

1. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?

Andrew D Oxman^{1}, John N Lavis², Simon Lewin³ and Atle Fretheim⁴*

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, 7(Suppl 1):S1

doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1.

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

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

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

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

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

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

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

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

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

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



Resumo

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

Neste artigo, discutimos as três perguntas apresentadas a seguir: O que é evidência? Qual é o papel da evidência de pesquisa no fornecimento de subsídios para decisões sobre políticas de saúde? O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?

A política baseada em evidências científicas é uma abordagem para a tomada de decisões políticas que tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja em fundamentada pela melhor evidência científica disponível. É caracterizada pelo acesso transparente e sistemático às evidências e pela avaliação de tais evidências como insumos do processo de formulação de políticas. Presume-se que o processo geral de formulação de políticas não seja sistemático e transparente. No entanto, dentro do processo geral de formulação de políticas, são usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada. Estes processos são transparentes para garantir que outros possam examinar quais evidências de pesquisa foram usadas para subsidiar as decisões relacionadas às políticas, bem como os julgamentos feitos sobre as evidências e suas implicações. A formulação de políticas com base em evidências ajuda os formuladores de política a entender estes processos.

SOBRE O STP

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

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde e o Ministro da Saúde pediu que você apresentasse opções para melhorar o nível de cobertura para as crianças no seguro saúde. Você quer ter certeza que as decisões sobre como tratar este importante problema serão bem embasadas. Você decide nomear uma unidade que apóia o Ministério da Saúde para fazer uso de evidências na formulação de políticas, para que tal unidade elabore uma versão condensada de uma política com um resumo das melhores evidências que caracterizam o problema, bem como as opções para tratamento de tal problema.

HISTÓRICO

Para os formuladores de políticas de alto escalão e outros envolvidos em situações como a descrita acima, este artigo fornece uma base para que haja um entendimento comum do que vem a ser a “evidência”, o papel das evidências na formulação de políticas de saúde, o que vem a ser a “formulação de políticas de saúde com base em evidências”, e por que ela é importante.

É muito mais provável que o acesso universal e equitativo ao serviço de saúde se concretize e que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDM) para a saúde e outras metas de saúde sejam cumpridos por meio de ações e políticas de saúde bem embasadas [2-5]. Infelizmente, a realidade é que muitas vezes as políticas de saúde não são bem embasadas em evidências de pesquisa [5-8]. Decisões mal embasadas são um dos motivos pelos quais às vezes os serviços não chegam até aqueles que mais necessitam, pelo quais os indicadores de saúde são imprecisos e pelos quais muitos países provavelmente não conseguirão cumprir com os MDMs para a saúde [9]. A tomada de decisões com pouco embasamento também pode contribuir para problemas

relacionados à eficácia, eficiência (ou seja, o valor pelo dinheiro), e a equidade dos sistemas de saúde.

A África Subsaariana gasta, em média, aproximadamente €80 por pessoa no serviço de saúde. Em comparação, a Ásia gasta €190 e os países de renda alta da OCDE gastam €2.700 por pessoa [10]. Devido aos seus recursos limitados e à carga substancial com os serviços de saúde, é essencial que países de renda baixa e média per capita apliquem de forma inteligente os seus orçamentos para a saúde. Países com alta renda per capita também precisam enfrentar as restrições de recursos devido aos crescentes custos e demandas do serviço de saúde.

O acesso a serviços de saúde muitas vezes não é equitativo e isto pode ser exacerbado por sistemas de saúde ineficientes [11]. Quando as pessoas enfim conseguem ter acesso ao serviço, o atendimento pode ficar abaixo dos padrões ou pode ser caro. Intervenções eficazes e baratas, como o sulfato de magnésio para a eclampsia e pré-eclampsia, às vezes não são usados, ou simplesmente não estão disponíveis [12]. Intervenções ineficazes ou desnecessariamente caras (como a episiotomia de rotina, e o fornecimento de fluídos intravenosos em vez de soluções de reidratação oral para diarreia em crianças) ainda são às vezes usadas. A melhor utilização de evidências de pesquisas para selecionar e promover intervenções, bem como para decidir sobre arranjos relativos à gestão, às finanças e à prestação (dos serviços de saúde) para apoiar o uso dessas intervenções, pode ajudar a reduzir esses problemas, como ilustrado pelos exemplos apresentados na Tabela 1.

Uma abordagem embasada em evidências permite que os formuladores de políticas gerenciem melhor o seu próprio uso de evidências de pesquisa. Também lhes permite gerenciar melhor o uso impróprio de evidências de pesquisas por lobistas, incluindo pesquisadores, quando atuam como defensores de posições políticas específicas. As abordagens embasadas em evidências permitem que os formuladores de políticas:

- Façam perguntas críticas sobre a evidência da pesquisa disponível para apoiar as políticas preconizadas
- Demonstrem que estão usando boas informações para fundamentar suas decisões, e
- Assegurem que as avaliações das suas iniciativas são adequadas e que os resultados sendo medidos são realistas e foram previamente acordados

Uma abordagem embasada em evidências para a elaboração de políticas também permite que os formuladores de políticas reconheçam que as políticas podem estar baseadas em informações imperfeitas. Este reconhecimento reduz o risco político porque cria formas para a mudança de curso caso as políticas não funcionem como esperado. Há um risco político muito maior quando as políticas são defendidas sem que se reconheça as limitações das evidências disponíveis e depois, quando se adere às políticas, independentemente dos resultados. Isto faz com que os formuladores de políticas estejam sujeitos a críticas por falhas relacionadas ou não àquela determinada política.

