetivo é torná-lo disponível para orientar a implementação de ações ou intervenções.



**Figura 2** – *Knowledge to action process*

Fonte: adaptado de Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell, et al., 2006 (15)

É proposto como modo de tradução do conhecimento, a sistematização de evidências para incorporação na agenda decisória. Tal processo se inicia com a identificação e descrição de problemas relevantes em determinada realidade, seguido da formulação de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde (em inglês, *Evidence Brief for Health Policy*), cujo objetivo seria informar a construção de políticas de saúde que possam enfrentar as principais causalidades de tais problema (16).

A construção da síntese inclui como etapas principais: a caracterização qualificada de um problema de saúde pública, que requer análise de elementos contextuais; a identificação na literatura de opções para abordar tal problema; e apreciação de considerações sobre a implementação destas opções, quais sejam, identificação de barreiras e estratégias de superação ou minimização delas (16).

A metodologia aplicada para construção e uso deste tipo de síntese se baseia nas ferramentas para políticas de saúde informadas por evidências, ou ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy relevant Reviews and Trials*). O método das ferramentas SUPPORT propõe a conjunção analítica de evidências globais e locais. Evidências globais são aquelas que estão dispostas na literatura na forma de revisões sistemáticas, cujo objetivo é demonstrar os efeitos de intervenções testadas e comparadas. Evidências locais se constituem em estudos e/ou documentos locais que possibilitam a contextualização do uso das evidências globais como subsídios na implementação de um plano ou política de enfrentamento à problemas prioritários (3,17).



### 3 METODOLOGIA

A pesquisa de estudo de caso é uma abordagem qualitativa na qual o investigador explora um ou mais sistemas limitados (casos), por meio de uma coleta de dados envolvendo várias fontes de informação, e relata uma descrição destes casos e temas baseados neles (18).

O estudo de caso é preconizado para se obter uma compreensão de determinada realidade e recomendado para responder perguntas do tipo “como” e “por que”, a respeito do desenvolvimento de determinada experiência empreendida para afetar a realidade em que se passa tal fato (18,19). Por isso, esse método qualitativo foi entendido como adequado para o desenvolvimento deste estudo, com vistas ao alcance de seus objetivos anunciados.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que adotou como procedimentos investigativos a análise documental e a observação participante. A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos referentes ao caso a ser estudado com uma finalidade específica definida (20). Já a observação participante é o processo que permite ao pesquisador aprender sobre as atividades das pessoas em estudo no seu ambiente natural, por meio da observação e da participação nestas atividades (21,22).

Minayo e Costa (23) resgatam definições de Gold para classificar os tipos de observação participante possíveis, que variam em função do modo de inserção do investigador na realidade que ele pretende compreender e descrever. A inserção do pesquisador que desenvolveu este estudo foi como docente/apoiador do projeto ESPIE. Assim, conforme o referencial adotado, a classificação que melhor se aplica ao observador em questão é a de participante-total (23).

Tais técnicas investigativas foram adotadas conjuntamente para proporcionar uma melhor compreensão e descrição do caso. A utilização da observação é preconizada como uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações processadas na análise documental (20).

## **4 RESULTADOS**

### **ARTIGO CIENTÍFICO**

#### **Cultivando o uso de Evidências na Gestão de Políticas Públicas de Saúde: o caso do Projeto ESPIE – Uma plataforma de Tradução do Conhecimento**

##### **RESUMO**

O Ministério da Saúde do Brasil tem promovido a discussão sobre o uso de evidências científicas na gestão de políticas de saúde. Uma destas iniciativas foi a realização do projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (ESPIE), por meio do Programa PROADI-SUS, em parceria com o Hospital Sírio Libanês. Este estudo realizou a descrição e análise do projeto em suas 3 edições ocorridas entre os anos de 2015 e 2020. Trata-se de um estudo de caso que adotou como procedimentos investigativos a análise documental e a observação participante. Na coleta de dados obteve-se 29 documentos da instituição que realizou o projeto. Como resultado foi possível descrever e analisar os seguintes aspectos do projeto: a) o que é o projeto ESPIE; b) aspectos geográficos, participantes e produtos; c) perfil do ingressante; d) modos de gestão do ESPIE; e) dimensão formativa; f) dimensão intervenção; g) o papel e formação do docente/apoiador; h) avaliações do ESPIE; i) ações de ampliação da discussão de PIE. Observou-se um notável progresso na construção de capacidades em Políticas Informadas por Evidências em todo o Brasil com a realização do projeto ESPIE. Por suas características e alcance, pode-se dizer que o ESPIE se constituiu como uma das maiores plataformas de tradução do conhecimento do mundo.

Palavras-chave: Política Informada por Evidências, Gestão em Saúde, Educação em Saúde Pública

##### **ABSTRACT**

The Brazilian Ministry of Health has promoted the discussion on the use of scientific evidence in the management of health policies. One of these initiatives was the implementation of the Evidence-Informed Health Policy Management (ESPIE) project, through the PROADI-SUS Program, in partnership with Hospital Sírio Libanês. This study performed the description and analysis of the project in its 3 editions that took place between 2015 and 2020. This is a case study that adopted document analysis and participant observation as investigative procedures.

In the data collection, 29 documents were obtained from the institution that carried out the project. As a result, it was possible to describe and analyze the following aspects of the project: a) what is the ESPIE project; b) geographic aspects, participants and products; c) profile of the entrant; d) ESPIE management methods; e) formative dimension; f) intervention dimension; g) the role and training of the teacher/supporter; h) ESPIE assessments; i) actions to expand the PIE discussion. Notable progress has been made in building capacity in Evidence-Informed Policy across Brazil with the implementation of the ESPIE project. Due to its characteristics and scope, it can be said that ESPIE has established itself as one of the largest knowledge translation frameworks in the world.

Key-words: Evidence-Informed Policy. Health Management. Public Health Education.

Descritores: Política Informada por la Evidencia. Gestión en Salud. Educación en Salud Pública.

#### 4.1 INTRODUÇÃO

O campo da saúde possui experiência consolidada na produção e uso de evidências científicas para orientar as melhores e mais seguras práticas clínicas e assistenciais, área que se tornou conhecida como Medicina Baseada em Evidências - MBE (1). A partir da década de 1970, a área da saúde também iniciou a discussão do uso de evidências científicas para apoiar a gestão de políticas públicas (2). Esse movimento se fortaleceu na primeira década do século XXI, em vários países do mundo, e hoje se constitui como uma importante área de conhecimento (3).

O processo decisório no campo das políticas públicas é complexo, tanto pelas suas dimensões técnica e política, quanto pelo seu caráter social. No campo das políticas de saúde essa característica é particularmente acentuada devido à valoração natural de seu objeto central, qual seja, a vida humana, pelo seu caráter intersetorial e por sua determinação social.

Há, portanto, um entendimento de que o uso de evidências se configura como um dos fatores a ser considerado no processo decisório de políticas públicas, juntamente com vários outros que são valorados, conforme os diferentes contextos (4). Por isso, atualmente, estudiosos

da área têm preferido chamar esse conjunto de conceitos, instrumentos e métodos de Política Informada por Evidências (PIE), em lugar de Políticas Baseadas em Evidências (PBE), termo já adotado anteriormente (2).

As PIE têm como premissa a utilização de processos sistemáticos e transparentes para acessar, avaliar, adaptar e aplicar evidências científicas na gestão de políticas (4). Persiste, porém, um ‘abismo’ considerável entre as evidências científicas disponíveis sobre políticas de saúde e seu efetivo uso pelos atores sociais que influenciam ou determinam os processos decisórios na gestão de tais políticas. A literatura internacional denomina este fenômeno como “*know-do gap*”, que numa tradução livre significa a lacuna entre o saber e o fazer (2)(5).

Atribuem-se diversas causas a esta pouca utilização de evidências científicas como subsídio para planejar e implementar políticas públicas de saúde, dentre as quais se destacam a dificuldade que tomadores de decisão têm para interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico, além do baixo nível de interação destes com os pesquisadores circunscritos ao universo acadêmico (6). A restrição do diálogo entre atores políticos, sociais e acadêmicos pode estar relacionada às diferenças inerentes às atividades, interesses e posicionamentos das partes envolvidas, que incluem, entre outros, atitudes e objetivos diversificados em relação ao uso da informação e das evidências científicas (6).

Para fazer frente a esta problemática, métodos vêm sendo desenvolvidos e aprimorados na perspectiva de viabilizar e melhorar a incorporação do uso de evidências como subsídio nos processos decisórios de políticas de saúde, construindo deste modo “pontes” para sobrepujar o abismo descrito anteriormente. Este processo é conhecido como tradução do conhecimento (do inglês, *knowledge translation*). A tradução do conhecimento pode ser definida como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde das populações, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer os sistemas de saúde (7)(8).

Nessa perspectiva, foi proposto o projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências – ESPIE, concebido para suprir a necessidade de formação de pessoas para o desenvolvimento da capacidade de empreender tais processos de tradução e aplicação do conhecimento. Este projeto foi cunhado a partir da ideia de promover processos educacionais para a formação de atores sociais, com diferentes inserções e interesses nessa área. Sua operacionalização fora realizada por meio de um curso de especialização *lato sensu*. O projeto ESPIE está inserido no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), e foi desenvolvido na parceria com o Hospital Sírio Libanês, executor do projeto.

Tendo em vista a relevância desta temática e a proposta do projeto ESPIE de se constituir como processo de disseminação do conhecimento sobre PIE, e de desenvolvimento das capacidades já mencionadas, este estudo propõe a descrição e análise da realização do projeto em suas 3 edições ocorridas entre os anos de 2015 e 2020, com ênfase em sua última edição. Pretende, portanto, explorar e discutir a abordagem e métodos do ESPIE a partir da reflexão sobre seus aspectos exitosos e da problematização dos desafios enfrentados, que podem apontar lições relevantes para iniciativas futuras.

## 4.2 MÉTODOS

Este é um estudo de caso, orientado por questões norteadoras, que tem como objetivo descrever de maneira sistemática a experiência de implementação do projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências – ESPIE no Brasil.

As perguntas norteadoras foram elaboradas de maneira condizente os objetivos da pesquisa e com os marcos de formulação, planejamento e evolução do projeto ESPIE. Tem-se então as seguintes perguntas norteadoras:

1) Quais as características gerais do processo de planejamento e implementação do projeto ESPIE?

2) Como se deu a implementação do projeto ESPIE ao longo de suas três edições?

3) O que se pode aprender com a experiência do projeto ESPIE?

Conforme sugerem as questões norteadoras, o desenho metodológico deste estudo foi pensado para proporcionar uma análise progressivamente mais abrangente e profunda da implementação do projeto ESPIE. A primeira etapa da pesquisa é composta por um descritivo sobre a estrutura geral do projeto e como se deu o processo de implementação de suas três edições, o que incluiu: o desenho metodológico; as regiões de saúde contempladas; o público participante; a tipificação dos produtos resultantes; o processo de pactuação nas regiões de saúde; a formação de apoiadores; e o modelo de governança do projeto.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que adotou como procedimentos investigativos a análise documental (9)(10) e a observação participante (11,12).

