

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**Antecedentes da Implantação do Núcleo de Saúde Coletiva
Informado por Evidências em Unidades Básicas de Saúde
de Aracaju- Sergipe**

ANA LUIZA SOUZA SALES DA PAIXÃO

Aracaju
Março - 2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**Antecedentes da Implantação do Núcleo de Saúde Coletiva
Informado por Evidências em Unidades Básicas de Saúde
de Aracaju- Sergipe**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

ANA LUIZA SOUZA SALES DA PAIXÃO

Orientadores:

Cláudia Moura de Melo

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Aracaju
Março - 2022

P149a Paixão, Ana Luiza Souza Sales da .
Antecedentes da implantação do núcleo de saúde coletiva informado por evidências em unidades básicas de saúde de Aracaju-Sergipe/ Ana Luiza Souza Sales da Paixão; orientação [de] Prof.^a Dr^a. Cláudia Moura de Melo; Dr^a. Cristiane Costa da Cunha Oliveira - Aracaju: UNIT, 2022.

55 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2022

1. Atenção primária à saúde. 2 Política informada por evidências. 3. Saúde pública. I. Paixão, Ana Luiza Souza Sales da. II. Melo, Cláudia Moura de Melo (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

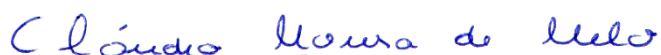
CDU: 614.78(981)

**ANTECEDENTES DA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
INFORMADO POR EVIDÊNCIAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
ARACAJU- SERGIPE-**

Ana Luiza Souza Sales da paixão

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

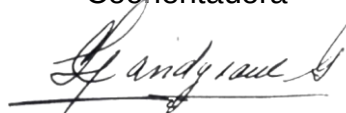
Aprovada por:



Cláudia Moura de Melo
Orientadora



Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Coorientadora



Georgina Contreras Landgrave
Examinador externo



Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Examinador interno

Aracaju
Março - 2022

RESUMO

A Saúde Coletiva Informada por Evidência fundamenta-se na integração e uso consciente e crítico da melhor evidência corrente disponível para a tomada de decisão sobre a atenção à comunidade e às populações, nos campos da proteção, prevenção de doenças e promoção da saúde. A utilização da informação por evidências através da criação e implantação de um Núcleo de Saúde Coletiva Informada por Evidências mostra-se uma opção prática e que coloca a tomada de decisão sob a responsabilidade do gestor do cuidado. Neste contexto, o objetivo é descrever o processo de implantação do núcleo na percepção dos profissionais de saúde e dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde em Aracaju, Sergipe. O presente trabalho possui caráter descritivo de abordagem quali-quantitativa. Foi utilizado um questionário com 18 questões semiestruturadas direcionadas a profissionais de saúde da Atenção Básica para avaliar aspectos no tocante ao conhecimento da informação por evidências, disponibilizado em link via formulário Google. Foram entrevistados 19 profissionais de saúde e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde em Aracaju. Os resultados deste estudo apontaram que boa parte dos profissionais não conheciam os indicadores de saúde de âmbito local, bem como alguns indicadores específicos da Atenção primária. Considerou-se que as fontes de informação manuais informativos do governo, artigos de caso clínico e estudos de caso utilizadas pelos profissionais eram de baixa evidência científica. Parece haver falhas de articulação nas ações e planejamento em saúde, ainda que as reuniões sejam relatadas como rotineiras nos dois serviços de saúde estudados. Os Núcleos de Saúde Coletiva Informado por Evidências podem ser cruciais na mudança de perspectiva nas referidas Unidades Básicas de Saúde e podem auxiliar na tomada de decisões em saúde de acordo com informações advindas de evidências.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Política Informada por Evidências, Saúde Pública.

ABSTRACT

Collective Health Informed by Evidence is based on the integration and conscious and critical use of the best current evidence available for decision-making about community and population care, in the fields of protection, disease prevention and health promotion. The use of evidence-based information through the creation and implementation of a Center for Collective Health Informed by Evidence is a practical option that places decision-making under the responsibility of the care manager. In this context, the objective is to describe the process of implementing the nucleus in the perception of health professionals and managers of Basic Health Units in Aracaju, Sergipe. The present work has a descriptive character with a quali-quantitative approach. A questionnaire with 18 semi-structured questions directed at Primary Care health professionals was used to assess aspects regarding knowledge of information by evidence, available via a link via Google form. Nineteen health professionals and managers of two Basic Health Units in Aracaju were interviewed. The results of this study indicated that most professionals did not know the local health indicators, as well as some specific indicators of Primary Care. The sources of information, government information manuals, cynical case articles and case studies used by professionals were considered to be of low scientific evidence. There seem to be failures in articulation in health actions and planning, even though meetings are reported as routine in the two health services studied. The Evidence-Informed Collective Health Centers can be crucial in changing the perspective of these Basic Health Units and can help in making health decisions based on information from the evidence.

