



1º ENCONTRO CIENTÍFICO
de Pesquisas Aplicadas às
Políticas Públicas em Saúde

23 a 25/11/15
Brasília DF



Mesa-redonda:
**“Acompanhando a implementação
de Políticas Públicas em Saúde”**

Nathan Mendes Souza, MFC, MEdM, PhD(c)

Escola FIOCRUZ de Governo – Brasília (DF)

24/11/2015

Conflito de Interesse



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto



Revisor científico: British Medical Journal (BMJ), Journal of Clinical Epidemiology (JCE), International Journal of Health Policy and Management (IJPM), International Journal of Technology Assessment in Health Care e Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

Objetivos

1. Demarcar a emergência da ciência da implementação no contexto da Tradução do Conhecimento, Saúde Baseada em Evidência e Política Informada por Evidência
2. Destacar a importância do monitoramento e avaliação da implementação de políticas públicas em saúde
3. Apresentar Ferramenta SUPPORT para implementação de políticas públicas em saúde

1. Ciência da Implementação, Tradução do Conhecimento, Saúde Baseada em Evidência e Política Informada por Evidência

- “Implementation research is the scientific inquiry into questions concerning implementation—the act of carrying an intention into effect, which in health research can be policies, programs, or individual practices (collectively called interventions).”
- “The intent is to understand what, why, and how interventions work in “real world” settings and to test approaches to improve them.”

Objetivo 1: Saúde Baseada em Evidências



Fonte: The Guardian. **David Sackett obituary. Maio 2015**

Objetivo 1:

Saúde Baseada em Evidências

“Uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências científicas correntemente disponíveis para tomar decisões relativas ao cuidado de pacientes individuais ”

Fonte: SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. Br Med J. 1996; 312:71-72. Editorial

“O objetivo é estar ciente das evidências em que a prática profissional esteja baseada, da solidez das evidências e da força das inferências permitidas por elas.” Fonte: “The Users’ Guide to the Medical Literature”

Prática da Saúde Baseada em Evidência

5A



1 – Asking

2 – Acquiring

3 – Appraising

4 – Applying

5 – Analyzing

SBE prioriza a significância do desfecho de Saúde

Significância direta:

- Doença (ou complicação clínica de doença)
- Disfunção
- Desconforto
- Descontentamento
- Desenlace (morte)
- Despesa

Significância indireta:

- Medidas fisiológicas
- Medidas bioquímicas, etc

- Risco relativo (RR e RRR)
- Risco absoluto (NNT)

Appraising

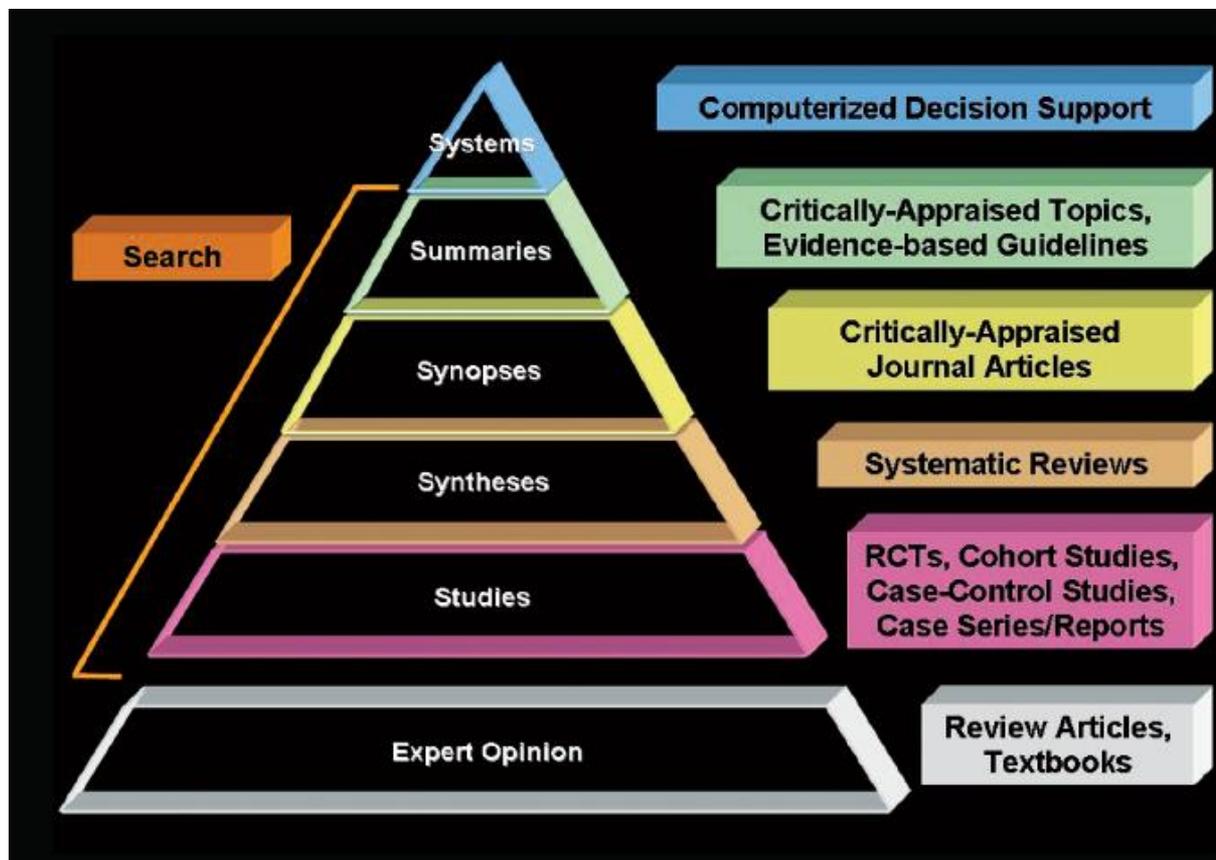
Viés = Erro sistemático = Fator de confusão



“A boa evidência não descarta os fatores de confusão, mas revela um efeito que é maior do que o efeito combinado dos possíveis (plausíveis) fatores de confusão.”

