

6. O uso de evidências de pesquisa para informar como uma opção será implementada

Atle Fretheim^{1}, Susan Munabi-Babigumira², Andrew D Oxman³, John N Lavis⁴ and Simon Lewin⁵*

Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **6. Using research evidence to address how an option will be implemented.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S6 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf>

1 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

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

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

4 Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON, Canada K1Y 4E9

5 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

* Autor responsável por comunicações (atle.fretheim@nokc.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@nokc.no.

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

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



Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para 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.

Quando uma decisão sobre uma política é tomada, o próximo grande desafio consiste em transformar esta posição citada da política em ações práticas. Quais estratégias, por exemplo, estão disponíveis para facilitar a implementação eficaz e o que se sabe sobre a eficácia de tais estratégias? Sugerimos cinco perguntas que podem ser levadas em consideração pelos formuladores de políticas ao implementarem um programa ou política de saúde. Estas são: 1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política? 2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos? 3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde? 4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias? 5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

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.

CENÁRIOS

Cenário 1: Você é um funcionário público sênior responsável pelo lançamento de um novo programa de reforma nos serviços de saúde. Você deseja assegurar que a implementação ocorrerá da maneira mais eficiente possível.

Cenário 2: Você trabalha no Ministério da Saúde e foi instruído a preparar um plano de implementação para o lançamento do programa de reforma do governo para os serviços de saúde, o qual foi recentemente adotado. Você deseja investigar quais tipos de estratégias devem ser consideradas neste plano.

Cenário 3: Você trabalha em uma unidade independente que dá suporte ao Ministério da Saúde no uso de evidências na elaboração de políticas. Você está preparando um documento sobre os efeitos de diversas intervenções que poderiam ser incluídas em uma estratégia nacional de implementação para o novo programa de reforma dos serviços de saúde e precisa orientação sobre como fazer isto.

HISTÓRICO

Para os formuladores de política (Cenário 1), este artigo sugere diversas questões que eles podem pedir que sua equipe leve em consideração ao planejar a implementação de uma nova política.

Para aqueles que dão suporte aos formuladores de políticas (Cenários 2 e 3), este artigo sugere diversas questões que acreditamos que devam ser consideradas ao se discutir a implementação do programa e as possíveis abordagens úteis.

O processo de implementação de uma política pode ser desafiador e é frequentemente realizado de maneira não sistemática. É preciso ter um planejamento cuidadoso para evitar que políticas boas sejam prejudicadas por uma implantação ruim. Mas, o processo de implementação nem sempre é simples: ele pode envolver um conjunto complexo de ações em diversos níveis do sistema de saúde, assim como dentro das comunidades.

Duas questões-chave devem ser consideradas pelos responsáveis pela implementação da política, a saber: “Como as atividades relativas à opção de política podem ser implementadas para produzir mudanças reais no mundo real?” e “Quais estratégias estão disponíveis para facilitar a implementação efetiva?”

Podem ser usados diversos pontos de entrada ao se planejar a implementação da política. Nossa abordagem sugerida requer primeiramente a identificação de barreiras à implementação, e, posteriormente, a adequação das estratégias de implementação para lidar com as barreiras – e facilitadores – que forem encontradas.

Este artigo é o terceiro de três artigos sobre o esclarecimento de necessidades de evidências (ver também os Artigos 4 e 5). (a Figura 1 descreve os processos envolvidos no esclarecimento de tais necessidades).

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política?
2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos?
3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde?
4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias?
5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

1. Quais são as barreiras potenciais à implementação bem-sucedida de uma nova política?

Um ponto útil de partida para qualquer pessoa que deseje produzir mudanças é a identificação de prováveis barreiras à mudança. Saber quais são – e onde estão – os principais obstáculos que podem afetar a implementação é útil durante o processo de planejamento. Estes desafios frequentemente variam de uma política a outra, e entre diferentes contextos. As conclusões de pesquisas sobre as barreiras à implementação de políticas em outras configurações e as lições aprendidas com experiências anteriores podem ser informativas, mas talvez não sejam suficientes.

Não há uma abordagem padrão para identificar barreiras à mudança. Este processo é normalmente feito de maneira informal, considerando barreiras perceptíveis e de maneira implícita e não sistemática. O que propomos é uma abordagem mais estruturada à identificação de barreiras.

As pessoas que serão afetadas por uma política – as partes interessadas – são provavelmente os que estão em melhor posição para prever as possíveis barreiras à implementação de políticas. Podem ser usados diversos métodos para explorar as opiniões de grupos de interessados sobre novas políticas, incluindo, por exemplo, uma “abordagem de combinação de métodos” para a realização da chamada “análise diagnóstica”. Esta abordagem poderá incluir brainstorming (“tempestade de ideias”), discussões de grupos (focus group), entrevistas e outros métodos qualitativos, ou uma combinação destes métodos. Estas atividades podem oferecer novos discernimentos sobre as percepções das partes interessadas e identificar as barreiras – e os facilitadores – para implementação da política. As pesquisas também podem ser úteis. Por exemplo, pode-se pedir aos entrevistados que classifiquem até que ponto uma lista de possíveis barreiras representa um obstáculo à mudança. Exemplos práticos destes processos são fornecidos na Tabela 1 [2,3].