Nesta série de artigos, o nosso objetivo é melhorar a eficácia, eficiência e equidade das políticas de saúde por meio da melhor utilização das evidências de pesquisa para fundamentar as decisões. O nosso foco está nas decisões sobre a melhor forma de organizar os sistemas de saúde, incluindo arranjos de fornecimento, de financiamento e de gestão dos serviços de saúde, assim como estratégias para efetuar mudanças [2,13]. Nesta série, usamos estes tipos de decisões como exemplos para ilustrar como a tomada de decisão pode ser melhor embasada por evidências de pesquisa. Abordagens similares podem ser usadas para fundamentar as decisões sobre quais programas, serviços ou medicamentos são fornecidos [14].

O QUE É EVIDÊNCIA?

As discussões sobre a prática fundamentada em evidências e a formulação de políticas com base em evidências pode gerar um debate sobre o que exatamente vem a ser a “evidência”. Normalmente se considera que a “evidência está relacionada a fatos (reais ou declarados) que têm por objetivo serem usados como embasamento para uma conclusão” [15]. Um fato, por sua vez, é algo que se conhece através da experiência ou da observação. Uma inferência importante deste entendimento é que a evidência pode ser usada para sustentar uma conclusão, mas não é igual a uma conclusão. A evidência por si só não toma decisões.

Este entendimento sobre o que vem a ser uma evidência tem diversas implicações. Em primeiro lugar, um parecer especializado envolve mais do que simples evidências. Este parecer consiste na combinação de fatos, na interpretação de tais fatos, e em conclusões. As evidências sempre servem de embasamento para os pareceres especializados. E o uso adequado desta evidência exige a identificação de tais fatos (experiência ou observações) que formam a base dos pareceres, bem como uma avaliação de até que ponto os fatos sustentam as conclusões [16].

Em segundo lugar, nem todas as evidências são igualmente convincentes. O quão convincente a evidência é dependerá de que tipos de observações foram feitas e se elas foram bem feitas ou não. As evidências de pesquisa são geralmente mais convincentes do que observações ao acaso porque, para obtê-las, são usados métodos sistemáticos para coletar e analisar observações. Da mesma forma, uma pesquisa bem concebida e bem executada é mais convincente do que pesquisas mal projetadas e mal executadas.

Em terceiro lugar, a avaliação de até que ponto diferentes tipos de evidências podem ser considerados confiáveis (em outras palavras, a avaliação da qualidade de tais evidências) é feita de maneira implícita ou explícita. É melhor fazer estas avaliações de maneira sistemática e explícita, a fim de evitar erros, resolver divergências, facilitar a avaliação crítica e divulgar informações. Isto, por sua vez, exige decisões explícitas sobre quais tipos reais de evidência precisam ser levados em consideração.

Em quarto lugar, todas as evidências são suscetíveis ao contexto, pois todas as observações são necessariamente relacionadas a um contexto específico. Portanto, é preciso sempre avaliar a aplicabilidade das evidências além de seu cenário ou contexto original. É melhor fazer avaliações sobre a aplicabilidade destas evidências de forma sistemática e explícita, pelos mesmos motivos que é melhor para fazer avaliações sobre a qualidade da evidência de maneira sistemática e explícita.

Em quinto lugar, as “evidências globais” – ou seja, as melhores evidências disponíveis em todo o mundo – são o melhor ponto de partida para avaliações sobre os impactos de políticas e programas. Embora todas as evidências sejam suscetíveis ao contexto, poderão ser equivocadas as decisões com base em um subconjunto de observações que são supostamente mais diretamente relevantes para um contexto específico (como as realizadas em um determinado país ou grupo populacional) [17]. As avaliações de se deve ou não basear uma conclusão em um subconjunto de observações serão mais bem fundamentadas se forem feitas dentro do contexto de todas as evidências pertinentes [18].

Finalmente, é necessário que as evidências locais (resultantes de um cenário específico no qual as decisões e as ações serão tomadas) fundamentem a maioria dos outros julgamentos sobre problemas, opções para resolver problemas e estratégias de execução. Isto inclui evidências da presença de fatores modificadores em contextos específicos, do grau de necessidade (por exemplo, a prevalência de doença ou fatores de risco ou problemas com os arranjos relativos à prestação, às finanças ou à gestão), dos valores, dos custos e da disponibilidade de recursos.

QUAL É O PAPEL DA EVIDÊNCIA DE PESQUISA NO FORNECIMENTO DE SUBSÍDIOS PARA DECISÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE?