J. Howick, , 2011

Classificação das Fontes de Evidências para a Decisão em Saúde



Diretrizes
Clínicas Baseadas
em Evidências

Revisões Sistemáticas

Estudos primários
de boa qualidade

Consenso de
especialistas

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

Code	Quality of Evidence	Definition
A	High	<p>Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Several high-quality studies with consistent results▶ In special cases: one large, high-quality multi-centre trial
B	Moderate	<p>Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ One high-quality study▶ Several studies with some limitations
C	Low	<p>Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ One or more studies with severe limitations
D	Very Low	<p>Any estimate of effect is very uncertain.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Expert opinion▶ No direct research evidence▶ One or more studies with very severe limitations

Objetivo 1:

Formação nas ciências da saúde destaca o papel das evidências científicas

Três gerações de reformas educacionais:

- 1a geração (início do séc XX) => currículo baseado na ciência
- 2a geração (metade do séc XX) => currículo baseado em problemas
- 3a geração (agora) => currículo baseado no sistema de saúde - otimizar performance dos sistemas de saúde via adaptação de competências profissionais a contextos específicos e uso de evidências

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde e
- III - Educação em Saúde.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

Seção I - Da Atenção à Saúde

- III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores **evidências científicas**, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

- **Seção II - Da Gestão em Saúde**

Art. 6º - III - Tomada de Decisões, com base na **análise crítica e contextualizada das evidências científicas**, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

- **Seção III - Da Educação em Saúde**

Art. 7º - I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e **formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas**, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

Marcos de competências para SBE nas diferentes fases da carreira profissional

- Referência mundial mais respeitada: **CanMeds**
- ⇒ **Recém formado:** “descrever os diferentes tipos de evidências e o papel de cada tipo na tomada de decisões clínicas”.
- ⇒ **Residente:** deve ter competências para “garantir que pacientes e suas famílias estejam informados sobre os riscos e os benefícios de cada opção de tratamento no contexto da melhor evidência e das diretrizes.”
- ⇒ **Profissional experiente:** “treinar outros profissionais de saúde na seleção das fontes de evidência relevantes para uma dada questão do conhecimento” e “participar no desenvolvimento de sínteses de evidências para os seus pares”.

Table 1 Application of evaluation framework to SGIM EBM Task Force evaluation tool

Outcome	Learner	Intervention*				
		Ask	Acquire	Appraise	Apply	Assess
Attitudes	Replicator	1				
	User	1				
	Doer	1				
Knowledge	Replicator					
	User		10, 12			
	Doer		10, 12			
Skills	Replicator	3, 5	5	5		5
	User	3, 5	5	5		5, 16ii
	Doer	3, 5	5	5, 8, 9, 11, 15, 16i		5, 13, 14, 16ii
Behaviour	Replicator	3	1, 2			
	User	3	1, 2			
	Doer	3	1, 2			
Clinical outcomes	Replicator					
	User					
	Doer					

SGIM EBM Task Force=Society of General Internal Medicine Evidence-Based Medicine Task Force.

*Numbers refer to questions on the evaluation tool (see sample questions from evaluation tool on bmj.com).

Objetivo 1: Saúde Baseada em Evidências em perspectiva

Método Clínico Centrado na Pessoa

Explorar a doença e o adoecimento

Compreender a pessoa como um todo

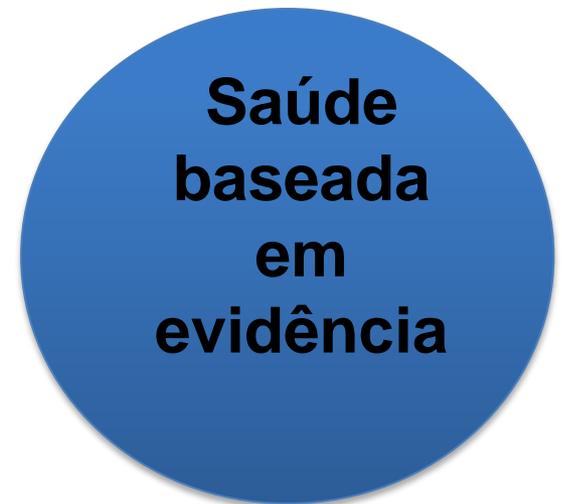
Negociar um terreno comum

Incorporar prevenção e promoção

Incrementar a relação médico-paciente

Ser realista

McWhinney; Stewart M. *et al*



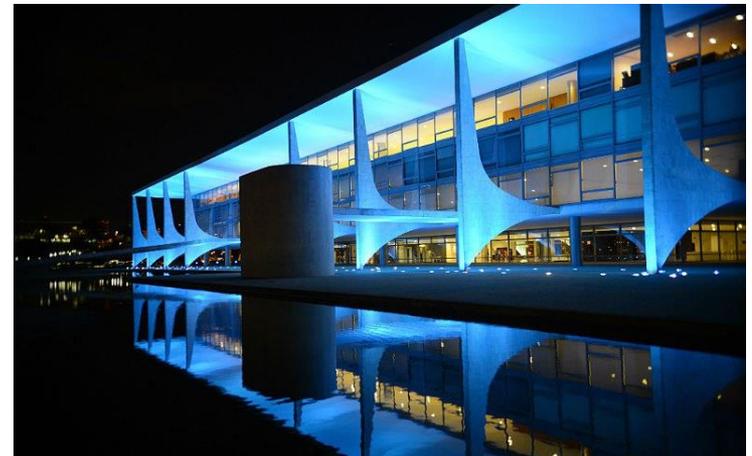
Sacket; Haines B; Guyatt G;
Tugwell P. *et al*

Decisão compartilhada

Legaré F. *et al*

Rastreamento do câncer de próstata

- Posicionamento contrário do INCA 2008 , 2013
- 3 de novembro de 2015:
“Campanha Novembro Azul alerta para prevenção do câncer de próstata”



Fonte: Agência Brasil



Mascote da campanha de rastreamento do câncer de testículo em um município de Minas Gerais

“A popularidade do teste (PSA) levou a um grande desastre de saúde pública”

Richard J. Ablin, criador do PSA

Fonte: The Great Prostate Mistake. The New York Times. Mar. 2010

Rastreamento do câncer do colo do útero

- Recomendação de rastreamento trienal a partir de 25 anos desde 1988.
- Mais de 20% dos exames fora da faixa etária alvo (25-64 anos) e apenas 11% com periodicidade trienal

Rastreamento com Mamografia: cenário atual no SUS

- **Periodicidade:**

45% anual ou menor

32% bienal

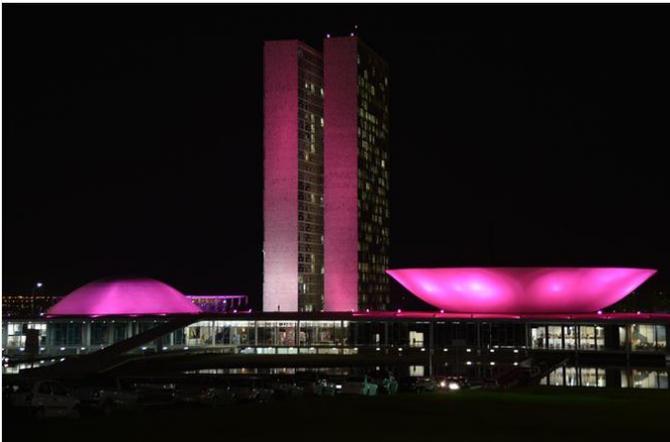
- **Faixa etária:**

47% fora da população-alvo (50-69 anos; consenso 2004)