Key words: Primary Health Care; Evidence-Informed Policy; Public Health.

informative manuals and cynical case articles and case studies

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT.....	iii
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de atenção à saúde.....	8
3.2 Cenário da Atenção primária à saúde no Brasil e no mundo	9
3.2.1 Problemas, dificuldades e barreiras no acesso e no cuidado em saúde	10
3.3 Políticas Informadas por Evidências	11
3.3.1 Cenários no mundo do uso das PIE	12
3.3.2 Gestão de Políticas Informadas por Evidências (PIE).....	14
4 MATERIAL E MÉTODOS	16
4.1 Tipo de estudo e Local de estudo.....	16
4.2 População e amostra do Estudo.....	16
4.3 Instrumentos de Coleta de Dados	16
4.4 Sistemática de Coleta de Dados	17
4.5 Análise estatística dos dados	17
4.5.1 Análise de dados quantitativos.....	17
4.5.2 Análise de dados qualitativos	17
4.6 Aspectos Éticos.....	18
5 REFERÊNCIAS	20
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
8 CRONOGRAMA	35
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	37
ANEXO B – QUESTIONÁRIO.....	41

1 INTRODUÇÃO

Para que os profissionais desenvolvam, em alto nível e com eficiência, suas atividades acompanhando os avanços científicos e tecnológicos, uma abordagem que tem ganhado espaço a fim de aperfeiçoar prática clínica e apoiar na tomada de decisão é a Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE tem se revelado uma excelente ferramenta para melhorar o trabalho em saúde, além de se apresentar como boa estratégia para a efetividade clínica e o apoio para a tomada de decisão, que o profissional assume ao desempenhar o cuidado. Essa prática é pautada na identificação de um problema e na tomada de decisão baseada no conhecimento (FERRETI *et al.*, 2018; SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Com o objetivo de promover mecanismos que facilitem o uso regular dos resultados de pesquisas nas tomadas de decisão, respeitando as necessidades locais e o uso racional dos recursos disponíveis, a OMS e a OPAS conceberam uma iniciativa inovadora denominada de “*The evidence informed policy network – EVIPNet*”. A rede tem estado presente em 12 países latino-americanos desde o ano de 2012 (incluindo o Brasil), e age como facilitadora na revisão de políticas públicas, bem como na condução de diálogos deliberativos, na prevenção e controle de doenças como a dengue no espaço urbano, e no papel da atenção primária na abordagem compreensiva do manejo de doenças crônicas não-transmissíveis (MOAT; LAVES, 2014).

No Brasil, a EVIPNet iniciou em 2007 e foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 7 de outubro de 2009, integrada por grupos de trabalho localizados em estruturas denominadas *Núcleos de Evidências em Saúde - NEv*. Essa configuração foi adotada para garantir a institucionalidade dos processos de implementação dos grupos em nível local (DIAS *et al.*, 2014, WICHMANN; CARLAN; BARRETO, 2016).

No caso específico das ações em saúde coletiva, tendo em vista que as evidências científicas não determinam as ações e necessidades sociais de saúde, o emprego do conceito de “Saúde Coletiva Informada pelas Evidências” (SCIE) mostra-se mais apropriado do que o termo saúde coletiva baseada em evidências - SCBE. Ainda que as evidências constituam apenas um dos elementos no processo decisório, o uso sistemático das evidências oriundas dos resultados de pesquisas nesse processo é escasso e incipiente, e representa um desafio para as políticas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento, onde existem muitas dificuldades (DIAS *et al.*, 2015).

As Unidades Básicas de Saúde brasileiras enfrentam muitas dificuldades, dentre elas o gerenciamento e planejamento, essas contextualizadas por especificidades locais. Essas dificuldades ou fragilidades gerenciais podem ter sido potencializadas pela

Pandemia da COVID-19. No município de Aracaju, Estado de Sergipe, desde abril de 2020 houve aumento no fluxo de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, mesmo dentre aquelas que não eram referência para síndromes gripais, mas passaram a atender a outras demandas de saúde da população, tais como as doenças crônicas (SERGIPE, 2020).