Para tomar decisões bem embasadas sobre questões, como a melhor forma de proporcionar acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, os formuladores de políticas precisam ter acesso a evidências sólidas. As evidências são necessárias para esclarecer quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros, os arranjos de gestão e como implantar a mudança [2]. As revisões sistemáticas podem ser utilizadas para fundamentar as decisões em questões fundamentais dentro de cada um desses domínios [4-6]. A tabela 2 apresenta uma explicação e exemplos de revisões sistemáticas. A figura 1 ilustra o papel das evidências resultantes de revisões sistemáticas juntamente com evidências locais na fundamentação de avaliações que precisam ser feitas sobre as decisões relativas a políticas de saúde.

As decisões sobre as políticas são sempre influenciadas por outros fatores, diferentes das evidências. Tais fatores incluem restrições institucionais, interesses, ideias (incluindo os valores) e fatores externos, como recessões. As evidências de pesquisa também não são o único tipo de informação necessária para fundamentar as decisões indispensáveis à tomada de decisão sobre políticas. No entanto, a intensificação do uso de evidências de pesquisas e a capacidade dos formuladores de política de fazer avaliações apropriadas sobre a relevância e a qualidade de tais evidências são desafios fundamentais, os quais prometem ajudar na obtenção de ganhos significativos para a saúde e no melhor uso dos recursos.

O QUE É ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS?

Para que a tomada de decisões sobre políticas de saúde seja bem fundamentada, em vez de mal fundamentada, é essencial que sejam aplicados mais processos sistemáticos e transparentes ao se acessar e avaliar evidências de pesquisa. A elaboração de políticas de saúde com base em evidências é uma abordagem com relação às decisões sobre políticas que visa garantir que uma decisão será bem fundamentada pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. A maneira de se fazer isto pode variar e dependerá dos tipos de decisões sendo tomadas e seus contextos. No entanto, a elaboração de políticas com base em evidências é caracterizada pelo fato de que o seu acesso e a avaliação da evidência como um insumo para o processo de elaboração de políticas são sistemáticos e transparentes. Isto não significa que o processo geral de formulação de políticas será sistemático e transparente. No entanto, dentro do processo geral de formulação de políticas, são usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada. Estes processos são transparentes para garantir que outros possam examinar quais evidências de pesquisa foram usadas para fundamentar as decisões relacionadas às políticas, bem como os julgamentos feitos sobre as evidências e suas implicações.

Nesta série, descrevemos como a elaboração de políticas de saúde com base em evidências pode resolver problemas comuns de formulação de políticas, por meio de processos mais sistemáticos e transparentes, para facilitar a tomada de decisões bem fundamentadas, esclarecer as necessidades de evidências, localizar e avaliar as evidências e passar da fase das evidências para a fase das decisões (como ilustrado na Figura 2). As vantagens de processos sistemáticos e transparentes, tais como os que descrevemos nesta série – em relação a processos que não são sistemáticos e não são transparentes – são que eles podem ajudar a proteger contra erros e vieses. Isto é ilustrado por revisões sistemáticas, cujos exemplos são mostrados na Tabela 2. Estas revisões reduzem o risco de ser induzido a erros causais ou da seleção e avaliação tendenciosas de evidências.

Diferentes tipos de evidências são relevantes para diferentes questões, e podem existir diferenças legítimas de opinião sobre qual é a “melhor evidência disponível” para

questões específicas [19]. No entanto, o objetivo da formulação de políticas de saúde com base em evidências é garantir que as evidências relevantes sejam identificadas e que as avaliações de questões, por exemplo, sobre qual evidência é relevante, a confiabilidade e aplicabilidade das evidências identificadas, sejam feitas de maneira sistemática e transparente. A formulação de políticas de saúde com base em evidências também visa assegurar que os conflitos de interesse não terão influência sobre estas avaliações ou sobre qualquer nova pesquisa que seja realizada para fundamentar a elaboração da política.

Outra característica essencial da formulação de políticas com base em evidências é que os formuladores de política devem entender os processos sistemáticos usados para assegurar a identificação, avaliação e uso adequado de pesquisas relevantes, bem como os possíveis usos de tais processos. Esta série de artigos visa ajudar os formuladores de políticas a chegar a este entendimento.

Desde o início da década de 90, há uma tendência no sentido de se usar a medicina com base em evidências (MBE), a qual se concentrou inicialmente na tomada de decisões por parte dos médicos [20,21]. Esta tendência se estendeu para outros consumidores e profissionais de saúde, e tem sido chamada de “atendimento de saúde com base em evidências” ou “prática baseada em evidências”, como uma maneira de retratar o seu escopo mais amplo. No contexto de gestão e de formulação de políticas, com relação a qual essa abordagem também foi estendida, ela é chamada de “política embasada em evidências” [22]. Em todas estas arenas, o debate se concentrou no que significa exatamente uma abordagem baseada em evidências, e como esta abordagem difere das práticas normais, assim como nos benefícios e riscos relacionados. Tanto o MBE quanto a elaboração de políticas com base em evidências têm sido criticados por presumir que a prática ou as decisões sobre as políticas são em grande parte determinadas pelas evidências de pesquisas [4,23-25]. Essa crítica é, em grande parte, uma percepção errônea do que foi defendido. Nem as decisões sobre pacientes individuais nem as decisões sobre as políticas são determinadas somente por evidências. As avaliações, os valores e outros fatores sempre influenciam.