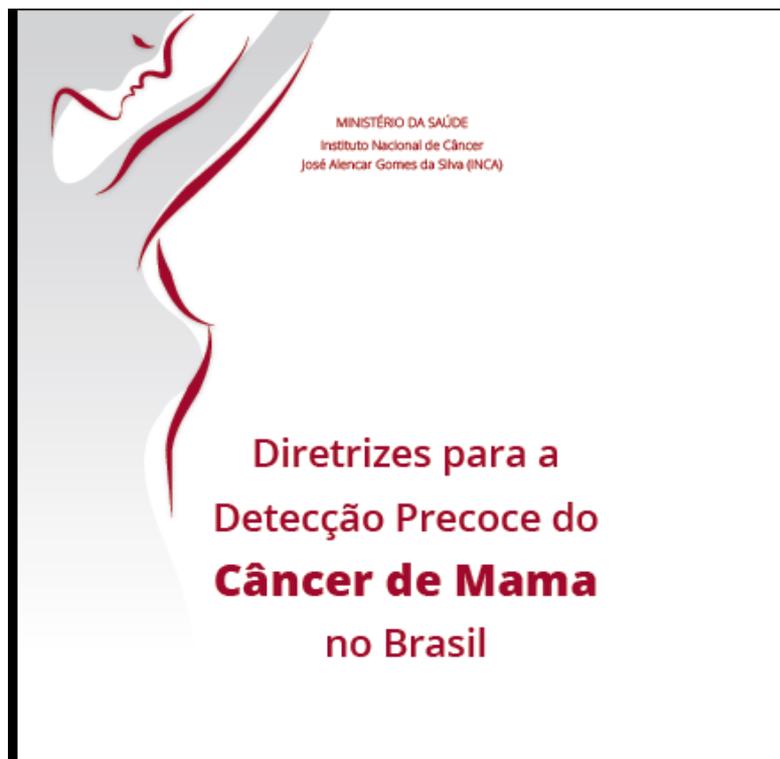
(Fonte: SISMAMA, 2012 e 2013)

Controvérsias baseadas em desinformação

- Mamografia “preventiva”; Chances de cura de 95%;
- Lei garante a mamografia a partir dos 40 anos (direito)
- Viés de informação, de tempo de antecipação e de duração; sobrediagnóstico.
- RRR vs. RRA
- Decisão compartilhada.



Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil



INCA
DAET
DECIT
GHC / UFCSPA / ULBRA
IMS - UERJ
ENSP – FIOCRUZ
UFRJ
ICESP
FOSP

Consulta pública de out – nov 2014
Aprovação na plenária da CONITEC – abr 2015
Lançamento livro: out 2015

Novas Diretrizes: Elaboração e graduação das recomendações

- Sistema GRADE
- Não é o nível de evidência que determina isoladamente a recomendação
- O balanço entre benefícios e danos determina a direção (favorável ou contrária) da recomendação
- A força (forte ou fraca) depende da magnitude dos danos e benefícios e também da incerteza envolvendo essas estimativas (nível de evidência)

Interpretação dos graus de recomendação de acordo com o público-alvo

Público alvo	Graus de Recomendação			Contrária Forte
	Favorável Forte	Favorável Fraca	Contrária	
Gestores	A intervenção deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações.	A intervenção a ser adotada deve levar em conta o contexto local e a relação entre danos e benefícios comparativamente a outras intervenções sanitárias	A intervenção deve ser adotada como política de saúde. Contudo, em contextos e situações diferentes a intervenção deve ser adotada.	A intervenção NÃO deve ser recomendada como política de saúde.
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada pessoa e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes.	pacientes NÃO deve receber a intervenção recomendada.
População	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, e apenas uma pequena proporção não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, contudo uma proporção considerável não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção NÃO fosse indicada, contudo uma proporção considerável aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, NÃO desejaria que a intervenção fosse indicada, e apenas uma pequena proporção aceitaria a intervenção.

Interpretação dos graus de recomendação de acordo com o público-alvo

Público alvo	Graus de Recomendação			
	Favorável Forte	Favorável Fraca	Contrária Fraca	Contrária Forte
Gestores	A intervenção deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações.	A intervenção a ser adotada deve levar em conta o contexto local e a relação entre danos e benefícios comparativamente a outras intervenções sanitárias	A intervenção NÃO deve ser adotada como política de saúde. Contudo, em contextos específicos, a intervenção adotada.	A intervenção NÃO deve ser recomendada.
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada pessoa e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes.	<p>A maioria dos pacientes NÃO deve receber a intervenção recomendada.</p>
População	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, e apenas uma pequena proporção não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, contudo uma proporção considerável não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção NÃO fosse indicada, contudo uma proporção considerável aceitaria a intervenção.	

Interpretação dos graus de recomendação de acordo com o público-alvo

Público alvo	Graus de Recomendação			
	Favorável Forte	Favorável Fraca	Contrária Fraca	Contrária Forte
Gestores	A intervenção deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações.	A intervenção a ser adotada deve levar em conta o contexto local e a relação entre danos e benefícios comparativamente a outras intervenções sanitárias	A intervenção NÃO deve ser adotada como política de saúde. Contudo, em alguns contextos específicos a intervenção pode ser adotada.	A intervenção NÃO deve ser recomendada como política de saúde.
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada pessoa e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes.	Diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente e o processo de tomada de decisão com... e informada... maior peso e preferên... pacientes.	A maioria dos pacientes NÃO deve
População	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, e apenas uma pequena proporção não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, desejaria que a intervenção fosse indicada, contudo uma proporção considerável não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando informadas, que a intervenção fosse indicada, contudo uma proporção considerável não aceitaria a intervenção.	A maioria das pessoas, quando bem informadas, NÃO desejaria que a intervenção fosse indicada, e apenas uma pequena proporção aceitaria a intervenção.

Objetivo 1:

Tradução do conhecimento

- A evidência científica habitualmente não é utilizada sistematicamente na elaboração de recomendações
- As necessidades dos usuários finais frequentemente não são consideradas
- Existe pouca atenção em como implementar recomendações globais ao contexto local
- A OMS nem sempre cumpre seus próprios **critérios** para a elaboração de recomendações

[Oxman AD](#), [Lavis JN](#), [Fretheim A](#). *Use of evidence in WHO recommendations. Lancet 2007;369:1883-9*

[Hill S](#), [Pang T](#). *Leading by example: a culture of change at WHO. Lancet 2007;369:1842-4*

Amianto

- Associado à asbestose, câncer pulmonar e mesotelioma da pleura.