Neste contexto, é relevante considerar maneiras de gerenciar as Unidades Básicas de Saúde para que haja maior efetividade na resolutividade de suas demandas. A implantação de núcleos de saúde coletiva informado por evidências em unidades de saúde da família que envolvesse os profissionais de saúde foi considerado junto a Gestão Municipal de Saúde de Aracaju e a equipe de Grupo de trabalho do Projeto ESPIE do Hospital Sírio Libanês após a produção de síntese de evidências (FRAGA *et al.*, 2020). Os Núcleos de Saúde Coletiva Informada por Evidências - NSCIE se configuram em produtores de evidências com linguagem adaptada a diferentes públicos, que poderiam ampliar a disseminação de conhecimento científico por meio de diversas formas de comunicação; inclusive de plataformas virtuais e ainda favorecer o fortalecimento da parceria entre pesquisadores e tomadores de decisão.

Assim, a implantação do NSCIE, neste contexto parecia essencial para uma melhor capacitação e base para a tomada de decisão na atenção primária, segundo a síntese de evidência de Fraga et al (2020). Ressalta-se a parceria de pesquisadores vinculados ao programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes e Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde do Instituto de Tecnologia e Pesquisa de Sergipe, no processo avaliativo da fase prévia a implantação, para posterior planejamento do processo de implantação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a fase de pré-implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências (NSCIE) na percepção dos profissionais de saúde e dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde em Aracaju/Sergipe.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a situação da gestão das unidades básicas de saúde quanto a tomada de decisão nos processos de gerenciamento relacionados à Atenção primária com vistas a implantação do NSCIE.
- Verificar o conhecimento dos profissionais das unidades acerca do NSCIE sobre o processo de tomada de decisão na Atenção Primária com vistas a sua implantação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de atenção à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que estabelece como dever do Estado, garantir saúde a toda a população brasileira. Após a criação do SUS, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. A sigla SUS alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições, serviços e ações, responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde (BAHIA, 2009).

Dentre os princípios doutrinários do SUS, o de integralidade pode ser o mais desafiador na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária. É este princípio que diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando ligar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem a função de organizar o sistema regional em rede de atenção à saúde, que deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, com uma robusta rede tecnológica (SANTOS, 2017). Neste sentido, as RAS compreendem serviços e ações que intervêm nos processos de saúde-doença com o auxílio de recursos tecnológicos, logísticos e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado e melhorar o acesso, a equidade e a eficácia proposta no SUS. Para tanto, a RAS é constituída por três elementos, a saber, população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MOLL *et al.*, 2017).

A população adscrita é um dos elementos constitutivos provenientes do cadastramento da população que reside em uma área da comunidade e têm um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) como referência para esta localidade. O outro elemento constituinte desta rede é a estrutura operacional, que proporciona a articulação dos pontos de atenção à saúde, dos diferentes serviços de saúde que se distribuem nos três níveis de atenção à saúde, a saber, primário, secundário e terciário (OPAS, 2011).

As portas de entrada da RAS decorrem da regulação do acesso. São portas reguladas pelo sistema sob o ponto de vista técnico, sanitário e administrativo. Os serviços estruturados a partir da atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial; especiais de acesso aberto, impondo a referência para os serviços

de maior complexidade tecnológica pelos serviços ali enumerados, como os especializados e os hospitalares (SANTOS, 2017).

A complexidade das RAS deve ser estudada tendo em conta pressupostos que sustentam sua organização. Percebe-se as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada comunidade, coordenada pela APS (MENDES, 2011).

Neste cenário, a APS possui a função de ordenar o cuidado, facilitar o acesso aos usuários, a organização dos sistemas de saúde em redes de atenção também é reconhecida como uma possibilidade para qualificar os serviços. Esse modelo de gestão oferece uma dinâmica de trabalho que prevê constante compartilhamento de informações entre profissionais dos diferentes níveis de atenção e entre profissionais e usuários, o que favorece a prestação de serviços no lugar e tempo certos, com responsabilidade econômica e alta resolubilidade (MAFFISSONI, 2018).