Foram desenvolvidos diversos quadros e listas de verificação para ajudar a identificar possíveis barreiras à implementação de intervenções de saúde. Estes são muitas vezes baseados em uma combinação de teorias comportamentais, dados empíricos e de senso comum, e podem ser ferramentas úteis para orientar o processo de identificação das barreiras. Alguns quadros abrangem uma ampla gama de possíveis barreiras em várias partes do sistema de saúde. Por exemplo, em um quadro, as barreiras são classificadas em categorias de acordo com o nível onde existem as restrições [4]. Estes níveis incluem: a família e a comunidade, a prestação de serviços de saúde, a gestão estratégica e a política do setor da saúde, políticas públicas envolvendo diversos setores, e as características ambientais e contextuais. Alguns exemplos de barreiras identificadas em cada um destes níveis são mostrados na Tabela 2.

Adotamos uma abordagem semelhante, com foco nas restrições à implementação da política em três níveis do sistema de saúde:

- Entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos
- Entre os profissionais de saúde
- No nível organizacional

Quando as prováveis barreiras à implementação da política forem identificadas, o próximo passo consistirá em identificar as estratégias de implementação ou intervenções que podem remover tais barreiras (a Tabela 3 mostra exemplos de possíveis associações entre as barreiras e as intervenções entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos). A escolha de estratégias também pode ser orientada pelas evidências disponíveis sobre a sua eficácia e custos, assim como pelas opiniões dos interessados etc. A forma para encontrar e avaliar evidências que possam ser relevantes é abordada em outros artigos desta série [5-9].

2. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias entre os usuários do serviço de saúde e cidadãos?

O comportamento dos usuários do serviço de saúde e cidadãos, especialmente em relação à utilização dos serviços de saúde (por exemplo, a subutilização, a não adesão às mudanças de estilo de vida recomendadas ou cronogramas de tratamento etc.) pode ser um obstáculo potencialmente significativo para o sucesso da implementação de uma política. É necessário entender por que os usuários em questão se comportam daquela determinada forma, pois isto influenciará nas escolhas que eles farão na utilização dos serviços de saúde. Estudos qualitativos bem feitos podem permitir que entendamos o comportamento dos usuários dos serviços de saúde [10].

Um quadro que pode ser usado para identificar os fatores que podem influenciar no comportamento de usuários do serviço de saúde e de cidadãos foi proposto pelo grupo de trabalho da OMS sobre a adesão a terapias de longo prazo. O grupo sugeriu cinco dimensões a serem consideradas [11]:

- Fatores relacionados a questões sócio-econômicas
- Fatores relacionados ao sistema de saúde e ao atendimento de saúde
- Fatores relacionados a terapias
- Fatores relacionados às condições específicas de saúde dos pacientes
- Fatores relacionados ao paciente

Visto que tais fatores estão relacionados mais especificamente a intervenções clínicas, eles podem ser especialmente úteis ao considerarmos as barreiras aos arranjos da prestação de serviços de saúde. Por exemplo, alguns dos fatores sócio-econômicos que podem afetar a adesão ao tratamento por parte dos pacientes com tuberculose incluem: a falta de redes sociais de apoio eficientes e circunstâncias de vida instáveis, crenças leigas e culturais, etnia, gênero, idade, o alto custo da medicação e transporte, bem como o papel da justiça penal [11,12].

O Cochrane Consumer and Communication Review Group (Grupo Cochrane de Revisão de Comunicação e do Consumidor) tem documentado diversos efeitos das intervenções para melhorar as interações entre os consumidores e os sistemas e prestadores de serviços de saúde, e desenvolveu uma taxonomia de intervenções destinada a usuários dos serviços de saúde e cidadãos [13]. Isto pode ser útil na conceituação e consideração de que tipos de intervenções devem ser usadas. A taxonomia inclui:

- O fornecimento de educação ou informações
- O apoio à mudança de comportamento
- O apoio ao desenvolvimento de habilidades e competências
- Apoio pessoal
- A facilitação das comunicações e tomadas de decisões, e
- A participação do sistema

Os efeitos das intervenções voltadas para as restrições à prestação eficaz de serviços de saúde foram avaliados em diversos estudos e revisões, no nível dos usuários do serviço de saúde e cidadãos. Em uma revisão, os autores encontraram efeitos positivos da participação da comunidade para a remoção de tais restrições [14]. Neste caso, a participação da comunidade foi obtida usando diversas abordagens de intervenção, incluindo: educação para a saúde (por exemplo, reuniões, instruções em grupo), incentivo a uma abordagem participativa (mobilização de lideranças e interessados para que entendam e aceitem a ideia da intervenção), o uso de uma estratégia de sensibilização (direcionada para famílias e grupos de alto risco), bem como o treinamento e a supervisão dos prestadores de serviços (por exemplo, enfermeiros e/ou mães). Estas intervenções resultaram em um aumento do conhecimento relacionado à saúde e no aumento da capacidade da comunidade, bem como na melhoria da abrangência das práticas de saneamento e de vacinação.