Não há nenhum limite seguro de exposição para o risco carcinogênico (OMS, 1998)

- OMS e OIT recomendam substituição do amianto (1986).
- 2015: Brasil é o maior produtor, consumidor e exportador de asbesto do mundo.

Fontes: Castro H, et al. 2013. Terracine B, Pedra F, Otero U. 2015

Carnes Processadas

- IARC 2015 – carnes processadas são carcinogênicas para humanos.
- Presunto, mortadela, salame, lingüiça, salsicha, entre outras.

Desafios na vinculação da evidência com as políticas, programas e serviços de saúde

1. A pesquisa compete com muitos outros fatores no processo de formulação de políticas
2. A pesquisa não é valorizada como um insumo de informação
3. A pesquisa disponível não é relevante
4. A pesquisa disponível não é fácil de usar
 - a. Não é comunicada efetivamente
 - b. Não está disponível quando os tomadores de decisão necessitam
 - c. Os tomadores de decisão não possuem mecanismos que os levem a usar evidência (**prompting**)
 - d. Os tomadores de decisões não dispõem de fóruns onde possam discutir com grupos de interesses relevantes sobre seus desafios na formulação de políticas

58ª Assembleia Mundial da Saúde – 2005

Exorta os Estados Membros a estabelecer ou fortalecer mecanismos de transferência de conhecimentos para apoiar a saúde pública, os sistemas de atenção à saúde e as políticas relacionadas à saúde, informadas sobre a base de evidências científicas



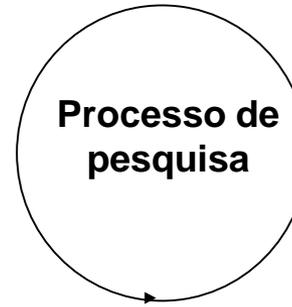
Objetivo 1:

Tradução de conhecimento

Tradução do conhecimento (KT). Uma definição

- *Knowledge translation (KT) é um processo dinâmico e reiterativo que inclui a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação do conhecimento, com a finalidade de melhorar a saúde da população, oferecer serviço e produtos de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde*
- *Este processo se realiza em um complexo sistema de interações entre pesquisadores e tomadores de decisão, que pode variar em intensidade, complexidade e nível de compromisso, dependendo da natureza dos resultados da pesquisa e das necessidades de públicos específicos*

Modelos de interação entre pesquisadores e tomadores de decisões



Processos assíncronos não-vinculados

Processos vinculados fortuitamente



Processos vinculados a um propósito

Objetivo 1:

SBE-KT-PIE => Implementação

O progresso na prática da Saúde Baseada em Evidência, o desenvolvimento conceitual da tradução do conhecimento e sua aplicação nas Políticas Informadas em Evidência permitiram o emergência da Ciência da Implementação no âmbito individual, público e de sistemas de saúde

Objetivo 2

Destacar a importância do monitoramento e avaliação da implementação de políticas públicas em saúde

Por que avaliar Impacto?

- Auxiliar a tomada de melhor decisão e o alcance de melhores resultados em saúde
- Ofertar melhores serviços (público e privado) mediante:
 1. Comparações objetivas e rigorosas entre opções políticas
 2. Cálculo da magnitude do efeito dos impactos esperados
 3. Cálculo da diversidade/variabilidade dos impactos
 4. Obtenção de estimativas mais precisas dos riscos de viés (*estimates of risk and bias*)
 5. Estabelece base evidenciária acumulativa para a tomada de decisão.

Por que avaliar o que funciona?

- Efetividade: garante políticas com impacto positivo
- Eficiência: garante uso optimum de recursos públicos escassos
- Implementação: garante efetiva e bem sucedida implementação e entrega
- Orientação aos serviços: garante consonância com as necessidades, expectativas, desejos e esperanças dos usuários
- Adaptação: permite decisores saber quando a mudança política se faz necessária
- *Accountability*: oferece base explícita e transparente de porque uma política foi implementada e de seu progresso ao longo do tempo

O que Avaliação?

Uma família de metodologias de pesquisa que busca
*“to systematically investigate the effectiveness of
social interventions....in ways that improve social
conditions”*

(Rossi, Freeman and Lipsey, 1999:20)

*“the process of determining the merit, worth, or
value of something, or the product of that process”*

Michael Scriven, Evaluation Thesaurus, 1991, 4th Ed

O que é Monitoramento?

- Monitoramento refere-se a coleta em tempo real de informações sobre o progresso de políticas, programas e serviços.
- É importante que estas informações sejam coletadas de maneira planejada, organizada e sistemática. Esta informação é essencial para avaliar se as políticas estão ou não funcionando.
- Monitoramento nos diz o que está ocorrendo, mas não o porquê de algo estar ocorrendo.
- Monitoramento não nos permite atribuir nenhuma mudança observada a determinada política ou intervenção.

Dois principais tipos de avaliação

Avaliação do Impacto (ou somativa)

- a política (programa, intervenção) funciona?
- Avalia uma política/programa mediante comparação contra um opção alternativa (controle)
- Utiliza uma teoria da mudança (*theory of change*)