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da APS, chamada “Previne Brasil”, com objetivo de fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS propostos por Starfield (2001). O Previne Brasil busca sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem. Esta proposta de política de financiamento, possuía o foco no enfrentamento dos desafios não resolvidos da APS no SUS e inovar na organização dos serviços, mantendo, com solidez, os princípios que regem nosso SUS e a APS (HARZHEIM, 2020).

3.2 Cenário da Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS instituída a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978 é a estratégia mais adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, para reduzir os custos elevados e potenciar as expectativas de qualidade. O projeto foi estruturado para uma APS não restrita a um nível de atenção ou focalizada em grupos em situação de pobreza, mas capaz de assumir a coordenação de todos os seus usuários e a integração do seu sistema (LAPÃO *et al.*, 2017).

Em paralelo, com a Declaração de Alma Ata, a APS expandiu-se como estratégia de organização de sistemas públicos universais de saúde, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. Nos países com APS bem estruturada, esse

cuidado é centrado em equipes de profissionais generalistas. Evidências mostram que o cuidado que pode ser ofertado na APS é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, tem maior equidade e custo-efetividade que sistemas em que os cuidados são prestados por outros especialistas (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Por todo o mundo, a APS tem-se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades e demandas de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção individual e comunitária. Sintetiza-se, dessa forma as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (MATTA; MOROSIN, 2009).

Neste sentido, espera-se que a APS seja vista como a principal porta de entrada, e principal promotora da atenção e coordenadora do cuidado nos serviços de saúde. A constituição de redes de saúde com estas características tem sido associada a ações e serviços com melhor qualidade, mais custo-efetivos, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde em diversas realidades (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

3.2.1 Problemas, dificuldades e barreiras no acesso e no cuidado em saúde

Nos diversos níveis de atenção à saúde, a universalidade do acesso aos serviços de saúde é um dos princípios do SUS com forte ancoragem ética. Para assegurar o direito universal à saúde, é necessária a realização de um conjunto de ações garantidas por meio jurídico. A definição desse direito resulta de importante disputa entre segmentos da população brasileira para enfrentar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, identificada como um dos graves problemas na atenção à saúde desde a década de 1980 (MENEZES *et al.*, 2017).

No Brasil, as iniquidades são consideradas uns dos traços mais marcantes da situação de saúde no país, emergindo nas discussões da comunidade científica a necessidade de incluir a igualdade no acesso à saúde no centro da política nacional, na tentativa de minimizar a ocorrência de desigualdades entre diversos grupos populacionais. No contexto brasileiro, os estudos têm evidenciado as desigualdades sociais entre grupos nas diversas dimensões, em que mulheres, negros e pessoas em situação de rua constituem a maior parte dessa representatividade social (SOUSA *et al.*, 2017).

As iniquidades de acesso que acometem o SUS comprometem a garantia de cuidados primários de saúde para populações rurais e para outros grupos em situação

de vulnerabilidade. Um sistema fortemente baseado em APS promove melhores desfechos em saúde. No Brasil, a APS existente no sistema público deve ocorrer preferencialmente, no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). São considerados os seguintes atributos essenciais da APS: o acesso, a longitudinalidade, a abrangência dos serviços e coordenação do cuidado (BIZINELLI *et al.*, 2019).

Problemas nesse âmbito são identificados, como o excesso de demanda, a predominância do modelo biomédico e a ausência de formação adequada aos profissionais, bem como de articulação do cuidado em redes integradas. Após mais de duas décadas de existência do SUS, a APS ainda carece de providências que garantam o acesso aos usuários, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (MAFFISSONI *et al.*, 2018).

Os Núcleos de Evidências (NEVs) se coincidem em todo o Brasil em relação a governança, financiamento, prestação de serviços e implementação (barreiras e facilitadores), distinguindo-se, especialmente, pelo processo de formalização nas respectivas sedes e pela atuação de lideranças para sua estruturação. As dificuldades de implementação são cinco categorias centrais: 1) financiamento, 2) integração da rede, 3) institucionalização das demandas e 4) capacidade de adaptação/5) habilidades de comunicação de pesquisa para recomendar ações no nível local (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Ao analisar as barreiras de acesso dos NEVs, no Brasil pode-se destacar: a insuficiência de recursos e serviços, as diferenças socioeconômicas e a dificuldade de integração entre serviços expressam algumas das disparidades encontradas na realidade do país (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Somam-se a essas barreiras de acesso, a distância de casa, demora na resposta da APS, compreensão limitada sobre o funcionamento do sistema, acesso facilitado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para problemas não urgentes e horário de funcionamento restrito da Unidade Básica de Saúde (UBS). Existe uma percepção de que a UPA tem um acesso mais facilitado do que a UBS, apesar de não ser, em teoria, a porta de entrada oficial do sistema único de saúde (MACIEL, 2018; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; BIZINELLI *et al.*, 2019).