A fim de obter as informações necessárias, o pesquisador solicitou ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL), executante do projeto, acesso aos documentos estabelecidos em cada uma das edições, tais como: planos de trabalho enviados ao Ministério da Saúde, atas de reunião do grupo de autoria, cadernos de instituição de cada edição do projeto e relatórios gerenciais contendo avaliações de satisfação dos participantes, auto avaliação sobre a capacidade de assimilação de conhecimentos específicos e de aplicação destes (13).

A partir da obtenção dos documentos realizou-se a análise proposta sobre o planejamento e implementação do projeto ESPIE, numa perspectiva crítico-reflexiva. A discussão deste estudo acabou por ter maior enfoque na descrição e análise da terceira edição do ESPIE. Isso porque, se obteve uma quantidade significativamente maior de informações da terceira edição e estas foram melhor sistematizadas desde sua origem. De qualquer maneira, todas as edições foram desenvolvidas sob diretrizes semelhantes e a última resulta do acúmulo de experiência e aprendizagem das edições anteriores, representando, portanto, o estágio de maior maturação do projeto.

Portanto, aspectos das primeiras edições aparecem nesse estudo quando são mencionados elementos comuns das três edições ou se faz útil algum tipo de comparação entre as edições.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, informa-se que devido à natureza estritamente documental dos procedimentos adotados, inclusive da observação participante, pela especificidade como fora aplicada, conforme já descrito, a pesquisa não requereu a aprovação de um comitê de ética em pesquisa.

#### 4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da solicitação dos documentos relacionados à pesquisa junto ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa obteve-se um total de 29 documentos entre versões preliminares e finais dos planos de trabalho e relatórios de prestação de contas do Projeto ESPIE nos triênios 2015-2017 e 2018-2020. Os conteúdos destes documentos se referem principalmente ao planejamento e realização da terceira edição do projeto. Os documentos referentes ao primeiro triênio, período em que foram realizadas as duas primeiras edições do ESPIE, só foram disponibilizados ao final do cronograma da pesquisa, com uma sistematização menos rigorosa e com uma quantidade bem menor de informações. Tal fator também influenciou na definição do enfoque da apresentação dos resultados e discussão.

Os relatórios gerenciais produzidos mensalmente pelo pesquisador na função de apoiador/facilitador também foram utilizados como fonte para o desenvolvimento do estudo, sendo considerados como um dos instrumentos da observação participante prevista na metodologia da pesquisa. Estes documentos estruturados são denominados relatórios do Processo de Ensino-Aprendizagem. Eles contêm informações sobre o acompanhamento do desenvolvimento educacional dos participantes do projeto e sobre os aspectos estratégicos do apoio à implementação dos planos de ação desenvolvidos pelos grupos.

Em conformidade com a metodologia adotada, e a partir da análise de todo o material obtido, a apresentação dos resultados está organizada na forma dos seguintes tópicos:

a) O que é o projeto ESPIE

b) Aspectos geográficos, participantes e produtos do ESPIE

1. Municípios sede

2. Matriculados e certificados

3. Projetos aplicativos e planos de ação produzidos

c) Perfil do ingressante

d) Modos de gestão do ESPIE

1. Grupo de autoria

2. Estrutura da coordenação do projeto

3. Comissões Gestoras Locais (CGL)

4. Oficina de trabalho com gestores locais

e) Dimensão formativa

1. Perfil de competência

2. Métodos e abordagens educacionais

2.1 Comunidades de aprendizagem

2.1 Estrutura das unidades educacionais

2.1 Estratégias educacionais

2.1 Instrumentos de acompanhamento e avaliação

f) Dimensão intervenção

1. Temas das sínteses de evidências

2. Ações de qualificação das sínteses de evidências

3. Construção e implantação dos planos de ação

g) Formação do docente/apoiador do ESPIE



#### h) Avaliações do projeto ESPIE

1. Auto percepção de domínio em PIE
2. Implantação dos planos de ação

#### i) Ações de ampliação da discussão de PIE

#### 4.3.1 O que é o projeto ESPIE

Conforme já mencionado na introdução, o projeto ESPIE está inserido no âmbito do Programa PROADI-SUS, em que o Ministério da Saúde, junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), mobiliza instituições filantrópicas inscritas no programa como parceiras para realização de projetos estratégicos (13).

O ESPIE é fruto de uma dessas parcerias estabelecidas com o Hospital Sírio Libanês, e foi operado por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa. Este projeto busca cumprir com dois principais propósitos anunciados em seu caderno de apresentação, quais sejam, desenvolver competências dos participantes para o uso sistemático e transparente do conhecimento científico no processo decisório em saúde e apoiar projetos de mudança nos sistemas loco-regionais das regiões-sede, de modo a ampliar a efetividade da gestão de políticas prioritárias (13).

O projeto foi concebido como estratégia de formação e de congregação de atores estratégicos que pudessem se articular para constituir, em todo o Brasil, redes de colaboração e fomento do uso de evidências científicas no processo decisório da gestão em saúde. Sua operacionalização foi planejada na forma de um curso de especialização *lato sensu*, que incluía, além do cumprimento de uma agenda acadêmica, a formulação e aplicação de projetos de intervenção em sua fase final.

A fim de promover intercâmbio e aproximação entre diferentes grupos de interesse, em cada uma de suas três edições, o projeto ofereceu suas vagas buscando alcançar a seguinte proporção dos segmentos elencados:

- Gestores e/ou apoiadores do processo decisório – 60% das vagas
- Pesquisadores – 20% das vagas
- Representantes da sociedade civil – 20% das vagas

No primeiro triênio do projeto (2015-2017) foram realizadas duas edições, com duração de aproximadamente quinze meses cada. No triênio seguinte (2018-2020) estava prevista a realização de outras duas edições que atenderiam seis regiões de saúde em cada uma delas. Atrasos no cronograma de execução do projeto exigiram um ajuste que levou a realização de uma única edição, que contemplou 12 regiões.

#### 4.3.2 Aspectos geográficos, participantes e produtos

Em três edições, o ESPIE formou mais de 1000 especialistas, em 35 regiões de saúde, em todo o Brasil, além de ter formado outras duas turmas em colaboração internacional, em Córdoba, na Argentina, e Montevideú, no Uruguai. Estas turmas foram compostas por meio de parceria com o Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIPSS) na primeira edição do projeto em 2016. Com isso, o projeto ESPIE se tornou a maior iniciativa de fomento às PIE já realizada em âmbito nacional na área da saúde.

**Quadro 1** – Municípios sede das regiões de saúde que receberam o ESPIE em cada edição

| Edição | Nº de regiões | Regiões de Saúde  |
|--------|---------------|---|
| 1ª     | 10            | Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Goiânia/GO, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Vitória/ES, Córdoba/Argentina e Montevidéu/Uruguai   |
| 2ª     | 15            | Belém/PA, Manaus/AM, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Caxias/MA, Cuiabá/MT, Florianópolis/SC, Iguatu-Icó/CE, João Pessoa/PB, Rio Branco/AC, Rio de Janeiro/RJ, Santana do Ipanema/AL, São Paulo/SP, Serra Talhada/PE e Teresina/PI |
| 3ª     | 12            | Palmas/TO, Porto Velho/RO, Aracaju/SE, Maceió/AL, Recife/PE, São Luiz/MA, Salvador/BA; Brasília/DF, Campinas/SP, Niterói/RJ, Uberlândia/MG, Porto Alegre/RS   |

**Fonte:** elaborado pelo autor a partir dos cadernos das três edições do ESPIE

Conforme demonstrado no Quadro 1, em sua 1ª edição o projeto se estabeleceu apenas em regiões de saúde com sede em capitais, representativas das cinco regiões do país. Como se tratava de sua primeira experiência, buscou-se identificar localidades que já possuíam iniciativas ou grupos de PIE que pudessem se engajar e/ou apoiar o projeto.

Na 2ª edição o projeto atendeu a outras capitais e regiões de saúde interioranas em que gestores demonstraram interesse de associar o ESPIE a oferta de outros projetos educacionais promovidos pelo IEP/HSL.

Na 3ª edição foram adotados como critérios a contemplação de localidades que ainda não haviam recebido o projeto, onde houvessem grupos engajados em PIE e gestores que declararam apoio ao projeto por meio de articulação feita pelo CONASS e CONASEMS.

A tabela abaixo demonstra a quantidade de vagas disponibilizadas em cada edição e o nível de adesão e aproveitamento em termos de participação no projeto e conclusão da formação.

**Tabela 1** – Número de participantes matriculados e certificados em cada edição

| Variáveis    | 1ª Edição |        | 2ª Edição |        | 3ª Edição |        |
|--------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|              | N         | %      | N         | %      | N         | %      |
| Vagas        | 320*      |        | 500       |        | 480       |        |
| Matriculados | 320*      | 100%   | 500       | 100%   | 480       | 100%   |
| Desistentes  | 71*       | 22,19% | 120       | 24%    | 112       | 23,33% |
| Concluintes  | 249*      | 77,81% | 380       | 76%    | 368       | 76,67% |
| Reprovados   | 17*       | 6,83%  | 14        | 3,68%  | 15        | 4,07%  |
| Certificados | 232*      | 93,17% | 366       | 96,32% | 353       | 95,93% |

\* a estatística das turmas criadas fora do Brasil não foi contabilizada nos relatórios do IEP/HSL.

**Obs:** os percentuais de matriculados/desistentes/concluintes foram calculados com base nos matriculados, já os de reprovados e certificados utilizaram os concluintes como denominador

**Fonte:** elaborado pelo autor a partir dos relatórios consultados

Observa-se, pelo número de matriculados, que o grau de adesão nas três edições foi pleno, gerando inicialmente a ocupação de todas as vagas. Isso se deve não só ao interesse espontâneo dos candidatos, mas também a um trabalho proativo dos apoiadores de cada região em mobilizar os grupos de interesse previamente mapeados. É importante esclarecer que foram operadas substituições, mediante desistências, até o 3º encontro de cada edição, na tentativa de não deixar restar vagas ociosas.

Tanto a relação percentual entre concluintes e desistentes, quanto o número de participantes certificados se mostraram estáveis ao longo das três edições. A terceira edição merece destaque ao ter conseguido manter estes índices, mesmo tendo sido transpassada por um cenário totalmente adverso, imposto pela pandemia mundial de Covid-19.

Quanto à permanência no projeto, ao analisar os dados estratificados que não foram possíveis exibir, observou-se que o maior grau de evasão proporcional foi no segmento de pesquisadores. Pelas expressões compartilhadas por alguns participantes deste segmento,

constatou-se que o tipo de titulação oferecida pelo projeto não foi atrativo para alguns desse público, uma vez que já possuíam titulação academicamente mais valorada.

Nas duas primeiras edições do ESPIE adotou-se como modo de composição do público alvo a indicação de atores estratégicos por parte de instituições parceiras das regiões de saúde, quais sejam, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Universidades, Núcleos de Evidências locais, Conselhos de Saúde e outras representações da sociedade civil organizada. Na terceira edição, por exigência do contratante, estabeleceu-se o modelo de seleção por meio de edital aberto para livre concorrência, a partir do entendimento de que esta prática seria mais condizente com os princípios fundamentais da administração pública.