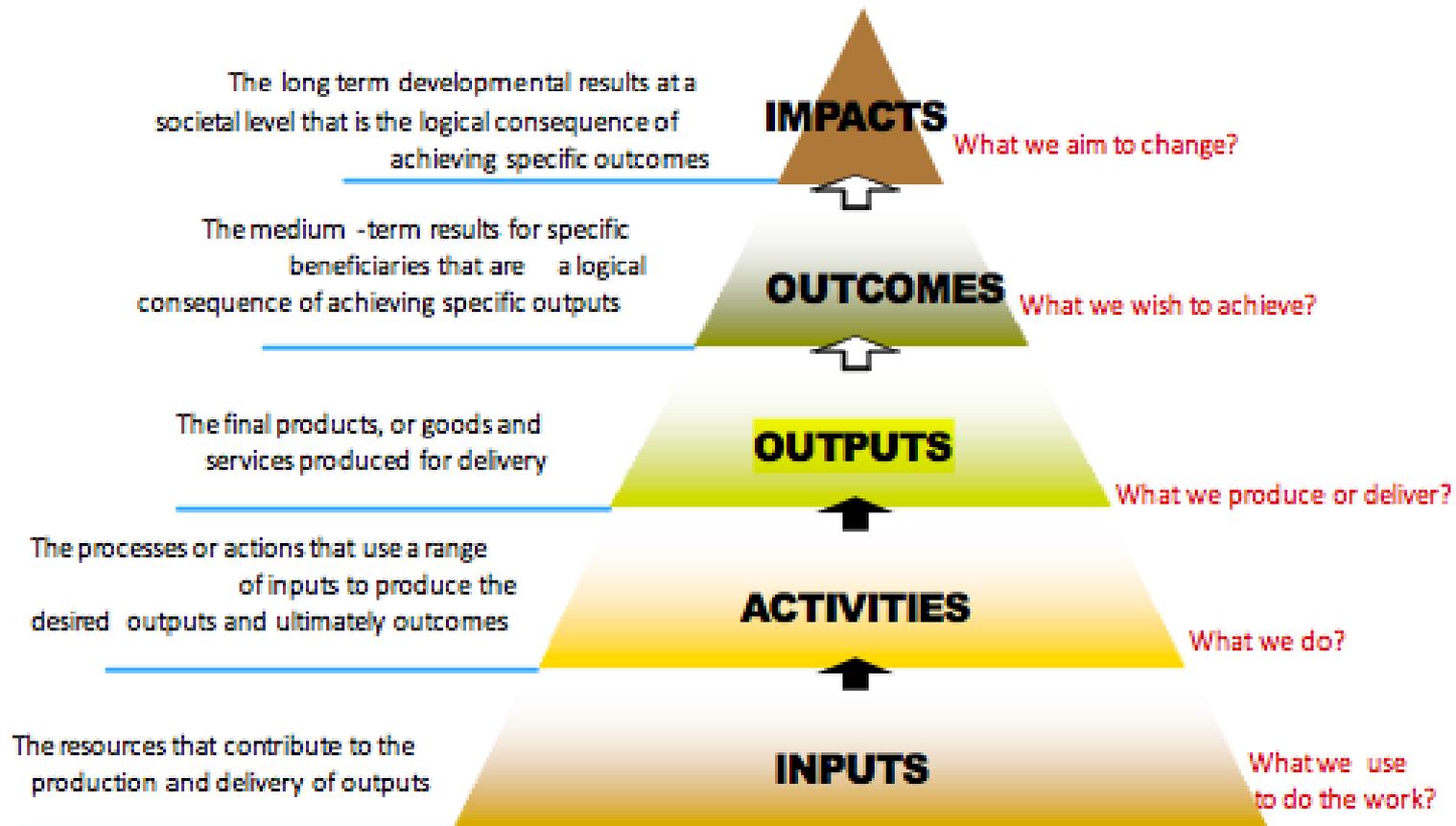
Avaliação do Processo (ou formativa)

- Como, por que e sob que condições uma política (programa, intervenção) funciona?
- Utiliza uma teoria da mudança

Avaliação: Teoria da mudança / Modelo Lógico

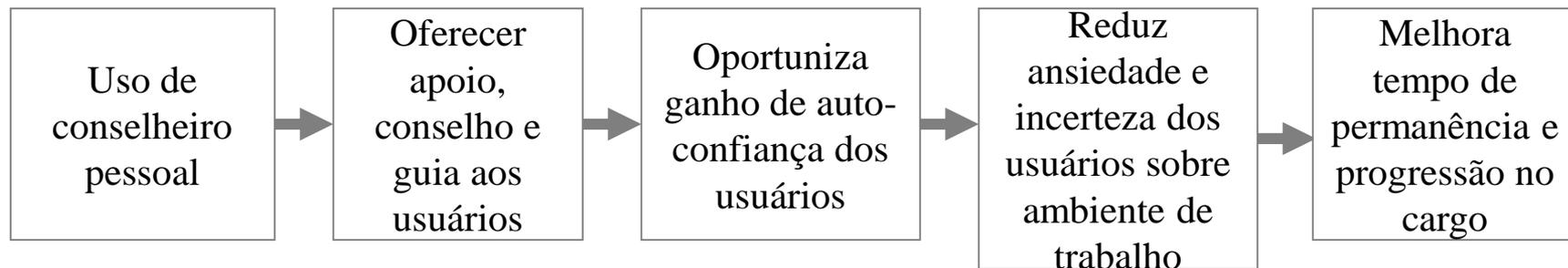
- Como uma política/programa deveria funcionar?
- Que atividades, procedimentos, pessoas deveriam atuar?
- E qual é a sequência ou cadeia causal envolvida?
- Quais recursos são necessários e estão disponíveis?
- Quais dados são requeridos e estão disponíveis?
- A política/programa é viável/alcançável?

Teoria da mudança (*theory of change*)



Teoria da mudança/modelo lógico e evidência de sua implementação

Teoria da mudança do programa



Evidência do programa



Avaliação – Metodologias quantitativas

- *Surveys* sociais – *cross sectional* e *time series*
- Estudos longitudinais – cohort e panel data (dados administrativos e censitário)
- Estudos experimentais (alocação aleatorizada)
- Estudos Quasi-Experimentais (*Matched samples*, *Interrupted Time Series*, *Regression analysis*)
- Estudos econômicos – Análise de Custo-Benefício e Custo-Efectividade

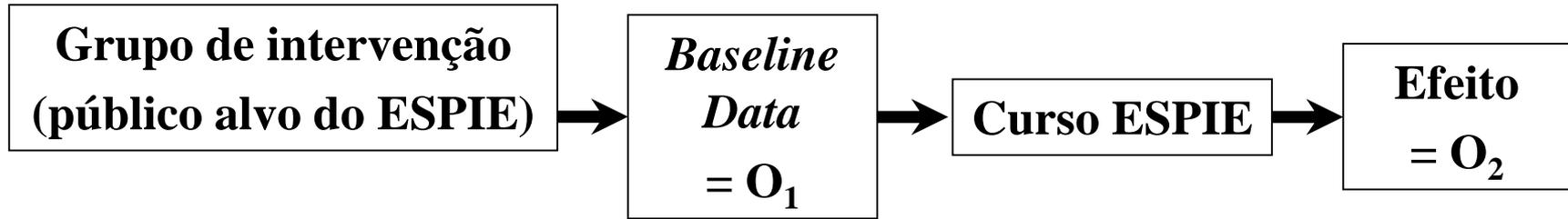
Avaliação – Metodologias qualitativas

- Entrevistas (*In-Depth interviews*)
- Grupos Focais
- Outros desenhos Consultivos
- Estudos observacionais e /ou participativos
- Etnografia
- Estudo de caso

Importância do grupo controle (*Counterfactual*)

- Grupo controle: estima o que teria acontecido sem uma intervenção
- Fazendo algo alternativo ou não fazendo nada/fazendo o mínimo
- Necessidade de estabelecer um grupo controle ou grupo de comparação