Pode valer a pena considerar os incentivos financeiros, tais como transferências condicionais de dinheiro, caso se considere que as barreiras sócio-econômicas desempenham um papel importante. Isto se deve ao fato de que as evidências, especialmente nos países de baixa renda ou média renda, indicam que estes incentivos podem ter um impacto sobre o uso dos serviços de saúde [15] (ver Tabela 4 para mais detalhes). Outro exemplo ilustrativo de evidência dos impactos dos incentivos financeiros é apresentado na Tabela 5 [16].

Se fatores relacionados ao paciente, como a falta de informações, pareçam ser barreiras importantes à implementação de uma política, talvez valha a pena considerar as intervenções como forma de melhorar o fornecimento de informações. Uma revisão sistemática demonstrou que as intervenções da mídia de massa, por exemplo, “podem incentivar a utilização crescente dos serviços de saúde”. Mas esta conclusão deve ser analisada com cautela, pois o estudo foi baseado quase que exclusivamente em estudos de países de alta renda [17] e, portanto, pode não se aplicar a outros contextos.

3. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças comportamentais necessárias nos profissionais de saúde?

Muitas vezes, a implementação de uma política ou programa exigirá mudanças no comportamento dos profissionais de saúde responsáveis pela implementação da política. As mudanças no comportamento profissional nem sempre ocorrem necessariamente de maneira automática. Portanto, poderão ser necessárias abordagens ativas e dirigidas. A identificação de barreiras à mudança ou fatores que influenciam a prática profissional pode ajudar a moldar o tipo de intervenção para a implementação da política. Cabana e pares fizeram uma revisão sistemática de pesquisas abordando as barreiras entre os médicos contra a adesão às diretrizes [18] e identificaram sete categorias principais de barreiras. Estas categorias podem ser usadas para a identificação de barreiras à implementação de políticas entre os profissionais de saúde:

- Falta de conscientização
- Falta de familiarização
- Falta de aceitação
- Falta de autoeficácia
- Falta de expectativa de resultado
- Inércia da prática anterior
- Barreiras externas

Exemplos de como a identificação de barreiras pode subsidiar a implementação são apresentados na Tabela 6.

O Grupo de Revisão EPOC (Effective Practice and Organisation of Care, Prática Efetiva e Organização de Atendimento) na Cochrane Collaboration desenvolveu uma taxonomia de intervenções direcionadas aos prestadores de serviços que oferece uma visão geral dos tipos de intervenções que podem ser consideradas para fins de implementação [19]. Estas são:

- Materiais educativos
- Reuniões educativas
- Visitas educacionais de sensibilização
- Líderes locais formadores de opinião
- Processos locais de formação de consenso
- Revisão por pares
- Auditoria e feedback
- Lembretes
- Intervenções personalizadas
- Intervenções intermediadas pelos pacientes
- Intervenções multifacetadas

Diversas estratégias cujo objetivo era a mudança comportamental entre os profissionais de saúde foram avaliadas com bastante rigor [20-23]. Normalmente, elas assumiram a forma de avaliações de estratégias de aplicação de diretrizes voltadas diretamente para os profissionais de saúde. A maioria, mas não todas, foi realizada em cenários de renda alta [24]. Os resultados demonstram que muitas intervenções podem ter uma influência eficaz sobre o comportamento profissional que varia de modesta a moderada. Mas, as intervenções passivas, como a circulação de diretrizes ou a realização de reuniões educativas, parecem ter somente impactos menores. As visitas educativas de sensibilização e intervenções multifacetadas voltadas especificamente para as barreiras identificadas às mudanças estão entre as abordagens mais promissoras.

Os incentivos financeiros podem ser utilizados como uma forma de influência o comportamento profissional, mas tais incentivos foram avaliados quase que inteiramente em locais de alta renda. Estes incentivos podem influenciar de maneira eficaz os profissionais de saúde quando metas comportamentais bem-definidas e simples forem fornecidas, tais como o aumento nas vacinações – pelo menos no curto prazo [25]. No entanto, foram identificadas diversas consequências potencialmente negativas de tais programas e o custo-benefício do uso de incentivos financeiros pode não ser necessariamente bom.

As medidas normativas são baratas e um meio potencialmente eficaz de produzir mudanças no comportamento profissional, mas podem ser mal recebidas por grupos profissionais [26]. O impacto dos regulamentos por si só, como uma forma de mudar o comportamento entre os profissionais de saúde, não tem sido sistematicamente analisado, pois o conhecimento disponível sobre a sua eficácia é limitado [27].