Embora os termos “baseada em evidências” e “fundamentada em evidências” possam ser usados de maneira intercambiável, preferimos usar o termo “fundamentada em evidências” porque ele descreve melhor o papel das evidências na elaboração de políticas e o desejo de melhorar o bom embasamento das decisões com evidências de pesquisa [4,26].

O QUE A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS COM BASE EM EVIDÊNCIAS NÃO É

Como qualquer outra ferramenta, aquelas que são usadas com o objetivo de apoiar o uso de evidências para fundamentar a elaboração de políticas podem ser usadas de

maneira inadequada. Os impactos indesejáveis decorrentes do uso inadequado de provas podem incluir processos burocráticos ineficientes, a proibição inadequada ou atraso de programas promissores, a definição equivocada de problemas, a manipulação da opinião pública, bem como a distorção da programação de pesquisas.

As formas de uso inadequado das evidências incluem o uso de evidências de forma seletiva, a proibição do uso apropriado das evidências e a criação de uma falsa de incerteza. A melhor maneira de detectar e prevenir o uso inadequado de evidências é pelo uso de processos que sejam sistemáticos e transparentes, como descreveremos em artigos subsequentes desta série.

CONCLUSÃO

Existe um crescente interesse mundial em fazer melhor uso de evidências de pesquisa nas decisões relacionadas à saúde. Em 2004, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde emitiu o *World Report on Knowledge for Better Health*, o qual incluía um capítulo dedicado ao vínculo entre a pesquisa e a ação [27]. A Cúpula Ministerial sobre Pesquisa em Saúde realizada no mesmo ano na Cidade do México emitiu um comunicado sobre a importância da pesquisa para a melhoria da saúde e para o fortalecimento dos sistemas de saúde [28]. Além disso, em maio de 2005, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução reconhecendo a Declaração do México sobre Pesquisa em Saúde, instando os Estados-membros “a criar ou reforçar os mecanismos de transferência de conhecimento para apoiar os sistemas de serviços de saúde e de saúde pública baseados em evidência, e políticas relacionadas à saúde embasadas em evidências” [29]. A necessidade de continuar a aumentar ainda mais o progresso obtido desde a Cúpula Ministerial do México se refletiu também na Declaração de Bamako de 2008, emitida pelos Ministros da Saúde, Ministros da Ciência e Tecnologia e Ministros da Educação e outros representantes ministeriais de 53 países [30]. Um primeiro passo fundamental para alcançar este objetivo é assegurar que os formuladores de política compartilham a mesma visão sobre o que as evidências de pesquisa são, bem como sobre o papel das evidências de pesquisa no auxílio à fundamentação de decisões sobre políticas.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Documentários em vídeo sobre políticas de saúde fundamentadas em evidências: www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms – Estes indispensáveis documentários em vídeo são parte de um relatório sobre mais de 150 organizações, especialmente em países com renda baixa e média per capita, que estão fazendo a ligação entre evidências e políticas (www.nchs.no/Publikasjoner/469.cms). Os documentários em vídeo contam

as histórias de oito estudos de caso em seis continentes, onde as pessoas estão tentando melhorar os sistemas de saúde, utilizando dados de pesquisa para fundamentar a tomada de decisões

The Mexico statement on health research, 2004

www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf

World Health Assembly. Resolution on health research, 2005

www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf

The Bamako call to action on research for health, 2008

www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf

Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? Evidence & Policy 2005; 1:227-42

www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006

Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. BMJ 1999; 319:1618. www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618

Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54:802-3

<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/11/802>

Moynihan R. Using health research in policy and practice: Case studies from nine countries. Milbank Memorial Fund report, 2004

www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html

Links para websites

EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network, rede para políticas fundamentadas em evidências): www.who.int/rpc/evipnet/en/, <http://evipnet.bvsalud.org/php/index.php>

A EVIPNet é uma iniciativa para promover o uso sistemático de evidências de pesquisa em saúde na formulação de políticas. Ao se concentrar em países de renda baixa ou média per capita, a EVIPNet promove parcerias nacionais entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil a fim de facilitar o desenvolvimento de políticas e a execução de políticas por meio do uso das melhores evidências científicas disponíveis

Alliance for Health Policy and Systems Research: www.who.int/alliance-hpsr/en/

A Aliança HPSR é uma cooperação internacional com sede na Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é promover a geração e utilização de pesquisas de sistemas e políticas de saúde como um meio para melhorar os sistemas de saúde em países em desenvolvimento

Canadian Health Services Research Foundation: www.chsrf.ca/home_e.php

Esta Fundação promove e financia a gestão e pesquisas de políticas em serviços de saúde e de enfermagem para aumentar a qualidade, relevância e utilidade desta pesquisa para os formuladores de políticas e gestores do sistema de saúde. Além disso, a Fundação trabalha com esses tomadores de decisão do sistema de saúde dando-lhes apoio e estimulando-os a usar evidências de pesquisa ao enfrentar os desafios das políticas e da gestão da saúde