Se por um lado tal medida estabeleceu critérios objetivos que permitiram um acesso mais democrático, por outro caracterizou a inserção no projeto como algo de interesse pessoal, o que parece ter fragilizado o compromisso das instituições quanto às garantias para a participação dos especializandos nas atividades ao longo do projeto. Este fator também repercutiu em dificuldade na composição dos grupos cuja missão era construir uma proposta de intervenção, uma vez que se tinha uma representatividade muito diversa, por vezes de atores com baixa governabilidade para articular a implementação dos planos de ação junto às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Tabela 2** – Número de projetos aplicativos ou planos de ação produzidos em cada edição

|    |     |     |        |
|----|-----|-----|--------|
| 1ª | 40* | 39* | 97,5%  |
| 2ª | 50  | 50  | 100%   |
| 3ª | 48  | 49  | 100,2% |

\* Nessa dimensão foram contabilizados os trabalhos dos grupos formados fora do Brasil.

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos relatórios consultados

A Tabela 2 reflete o aspecto de produtividade do projeto. Conforme será mais bem descrito em tópico posterior, cada grupo de dez participantes deveria elaborar um projeto aplicativo, conceito adotado nas duas primeiras edições, ou plano de ação, conceito adotado na terceira edição. Nota-se que mesmo diante de uma média de desistência de 24% dos participantes (Tabela 1), na maioria dos casos os grupos conseguiram manter a capacidade de entrega do produto. A única exceção foi durante a primeira edição em que uma determinada região teve de remanejar seus participantes encerrando com apenas três grupos e não quatro.

#### 4.3.3 Perfil do ingressante

No ato de inscrição, os participantes foram convidados a preencher um formulário cujas informações permitiram traçar um perfil dos grupos de cada região e do conjunto de todas as regiões. Dentre os documentos obtidos na coleta de dados, apenas o relatório de encerramento da terceira edição continha a sistematização desses dados. Destacam-se as seguintes características do público de participantes/especializandos que compôs a terceira edição do ESPIE:

**Tabela 3** – Perfil do Ingressante da 3ª edição do ESPIE

| <b>Sexo</b>                          | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| Masculino                            | 66        | 18,5%    |
| Feminino                             | 290       | 81,5%    |
| <b>Segmento principal de atuação</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Gestor                               | 274       | 77,0%    |
| Pesquisador                          | 58        | 16,3%    |
| Sociedade Civil                      | 24        | 6,7%     |
| <b>Graduação *</b>                   | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Enfermagem                           | 113       | 31,70%   |
| Medicina                             | 27        | 7,60%    |

|                                |           |          |
|--------------------------------|-----------|----------|
| Odontologia                    | 25        | 7,00%    |
| Psicologia                     | 24        | 6,70%    |
| Fisioterapia                   | 23        | 6,50%    |
| Farmácia                       | 17        | 4,80%    |
| Nutrição                       | 15        | 4,20%    |
| Administração                  | 12        | 3,40%    |
| Serviço Social                 | 12        | 3,40%    |
| Direito                        | 10        | 2,80%    |
| Fonoaudiologia                 | 7         | 2,00%    |
| Terapia Ocupacional            | 7         | 2,00%    |
| <b>Especialização</b>          | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Sim                            | 286       | 80,3%    |
| <b>Mestrado</b>                | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Sim                            | 160       | 44,9%    |
| <b>Doutorado</b>               | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Sim                            | 55        | 15,4%    |
| <b>Experiência em pesquisa</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
| Sim                            | 183       | 51,4%    |

\*só estão demonstradas as categorias profissionais cuja incidência foi igual ou maior que 2%

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados obtidos nos relatórios

Uma vez que o segmento gestor é predominante na composição do público do projeto, as demais características, como gênero e área de formação, parecem ser condizentes com o perfil geral do público deste segmento no campo da saúde. Chama a atenção o alto índice de participantes que já possuíam outra especialização e também mestrado, o último em menor proporção. Nota-se também por estes mesmos índices que esta qualificação não está restrita ao segmento de pesquisadores. Infere-se que o caráter inovador do escopo do projeto ESPIE pode

ser responsável por este interesse em realizar uma especialização, mesmo para os que já possuem tal nível de titulação ou superior.

#### 4.3.4 Os modos de gestão do ESPIE

Não é objeto desta pesquisa descrever os procedimentos de gestão documental padronizados pelo PROADI-SUS, referentes a submissão e aprovação do projeto, bem como procedimentos de *accountability*, prestação de contas e demais aspectos da gestão financeira do projeto ESPIE. Faz-se esse destaque pois grande parte da documentação obtida para análise tratava de tais aspectos. O que se pretende aqui é ressaltar a gestão estratégica que se refere diretamente aos modos de implementação do projeto.

##### 4.3.4.1 Grupo de autoria

O primeiro aspecto que merece destaque nesse tópico é a criação do chamado grupo de autoria do projeto, sobretudo pela ampla representatividade de sua composição. Essa lógica se fez presente nas três edições, mas se tornou mais robusta na terceira.

Nesta última edição o grupo foi formado por representantes: da gerência de projetos do IEP/HSL, da coordenação do projeto ESPIE do IEP/HSL, da Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS, de uma secretaria de saúde local, cujo representante foi o pesquisador deste estudo, e de uma organização da sociedade civil com engajamento em PIE. Contou ainda com dois convidados externos, especialistas em PIE, membros da Rede EVIPNET Brasil e Europa, respectivamente.

O grupo foi responsável pelo endosso da proposta do projeto, conforme apresentado pela coordenação do ESPIE, e contribuiu com apontamentos de melhorias a partir de análises críticas. Constituiu-se também como instância em que a coordenação reportava seus resultados



parciais e submetia proposições acerca de cada fase de execução do projeto. O grupo se reuniu ordinariamente duas vezes por ano durante o período de realização da terceira edição.

#### *4.3.4.2 Estrutura da coordenação do projeto*

A própria estruturação do grupo de coordenação do projeto no âmbito do IEP/HSL também faz jus à menção. Em sua terceira edição, além da convencional figura do coordenador geral foram incorporados um especialista em PIE, um especialista em avaliação em saúde e duas especialistas em processos educacionais em saúde.

#### *4.3.4.3 Comissão Gestora Local (CGL)*

Outra instância fundamental do modelo de governança do ESPIE são as Comissões Gestoras Locais. Esse foi um mecanismo instituído desde a primeira edição do ESPIE, sem diferenças importantes na proposição de seu funcionamento. A partir da chegada dos apoiadores designados pelo IEP/HSL em cada região propunha-se a criação de uma comissão formada por representantes de instituições interessadas em participar da promoção do projeto.

A composição de tais comissões variou conforme o contexto de cada região. As representações mais frequentes foram das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que sediaram o projeto, Secretarias Estaduais, Universidades com cursos em áreas correlatas e Escolas de Saúde Pública. Em alguns casos COSEMS e Conselhos de Saúde locais também integravam as comissões. Na segunda edição, em particular, devido ao modo de oferta do ESPIE, conjugado a outros projetos educacionais, a Comissão Gestora Local também foi compartilhada, o que possivelmente dificultou o devido acompanhamento.

As comissões tinham como esfera de atuação tudo aquilo que se referia a estruturação do projeto na região, o que incluía ações de provisão de local com as adequações necessárias para sediar as atividades educacionais, divulgação e mobilização do processo seletivo, organização do encontro de abertura do projeto, apoio à participação dos

especializando (ex. liberação oficial para encontros), organização e participação nos Diálogos de Políticas e principalmente articulação para implementação dos planos de ação na fase de intervenção do projeto. Estas duas últimas ações foram previstas exclusivamente na 3ª edição.

Cabe destacar ainda que, nessa última edição, as comissões não atuaram indicando candidatos para a seleção de participantes, uma vez que fora instituído pelo Ministério da Saúde a seleção por meio de edital público. A coordenação do ESPIE, o conjunto de apoiadores/facilitadores e o grupo de autoria avaliaram que o nível de compromisso e capacidade de articulação dessas comissões foi fator decisivo para um maior ou menor sucesso na estruturação do projeto em cada região.

#### *4.3.4.4 Oficina de trabalho com gestores*

Por último, uma estratégia diferenciada, adotada apenas na terceira edição, que tem relevância para ser citada, foi a realização de uma oficina de trabalho com gestores locais e parceiros de instituições de pesquisa das regiões escolhidas para implantação do projeto. A oficina ocorreu em janeiro de 2019, antecedendo o início das atividades nestas regiões, e teve os seguintes objetivos: apresentar o projeto às lideranças loco-regionais, promover sua interação com os respectivos docentes/apoiadores designados, articular providências relativas à divulgação do processo seletivo dos participantes/especializando e ao estabelecimento de parcerias com vistas a suprir as necessidades de infraestrutura e logística.

Após discussão e análise, parte do grupo de autoria apontou que poderia ser potente para uma edição posterior do ESPIE promover um edital de ampla concorrência, para que Municípios e/ou Estados interessados apresentem seus pleitos de receber o ESPIE por meio da submissão de projetos que prevejam todas as contrapartidas necessárias.

**Quadro 2** – Estratégias de gestão do projeto ESPIE em suas três edições

| <b>Edição</b>  | <b>1<sup>a</sup></b>  | <b>2<sup>a</sup></b>  | <b>3<sup>a</sup></b>  |
|--|---|---|---|
| <b>Grupo de autoria</b>  | Composto apenas por representantes do Ministério da Saúde e Coordenação do Projeto no IEP/HSL                       | Composto por representantes do Ministério da Saúde, CONASS, CONASESM e Coordenação do Projeto no IEP/HSL  | Composto por representantes do Ministério da Saúde e Coordenação do Projeto no IEP/HSL  |
| <b>Coordenação do projeto</b>  | Composta apenas pela figura do Coordenador do Projeto no IEP/HSL  | Composta pelo Coordenador do Projeto no IEP/HSL e especialista em PIE   | Composta pelo Coordenador do Projeto no IEP/HSL, especialista em PIE, especialista em avaliação, especialistas em processos educacionais                              |
| <b>Comissões Gestoras Locais (CGL)</b>                               | Responsáveis pela seleção de participantes, infraestrutura, provisão logística e apreciação de projetos aplicativos | Comissões únicas formadas para o acompanhamento de diversos projetos educacionais em cada região. Em tese com o mesmo escopo da 1 <sup>a</sup> edição | Responsáveis pelos mesmos aspectos descritos na 1 <sup>a</sup> edição, com exceção da atuação da seleção de participantes, que desta vez foi feita por edital público |
| <b>Oficina com gestores para apresentação e pactuação do projeto</b> | Não ocorreu   | Não ocorreu   | Realizada para apresentar proposta do projeto e pactuar compromisso e contrapartidas locais para sua implantação.   |

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos registros da observação participante

#### 4.3.5 Dimensão formativa

O projeto se dividiu em duas principais dimensões: a dimensão formativa e a de intervenção. As estratégias educacionais e de apoio à intervenção foram organizadas com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de determinadas capacidades ou competências entre os participantes. Além de difusão do conhecimento sobre as melhores práticas de gestão com o uso de evidências, tinha-se como objeto do projeto a proposição de ações efetivas que pudessem qualificar a gestão das políticas de saúde nas regiões de saúde onde foi implantado.