Veja a Tabela 7 para mais exemplos ilustrativos de evidências dos efeitos das intervenções para a obtenção de mudanças comportamentais entre os profissionais de saúde [28,29].

4. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças organizacionais necessárias?

Muitas estratégias de mudança organizacional veem as medidas que devem ser tomadas como estágios em um processo que leva à mudança. A definição do motivo pelo qual existe a necessidade de mudança e a identificação de barreiras à mudança são tarefas que estão normalmente incluídas neste processo.

Pexton propôs uma lista das barreiras mais comuns à mudança organizacional e esta lista também pode ser usada como guia para a identificação de barreiras [30]:

- Complacência cultural (resistência ou ceticismo)
- Falta de comunicação

- Falta de alinhamento e responsabilização
- Liderança passiva ou ausente
- Micro-gestão
- Uma força de trabalho sobrecarregada
- Estruturas e sistemas inadequados

Algumas formas de lidar com estes tipos de barreiras são sugeridas na Tabela 8.

Os exemplos de ferramentas e abordagens frequentemente recomendadas para organizações que estejam avaliando os preparativos para a mudança incluem [31]:

- Modelos analíticos para entender a complexidade, interdependência e fragmentação (tais como o modelo organizacional das seis caixas de Weisbord, o modelo dos 7S e os modelos de processo)
- Ferramentas para a avaliação do motivo pelo qual a mudança é necessária, tal como a análise FOFA (SWOT, Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats – Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças).
- Ferramentas para determinar quem e o quê mudar, tal como a análise do campo de força e gestão da qualidade total.
- Ferramentas para produzir mudanças, como o desenvolvimento organizacional, gestão de projetos e pesquisas sobre ações.

As estratégias de mudanças organizacionais mais frequentemente usadas são baseadas quase que inteiramente em teorias ou em aplicações isoladas e em opiniões. Às vezes, estas estratégias são complementadas com estudos de caso ou histórias curtas, principalmente em contextos de alta renda [31]. É difícil obter provas sobre a eficácia dessas estratégias, e isto faz com que também seja difícil dizer se um método específico poderá levar ou não à mudança organizacional desejada.

Embora os impactos destas estratégias de gestão de mudança sejam incertos, estas estratégias ainda podem ser úteis como processos, permitindo uma reflexão ativa sobre como a mudança em uma organização pode ser facilitada.

5. Quais estratégias devem ser consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política para permitir que ocorram as mudanças necessárias nos sistemas?

Quando uma política tiver de ser implementada, talvez seja necessário produzir mudanças gerais no sistema de saúde. Estas mudanças incluem aquelas relacionadas aos arranjos de governança, arranjos financeiros e arranjos de execução [32]. Por exemplo, ao considerar o financiamento de uma opção de política, todos os custos devem ser arcados pelo governo ou são necessárias fontes adicionais de recursos? O sistema atual pode suportar a carga de trabalho logística ou burocrática adicional ou será necessário um novo mecanismo para a prestação do serviço? Há poucas evidências sobre como implementar tais mudanças: aqueles que tomam as decisões normalmente

têm de recorrer a estudos de caso e experiências em outras jurisdições. As revisões sistemáticas podem ser úteis para problemas específicos da aplicação da política, tais como aqueles relacionados aos custos da intensificação das intervenções [33] ou fatores que possam afetar a sustentabilidade de programas de saúde [34]. Em uma síntese recente, o autor resume as evidências das revisões sistemáticas sobre os efeitos dos arranjos relativos à governança, os arranjos financeiros e arranjos de execução, e as estratégias de implementação que podem melhorar a execução das intervenções que apresentam boa relação custo-benefício no atendimento básico de saúde em LMICs [27].

Na identificação da necessidade de mudanças no sistema, talvez seja útil analisar os componentes de um sistema de saúde e identificar onde é necessário fazer mudanças. A Tabela 9 mostra um quadro que pode ser usado como um ponto de partida para tais análises [35].

CONCLUSÃO

Ao levar em consideração os aspectos relativos à implementação de políticas descritos neste artigo, os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam conseguirão adotar uma abordagem estruturada, a qual inclui o uso de conclusões de pesquisas na definição de estratégias de implementação. Atualmente os planos de implementação são normalmente desenvolvidos de maneira improvisada e raramente são fundamentados nas evidências disponíveis. Já que a abordagem apresentada neste artigo não é amplamente usada, recomendamos que haja um compartilhamento de experiências nesta área de implementação de políticas baseadas em evidências.