Também é possível destacar barreiras de acesso geográfico, que estão ligadas à concentração de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos espaços urbanos. Essa situação acomete diversas unidades de saúde no Brasil, o que configura, barreira à chegada dos usuários às unidades, dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

A priorização dos usuários que mais precisam, a atuação dos profissionais de forma planejada, a realização de ações extra unidade, a oferta de informação, a contribuição para ampliação da autonomia dos indivíduos, o redimensionamento dos atendimentos e a melhora no acolhimento são atributos essenciais na produção do cuidado, transversalizados por certo conjunto de valores capazes de ampliar o acesso (MENEZES *et al.*, 2017; MACIEL, 2018).

Com a rápida disseminação, os serviços da APS tornam-se essenciais para o enfrentamento do agravo. O impacto da mudança no financiamento da Atenção Primária em Saúde pode gerar sobrecarga à rede de atenção à saúde, que existe em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações laborais (CABRAL *et al.*, 2020).

3.3 Políticas Informadas por Evidências

As Políticas Informadas por Evidências (PIE) referem-se ao uso sistemático e transparente da evidência de pesquisa, juntamente com outros elementos importantes, – contexto, aceitabilidade das partes interessadas, viabilidade da implementação e equidade (CARTER *et al.*, 2008; OXMAN *et al.*, 2009).

A Organização Mundial da Saúde reconheceu, em 2015, que suas recomendações eram produzidas sem a utilização de evidências científicas de forma sistemática e transparente. Essa constatação foi importante para favorecer um ambiente internacional que buscasse fortalecer a integração entre pesquisa e política, levando à institucionalização do conceito e à criação de plataformas de tradução do conhecimento (WHO, 2019).

A prática de evidências científicas na formulação e implementação de políticas proporciona uma tomada de decisão bem informada, aumenta as oportunidades para o uso eficiente de recursos escassos e reduz incertezas acerca da implementação de diferentes opções para abordar problemas relevantes para as políticas de saúde. Mesmo assim, em todo o mundo, os sistemas de saúde possuem dificuldade de usar evidências de forma efetiva na tomada de decisão (KNEALE *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.*, 2020).

A implementação de uma rede com abrangência global, denominada “Rede de Políticas Informadas por Evidências” [Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)], vem produzindo resultados positivos, sendo considerada bem sucedida no desenvolvimento e na implementação de PIE (BERMAN *et al.*, 2015; POLDRUGOVAC *et al.*, 2016; UNEKE *et al.*, 2017).

A EVIPNet Brasil tem expandido seu alcance com o incremento da capacidade nacional de produzir sínteses de evidência e realizar diálogos deliberativos como parte do pacote de atividades proposto pela rede. Essas atividades estão relacionadas com os NEVs, especialmente para informar políticas locais (CHAPMAN, 2013; WICHMANN, et al., 2016; DIAS, et al., 2014).

Apesar de ser notório a eficiência da utilização de evidências científicas para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, o uso sistemático dos resultados de pesquisas científicas por tomadores de decisão ainda é incipiente. Dentre os bloqueios vistos no uso de evidências, destacam-se a pouca comunicação e colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão, o que demonstra uma importante limitação à incorporação do conhecimento científico ao processo de formulação e de implementação das políticas de saúde (DIAS et al., 2015).

3.3.1 Cenários mundiais do uso das PIE

Há um interesse mundial em garantir a elaboração das PIE. Elaborar uma política de saúde baseada em evidência permite a melhoria do desempenho do sistema de saúde, além de evitar as iniquidades provenientes de políticas públicas mal formuladas. Para isso acontecer, é preciso envolver, além dos pesquisadores, os formuladores de políticas e os *stakeholders*, a fim de promover maior compreensão da política de saúde (RAMOS; SILVA, 2018).

No Brasil, a Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) promove o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas para a saúde, e disponibiliza sínteses de evidências para informar políticas de saúde (BORTOLI *et al.*, 2017). No Brasil a EVIPNet iniciou suas atividades em 2007 e foi oficialmente institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 2009, integrada por Grupos de Trabalho (GT) localizados em estruturas denominadas Núcleos de Evidências em Saúde (NEv). Essa configuração foi adotada para garantir a institucionalidade dos processos de implementação dos grupos em nível local. O primeiro NEv foi implantado em 2010, no município de Piripiri, estado do Piauí (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014; WICHMANN; CARLAN; BARRETO, 2016).