Central de políticas do governo do Reino Unido:

www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp

O objetivo deste site é promover o pensamento estratégico e melhorar a formulação de políticas e a prestação do serviço em todo o governo. Seu objetivo é dar acesso aos usuários a uma variedade de perspectivas sobre questões relativas a políticas

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

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

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Francisco Becerra, Sara Bennett e Yogan Pillay pelos comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:I1).
2. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S4).
3. Task Force on Health Systems Research: **Informed choices for attaining the millennium development goals: towards an international cooperative agenda for health systems research.** *Lancet* 2004, 364:997-1003.

4. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1**:227-42.
5. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **The use of evidence in WHO recommendations.** *Lancet* 2007, **369**:1883-9.
6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10**:35-48.
7. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7**:239-44.
8. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, *et al*: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80**:125-54.
9. United Nations: *The Millennium Development Goals Report 2007*.
10. United Nations Development Programme: *Human Development Report 2006*.
11. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362**:233-41.
12. Severe E, Lewin S, Marino A, Woelk G, Oxman A, Matinhure S, *et al*: **Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures.** *BMJ* 2005, **331**:765.
13. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364**:1615-21.
14. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, Second edn. New York: McGraw Hill; 2008.
15. Lomas J, Culver T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2005.
16. Schuneman HJ, Fretheim A, Oxman A: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:12.
17. Counsell CE, Clarke MJ, Slattery J, Sandercock PA: **The miracle of DICE therapy for acute stroke: fact or fictional product of subgroup analysis?** *BMJ* 1994, **309**:1677-81.
18. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.
19. Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:19.

20. Evidence-Based Medicine Working Group: **Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.** *JAMA* 1992, **268**:2420-5.
21. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group: **Users' guides to the medical literature, I. how to get started.** *JAMA* 1993, **270**:5.
22. Packwood A: **Evidence-based policy: rhetoric and reality.** *Social Policy and Society* 2002, **1**:267-72.
23. Straus SE, McAlister FA: **Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms.** *CMAJ* 2000, **163**:837-41.
24. Clarence E: **Technocracy reinvented: the new evidence based policy movement.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:1-11.
25. Parsons W: **From muddling through to muddling up – evidence based policy making and the modernisation of British Government.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:43-60.
26. Nutley S: *Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK.* St. Andrews, University of St. Andrews. 2003.
27. World Health Organization (WHO): *World report on knowledge for better health.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
28. World Health Organization (WHO): *The Mexico statement on health research.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
29. World Health Assembly: *Resolution on health research.* 2005.
30. World Health Organization (WHO): *The Bamako call to action on research for health.* Geneva, World Health Organisation. 2008.
31. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4**:CD000127.
32. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ: **Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **2**:CD000025.
33. Langer A, Villar J, Tell K, Kim T, Kennedy S: **Reducing eclampsia-related deaths--a call to action.** *Lancet* 2008, **371**:705-6.
34. Oxman AD, Fretheim A: **Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing.** *Journal of Evidence-Based Medicine* 2009, **2**:70-83.
35. Fox DM, Oxman A: *Informing Judgment: Case Studies of Health Policy and Research in Six Countries.* New York: Milbank Memorial Fund; 2001.
36. Maclure M, Carleton B, Schneeweiss S: **Designed delays versus rigorous pragmatic trials: lower carat gold standards can produce relevant drug evaluations.** *Med Care* 2007, **45**:S44-9.
37. Schneeweiss S, Patrick AR, Sturmer T, Brookhart MA, Avorn J, Maclure M, *et al*: **Increasing levels of restriction in pharmacoepidemiologic database studies of elderly and comparison with randomized trial results.** *Med Care* 2007, **45**:S131-42.

38. Maclure M, Nguyen A, Carney G, Dormuth C, Roelants H, Ho K, *et al*: **Measuring prescribing improvements in pragmatic trials of educational tools for general practitioners.** *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006, **98**:243-52.
39. Schneeweiss S, Maclure M, Carleton B, Glynn RJ, Avorn J: **Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomised and observational evaluations.** *BMJ* 2004, **328**:560.
40. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E: *Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier*. Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
41. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM: **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:1524-34.
42. Frenk J: **Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:954-61.
43. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development. 2006.
44. Congress of the United Mexican States. General Law of Social Development: *Title V. Evaluation of the Social Development Policy. [Ley General de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004. Título quinto "De la Evaluación de la Política de Desarrollo Social".]*. New Law DOF 20-01-2004. Center for Documentation, Information and Analysis. 2004.
45. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C *et al*: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.
46. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, *et al*.: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1**:CD007017.
47. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3**:CD004563.
48. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, *et al*: **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **2**:CD003030.