A seguir, tratar-se-á dos aspectos da dimensão formativa e na sessão seguinte da dimensão intervenção.

#### *4.3.5.1 Perfil de competência*

O projeto adotou um currículo orientado por competência, com abordagem construtivista (13,14). Os perfis de competência propostos para as duas primeiras edições contemplavam desempenhos semelhantes aos apresentados no Quadro 3, entretanto, possuíam um agrupamento ligeiramente distinto, orientados pela divisão nos seguintes eixos – a) Gestão de Políticas Públicas de Saúde; b) Atenção à Saúde; c) Educação em saúde: construção do conhecimento para a ação política. Esses eixos eram comuns à base do perfil de competência de outros projetos educacionais do IEP/HSL.

Na terceira edição, a coordenação do ESPIE, respaldada pelo grupo de autoria, entendeu a necessidade de reorganizar esse perfil a partir do encadeamento lógico das atividades educacionais que o projeto propunha. Além disso, no perfil da última edição observa-se um enfoque mais direcionado para as competências específicas relacionadas as PIE e o uso de suas ferramentas. Tal medida foi condizente com a pretensão de dar um cunho mais prático à edição por meio do apoio à construção e implementação de sínteses de evidências e planos de ação na dimensão intervenção.

Segue abaixo o quadro descritivo do perfil de competência que orientou a construção do currículo e toda a programação de atividades do projeto em sua 3ª edição.

**Quadro 3** - Perfil de Competência do projeto ESPIE - 3ª edição

| Ações chave  | Desempenhos   |  |
|--|---|--|
| <p>Analisa contextos em que ocorre a organização do cuidado e a implementação das políticas de saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende a organização de sistemas de saúde e as políticas de regionalização do SUS, incluindo seu marco legal e os fundamentos que orientam o processo decisório e os mecanismos de gerenciamento de redes de atenção à saúde.</li> <li>- Demonstra capacidade de análise crítica e aprofundada do contexto, em particular dos desafios inerentes a redução da segmentação de sistemas de saúde e a produção do cuidado integral em saúde</li> </ul>  |  |
| <p>Estabelece prioridades na gestão de políticas públicas de saúde</p>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende e prioriza os problemas e identifica os resultados esperados, aplicando o pensamento estratégico e considerando os valores de defesa da vida e do SUS.</li> <li>- Analisa potencialidades e prioridades de mudança que considerem o impacto, factibilidade e viabilidade das ações</li> <li>- Estimula o trabalho colaborativo em equipe, o diálogo e a construção coletiva dos processos de mudança, pautada pela ética, confiança e transparência.</li> <li>- Dissemina uma cultura de divulgação e utilização de experiências empíricas entre os atores envolvidos no processo de gestão de políticas públicas de saúde</li> </ul> |  |
| <p>Compreende e utiliza evidências na gestão de políticas de saúde</p>                                   | <p>Sub-ação 1:<br/>Compreende o que são evidências em saúde e identifica os desafios e oportunidades para sua aplicabilidade no contexto da gestão de políticas de saúde</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende o conceito de informação e evidências (global e local) e a importância de sua valorização e uso, de forma sistemática e transparente, no processo de formulação de políticas.</li> <li>- Realiza análises de saúde e compreende o que são revisões sistemáticas (RS), incluindo os aspectos metodológicos e de avaliação de qualidade.</li> <li>- Explora os repositórios de busca e de leitura crítica das RS disponíveis.</li> <li>- Valoriza o uso do conhecimento disponível, considerando o contexto, tendo como objetivo o aperfeiçoamento da gestão das políticas de saúde</li> </ul> |
|  | <p>Sub-ação 2: Utiliza instrumental método lógico apropriado para incorporar o uso de evidências na</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apropria-se dos aspectos teórico-metodológicos das ferramentas SUPPORT, e desenvolve capacidades técnicas para aplicação de suas etapas, tais como: definição e explicação de problemas e identificação de barreiras</li> </ul>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | gestão de políticas de saúde  | e opções/estratégias para seu enfrentamento, culminando com elaboração de sínteses de evidências e organização de diálogos deliberativos |
| Promove implementação de ações informadas por evidências visando superar problemas e aperfeiçoar a gestão de políticas de saúde | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora e implementa planos de ação articulados com o contexto e informados por evidências.</li> <li>- Desenvolve o raciocínio estratégico-situacional, particularmente no que se refere a pertinência, viabilidade, factibilidade e gestão do plano de ação proposto</li> </ul> |  |
| Desenvolve monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende os resultados a serem alcançados com a implementação das ações (imagem objetivo).</li> <li>- Formula estratégias e critérios de monitoramento e avaliação</li> </ul>  |  |

Fonte: Adaptado do Caderno do Projeto ESPIE 2018-2020 (13)

#### 4.3.5.2 Métodos e abordagens educacionais

Com vistas a proporcionar aos seus participantes o alcance das referidas competências, o projeto ESPIE adotou metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os principais métodos utilizados foram a espiral construtivista, a problematização e a aprendizagem baseada em equipes (ABE). Na espiral construtivista são utilizados como disparadores educacionais situações-problema ou narrativas decorrentes de vivências das práticas profissionais dos próprios participantes (13).

Na problematização, o processo é disparado pela identificação de problemas por meio da observação da realidade, e tem como objetivo construir intervenções que possam melhorá-la. Já a aprendizagem baseada em equipes ocorre em uma dinâmica que provoca a capacidade de compreensão e argumentação por meio da discussão entre pares e interação com especialistas. (13)

#### Comunidades de aprendizagem

Para operar tais métodos o projeto propôs a divisão das turmas em pequenos grupos denominados comunidades de aprendizagem, que foram formados pela lógica de agregação de diversidade ou afinidade, a depender dos objetivos educacionais de cada método. As comunidades que se compõem em diversidade agregam componentes com a maior diferença possível, para favorecer processos de troca e compartilhamento de saberes e experiências entre os participantes. As constituídas por afinidade, ao contrário, propunham a conjunção de componentes que se vinculavam por interesses e objetivos comuns, com vistas às intervenções que seriam planejadas e implementadas. (13)

Cada participante fazia parte da composição de dois tipos de agrupamentos por diversidade e um por afinidade. O primeiro tipo eram Equipes Diversidade (ED) compostas por até sete participantes, para ambiente de aprendizagem que utilizava cenários simulados de prática profissional, principalmente as atividades de aprendizagem baseada em equipes (ABE). Os Grupos Diversidade (GD), com até dez participantes, trabalharam com a utilização de disparadores educacionais da espiral construtivista para ampliação de aportes conceituais. E os Grupos Afinidade (GAF), também com até dez participantes, trabalharam no eixo de contexto real, tendo como foco a construção das sínteses de evidência e consequente planejamento e implementação de planos de ação embasados nestas sínteses.

#### Estrutura das unidades educacionais

A dimensão formativa da terceira edição foi realizada por meio de dez encontros presenciais e um virtual. Cada encontro tinha duração de três dias consecutivos. Foram distribuídos da seguinte forma: 01 encontro de abertura e acolhimento (início do curso); 01 encontro de compartilhamento dos projetos de intervenção (meio do curso); 01 encontro de encerramento das atividades educacionais (ao final do curso) e 08 encontros típicos.

Cada encontro correspondia a uma unidade educacional, e eram orientados por um Termo de Referência que continha: objetivos, intencionalidades educacionais, desempenhos a serem desenvolvidos, o detalhamento das ações a serem trabalhadas e tipo de avaliação proposta para aquele encontro. As intencionalidades educacionais foram trabalhadas progressivamente, e algumas delas permearam vários encontros. O Quadro 4 apresenta os principais conteúdos e competências trabalhados no decorrer da terceira edição.

**Quadro 4** – Objetivos educacionais de cada encontro/módulo da 3ª edição do projeto ESPIE

|   |
|---|
| <p><b>Encontro Educacional 1</b> – Compreender o conceito de evidências e a importância de sua valorização e uso, de forma sistemática e transparente, no processo de formulação de políticas;</p>  |
| <p><b>Encontro Educacional 2</b> – Apropriar-se dos aspectos teórico-práticos das ferramentas SUPPORT; Analisar contextos em que ocorre a implementação das políticas de regionalização do SUS; Valorizar o uso do conhecimento disponível, considerando o contexto, tendo como objetivo o aperfeiçoamento da gestão das políticas de saúde loco-regionais.</p>   |
| <p><b>Encontro Educacional 3</b> – Estimular práticas de habilidades para buscas sistemáticas de evidências sobre políticas de saúde; Promover reflexões sobre oferta e acessibilidade em sistemas de saúde; Priorizar os problemas e identificar os resultados esperados, aplicando o pensamento estratégico; Apropriar-se dos aspectos teórico-práticos das ferramentas Support.</p>  |
| <p><b>Encontro Educacional 4</b> - Desenvolver capacidades para o apoio à construção de síntese de evidência para o enfrentamento de problemas em diálogo com os tomadores de decisão; Realizar análises de saúde e compreender o que são revisões sistemáticas (RS), incluindo os aspectos metodológicos e de avaliação de qualidade; Explorar os repositórios de busca e de leitura crítica das Revisões Sistemáticas disponíveis.</p>  |
| <p><b>Encontros Educacionais 5, 6 e 7</b> - Utilizar instrumental metodológico apropriado para incorporar o uso de evidências na gestão de políticas de saúde loco-regionais; Apropriar-se dos aspectos teórico-práticos das ferramentas SUPPORT e desenvolver capacidades técnicas para aplicação de suas etapas, tais como: definição e explicação de problemas e identificação de barreiras e opções/estratégias para seu enfrentamento, culminando com elaboração de sínteses de evidências e organização de diálogos deliberativos; Analisar prioridades de mudança que considerem o impacto, factibilidade e viabilidade das ações; Aprofundar reflexões sobre desafios do uso de evidências na gestão de políticas de saúde; Valorizar o conhecimento disponível, considerando o contexto, tendo como objetivo o aperfeiçoamento das políticas de saúde.</p> |
| <p><b>Encontro Educacional 8</b> - Desenvolver a capacidade de planejar, organizar e realizar diálogos deliberativos para a ampliação da discussão a respeito de explorar sínteses de evidências; compreender o processo de disseminação do conhecimento e de contextualização de</p>   |



evidências globais com evidências e análises locais por meio da realização de diálogos deliberativos;

**Encontro Educacional 9** - Analisar potencialidades e prioridades de mudança que considerem o impacto, factibilidade e viabilidade das ações; compreender os resultados a serem alcançados com a implementação das ações (imagem objetivo). Formular ações de monitoramento do processo e de avaliação dos resultados. Formular indicadores de monitoramento e avaliação.

**Encontro Educacional 10** - Identificar e compreender os resultados a serem alcançados com a implementação das ações (imagem objetivo); Formular ações de monitoramento do processo e de avaliação dos resultados; Formular indicadores de monitoramento e avaliação.

**Encontro Educacional 11** – Analisar os cenários loco-regionais e os limites e possibilidades para a continuidade do projeto em decorrência da pandemia COVID-19; Aperfeiçoamento e finalização dos planos de ação ESPIE e analisar possíveis estratégias de promoção de diálogo com atores relevantes; Analisar estratégias de implementação e monitoramento de ações direcionadas à solução de situações problemáticas loco-regionais, considerando os contextos.