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice (2nd edition, Edited by Edwards A and Elwyn G). Oxford University Press, 2009

Changing Professional Practice (Edited by: Thorsen T and Mäkelä M) Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development (Instituto Dinamarquês para Desenvolvimento e Pesquisa de Serviços de Saúde), 1999.
www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf

Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford: Elsevier, 2005

Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Research Policy and Systems* 2006, 4:27. www.health-policy-systems.com/content/4/1/27

NorthStar – how to design and evaluate healthcare quality improvement interventions. The ReBEQI Collaboration 2005: www.rebeqi.org/northstar

Iles V, Sutherland K. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. 2001. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf

Links para websites

Cochrane Consumers and Communication Review Group Resource Bank (banco de recursos do grupo Cochrane de análise de comunicação e de consumidores): (www.latrobe.edu.au/chcp/cochrane/resourcebank/index.html) – O Cochrane Consumers and Communication Review Group é parte da Cochrane Collaboration, uma organização sem fins lucrativos cujo objetivo é ajudar as pessoas a tomarem decisões bem fundamentadas com relação ao serviço de saúde. O Consumers and Communication Review Group coordena a produção de revisões/análises sistemáticas de intervenções que afetam as interações dos consumidores com pesquisadores, serviços e profissionais de saúde. Este banco de recursos é uma lista das revisões sistemáticas da Cochrane consideradas relevantes para as necessidades de participação e de comunicação de saúde das pessoas, e foi produzido por meio de uma busca manual na *The Cochrane Library*

O Grupo de Revisão EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, prática efetiva e organização do atendimento): www.epoc.cochrane.org/en/index.html – O EPOC é um Grupo de colaboração para revisões do Cochrane Collaboration que cria revisões de intervenções educacionais, comportamentais, financeiras e organizacionais projetadas para melhorar a prática profissional de atendimento de saúde e a organização dos serviços de saúde

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AF preparou o primeiro esboço deste artigo. SMB, ADO, JNL e SL 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 Valerie Iles 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. Deskins S, Harris CV, Bradlyn AS, Cottrell L, Coffman JW, Olexa J, *et al*: **Preventive care in Appalachia: use of the theory of planned behavior to identify barriers to participation in cholesterol screenings among West Virginians.** *J Rural Health* 2006, **22**:367-74.
3. Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, Zaba B, Changalucha J, Kaluvya S, *et al*: **Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program.** *AIDS Patient Care STDS* 2006, **20**:649-57.
4. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A: **Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up.** *J Int Dev* 2003, **15**:1-14.
5. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
6. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.
7. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S11)**.
8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.
9. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.
10. Green J, Thorogood N: *Qualitative methods for health research.* London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2004.
11. World Health Organization (WHO): *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva, World Health Organization (WHO). 2003.
12. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J: **Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research.** *PLoS Med* 2007, **4**:e238.
13. Santesso N, Ryan R, Hill S, Grimshaw J: *A Taxonomy of Interventions Directed at Consumers to Promote Evidence-based Prescribing and Drug Use.* Poster presentation at The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Symposium 2007.

[http://www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07_poster.pdf]. 2007.

14. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A: **Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the Evidence.** *J Int Dev* 2003, **15**:41-65.
15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298**:1900-10.
16. Thornton R: **The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status.** *American Economic Review* 2008, **98**:1829-63.
17. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, **1**:CD000389.
18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al*: **Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.** *JAMA* 1999, **282**:1458-65.
19. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group: *Data Collection Check List.* [<http://www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf>]. 2002.
20. Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Aleman A, *et al*: **Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008, **22 Suppl 1**:42-60.
21. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, *et al*: **Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions.** *Med Care* 2001, **39**:II2-45.
22. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, *et al*: **Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.** *Health Technol Assess* 2004, **8**:iii-72.
23. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K: **The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings.** *J Eval Clin Pract* 2008, **14**:888-97.
24. Haines A, Kuruville S, Borchert M: **Bridging the implementation gap between knowledge and action for health.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**:724-31.
25. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing.* Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
26. Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, Kristoffersen DT, Oxman AD: **The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis.** *PLoS Med* 2007, **4**:e232.
27. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastias G, Chopra M, Ciapponi A, *et al*: **Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews.** *Lancet* 2008, **372**:928-39.
28. Uttekar BP, Uttekar V, Chakrawar BB, Sharma J, Shahane S: *Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Orissa.* Vadodora, India, Centre for Operations Research & Training (CORT). 2007.
29. Zwarenstein M, Bheekie A, Lombard C, Swingler G, Ehrlich R, Eccles M, *et al*: **Educational outreach to general practitioners reduces children's asthma symptoms: a cluster randomised controlled trial.** *Implement Sci* 2007, **2**:30.
30. Pexton C: *Overcoming Organizational Barriers to Change in Healthcare.* [<http://www.ftpress.com/articles/article.aspx?p=1327759>]. 23-2-2009.

31. Iles V, Sutherland K: *Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers*. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2001.
32. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking**. *Lancet* 2004, **364**:1615-21.
33. Johns B, Torres TT: **Costs of scaling up health interventions: a systematic review**. *Health Policy Plan* 2005, **20**:1-13.
34. Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, Lawton PD, Parkhill A, McLaren CJ, *et al*: **Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning**. *Lancet* 2008, **372**:1579-89.
35. 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.