FIGURA 1. UM EXEMPLO DA FUNÇÃO DA EVIDÊNCIA NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE



FIGURA 2. COMO A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE COM BASE EM EVIDÊNCIAS RESOLVEM PROBLEMAS COMUNS DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

<i>Elementos da elaboração de políticas baseadas em evidências</i>	<i>Problemas comuns na elaboração de políticas</i>	<i>A elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências pode abordar esses problemas por meio de mais sistemáticos e transparentes:</i>
Apoiar à elaboração de políticas baseadas em evidências	Falta de arranjos organizacionais para apoiar o uso de processos e evidências de pesquisa para estabelecer prioridades para evidências de pesquisa	Arranjos organizacionais para sustentar o uso de evidências de pesquisa; e processos para estabelecer prioridades para sustentar o uso de evidências de pesquisa
Identificar necessidades de evidências de pesquisa	Falta de clareza com relação às necessidades de evidências de pesquisa	Esclarecimento das necessidades de evidências de pesquisa para definir problemas, estruturas e opções de políticas e definir como tais opções de políticas serão implementadas
Encontrar e avaliar evidências	Uso casual ou tendencioso das evidências de pesquisa para informar decisões de políticas de saúde	Abordagens para encontrar e avaliar evidências de pesquisa
Das evidências de pesquisa às decisões	Envolvimento insuficiente das partes interessadas e decisões baseadas em evidências de pesquisa insuficientes	Abordagens para envolver e informar às partes interessadas e usar evidências de pesquisa para informar decisões

TABELA 1. EXEMPLOS DO USO DE EVIDÊNCIAS DE PESQUISA NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS

Sulfato de magnésio para o tratamento de eclampsia e pré-eclampsia – um exemplo de arranjos inadequados de sistemas de saúde para apoiar uma intervenção barata e eficaz

Existem evidências de alta qualidade demonstrando que o sulfato de magnésio, uma droga de baixo custo, é eficaz para o tratamento de eclampsia e pré-eclampsia [31,32]. No entanto, a droga, como muitos outros tratamentos eficazes em países de renda baixa e média per capita, ainda não está amplamente disponível [12,33]. Falhas nos mecanismos de registro, aquisição e distribuição do sulfato de magnésio têm contribuído para a sua baixa disponibilidade em países, como Moçambique e Zimbábue [12]. Em outros países, os problemas incluem a falta de diretrizes que obriguem o uso de sulfato de magnésio, a não inclusão do sulfato de magnésio em listas de medicamentos essenciais, a não implementação de diretrizes existentes e as restrições sobre quais instalações e trabalhadores de saúde estão autorizados a administrá-lo [33]. Embora a eclampsia e a pré-eclampsia grave afetem poucas mulheres em relação ao número de pessoas afetadas por outros problemas de saúde, cerca de 63.000 mulheres em todo o mundo morrem devido a essas condições a cada ano. Estas condições também estão associadas a mortes neonatais.

A remuneração por desempenho – um exemplo do uso generalizado de um arranjo do sistema de saúde com efeitos incertos e avaliação inadequada dos impactos

A remuneração por desempenho (P4P, Paying for performance) refere-se à transferência de dinheiro ou bens materiais, contanto que as pessoas executem uma ação mensurável ou alcancem uma meta de execução predeterminada. O P4P é amplamente defendido e utilizado com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento de saúde e de atingir metas de saúde, incluindo os MDMs. Uma visão geral dos efeitos de qualquer tipo de P4P no setor de saúde voltado para pacientes, prestadores de serviços, organizações ou governos pode ser encontrada em 12 revisões sistemáticas [34]. Os resultados indicaram que os incentivos financeiros voltados para usuários dos serviços de saúde e profissionais individuais de saúde parecem ser eficazes no curto prazo para metas comportamentais bem definidas, distintas e simples. No entanto, há poucas evidências de que os incentivos financeiros podem sustentar mudanças de longo prazo. Também existem evidências limitadas sobre os efeitos do P4P voltado para organizações, ou dos efeitos do P4P em países de renda baixa ou média per capita. Nos países de renda baixa ou média per capita, os esquemas P4P geralmente incluíam componentes auxiliares, tais como o aumento de recursos, treinamento e suporte técnico. As avaliações destes esquemas raramente verificam os efeitos da condicionalidade propriamente dita. Quase não há evidências da relação custo-benefício do P4P. Além disso, o P4P pode ter efeitos indesejáveis, inclusive motivando comportamentos inesperados, distorções (ignorando as importantes tarefas que não são recompensadas com incentivos), jogos (melhoria ou fraude na apresentação de relatórios ao invés de melhorar o desempenho), “escolha a dedo” (selecionando ou evitando os pacientes com base na facilidade para se atingir as metas de desempenho), o aumento da lacuna de recursos entre os ricos e os pobres, e maior dependência em incentivos financeiros.