Fonte: elaborado pelo autor com base nos Termos de Referência da 3ª edição do ESPIE

A conformação dos encontros típicos da dimensão educacional, no que se refere a disposição de suas atividades, pode ser ilustrada da seguinte maneira:

**Quadro 5** – Encontro típico da etapa de formação

| Período | 1º dia  | 2º dia  | 3º dia  |
|---------|---|---|---|
| Manhã   | TBL <sup>1</sup> / OT <sup>2</sup> / Plenária (Equipes diversidade)   | SP <sup>3</sup> / NP <sup>4</sup> / AAD <sup>5</sup> (Grupos diversidade) | OT <sup>2</sup> – Construção de sínteses de evidência ou planos de ação (Grupos afinidade) Portfólio / AAD <sup>5</sup> |
| Tarde   | OT <sup>2</sup> – Construção de sínteses de evidência ou planos de ação (Grupos afinidade) Portfólio / AAD <sup>5</sup> | SP <sup>3</sup> / NP <sup>4</sup> / AAD <sup>5</sup> (Grupos diversidade) | OT <sup>2</sup> – Construção de sínteses de evidência ou planos de ação (Grupos afinidade) Portfólio / AAD <sup>5</sup> |
| Noite   | Viagem educacional  | Portfólio / AAD <sup>5</sup>  |   |

1 - TBL: Team based learning; 2 – OT: Oficina de Trabalho; 3 – ESP: Espiral de Situação-problema; 4 – ENP: Espiral de Narrativa da Prática; 5 – AAD: Aprendizagem autodirigida.

Fonte: Caderno do Projeto Gestão de Políticas Informadas por Evidências 2018-2020 (13)

## Estratégias educacionais

Para que se tenha melhor compreensão dos métodos educacionais empreendidos no ESPIE, apresenta-se a seguir um resumo sucinto de como foram desenvolvidas as atividades referidas no Quadro 5, com base nos descritivos do Caderno ESPIE da terceira edição. (13)

### a) Aprendizagem baseada em equipes ou *team based learning* – ABE/TBL

A operação deste método no ESPIE foi proposta a partir da leitura de um texto disparador, que trazia uma síntese acerca de determinado tema, os participantes respondiam às perguntas de múltipla escolha, cujas alternativas eram todas corretas, sendo uma delas mais completa na perspectiva de quem as formulou. Em seguida, os membros da equipe diversidade discutiam entre si suas respostas individuais e exercitavam a argumentação envolvida na escolha da alternativa (15).

Em seguida desta interação, cada equipe construía acordos em torno de determinada resposta para cada questão. Na etapa seguinte, o facilitador solicitava a manifestação dos votos das equipes, por meio de placas lúdicas de sinalização. Provocava-se com isso uma ampliação da discussão, estimulando novas argumentações, agora coletivas. Os votos individuais e coletivos eram registrados em um sistema eletrônico que exibia os resultados em tela grande na forma de gráficos. Por fim, um ou mais especialistas no tema da atividade promoviam uma devolutiva problematizadora.

As atividades de TBL foram utilizadas para promover alinhamento conceitual de temas relacionados à Políticas Informadas por Evidências e refletir sobre conceito de evidências científicas e aplicabilidade das mesmas na formulação e implementação de políticas de saúde. Na transição entre a dimensão educacional e de intervenção também se trabalhou por meio do TBL a utilização das sínteses de evidências como subsídio para a elaboração dos planos de ação.

O TBL no ESPIE pretendia também conectar e promover interação entre as regiões de saúde em todo território nacional. Porém, após muitas dificuldades enfrentadas com infraestrutura e equipamentos de videoconferência que possibilitassem interação simultânea de especialistas localizados no IEP/HSL com todas as regiões de saúde, optou-se pelo modelo de gravação dos comentários deles sobre as questões, cuja exibição era coordenada pelos docentes locais dentro da dinâmica da atividade.

b) Oficinas de trabalho de construção das sínteses de evidências e planos de ação

Na dimensão educacional as oficinas de trabalho foram compostas por atividades relacionadas a construção das sínteses de evidências e formulação dos respectivos planos de ação de cada grupo afinidade, em preparação para a dimensão de intervenção.

A metodologia aplicada para construção das sínteses de evidência baseou-se nas ferramentas para políticas de saúde informadas por evidências, ou Ferramentas SUPPORT (do inglês, *Supporting Policy relevant Reviews and Trials*). O método das Ferramentas SUPPORT propõe a conjunção analítica de evidências globais e locais (16).

Evidências globais são aquelas que estão dispostas na literatura na forma de revisões sistemáticas, cujo objetivo é demonstrar os efeitos de intervenções testadas e comparadas. Evidências locais se constituem em estudos e/ou documentos locais que possibilitam a contextualização do uso das evidências globais como subsídios na implementação de um plano ou política de enfrentamento a problemas prioritários. (17)

A construção deste tipo de síntese inclui como etapas principais: identificação, priorização e caracterização qualificada de um problema de saúde pública, que requer análise de elementos contextuais; a identificação na literatura de opções para abordar tal problema por meio da busca de revisões sistemáticas; e apreciação de considerações sobre a implementação

destas opções, quais sejam, identificação de barreiras e estratégias de superação ou minimização destas barreiras. (18)

Ressalta-se que os Grupos Afinidade tiveram dificuldade de operar em auto-gestão. Isso porque, uma vez que cada apoiador trabalhava com dois grupos, em alguns momentos o grupo tinha de produzir sem acompanhamento permanente. Os participantes avaliaram a necessidade de ter um apoiador para cada GAF. A coordenação e grupo de apoiadores no geral demonstraram concordância, porém o orçamento do projeto não comportava esse aumento de despesa. A estratégia de realizar o compartilhamento e análise crítica entre os dois GAF, acompanhados pelo mesmo apoiador, após a construção de cada etapa da síntese de evidências, reduziu as dificuldades referentes a tal limitação.

### c) Espiral de situações-problema

Nessa metodologia utilizou-se o processamento de situações-problema (SP) como disparadores educacionais. As SP são textos elaborados pelos autores do projeto que retratam uma realidade simulada, com base em suas experiências. O processamento ocorre em dois momentos, o primeiro com o propósito de construir a chamada síntese provisória e o segundo para produzir uma nova síntese. Após a leitura atenta do texto o grupo diversidade percorre as seguintes etapas do processamento: identificação de problemas, formulação de explicações/hipóteses com base em conhecimentos prévios e elaboração de questões de aprendizagem que representem a lacuna de conhecimento do grupo (13,19).

Entre um encontro e outro, o participante é desafiado a construir respostas a estas questões, com base no conhecimento adquirido pelo estudo de literatura científica encontrada por meio de busca estruturada em bases de dados confiáveis. No encontro seguinte, os participantes compartilham suas sínteses em grupo, mediados pelo facilitador, proporcionando assim a construção de novos significados e aprendizagem.

Na terceira edição, os temas provocados pelas SP foram: metodologias ativas de ensino-aprendizagem; agenda político/decisória dos gestores públicos; desafios da efetivação de uma gestão qualificada e fundamentada nas melhores evidências; estratégias para construção, implementação e avaliação de planos e projetos informados por evidências.

d) Espiral de narrativas da prática

É um método muito semelhante ao descrito no item c. No entanto, a atividade diferencia-se pela substituição da SP, enquanto disparador, por textos construídos pelos próprios participantes de um grupo diversidade. Os textos devem retratar experiências reais vivenciadas por cada participante, e por isso são chamados de narrativas. O facilitador encomenda a produção de tais textos com antecedência, orientando os participantes a partir de uma questão norteadora que se relaciona com um tema de interesse de determinada unidade educacional.

Após a leitura das narrativas de todos os participantes, a critério do facilitador, pode-se adotar duas formas de processamento. A primeira seria a escolha de uma das narrativas do grupo para ser utilizada de maneira análoga a uma SP. A outra seria a identificação de semelhanças e diferenças entre as narrativas como subsídio para a problematização, construção de hipóteses e formulação de questões de aprendizagem. Na terceira edição, o principal tema trabalhado por meio deste disparador foi o desafio no uso de evidências na gestão de políticas de saúde.

e) Aprendizagem auto dirigida (AAD)

A AAD constitui-se como espaço protegido na agenda do projeto para que os participantes realizem suas buscas, estudos, reflexões individuais e façam seus registros de aprendizagem em seus portfólios.

#### f) Viagens educacionais

A proposta desta ação educacional é gerar aprendizagem por meio do acesso e compartilhamento de subjetividades mobilizadas por disparadores lúdicos, previamente definidos, conforme as intencionalidades pedagógicas de cada unidade educacional. Segundo Mourthé Junior et al., alguns dos objetivos que se pode alcançar com esta estratégia educacional são: *“explicitar emoções e sentimentos; identificar o impacto que as emoções produzem e sua articulação com racionalidades; e fazer dialogar emoção e razão com o perfil de competência profissional”*(20).

Diferentes recursos foram utilizados como disparadores: filmes, atividades artesanais, literatura e dinâmicas de grupo. Após a exposição a esses recursos, geralmente ao término do primeiro dia de encontro, cada participante era convidado a refletir individualmente sobre o que o disparador lhe mobilizou à luz do perfil de competência e registrar ideias e sentimentos em seu portfólio. No dia seguinte, mediados pelo facilitador, tinham a oportunidade de compartilhar suas impressões com seu grupo diversidade utilizando a técnica de construção de núcleos de sentido por meio de visualização móvel com uso de tarjetas.

#### Instrumentos de acompanhamento do desenvolvimento e avaliação

Além de elucidar as atividades de ensino, é fundamental mencionar também os métodos de avaliação do projeto ESPIE. Considerada uma atividade permanente e crítico-reflexiva do processo de ensino-aprendizagem, a avaliação tem como foco o desenvolvimento do projeto, o desempenho dos docentes, especialistas, e os processos e produtos. Nesta perspectiva não são apenas os alunos/participantes que são avaliados, mas todos os atores e aspectos passíveis de melhoria. De maneira coerente com o espectro metodológico, os processos de avaliação são critério-referenciados, com base no perfil de competência e aplicados de maneira contínua, dialógica, ética, democrática e corresponsável (13,21).

O processo de avaliação no ESPIE é focalizado tanto no processo (formativa), como nos produtos (somativa). A avaliação formativa visa garantir o reconhecimento de conquistas e oportunidades de melhoria (21). Contempla a autoavaliação, a avaliação realizada pelos demais participantes do grupo e a avaliação do docente. Já a avaliação somativa, sintetiza o desenvolvimento do perfil de competência e os conceitos utilizados são de “satisfatório” ou “insatisfatório”. Esta avaliação, juntamente com os conceitos dados ao trabalho de conclusão do projeto (TCP) e planos de ação, é responsável pela aprovação ou reprovação do participante.

Para a certificação dos participantes foram exigidos frequência mínima de 75% nas atividades e conceito satisfatório no desempenho das atividades educacionais, na entrega do TCP e na elaboração das sínteses de evidências e planos de ação. Apresenta-se, a seguir, uma breve descrição dos principais instrumentos utilizados nos processos de avaliação.

a) Portfólio – avaliação formativa

Mais do que um instrumento, o uso do portfólio reflexivo se constitui em um processo de acompanhamento do desenvolvimento de competências dos participantes. Isso é operado por meio de encontros individuais, ou excepcionalmente coletivos, entre os participantes e o facilitador.