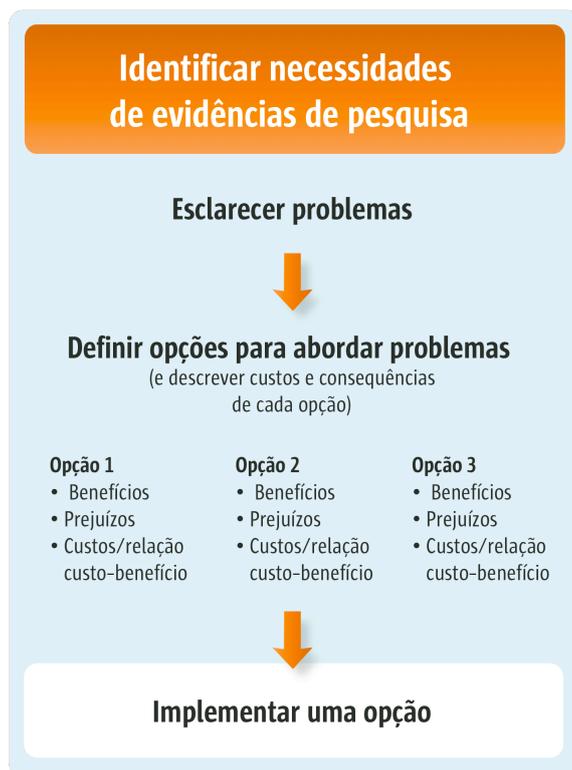


TABELA 1. EXEMPLOS DE COMO AS BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PODEM SER IDENTIFICADAS

Acesso à ART (antiretroviral therapy – terapia anti-retroviral) na Tanzânia [3]

O ART tem estado livremente disponível em hospitais selecionados de referência na Tanzânia desde 2005 como parte da política do governo nacional de disponibilização mais ampla do ART. No entanto, a disponibilização de medicamentos não faz com que os pacientes tenham acesso automático a eles. Para identificar as barreiras de acesso ao ART em um contexto específico no qual as drogas foram disponibilizadas, uma equipe de pesquisadores realizou discussões de grupo com membros da comunidade e entrevistas detalhadas com aqueles que buscavam o tratamento. Os pesquisadores descobriram que “os custos de alimentação complementar e de transporte, a reputação hostil e confusa do hospital para onde os pacientes eram encaminhados, e as dificuldades de manutenção de tratamentos de longo prazo limitariam a acessibilidade.” Eles também observaram que “todos [os pacientes] tinham medo do estigma e isto representava um desafio quando era preciso entrar em contato com pacientes encaminhados para o hospital, pois eles não queriam que sua condição fosse divulgada ou se recusavam a identificar um “colega de tratamento”, conforme exigido pelo programa”.

Triagem de colesterol nos Estados Unidos [2]

Pesquisadores americanos examinaram as barreiras à participação em triagens de colesterol em adultos e crianças em West Virginia, nos Estados Unidos. Usando a teoria do “comportamento planejado” como um quadro conceitual para fornecer um modelo para a compreensão da tomada de decisão no âmbito de sistemas específicos de crenças e culturas, os pesquisadores postularam que a intenção de um indivíduo de executar uma ação é um fator essencial para determinar se um indivíduo *irá* realizar aquela ação. Os pesquisadores realizaram entrevistas semi-estruturadas usando guias de entrevistas que se destinavam a coletar informações relevantes para os conceitos-chave da teoria do comportamento planejado. Suas constatações sugerem que as barreiras ambientais, financeiras e de atitude afetavam os níveis de participação nessas triagens de saúde. Estas barreiras incluem preocupações sobre os resultados dos testes, o uso de agulhas, a privacidade, a falta de conhecimento na comunidade e crenças culturais tradicionais da região.

TABELA 2. RESTRIÇÕES À MELHORIA DE ACESSO A INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS DE SAÚDE, POR NÍVEL (DE [4])

Nível de restrição	Tipos de restrição
I. Nível da família e nível da comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Falta de demanda por intervenções eficazes• Barreiras ao uso de intervenções eficazes (físicas, financeiras, sociais)
II. Nível de prestação de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Escassez e distribuição de equipe devidamente qualificada• Supervisão, gestão de programas e orientação técnica insuficientes• Suprimentos médicos e drogas inadequados• Falta de equipamentos e infraestrutura, incluindo acessibilidade insuficiente aos serviços de saúde