Um estudo exploratório de casos múltiplos, avaliou as capacidades, arranjos organizativos e barreiras à implementação dos Núcleos de Evidências (NEVs) da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) no Brasil. Os resultados haviam apontado que entre 15 NEVs, concentrados no Centro-Oeste; 73,3% estavam sediados em universidades e 20% em secretarias estaduais/municipais ou no Ministério da

Saúde. As equipes incluíam profissionais de saúde, estudantes (graduação/pós-graduação), docentes de universidades e servidores efetivos em secretarias de saúde. Entre as categorias de barreiras encontradas, destacaram-se, em ordem: financiamento; integração da rede; institucionalização das demandas; capacidade de adaptação; e habilidades de comunicação de pesquisa para recomendar ações no nível local. Os autores concluíram que apesar de existirem recursos humanos capacitados, vinculados a instituições de pesquisa e ensino, a sustentabilidade dos NEVs dependeria de ações coordenadas para fortalecer a capacidade de aplicar evidências (BENTO *et al.*, 2020).

Em diversos países, existem outras redes para Políticas Informadas por Evidências, como o *Supporting the Use of Research Evidence* (SURE) ou EVIPNet África SURE (mecanismo de apoio ao esforço da OMS em fortalecer o uso de evidências pelos tomadores de decisão na África. A produção científica envolve sínteses de evidências, relatórios de diálogos deliberativos, guias e documentos de resposta); a exemplo do *McMaster Health Forum Rapid Review* – Canadá (provê respostas para demandas urgentes dos tomadores de decisão do Canadá e atores interessados nas evidências sobre os desafios do sistema de saúde baseados em busca sistemática para informações sobre os problemas, opções e/ou implementação das considerações). Outra fonte de informações robustas em saúde pública é o *Evidence-based Synthesis Program*, do *Health Services Research & Development*, do *US Department of Veterans Affairs* – Estados Unidos (fundado para fornecer sínteses de tópicos prioritários de saúde, de forma acurada e em prazo oportuno, para clínicos, gerentes e tomadores de decisão, que buscavam melhorar a qualidade da assistência aos militares veteranos (BORTOLI *et al.*, 2017).

No Reino Unido, existe o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), cujo papel principal é melhorar as condições de saúde para usuários do sistema nacional britânico de saúde por meio da produção de guias informados por evidências e recomendações para saúde pública e assistência social; existe também o *Center for Reviews and Dissemination* (CRD), que é um departamento de pesquisa da Universidade de York, especializado em síntese de evidências, com captura, reunião e análise de dados de múltiplos estudos para gerar pesquisas relevantes para a política (BORTOLI *et al.*, 2017).

Para que essa prática de decisões informadas por evidências seja possível, é necessário um gestor capacitado. As deficiências de uma formação profissional insuficiente ou ineficaz, se mostra como um importante gargalo da gestão na área da saúde. No Brasil mais de 70% dos indivíduos que ocupam posição de gestores não

havia feito nenhum curso ou capacitação para exercer esta atividade (PAIVA *et al.*, 2018).

3.3.2 Gestão de Políticas Informadas por Evidências (PIE)

É crescente a disponibilidade de pesquisas sobre o uso e o impacto de evidências em políticas e sobre incentivos e mecanismos para que o processo de tomada de decisão seja informado por evidências, mas a lacuna entre pesquisa e política ainda é tema de muitas discussões e as intervenções para preencher esta lacuna são foco de revisões sistemáticas (SOUSA; BARRETO, 2017).

A aplicação da análise de redes de políticas continua a crescer, incluindo a aplicação de ferramentas e conceitos de análise de redes sociais para explicar os resultados das políticas de saúde. Essas descobertas confirmam pesquisas anteriores e apontam para oportunidades para moldar redes para alcançar inovação e mudança de políticas com base nas melhores evidências (SHEARER *et al.*, 2018).