O produto portfólio, que cada participante deve produzir, é um registro de tudo que se refere ao seu processo de aprendizagem ao longo de todo o projeto. Seu formato varia conforme a subjetivação de cada participante, podendo ser manuscrito ou em arquivo digital.

Além da descrição de conteúdos, deve expressar análises críticas sobre sua própria aprendizagem(13). Pode conter ainda associações de ordem artística ou a outras subjetivações.

A aplicação deste método proporciona ao sujeito em formação um processo reflexivo sistematizado que lhe permite identificar suas necessidades e potencialidades de

aprendizagem e observar sua evolução no processo de ensino-aprendizagem. Desta maneira atende também ao propósito de promover um processo de autoavaliação (22).

b) Trabalho de Conclusão do Projeto – avaliação somativa

Constitui-se em uma síntese reflexiva do portfólio a ser construída, individualmente, pelos participantes, ao final do projeto. Deve representar a evolução ou deslocamento do participante quanto a aprendizagem proposta pela intencionalidade educacional do conjunto de atividades desenvolvidas. Devido ao seu caráter somativo, deve ser entregue ao final da participação no projeto para compor o conceito final da avaliação do participante (13).

c) Avaliação de Desempenho do Processo de Ensino-Aprendizagem (ADPEA)

Trata-se da aplicação de um formato de avaliação horizontal e participativa com base no perfil de competências. Ela mantém coerência com o processo de acompanhamento do portfólio. Aplica-se num primeiro momento quando se alcança a metade do cronograma do projeto, em caráter formativo, e repete-se ao final, em caráter somativo.

A escolha do construtivismo como prisma metodológico do projeto merece destaque. A utilização de desafios educacionais no formato de problemas mostra-se coerente com o modo como as pessoas naturalmente aprendem (19). Por isso, as metodologias ativas são potentes para mobilização do protagonismo dos participantes quanto ao seu processo de aprendizagem e no que se refere ao engajamento na construção dos planos de ação (23).

Conforme demonstrado pelos índices de avaliação dos encontros educacionais, a maioria dos participantes apresentou grande satisfação com o emprego dessas metodologias de ensino-aprendizagem. Há de se apontar, entretanto, que alguns participantes que deixaram o



projeto antes de sua conclusão, apresentaram como justificativa o fato de não terem se adaptado a essa proposição pedagógica.

#### 4.3.6 Dimensão intervenção

O ESPIE, desde sua concepção, foi projetado para instrumentalizar melhores práticas de gestão associando o uso de evidências científicas nos processos de tomada de decisão. As duas primeiras edições propiciaram um ambiente de desenvolvimento de projetos aplicativos, na esfera dos grupos afinidade. Utilizou-se como subsídio para a construção destes projetos os princípios da gestão de PIE e o ferramental do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Nestas edições não foi trabalhado com os grupos a efetiva capacidade de construção de sínteses de evidências, tratou-se apenas das noções do processo. Ao término de tais edições, os grupos apresentaram suas propostas a um conjunto de atores com intuito de incentivá-los a fazerem uso deste conhecimento na gestão de políticas locais. Naquele momento o planejamento do ESPIE não previa o acompanhamento da implantação de tais projetos.

Um dos grandes diferenciais da terceira edição foi justamente a adoção do componente “intervenção” com maior relevo. Este componente foi trabalhado desde a etapa educacional, em que os grupos afinidade foram orientados na produção de sínteses de evidências, conforme descrito anteriormente no tópico “Oficinas de trabalho de construção das sínteses”, e na construção dos planos de ação.

Portanto, a ênfase se deu tanto pelo incremento de robustez metodológica durante a etapa educacional quanto pela previsão de uma etapa de apoio efetivo à implantação dos planos que foram produzidos. Esta etapa final de acompanhamento dos planos é o que o projeto convencionou chamar de dimensão intervenção. Foi uma iniciativa precursora entre os projetos educacionais do IEP/HSL no âmbito do PROADI-SUS.

#### *4.3.6.1 Temas das sínteses de evidências*

Convém mencionar os temas centrais das sínteses de evidências que, por conseguinte, se tornaram o objeto de intervenção dos respectivos planos de ação. O escopo das 49 sínteses de evidências produzidas na terceira edição do ESPIE podem ser agrupadas em três frentes. O primeiro conjunto seria das sínteses que se ocuparam do fortalecimento do próprio processo de PIE nas regiões, com os seguintes temas: qualificação e utilização da informação no suporte à tomada de decisão; uso de evidências na formulação e implementação de políticas de saúde e uso sistemático de evidências na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

O segundo agrupamento seria dos problemas relacionados a gestão do sistema e de serviços de saúde – inadequação dos encaminhamentos entre níveis de atenção; tempo de espera e absenteísmo em consultas especializadas; qualificação do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS); acesso e qualidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS); integração ensino-serviço; acesso a procedimentos cirúrgicos hospitalares eletivos; procura e permanência indevidas em serviços de Urgência e Emergência Hospitalar; gestão de leitos hospitalares; acesso aos serviços de reabilitação por pessoas com deficiência física; judicialização dos casos de oxigenoterapia hiperbárica; articulação de Hospital Universitário como referência para região de saúde; cobertura vacinal e modelo da assistência em saúde mental; cobertura do exame citopatológico do colo do útero.

Por último encontram-se as sínteses relacionadas à qualificação do cuidado no enfrentamento dos seguintes problemas de saúde – lesões autoprovocadas em adolescentes e jovens; violência sexual; sífilis congênita e em adultos; câncer de mama; dengue e outras arboviroses; alergia à proteína do leite de vaca; tuberculose; doenças respiratórias em crianças; diabetes; hipertensão; doenças cardiovasculares; outras condições crônicas não transmissíveis; mortalidade materna e cuidado integral à mulher no período gravídico-puerperal; e uso indiscriminado de medicamentos em idosos.

#### 4.3.6.2 *Ações de qualificação das sínteses de evidências*

Conforme preconizado pela metodologia das ferramentas SUPPORT (16,24), após a formulação inicial das sínteses, seguiu-se uma série de atividades que visavam sua qualificação e preparação para um uso efetivo. Os grupos afinidade foram treinados, e aplicaram sobre as sínteses, um instrumento de avaliação de qualidade metodológica denominado AMSTAR 2 (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*) (25).

Logo após elas também foram submetidas a análise do grupo de docentes e coordenadores do ESPIE, e posteriormente enviadas para análise adicional de um grupo de especialistas em PIE articulados pelo Ministério da Saúde.

A partir disso cada uma das sínteses foi submetida a um diálogo deliberativo (26) nas respectivas regiões de saúde. Devido a conotação que o termo deliberativo tem no universo da gestão do SUS, e as customizações feitas em sua execução, essa atividade foi denominada Diálogo de Políticas de Saúde no âmbito do ESPIE.

Ao fim do ciclo de avaliações e revisões, os grupos concluíram suas sínteses fazendo os ajustes necessários e, a partir dessa base, formularam seus planos de ação.

#### 4.3.6.3 *Construção e implantação dos planos de ação*

Ao término da etapa formativa, quatro encontros complementares da dimensão intervenção foram realizados com foco na implantação, monitoramento e avaliação dos planos de ação. O processo de construção do plano de ação utilizou como referencial os fundamentos do planejamento estratégico-situacional (PES), visando desenvolver e aplicar o raciocínio estratégico na construção de projetos. Isso incluiu também a análise de viabilidade e factibilidade e elaboração de cronogramas, orçamentação e mecanismos de monitoramento e avaliação (13).

A formulação dos planos foi seguida por uma jornada de articulações para a sua implementação, o que, no geral, requereu pujança das Comissões Gestoras Locais e de outros

atores que haviam sido mobilizados durante os Diálogos de Políticas. À medida que alguns planos foram sendo implementados, concomitantemente ocorriam os processos de gestão, monitoramento e avaliação dos processos e resultados.

Não se pode deixar de mencionar que o ano de 2020 foi marcado por uma crise sanitária mundial sem precedentes que trouxe consigo várias dificuldades para realização de qualquer projeto educacional. Em abril de 2020, logo após o reconhecimento da COVID-19 como pandemia, estava previsto o último encontro da dimensão educacional que deveria ser seguido pelos quatro encontros da dimensão intervenção.

Os casos e óbitos decorrentes da pandemia se mostraram heterogêneos entre as diferentes regiões do país, atingindo os Estados em tempos e com intensidades variáveis. Devido ao foco dos profissionais de saúde na pandemia, a sobrecarga dos serviços de saúde e as orientações de distanciamento social, todas as atividades presenciais foram canceladas ou realizadas remotamente, produzindo um cenário de difícil planejamento e condução, em virtude das incertezas do quadro sanitário.

Cabe dizer que o ESPIE fora originalmente desenvolvido para ser um projeto híbrido, com atividades presenciais e virtuais, o que poderia ter sido uma vantagem importante para adaptação a esse cenário. No entanto, em todas as edições se fez presente o desafio de engajar os participantes e docentes nas atividades de Educação à Distância (EAD) por meio de uma plataforma própria. A falta de praticidade e instabilidade da plataforma foi objeto de avaliação negativa durante os encontros educacionais. Por essa razão, mesmo diante das adaptações necessárias em decorrência da pandemia, não se observou aumento do uso desse recurso.

Por outro lado, as plataformas de videoconferência foram utilizadas intensamente para realização das atividades dos grupos e para reuniões com gestores locais, a fim de articular a implantação dos planos. Mesmo diante de muito esforço por parte dos grupos, a

operacionalização dos planos de ação foi muito prejudicada, não só pela restrição de encontros presenciais, mas também pela justificável dificuldade dos atores locais de priorizarem discussões distintas do enfrentamento da pandemia.

#### 4.3.7 O papel e formação do docente/apoiador do ESPIE

Em todas as edições foram designadas duplas de facilitadores para cada região de saúde contemplada pelo projeto. Devido ao caráter inovador do ESPIE, em sua primeira edição optou-se por ofertá-lo de maneira independente de outras especializações, e designar para esta função educadores mais experientes, cuja maioria já havia atuado como “gestores de aprendizagem”, ou seja, como formador de facilitadores.

Já na segunda edição conformou-se uma oferta integrada aos demais cursos, formando uma espécie de combo em uma mesma região. E assim, o IEP/HSL adotou seu modo habitual de recrutamento de facilitadores locais que foram capacitados por meio de processos de educação permanente conduzidos pelos então gestores de aprendizagem. Além dessa formação local, os facilitadores do ESPIE de todas as regiões de saúde participaram de um encontro em São Paulo cujo objetivo era promover uma intensificação ou aprofundamento de seu processo formativo.

A partir de avaliações realizadas, na terceira edição, decidiu-se pelo retorno de uma contratação central de educadores que já possuíssem experiência consolidada em processos educacionais. Devido ao enfoque no apoio à construção de sínteses de evidência e planos de ação correlatos, os facilitadores tiveram uma formação adicional em PIE, visando aprimorar sua atuação como educadores e apoiadores nas regiões. A formação foi conduzida pelo coordenador do ESPIE, com apoio dos docentes experts em PIE e processo de avaliação, os quais haviam sido contratados pelo projeto. Os profissionais foram então denominados Apoiadores de Gestão da Saúde com Uso de Evidências/Facilitadores (AGE/F).