III. Nível de gestão estratégica e política do setor de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas deficientes e excessivamente centralizados de planejamento e gestão • Sistema deficiente de abastecimento e de políticas de medicamentos • Regulamentação inadequada dos setores farmacêuticos e privados e práticas industriais inadequadas • Falta de ação intersetorial e parcerias no setor de saúde entre o governo e a sociedade civil • Poucos incentivos para usar insumos de forma eficiente e responder às necessidades e preferências do usuário • Dependência de financiamento dos doadores reduz a flexibilidade e a posse • Práticas de doadores que prejudicam as políticas do país
IV. Políticas públicas envolvendo diversos setores	<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia governamental (reformas do serviço público, sistemas de gestão centralizados, remuneração e regras do serviço público) • Pouca disponibilidade de infraestrutura de comunicação e de transporte
V. Características ambientais e contextuais	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro geral de política e governança <ul style="list-style-type: none"> - Corrupção, governo frágil, deficiência na exigência de cumprimento dos contratos e estado de direito frágil - Instabilidade política e insegurança - Pouca prioridade atribuída às áreas sociais - Estruturas deficientes de responsabilidade pública - Falta de imprensa livre • Ambiente físico <ul style="list-style-type: none"> - Predisposição climática e geográfica a doenças - Ambiente físico desfavorável à prestação do serviço

TABELA 3. EXEMPLOS DE POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS BARREIRAS E AS INTERVENÇÕES ENTRE OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CIDADÃOS

Identificação da barreira à implementação da política	Possíveis intervenções para tratar as barreiras identificadas
Programas atuais são ineficazes ou de eficácia incerta	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar os componentes dos programas em andamento, bem como as evidências de revisões sistemáticas relacionadas a outras possíveis opções para a evidência da eficácia • Realizar avaliações rigorosas dos programas

Insatisfação com o atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar as estratégias baseadas em evidências para melhorar a qualidade do atendimento prestado
Alguns pacientes/cidadãos que necessitam de serviços relevantes não têm acesso físico a eles	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de novos serviços • Contratação de novos funcionários • Redistribuição de recursos
Negação da gravidade do problema	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de educação e de conscientização da comunidade
Custos de transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de transporte ou de apoio financeiro para o transporte

TABELA 4. RESUMO DAS PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONAL DE RENDA EM PAÍSES DE BAIXA RENDA OU MÉDIA RENDA [15]

- De maneira geral, as evidências sugerem que os programas de transferência condicional de renda são eficazes no aumento do uso de serviços preventivos para crianças e mulheres, e, às vezes, na melhoria da condição de saúde
- Somente um estudo avaliou o efeito do fornecimento de diferentes quantidades de dinheiro (de US\$ 1 a US\$ 3). O efeito total do aumento foi quase o dobro da proporção de pessoas retornando por seus resultados de teste de HIV (72% de pessoas que tinham recebido incentivos em comparação com 39% das pessoas que não tinham)
- Embora os fluxos de caixa exigidos para os programas de transferência condicional de dinheiro possam ser significativos, o orçamento real da transferência pode corresponder a apenas 4 a 28% do orçamento total de um programa
- A relação custo-benefício dos programas de transferência condicional de renda em comparação às intervenções clássicas no lado da oferta (por exemplo, melhoria na quantidade e qualidade da infraestrutura e dos serviços) não foi examinada, pois a maioria dos programas de transferência condicional de renda foi implementada em contextos com infraestruturas (de saúde) relativamente adequadas.
- Podem ocorrer imprevistos indesejáveis. Por exemplo, um programa relatou um aumento inesperado da taxa de fertilidade quando eram usadas as transferências condicionais de dinheiro, possivelmente porque apenas as mulheres grávidas tinham direito ao benefício

TABELA 5. EXEMPLO DE EVIDÊNCIA QUE PODE FUNDAMENTAR A ELABORAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO VOLTADA PARA USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE E CIDADÃOS

Recompensas em dinheiro para se ter conhecimento da contaminação por HIV no Malawi [16]

As possíveis barreiras à obtenção de resultados de testes de HIV incluem os custos monetários do tempo e da viagem, e os custos psicológicos (por exemplo, o estresse, a preocupação e o medo, ou a experiência do estigma social). Os incentivos pecuniários podem compensar diretamente o tempo e os custos de transporte – e possivelmente qualquer custo psicológico sofrido. Em um experimento de campo em uma área rural do Malawi, as pessoas receberam, de forma aleatória, incentivos em dinheiro para serem informadas sobre os seus resultados de HIV após serem submetidas a testes. Quando não eram oferecidos incentivos, um terço das pessoas testadas procuram se informar sobre seus resultados. Em contraste, quando pequenos incentivos em dinheiro eram concedidos, dois terços buscavam obter seus resultados de testes de HIV.