Metodologia '*Before and After*' para grupo único



$$\textit{Effect Size} = O_2 - O_1$$

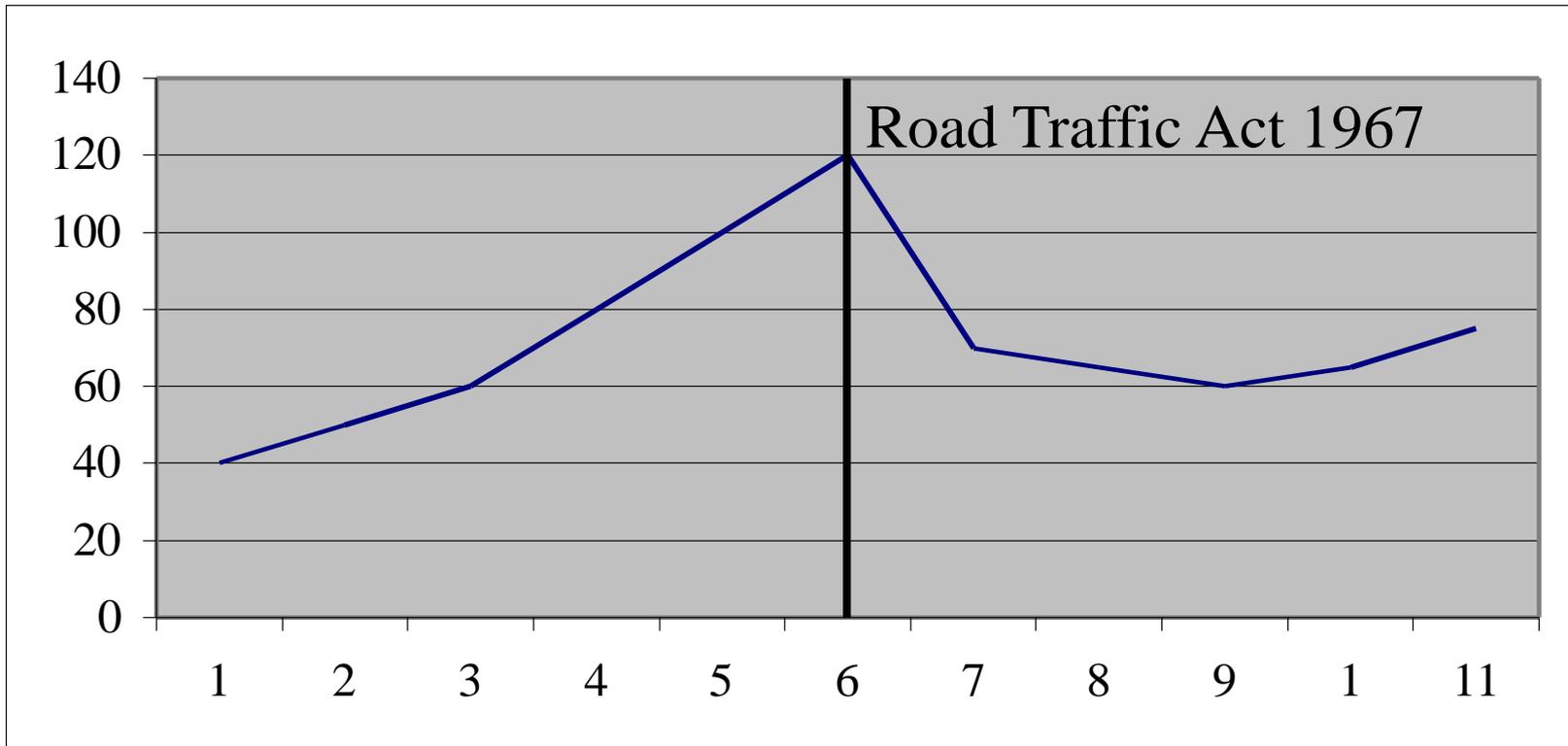
Note: Inexiste grupo controle

Risco de Viés na metodologia ‘Single Group Before and After’

- Inexistência de grupo controle
- Diferença pode ser atribuída a outros fatores
- Ou *regression to the mean*
- Não provê evidência do impacto total
- Mas, pode ser importante para monitorar progresso

Interrupted Time Series M&E

Morte por tráfego em rodovias, Reino Unido 1950-1972



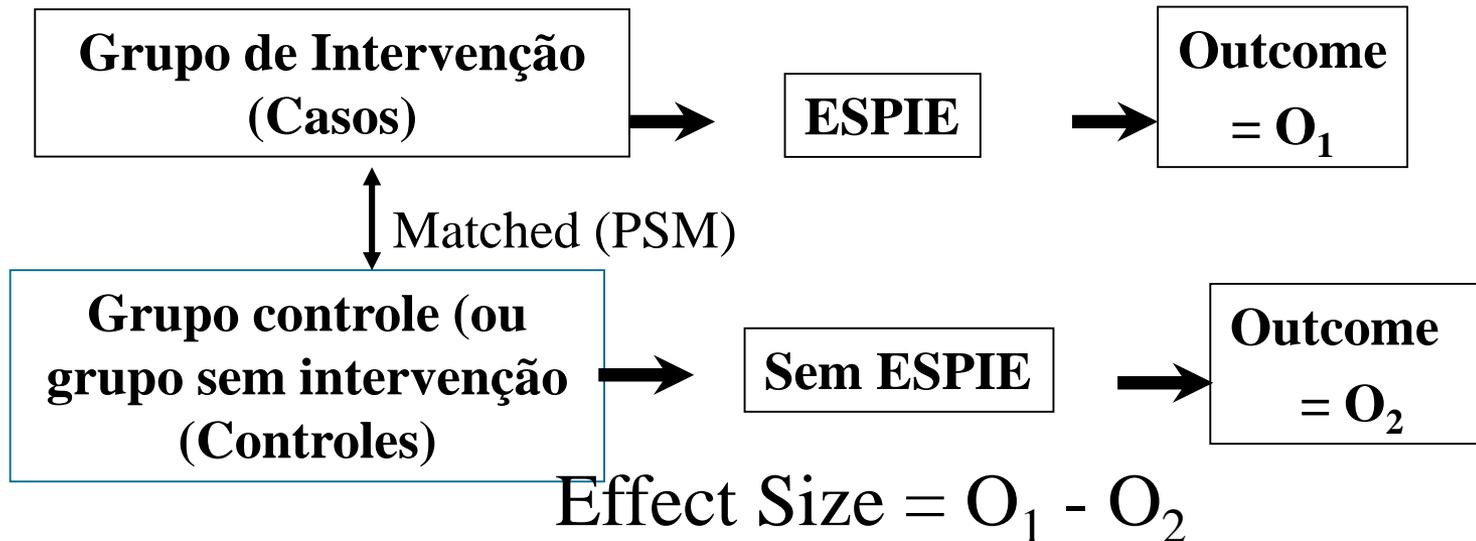
Risco de Viés na metodologia 'Interrupted Time Series'

- O único controle é o tempo – a menos que dados de séries temporais de áreas comparáveis estiverem disponíveis
- Requer certo grau de especulação sobre possíveis explicações alternativas
- Triangulação de dados pode ser difícil de ser estabelecida

Metodologia 'Matched Comparison Design'

'Two Group Before and After-Studies'