A referida formação se deu por meio da Especialização em Educação para Apoio ao Uso de Evidências na Gestão da Saúde (APUEGS), que ocorreu, em sua maior parte, de maneira concomitante à realização do ESPIE, durante os meses de janeiro de 2019 à novembro de 2020. Inicialmente houve quatro encontros formativos antes das atividades do ESPIE darem início, com foco no domínio da construção de sínteses de evidência. A partir daí realizou-se mais 12 encontros de dois dias cada, com intuito de dar seguimento a formação. Nestes encontros foram trabalhados - o planejamento das atividades do ESPIE nas regiões, a continuidade de capacitação em PIE, atividades de educação permanente com foco em reflexão da prática e o monitoramento e avaliação dos processos de intervenção.

#### 4.3.8 Avaliações do ESPIE

Outra inovação da terceira edição do ESPIE foi o emprego de uma sistemática mais estruturada de avaliação de resultados em diferentes dimensões. As edições anteriores também aplicaram alguns instrumentos de avaliação, mais restritos à aferição da satisfação dos participantes com as atividades educacionais de cada encontro. Não foram fornecidos dados decorrentes das avaliações para que pudessem ser apresentados neste tópico. As informações apresentadas aqui foram obtidas no Anexo XVIII do Relatório Anual de 2020 que reporta a conclusão do triênio do 2018-2020, referente a 3ª edição do ESPIE.

Um dos indicadores utilizados foi a auto avaliação dos participantes acerca do domínio dos desempenhos ou capacidades previstas no perfil de competência. Ao término do projeto, os participantes foram submetidos a um instrumento eletrônico em que registraram suas percepções sobre tal domínio. Em uma adaptação da escala de Likert havia cinco opções de respostas – *não domino*, *domino pouco*, *domino*, *domino bem*, *domino com excelência*. A média percentual do conjunto dos 15 desempenhos previstos no perfil de competência ficou assim distribuída:

**Tabela 4** – Autoavaliação dos participantes quanto ao domínio do perfil de competência

| <b>Categoria de resposta</b> | <b>Resultados</b> |
|------------------------------|-------------------|
| Não domino                   | <1%               |
| Domino pouco                 | 9%                |
| Domino                       | 32%               |
| Domino bem                   | 42%               |
| Domino com excelência        | 17%               |

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos relatórios consultados

Fica assim evidente a predominância da percepção “domino bem” entre os participantes. Se somado a última categoria, tem-se que mais da metade dos participantes avaliam ter alcançado níveis elevados das competências propostas no perfil.

Na estratificação dos dados observa-se que o desempenho número três, relacionado a priorização de problemas e identificação de resultados esperados, foi o que apresentou o maior percentual de “domino bem” (51%). Já a opção “domino com excelência” apareceu com 30% de frequência relativa para o desempenho número cinco – estimular o trabalho colaborativo em equipe. Em mais da metade dos desempenhos do perfil, não houve a ocorrência da opção “não domino”.

O projeto ESPIE tinha como meta junto ao seu demandante, o Ministério da Saúde, avaliar as ações iniciais de implantação de cinquenta por cento dos Planos de Ação (PA), porém foi viabilizada a avaliação de todos os planos. Assim, aferiu-se a porcentagem de planos de ação coerentes com o escopo proposto no ESPIE e quantos teriam ações iniciais implantadas até o momento de emissão do relatório final. O escopo do projeto previa como possibilidades, a serem consideradas para as intervenções, os seguintes conjuntos: o controle de enfermidades específicas e/ou seus fatores de risco, a cobertura assistencial/acesso da rede de serviços, a qualidade da assistência prestada, o custo dos serviços oferecidos e os mecanismos de governança. (13)

Quanto ao primeiro quesito, a análise mostrou que a maioria dos Planos de Ação foram considerados completamente coerentes com o escopo de PIE.

**Tabela 5** – Nível de coerência dos Planos de Ação com o escopo de PIE

| <b>Nível de coerência com PIE</b> | <b>Nº de Planos de Ação</b> | <b>Percentual do total</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Sem coerência                     | 1                           | 2%                         |
| Pouco coerente                    | 1                           | 2%                         |
| Medianamente coerente             | 9                           | 18%                        |
| Completamente coerente            | 38                          | 78%                        |

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos relatórios consultados

Quanto ao segundo quesito, a análise mostrou que, no geral, parte expressiva dos planos de ação tiveram a maioria das ações implantadas, e outra parte igualmente expressiva tiveram poucas ações implantadas. Juntas estas categorias constituem a maioria dos planos. No entanto, apurou-se um quantitativo bem considerável de PA que tiveram sua implantação integral. Em síntese, 94% dos planos tiveram algum grau de implantação das ações propostas, o que, no contexto desafiador já descrito, foi considerado como muito positivo pela coordenação do projeto e demais colaboradores.

**Tabela 6** – Grau de implantação dos Planos de Ação

| <b>Ações implantadas</b>  | <b>Nº de Planos de Ação</b> | <b>Percentual do total de PA</b> |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Nenhuma implantada        | 3                           | 6%                               |
| Poucas implantadas        | 17                          | 34,7%                            |
| Maior parte implantadas   | 17                          | 34,7%                            |
| Integralmente implantadas | 12                          | 24,5%                            |

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos relatórios consultados



#### 4.3.9 Ações de ampliação da discussão de PIE

A principal ação de divulgação dos objetivos e resultados do projeto ESPIE foi a realização dos I e II Fórum Internacional de PIE realizados em junho de 2019 e dezembro de 2020, respectivamente. Foram promovidos pelo Hospital Sírio Libanês em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. O primeiro em formato presencial, nas instalações do próprio IEP/HSL em São Paulo e o segundo, em decorrência da pandemia de COVID-19, foi realizado virtualmente.

Segundo o relatório do primeiro fórum, ele teve como objetivos: sensibilizar e disseminar o uso de evidências para gestores no âmbito do SUS; conhecer experiências nacionais e internacionais de PIE; identificar possibilidades de sinergia e colaboração entre redes e grupos de pesquisas (academia, governo e sociedade civil) com experiências no uso de evidências em saúde; discutir diretrizes estratégicas para o fortalecimento das PIE no Brasil. Foram convidados gestores, pesquisadores e lideranças em PIE no Brasil e exterior.

Já o segundo fórum teve como foco a apresentação das sínteses e planos de ação produzidos nas regiões de todo o Brasil durante a terceira edição do ESPIE. Com isso promoveu-se uma discussão sobre o processo de implantação dos PA, o que propiciou trocas de experiências com potencial de influenciar melhorias de alguns destes planos.

#### 4.4 CONCLUSÃO

Em uma análise mais ampliada, e considerando o objetivo geral do ESPIE, qual seja, qualificar a gestão de políticas de saúde por meio do uso sistemático e transparente do conhecimento científico no processo decisório, pode-se afirmar que o projeto contribuiu com avanços importantes nesse sentido, sobretudo nas regiões em que foi implantado.

Apesar das limitações das informações obtidas na coleta de dados, sobretudo concernentes às duas primeiras edições, considera-se que esta pesquisa alcançou seus objetivos ao descrever as principais características do projeto ESPIE, modos de operação e como se deu sua evolução ao longo das edições realizadas. Tal qual foi possível empreender um determinado nível de análise, de maneira transversal, ao longo da apresentação e discussão dos resultados.

Com base nas classificações apresentadas em duas revisões de escopo muito abrangentes (27,28), desenvolvidas por importantes grupos de tradução do conhecimento, observa-se que o ESPIE atende a maior parte dos padrões e critérios adotados pelas principais plataformas de Tradução do Conhecimento (*Knowledge Translation framework*) do mundo.

Desta forma, por todas as suas características e pelo seu alcance demonstrado, sobretudo, pelo número de participantes e quantidade de projetos de intervenção construídos e aplicados, pode-se afirmar que o ESPIE se constituiu como uma das experiências mais robustas da área de PIE.

Em que pese esta pesquisa ter revelado aspectos importantes da implementação do ESPIE, outros estudos são necessários para melhor elucidar os resultados do projeto, tal qual sobre outras iniciativas, de modo a ampliar a discussão do tema Política Informada por Evidências no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Faria L, de Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Evidence-based medicine: A brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2021 Jan 1;28(1):59–78.
2. Ramos MC, Silva EN da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde em Debate*. 2018 Jan;42(116):296–306.
3. Chapman E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*. 2016 Jun;17(1):7–17.
4. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. 1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? *Health Research Policy and Systems [Internet]*. 2009;7(Supl 1):1–22.

Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf>

5. Bennett G, Jessani N. Knowledge Translation: An Introduction. In: Bennett Gavin, Jessani Nasreen, editors. *The Knowledge Translation Toolkit Bridging the Know-Do Gap: A Resource for Researchers* [Internet]. 1st ed. Ottawa, Ontário, Canada: SAGE Publications; 2011 [cited 2022 Jan 29]. p. 3–7. Available from: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/46152/IDL-46152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Brasil Ministério da Saúde. *Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão*. 1st ed. Ministério da Saúde, editor. Vol. 1. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2015. 1–36 p.
7. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(1):6–10.
8. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
9. Harrison H, Birks M, Franklin R, Mills J. *Case Study Research: Foundations and Methodological Orientations*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2017 Jan 24 [cited 2021 Jun 3];18(1):1–17. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1701195>.
10. Baxter P, Jack S. *The Qualitative Report Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers*. *The Qualitative Report* [Internet]. 2008 Dec;13(4):1–18. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
11. Kawulich BB. *Participant Observation as a Data Collection Method*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2005 May;6(2):1–28. Available from: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
12. Teixeira Queiroz D, Vall J, Maria Alves Souza Â, Francenely Cunha Vieira N. *Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde*. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2007 Jun;15(2):276–83.
13. Silva SF da, et al. *Gestão de políticas de saúde informadas por evidências 2018–2020* [Internet]. 47th ed. Vol. 1. São Paulo: Hospital Sírio Libanês: Ministério da Saúde; 2018. 1–40 p. Available from: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Pages/gestao-de-politicas-de-saude-informadas-por-evidencias.aspx>
14. Lima VV, Ribeiro EC, de Queiroz R, Gomes PR. *Nota Técnica: Processo de Construção de Perfil de Competência de Profissionais* [Internet]. 1st ed. Vol. 1. São Paulo: Hospital Sírio Libanês ; 2014. 1–9 p. Available from: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnica-competencia-profissionais.pdf>
15. Lima VVGRPR de QOMSTPZ. *Nota técnica aprendizagem baseada em equipes: diretrizes, etapas e recomendações* [Internet]. São Paulo ; 2016. Available from:

<https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/AprendizagemBaseadaEquipes>

16. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) - Introduction. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2010;10(3):235–9.
17. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*. 2009 Dec;7(S1).
18. Barreto JOM, Toma TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS [Internet]*. 2016 Jun;17(1):43–9. Available from: <http://sintese.evipnet.net/livro/>
19. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]*. 2016 Oct 27 [cited 2022 Feb 12];21(61):421–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=pt&tlng=pt)
20. Junior CAM, Lima VV, Padilha R de Q. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. *Interface: Communication, Health, Education*. 2018 Apr 1;22(65):577–88.
21. Lima VV, Gomes R, Claudia De Otero E, Sissi R, Dos M, Pereira SF, et al. Nota Técnica: Princípios para a avaliação educacional [Internet]. Nota técnica 3. Vol. 3. São Paulo: Hospital Sírio Libanes; 2016. 1–12 p. Available from: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/NotaTecnicaPrincipiosAvaliacao>
22. Silva RF da, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]*. 2008 Dec [cited 2022 May 31];12(27):721–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000400004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400004&lng=pt&tlng=pt)
23. Sampaio SF, Lourenço Cabral Souza RE, Rabello AMV, Petta RL, Silva SF da, Assis AVB de. Relato de experiência no Projeto Gestão de Políticas Públicas Informadas por Evidências. *Revista Docência do Ensino Superior*. 2020 Dec 29;10:1–19.
24. 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. Vol. 10, *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2010.
25. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Online)*. 2017;358.

26. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science and Medicine*. 2012 Dec;75(11):1938–45.
27. Strifler L, Cardoso R, McGowan J, Cogo E, Nincic V, Khan PA, et al. Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited use. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 2018 Aug 1;100:92–102. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.04.008>
28. Esmail R, Hanson HM, Holroyd-Leduc J, Brown S, Strifler L, Straus SE, et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation Science* [Internet]. 2020;15(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5>

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explanado na conclusão do artigo exibido acima, apesar de seus desafios operacionais, esta pesquisa resultou na descrição e análise da experiência de desenvolvimento e implantação do projeto ESPIE, cumprindo assim com seus objetivos. Espera-se que o compartilhamento deste estudo produza incentivo e proporcione reflexões e lições válidas para outras iniciativas de disseminação dos conceitos e métodos que constituem as Políticas Informadas por Evidência.

Destaca-se que os resultados do ESPIE, exibidos nesta pesquisa, revelam, dentre outros aspectos, o potencial das parcerias estabelecidas por meio do Programa PROADI-SUS. Outrossim, demonstram também que seu alcance está diretamente ligado não apenas ao modo como este projeto foi planejado e executado, nesse caso à qualidade de suas práticas educacionais e de apoio, mas também a articulação e engajamento dos atores locais envolvidos.

O caráter inovador do ESPIE desafiou a instituição executora a diversificar suas já consolidadas práticas educacionais e seu modo de implementação de projetos. Esse aspecto foi evidenciado, por exemplo, pela modelagem da facilitação. Na primeira edição experimentou-se a contratação de facilitadores formados diretamente pelo IEP/HSL. Na edição seguinte optou-se pelo modo habitual de outros projetos da instituição, a designação e formação de facilitadores locais. E na última edição retornou-se à estratégia adotada na primeira, incrementada com uma formação muito mais robusta dos facilitadores, por meio de uma especialização.

Outros aspectos revelaram o processo de evolução do projeto ao longo de suas edições, como é o caso da progressão do método para orientar os grupos na construção de intervenções. Conforme referido nos resultados, os métodos de ensino para construção de sínteses de evidências foram aprimorados e, além de um treinamento mais eficaz, na terceira

edição foi possível instituir uma agenda de apoio e acompanhamento da implantação dos planos de ação.

Nem o projeto ESPIE, tampouco esta pesquisa, se propuseram a medir o grau de qualificação desenvolvida pelos participantes na gestão das políticas de saúde com uso de evidências. Este seria um fenômeno muito difícil de ser aferido, uma vez que se relaciona com muitas variáveis. Todavia, por meio dos espaços de articulação loco-regionais, pôde-se observar, com a realização do projeto ESPIE, um notável progresso na construção de capacidades em Política Informada por Evidências em todo o Brasil.

Um aspecto que ilustra bem a afirmação acima é a percepção do valor de uso dos conhecimentos e instrumentos de PIE. Se por um lado o cenário da pandemia de COVID-19 impôs desafios operacionais para realização da terceira edição do projeto, por outro trouxe maior significação para o seu propósito. Pelos relatos apresentados no II Fórum Internacional de PIE e pelos registros dos facilitadores/apoiadores, constatou-se que gestores de todas as regiões de saúde reconheceram as tecnologias oferecidas pelo ESPIE como fundamentais para o enfrentamento desta complexa emergência em saúde pública. Alguns planos de ação, inclusive, tiveram seus objetos reformulados com vistas a fortalecer a capacidade de resposta à pandemia nos sistemas de saúde loco-regionais.

Contextualmente, há de se considerar a relevância desta temática em um cenário de politização dos debates acerca, por exemplo, do enfrentamento de uma emergência em saúde pública da magnitude da COVID-19, em que, o uso de evidências científicas como apoio aos processos de tomada de decisão foi tão questionado e, por vezes, desconsiderado. Tal fato demonstra a incipiência de apropriação desta discussão no Brasil, o que deflagra a necessidade de seu amadurecimento e fortalecimento. Faz parte desta maturação a ideia de que o tema deve permear os diferentes segmentos da sociedade, conforme o papel de cada um, não podendo ficar relegado ao âmbito dos gestores dos sistemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Faleiros V de P. Prioridade x Escassez. *Revista Bioética* [Internet]. 1998 [cited 2022 May 9];5(1). Available from: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/issue/view/25](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/25)
2. Gloeckner JL. A reserva do possível como limite à efetividade do direito fundamental à saúde. *Revista de Direito Administrativo & Constitucional* [Internet]. 2013 Mar [cited 2022 May 9];13(51):233–50. Available from: <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/150>
3. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*. 2009 Dec;7(S1).
4. Bennett G, Jessani N. Knowledge Translation: An Introduction. In: Bennett Gavin, Jessani Nasreen, editors. *The Knowledge Translation Toolkit Bridging the Know-Do Gap: A Resource for Researchers* [Internet]. 1st ed. Ottawa, Ontário, Canada: SAGE Publications; 2011 [cited 2022 Jan 29]. p. 3–7. Available from: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/46152/IDL-46152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Ramos MC, Silva EN da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde em Debate*. 2018 Jan;42(116):296–306.
6. Silva SF da, et al. Gestão de políticas de saúde informadas por evidências 2018–2020 [Internet]. 47th ed. Vol. 1. São Paulo: Hospital Sírio Libanês: Ministério da Saúde; 2018. 1–40 p. Available from: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Pages/gestao-de-politicas-de-saude-informadas-por-evidencias.aspx>
7. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2022 Apr 11];18(1):25–34. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/tf5p6fjQZhv3NJW58Jn5yqQ/abstract/?lang=pt>
8. Brasil Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1st ed. Ministério da Saúde, editor. Vol. 1. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2015. 1–36 p.
9. Milne G. *Making Policy: A Guide to the Federal Government's Policy Process*. 1st ed. Vol. 1. Ottawa; 2013. 1–73 p.
10. Gottens LBD, Pires MRGM, Calmon PCDP, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2013 Jun [cited 2022 Apr 11];22(2):511–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200020&lng=pt&tlng=pt)



11. Dias RI da SC, Barreto JOM, Vanni T, Candido AMSC, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Sep 6 [cited 2022 Apr 11];23(3):316–22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000300316&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300316&lng=pt&tlng=pt)
12. Choi BCK, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, et al. Can scientists and policy makers work together? *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet]. 2005 Aug 1;59(8):632. Available from: <http://jech.bmj.com/content/59/8/632.abstract>
13. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(1):6–10.
14. BRASIL. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Ministério da Saúde. *Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências*. 2015. 36 p.
15. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
16. Barreto JOM, Toma TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS* [Internet]. 2016 Jun;17(1):43–9. Available from: <http://sintese.evipnet.net/livro/>
17. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) - Introduction. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2010;10(3):235–9.
18. Harrison H, Birks M, Franklin R, Mills J. Case Study Research: Foundations and Methodological Orientations. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2017 Jan 24 [cited 2021 Jun 3];18(1):1–17. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1701195>.
19. Baxter P, Jack S. The Qualitative Report Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report* [Internet]. 2008 Dec;13(4):1–18. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
20. Souza J de, Prado Kantorski L, Antonia M, Luis V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2011 Aug;25(2):221–8.
21. Teixeira Queiroz D, Vall J, Maria Alves Souza Â, Francenely Cunha Vieira N. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2007 Jun;15(2):276–83.
22. Kawulich BB. Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2005 May;6(2):1–28. Available from: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>

23. Cecília De Souza M, António M&, Costa P, Lusófona De Educação R. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*. 2018;40:139–53.
24. Faria L, de Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Evidence-based medicine: A brief historical analysis of conceptual landmarks and practical goals for care. *Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2021 Jan 1;28(1):59–78.
25. Chapman E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*. 2016 Jun;17(1):7–17.
26. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. 1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? *Health Research Policy and Systems* [Internet]. 2009;7(Suppl 1):1–22. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf>
27. Lima VV, Ribeiro EC, de Queiroz R, Gomes PR. Nota Técnica: Processo de Construção de Perfil de Competência de Profissionais [Internet]. 1st ed. Vol. 1. São Paulo: Hospita SÍrio Libanês ; 2014. 1–9 p. Available from: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnica-competencia-profissionais.pdf>
28. Lima VVGRPR de QOMSTPZ. Nota técnica aprendizagem baseada em equipes: diretrizes, etapas e recomendações [Internet]. São Paulo ; 2016. Available from: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/AprendizagemBaseadaEquipes>
29. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2016 Oct 27 [cited 2022 Feb 12];21(61):421–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=pt&tlng=pt)
30. Junior CAM, Lima VV, Padilha R de Q. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. *Interface: Communication, Health, Education*. 2018 Apr 1;22(65):577–88.
31. Lima VV, Gomes R, Claudia De Otero E, Sissi R, Dos M, Pereira SF, et al. Nota Técnica: Princípios para a avaliação educacional [Internet]. Nota técnica 3. Vol. 3. São Paulo: Hospital SÍrio Libanes; 2016. 1–12 p. Available from: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/documents/66515/69212/NotaTecnicaPrincipiosAvaliacao>
32. Silva RF da, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2008 Dec [cited 2022 May 31];12(27):721–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000400004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400004&lng=pt&tlng=pt)

33. Sampaio SF, Lourenço Cabral Souza RE, Rabello AMV, Petta RL, Silva SF da, Assis AVB de. Relato de experiência no Projeto Gestão de Políticas Públicas Informadas por Evidências. *Revista Docência do Ensino Superior*. 2020 Dec 29;10:1–19.
34. 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. Vol. 10, *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2010.
35. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Online)*. 2017;358.
36. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science and Medicine*. 2012 Dec;75(11):1938–45.
37. Striffler L, Cardoso R, McGowan J, Cogo E, Nincic V, Khan PA, et al. Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited use. *Journal of Clinical Epidemiology [Internet]*. 2018 Aug 1;100:92–102. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.04.008>
38. Esmail R, Hanson HM, Holroyd-Leduc J, Brown S, Striffler L, Straus SE, et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation Science [Internet]*. 2020;15(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5>