Preços de referência na Colúmbia Britânica – um exemplo de abordagem fundamentada em evidências para políticas de medicamentos mais eficientes

Desde 1995, a província de Colúmbia Britânica (BC) no Canadá tem conduzido um Programa de Medicamentos de Referência (RDP, Reference Drug Program), e diversas políticas relacionadas têm sido elogiadas e criticadas como estratégias para a contenção de custos [35]. As políticas foram introduzidas pelo Pharmacare, o programa de seguro para medicamentos financiado pelo governo, o qual é controlado pelo Ministério da Saúde da província. O Pharmacare vinha tendo dificuldades há anos com o crescimento de dois dígitos dos custos anuais de medicamentos. O objetivo do RDP foi o de fornecer uma cobertura de seguro semelhante para medicamentos similares, sem aumentar os demais custos de saúde ou causar eventos adversos à saúde. O RDP foi contestado pela indústria farmacêutica, que argumentou que ele era perigoso para os pacientes. Mas o RDP foi defendido pelo Ministério da Saúde como sendo baseado em evidências. O

grau de cumprimento das metas do RDP foi avaliado por pesquisadores independentes, o que serviu de base para que o Ministério da Saúde pudesse defender e manter o programa. Os pesquisadores precisaram fazer adaptações ao contexto dos formuladores de políticas, o qual incluía definições conflitantes da necessidade médica e um ciclo de política que acelerava e desacelerava rapidamente [36-39]. O envolvimento contínuo de pesquisadores em um comitê consultivo para a aplicação da política criou respeito mútuo e entendimento entre pesquisadores e formuladores de políticas, e permitiu a fácil implantação de um ensaio randomizado da política. No entanto, as relações pessoais de colaboração estabelecidas entre os formuladores de políticas e os pesquisadores não foram facilmente transferidas para a nova equipe, a qual não tinha compartilhado a história.

Seguro Popular no México – um exemplo de uma abordagem fundamentada em evidências para a ampliação da cobertura do seguro de saúde e avaliação de seus impactos

Em 2004, o governo nacional do México lançou um novo sistema de seguro saúde chamado Seguro Popular, ou o esquema de Seguro Popular de Saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura para aproximadamente 50 milhões de mexicanos não cobertos pelos programas existentes [40-42]. O esquema foi progressivamente introduzido em todo o México, começando com as comunidades mais pobres, e oferecendo um pacote definido de serviços de saúde. De acordo com Julio Frenk, Secretário da Saúde do México durante este período: “Este é quase um caso clássico de como as evidências realmente mudaram inicialmente as percepções públicas, depois fundamentaram o debate para logo se tornarem lei” [40]. Uma das principais evidências iniciais que desencadearam um amplo debate sobre a necessidade de reforma foi a constatação de que o antigo sistema de saúde do México, ao contrário da crença popular, era em grande parte financiado regressivamente por desembolsos particulares. Quando o debate e o desenvolvimento do esquema já tinham sido fundamentados, a evidência também influenciou na avaliação. Aproveitando o calendário da implantação progressiva, o governo criou uma avaliação controlada que comparava os resultados para aquelas comunidades que recebiam o esquema, e aquelas que ainda estavam esperando pelo mesmo. No México, considera-se que as evidências que surgem da pesquisa avaliativa, como o estudo controlado do Seguro Popular, tiveram um papel fundamental para revigorar a democracia da nação. Em 2004, reconhecendo a sua obrigação política e ética de avaliar o impacto das decisões relativas a políticas, o governo do México aprovou uma lei que exige que as avaliações de impacto sejam realizadas para diversos programas públicos, reconhecendo explicitamente o valor de se saber o que funciona – e por que – como um guia para as decisões orçamentárias no futuro [43,44].

TABELA 2. UMA EXPLICAÇÃO E EXEMPLOS DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

As revisões sistemáticas são resumos de evidências de pesquisa que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos que estão incluídos na revisão. Métodos estatísticos (metanálise) podem ou não ser usados para analisar e sintetizar os resultados dos estudos incluídos. Resumos estruturados de revisões sistemáticas de arranjos do sistema de saúde podem ser encontrados nas páginas da Internet do SUPPORT (www.support-collaboration.org), incluindo os seguintes exemplos:

Trabalhadores da saúde leigos (não-profissionais) no atendimento primário para a saúde materna e infantil – um exemplo de um arranjo de prestação de serviço) [45]

Os trabalhadores de saúde leigos não têm educação profissional formal, mas eles geralmente recebem um treinamento relacionado ao trabalho. Eles podem estar envolvidos no atendimento pago ou voluntário. Eles desempenham diversas funções relacionadas à prestação de serviços de saúde e diversos termos são usados para descrevê-los, incluindo trabalhadores de saúde do vilarejo, voluntários da comunidade e conselheiros de colegas, entre outros. Uma busca sistemática por ensaios randomizados de trabalhadores de saúde leigos até agosto de 2006 permitiu a descoberta de 48 ensaios relevantes para a saúde materna e infantil e doenças graves. Houve uma variação nos métodos de seleção e de treinamento, nos beneficiários-alvo, nas configurações e nos resultados que foram aferidos. As principais conclusões foram:

- O uso de trabalhadores de saúde leigos em programas de saúde materna e infantil apresenta benefícios promissores em comparação ao atendimento habitual ou à ausência de intervenção, pelos seguintes motivos:
 - Maior administração de vacinas em crianças
 - Promoção do aleitamento materno
 - Redução da mortalidade em crianças com menos de cinco anos, e
 - Redução da taxa de incidência de doenças comuns da infância
- Existem poucas evidências disponíveis sobre a eficácia da substituição de profissionais de saúde por trabalhadores de saúde leigos, ou sobre a eficácia das estratégias alternativas para treinamento, suporte e manutenção de trabalhadores de saúde leigos

Pagamentos diretos feitos pelos pacientes para a aquisição de medicamentos – um exemplo de um arranjo financeiro [46]

As políticas em que os consumidores pagam diretamente pelos seus medicamentos prescritos incluem os *limites* (o limite máximo de receitas ou medicamentos que pode ser reembolsado), *co-pagamentos fixos* (as pessoas pagam um valor fixo por receita ou medicamento), *co-pagamentos por níveis* (as pessoas pagam um valor fixo por receita

ou medicamento, cujo custo pode depender, por exemplo, de se a receita é para uma marca (patenteada) de medicamento ou para um medicamento genérico), *co-seguro* (as pessoas pagam um percentual do preço do medicamento) e *tetos* (por exemplo, as pessoas pagam qualquer parte do preço ou o preço total de um medicamento, até o montante máximo definido por um ano e, posteriormente, não pagam ou pagam menos). Em uma busca sistemática por estudos que avaliavam os impactos dessas políticas, foram encontrados 21 estudos sobre 30 intervenções bastante variadas. As principais conclusões foram:

- Limites, co-seguros com tetos e as políticas de co-pagamento podem reduzir o consumo de medicamentos e permitir uma economia nos gastos para as políticas de medicamentos ou planos de saúde
- Foram verificadas reduções no uso de medicamentos para medicamentos de manutenção da vida e medicamentos que são importantes no tratamento de condições crônicas, bem como para outros medicamentos
- Apesar de existirem dados insuficientes disponíveis sobre os resultados da saúde, grandes reduções no uso de medicamentos que são importantes para a saúde das pessoas podem ter efeitos adversos. Isto pode levar a um aumento no uso dos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao aumento no gasto total
- É menos provável que as políticas nas quais as pessoas pagam diretamente por seus medicamentos causarão danos se somente medicamentos não essenciais forem incluídos em tais políticas, ou se isenções forem incorporadas a tais políticas para garantir que as pessoas receberão o atendimento médico necessário

Consumer involvement – an example of a governance arrangement (Envolvimento do consumidor – um exemplo de um arranjo de gestão)

[47]

A importância da participação do consumidor na área da saúde é amplamente reconhecida, mas uma revisão sistemática concluiu que há evidências extremamente esparsas sobre a melhor forma de fazer isto para a formulação de políticas de saúde. Os consumidores podem participar no desenvolvimento da política de saúde por meio de consultas para a obtenção do seu ponto de vista ou mediante processos de colaboração. As consultas podem ser feitas em um único evento ou em eventos repetidos, de grande ou pequena escala. Elas podem envolver indivíduos ou grupos de consumidores para permitir o debate. Os grupos podem ser convocados especialmente para a consulta ou eles podem ser organizações estabelecidas de consumidores. Eles podem ser organizados em diferentes fóruns e por diferentes meios. Em uma busca sistemática até maio de 2006 por estudos que comparavam os efeitos de diferentes métodos para o envolvimento de consumidores, foi encontrado apenas um pequeno estudo de métodos destinado a envolver os consumidores na elaboração de políticas de saúde. Este estudo oferecia evidências de baixíssima qualidade de que conversas telefônicas e reuniões presenciais com grupos permitiam um maior envolvimento dos consumidores do que pesquisas enviadas pelo correio, visando o estabelecimento de prioridades para as metas de saúde da comunidade, e resultavam na definição de diferentes prioridades.

Continuing education meetings – an example of a strategy to bring about change (Reuniões de educação continuada – um exemplo de uma estratégia para provocar uma mudança) [48]

As reuniões educativas (palestras, oficinas e cursos) são um dos tipos mais comuns de educação continuada para profissionais de saúde. As reuniões podem variar bastante em termos de conteúdo, número de participantes, nível e tipo de interação, assim como com relação à sua duração e frequência. Em uma busca sistemática por ensaios randomizados de auditoria e de feedback até março de 2006, foram encontrados 81 estudos que preenchiam os critérios de inclusão para a revisão. Na maioria dos ensaios, os participantes eram médicos. As intervenções variavam no que diz respeito ao seu conteúdo e formato, e não havia uma grande variação nas medições dos resultados. As principais conclusões foram:

- As reuniões educativas podem melhorar a prática profissional e os resultados do atendimento de saúde para os pacientes
- O efeito médio é pequeno ou modesto e pode ser comparado ao efeito de outras atividades de educação médica continuada, tais como auditoria e feedback e visitas educativas de sensibilização
- Existem grandes variações nos efeitos encontrados nos diferentes estudos e não é possível ter qualquer conclusão definitiva sobre qual é a forma mais eficaz
- O efeito parece ser maior em reuniões educativas que incluem componentes interativos e didáticos