'Case Control Studies'

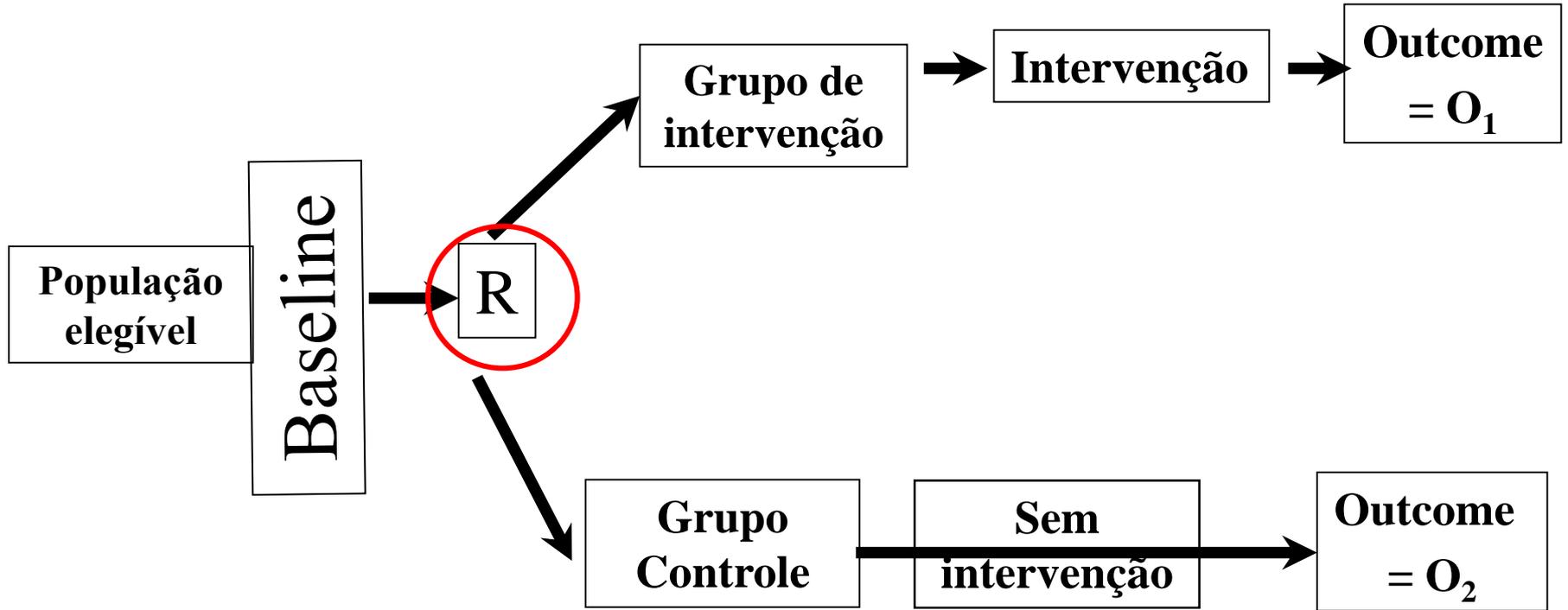


Note: Efeito no Grupo Controle é O₂

Risco de Viés na metodologia ‘Propensity Score Matching’

- Declaração de conflito de interesse *Statement* e protocolo do ensaio
- Acesso a dados apropriados para o pareamento (matching)
- Tamanho amostral e poder estatístico (*Sample Size and Power*)
- Pareamento nas características da linha de base (*Matching on Baseline Characteristics*)
- Fatores observáveis e não observáveis

Ensaio Controlado Aleatorizado (RCT)



Effect estimate = 'O₁-O₂' -
Efeito no grupo controle é O₂

Risco de Viés na metodologia ‘RCT’

- Fidelidade da alocação
- Cálculo adequado do tamanho amostral e do poder estatístico (*Sample Size and Power*)
- Fidelidade da intervenção
- Perda de participantes (*Attrition rate*)
- Reportagem dos desfechos
- Reportagem das análises

Objetivo 3

Apresentar Ferramenta **SUPPORT** para implementação de políticas públicas em saúde



Desafios na implementação de políticas

- Pode requerer mudanças em vários níveis, incluindo:
 - Mudanças no comportamento dos usuários e provedores de cuidados de saúde
 - Mudanças organizacionais
 - Mudanças no sistema de saúde
- As estratégias para alcançar essas mudanças terão maior probabilidade de sucesso se abordarem as barreiras para sua implementação
- No entanto, pouco se sabe sobre a efetividade ou sobre os diferentes métodos de identificação de barreiras e como propor intervenções para abordá-las

Ferramenta **SUPPORT** para Implementação de recomendações

- Quais são as barreiras para a implementação de cada recomendação?
- Quais estratégias podem ser abordadas?
- O que se conhece em relação aos efeitos das estratégias?
- Como as informações sobre as barreiras e os possíveis efeitos das estratégias deveriam ser resumidas para que possam ser enfrentadas?

Checklist para considerar diferentes tipos de barreiras

As barreiras podem ocorrer em diferentes níveis:

- Os usuários do sistema de saúde
- Profissionais de saúde
- Limitações do sistema de saúde
- Limitações sociais e políticas

Usuários e profissionais do sistema de saúde

Conhecimento
Competências
Atitudes
Acesso ao cuidado
Motivação para a mudança

Limitações do sistema de saúde

Falta de recursos financeiros	Processos inadequados
Recursos humanos escassos	Sistemas de aquisição e distribuição deficientes
Treinamento insatisfatório	Gestão ineficaz
Supervisão deficiente	Liderança falha
Comunicação interna limitada	Incentivos insuficientes
Comunicação externa inapropriada	Atribuição de autoridade inadequada
Sistemas de informação precários	Falta de transparência
Infraestrutura insatisfatória	Excesso de burocracia

Limitações sociais e políticas

Ideologia	Contratos inapropriados
Pensamento imediatista	Práticas inapropriadas das partes interessadas (financiadores)
Conflitos de interesse	Formadores de opinião
Normas inapropriadas	Corrupção
Prioridades concorrentes	Instabilidade política

Possíveis intervenções para enfrentar barreiras quanto aos usuários do sistema de saúde

Barreiras	Exemplos de estratégias de implementação
Conhecimento	Disseminar informações que sejam confiáveis e acessíveis, usando, por exemplo, meios de comunicação em massa e voluntários de saúde
Competências	Fornecer treinamento e suporte
Atitudes	Divulgar informações sobre a magnitude do problema, incluindo comparações relevantes
Acesso aos cuidados	Reduzir barreiras financeiras ou físicas
Motivação para mudança	Divulgar informações com o intuito de motivar as pessoas a procurar ajuda, usando incentivos financeiros ou materiais