TABELA 6. EXEMPLOS DE POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES ENTRE AS BARREIRAS E AS INTERVENÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação da barreira à implementação da política	Possíveis intervenções para tratar as barreiras identificadas
Falta de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> Métodos de entrega das informações (campanhas educativas de sensibilização, treinamento)
Não aceitação da política	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de líderes formadores de opinião que podem atuar como defensores da nova política
Tarefa que demanda tempo	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer compensação econômica

TABELA 7. EXEMPLO DE EVIDÊNCIAS QUE PODEM FUNDAMENTAR A ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO VOLTADAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Incentivos financeiros para os trabalhadores de saúde visando o aumento dos partos institucionais na Índia [28]

Em 2005, o governo indiano introduziu o programa JSY (Janani Suraksha Yojana) que visava reduzir a mortalidade materna e neonatal por meio da promoção de partos institucionais. Os pagamentos em dinheiro para os trabalhadores comunitários de saúde (ASHAs) para partos institucionais entre as mulheres sob seus cuidados foram um dos principais componentes do programa. Desde a introdução do programa, houve um aumento substancial no número de partos institucionais em muitos estados indianos.

Visitas educativas de sensibilização para melhorar o atendimento a pessoas com asma na África do Sul [29]

Pesquisadores sul-africanos descobriram que duas visitas educativas de sensibilização a médicos de clínica geral, de 30 minutos cada, feitas por um farmacêutico treinado levou a melhorias clinicamente significativas nos quadros clínicos de crianças com asma.

TABELA 8. LISTA PROPOSTA DE BARREIRAS ORGANIZACIONAIS COMUNS À MUDANÇA (ADAPTADA DE [30])

Barreiras	Estratégias para lidar com as barreiras
Complacência cultural (resistência ou ceticismo)	• Apresentar algumas pequenas vitórias rapidamente mensuráveis para demonstrar porque a mudança é necessária
Falta de comunicação	• Desenvolver uma estratégia de comunicação para identificar as barreiras de comunicação na organização
Falta de alinhamento e responsabilização	• Instituir estruturas apropriadas de gestão
Liderança passiva ou ausente	• Envolver os líderes nas mudanças propostas
Micro-gestão	• Delegar poderes à equipe e instituir a visão da organização entre os membros da equipe
Força de trabalho sobrecarregada	• Demonstrar para os membros da equipe os benefícios de se repensar o fluxo de trabalho e do uso de novos processos ou tecnologias para reduzir as etapas que não agregam valor
Estruturas e sistemas inadequados	• Instituir sistemas e estruturas apropriados para apoiar a iniciativa
Falta de planos de controle para	• Desenvolver mecanismos para avaliar o

medir e manter os resultados

andamento e manter eventuais resultados
positivos obtidos

TABELA 9. OS DIVERSOS COMPONENTES DOS SISTEMAS DE SAÚDE
(ADAPTADO DE LAVIS ET AL [35])

Arranjos de execução	Arranjos financeiros	Arranjos de governança
<ul style="list-style-type: none"> • Para quem os atendimento é prestado e os esforços feitos para chegar até esta(s) pessoa(s) (por exemplo, intervenções para garantir um atendimento culturalmente adequado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento – ou seja, como é obtida a receita para os programas e serviços (por exemplo, mediante planos de saúde comunitários) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridade sobre as políticas – quem toma as decisões relacionadas às políticas (por exemplo, se estas decisões são centralizadas ou descentralizadas)?
<ul style="list-style-type: none"> • Quem presta o atendimento (por exemplo, prestadores de serviço trabalhando de forma autônoma ou trabalhadores que fazem parte de equipes multidisciplinares) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento – ou seja, como as clínicas são pagas pelos programas e serviços que fornecem (por exemplo, por meio de orçamentos globais) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridade organizacional – ou seja, a quem pertence e quem gerencia as clínicas (por exemplo, se existem clínicas particulares sem fins lucrativos)
<ul style="list-style-type: none"> • Onde o atendimento é prestado – ou seja, se o atendimento é prestado em casa ou em instalações de saúde na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração – ou seja, como os prestadores de serviço são remunerados (por exemplo, por meio de capitação) 	<ul style="list-style-type: none"> • A autoridade comercial – ou seja, quem pode vender e distribuir medicamentos e como eles são regulamentados
<ul style="list-style-type: none"> • Qual é a tecnologia da informação e de comunicação usada para prestar o atendimento – por exemplo, se os sistemas de registro são adequados para proporcionar a continuidade do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos financeiros – por exemplo, se os pacientes recebem pagamentos para aderirem a planos de atendimento de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridade profissional – por exemplo, quem é licenciado para prestar os serviços, como é determinado o seu escopo de prática e como eles recebem a habilitação

Arranjos de execução	Arranjos financeiros	Arranjos de governança
<ul style="list-style-type: none"> • Como são monitoradas a qualidade e a segurança do atendimento – por exemplo, se existem sistemas instalados de monitoramento da qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Alocação de recursos – ou seja, se as fórmulas dos medicamentos são usadas para decidir quais medicamentos os pacientes recebem de graça 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos consumidores e das partes interessadas – quem, de fora do governo, é convidado a participar nos processos de elaboração de políticas e como as suas opiniões são levadas em consideração