Possíveis intervenções para enfrentar as barreiras no nível dos provedores de saúde

Barreiras	Exemplos de estratégias de implementação
Conhecimento	Disseminação de material educativo
Competências	Encontros educacionais ou visitas externas
Atitudes	Disseminar informações sobre a magnitude do problema, incluindo comparações relevantes como a utilização de formadores de opinião
Acesso a insumos	Melhorar a distribuição de insumos necessários
Motivação para mudança	Disseminar informações destinadas a incentivar os provedores a mudar a sua prática; incentivos financeiros ou outros; reduzir o custo da mudança das práticas

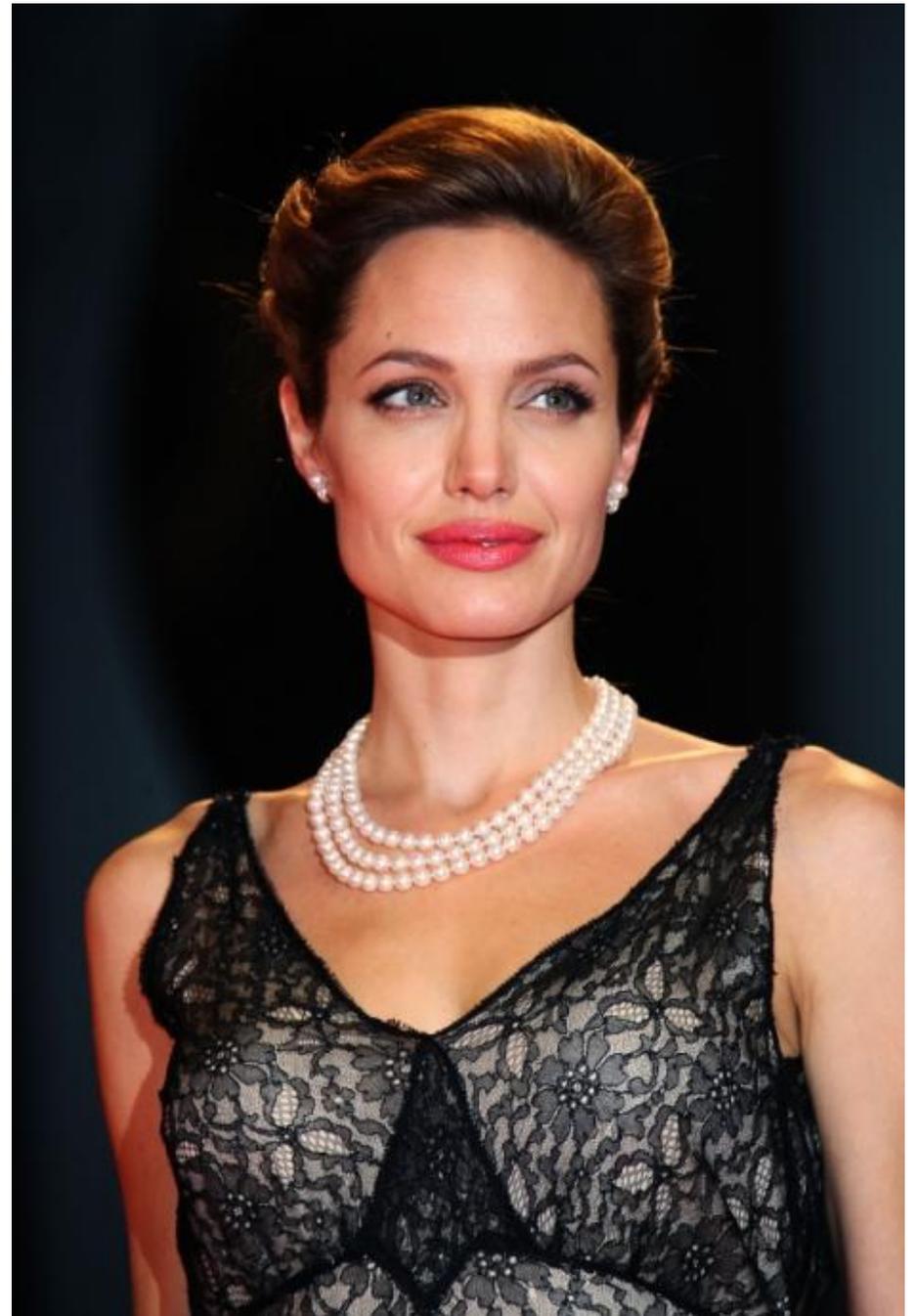
Intervenções possíveis para enfrentar as limitações do sistema de saúde

Barreiras	Exemplos de estratégias de implementação
Recursos financeiros inadequados	Estratégias para gerar os recursos necessários ou reduzir os custos de implementação da opção
Recursos humanos inadequados	Transferência de papéis; treinamento e suporte; criação de incentivos para recrutar e reter os prestadores quando necessário
Formação inadequada	Mudar programas de treinamento ou desenvolver programas novos.
Supervisão inadequada	Treinar as pessoas que podem prover treinamento e suporte; garantir incentivos adequados para os supervisores; acordos e mecanismos formais de monitoramento
Comunicação interna inadequada	Formulários estruturados de referência, envolver especialistas em atividades educativas na atenção primária

Possíveis intervenções para enfrentar restrições políticas ou sociais

Barreiras	Exemplos de estratégias de implementação
Ideologia	Abordagens sistemáticas e transparentes para usar evidências para informar as decisões; processos de tomada de decisão mais transparentes
Pensamento a curto prazo	Abordagens mais sistemáticas e transparentes para avaliar os prós e contras das opções; processos de tomada de decisão mais transparente
Conflitos de interesse	Exposição dos conflitos de interesses; declaração e gestão de conflitos de interesses no processo de desenvolvimento de políticas
Normas inapropriadas	Envolvimento de formadores de opinião; processos de consenso, o estabelecimento de padrões profissionais
Prioridades concorrentes	Processos de priorização mais sistemáticos e transparentes; fornecimento de evidências da magnitude do problema e comparações relevantes

Impacto das
celebridades na
implementação de
ações em saúde



Durante o desenvolvimento da estratégia

Abordagem participativa na produção da estratégia pode aumentar sua implementação

- 1) Computerized Clinical Decision Support System

- 2) Diretriz para Parto Normal e Cesariano

Conclusões

- A ciência da implementação emerge a partir da maturação dos campos da SBE, KT, PIE e todos visam reduzir o *know-do-gap*
- Deve-se aumentar o rigor metodológico na avaliação da implementação de políticas de saúde
- O estudo sistemático das barreiras e facilitadores da estratégia e o uso de evidências sobre os efeitos desta requer tempo e trabalho dedicado
- Desenvolver colaborativamente estratégias em saúde pode aumentar sua implementação

Gratidão

nathanmendes@hotmail.com