A OMS instituiu a EVIPNet ou Rede para Políticas Informadas por Evidências, com o objetivo de promover o desenvolvimento de estratégias efetivas para integrar a produção e a aplicação do conhecimento em políticas e práticas, mediante o fortalecimento ou estabelecimento de mecanismos de tradução do conhecimento, de forma a comunicar, melhorar o acesso e promover o uso de informações de saúde que sejam confiáveis, relevantes, não apresentem viés e mantenham-se atualizadas (BORTOLI; FREIRE; TESSE, 2017).

As PIE têm como propósito, informar os gestores sobre as estratégias disponíveis, bem como indicar as melhores evidências encontradas na literatura científica. O gestor deverá escolher as estratégias que melhor se adequam à sua janela de oportunidade, modificando-as sempre conforme o seu contexto (RAMOS; SILVA, 2018).

Nesse contexto, os principais mecanismos para promover a formulação de PIE utilizados pela Rede são:

- Sínteses de evidências para políticas, que consiste em relatórios que apresentam evidências globais de revisões sistemáticas e resultados de pesquisas locais, para esclarecer e solucionar um problema do sistema de saúde e suas causas;
- Diálogos deliberativos, que se caracteriza em processos deliberativos que são informados por uma síntese de evidências para políticas, em que são levantados conhecimentos e compreensões chaves por atores interessados e são propostos passos futuros para a tomada de decisão;

- Mecanismos de resposta rápida, são relatórios que agrupam evidências globais e locais sobre um problema, opções e considerações sobre implementação e é elaborado em questão de dias ou semanas;

- Plataformas de repositórios nacionais, são pontos de acesso a estudos locais e documentos relevantes para políticas de saúde sobre o sistema de saúde, em complemento às evidências globais (BORTOLI; FREIRE; TESSE, 2017).

A utilização e abordagem das PIE procuram ampliar o acesso e o uso de evidências científicas de qualidade pelos tomadores de decisão no processo de formulação e implementação de políticas de saúde, tornando-as mais efetivas, produzindo equidade e melhorando a qualidade de vida da população (VENANCIO, 2017). Neste processo, é importante conhecer as verdadeiras barreiras ao uso de evidências, e utilizar incentivos capazes de influenciar o uso de evidências de pesquisa. Para superar as barreiras para o uso de evidências nas políticas, alguns fatores podem ser considerados, incluindo ausência de janelas de oportunidade, lacunas de conhecimento e incertezas, controvérsias, evidências irrelevantes e conflitantes, interesses particularizados e conflitos de interesse (SOUSA; BARRETO, 2017).

Os estudos da PIE seguem um raciocínio de ponto de partida, ou seja, problema de saúde ou do sistema de saúde; avaliação de diferentes intervenções quanto à efetividade, custos e aspectos relacionados à implementação de políticas e equidade (VENANCIO, 2017).

Existem quatro tipos de revisão mais voltados ao campo das PIE, tais como: 1) inventários de evidências, que consistem em listas dos resultados disponíveis na literatura, mas sem síntese, recomendações ou conclusões; 2) resposta rápida, que é a organização e apresentação da melhor evidência existente sem síntese formal, podendo até incluir estudos primários, mas, geralmente, focados nas conclusões das revisões rápidas e protocolos clínicos já produzidos; 3) revisão rápida, que promove síntese do conhecimento para fornecer ao consumidor a evidência e sua qualidade; e 4) abordagens automatizadas, que são meta-análises geradas em aplicativos de computador em resposta às questões definidas pelo usuário (TOMA *et al.*, 2017).

As revisões podem ser utilizadas para informar políticas, dentro do campo das PIE, além de preparar um tomador de decisão na discussão de uma política, apoiar as deliberações informadas por evidências para várias iniciativas de políticas de saúde, apoiar o desenvolvimento de intervenções clínicas e/ou programas de serviços de saúde (TOMA *et al.*, 2017).

Diante do explanado e da importância de uma gestão informada por evidências científicas, deve-se ter por base tanto as evidências globais, como as experiências e

conhecimento do gestor (RAMOS; SILVA, 2018); como também, percebe-se as dificuldades na execução dessa prática (DIAS *et al.*, 2015).

Apesar da intensa atuação da EVIPNet Brasil, ainda há uma lacuna de conhecimento sistematizado sobre as características organizacionais dos NEVs e suas capacidades para adquirir, adaptar, avaliar e aplicar evidências científicas. Essas capacidades estão intrinsecamente relacionadas aos processos institucionais para adoção e implementação das PIE. O monitoramento e a avaliação dos resultados da EVIPNet Brasil, com a efetiva mensuração de seus impactos na tomada de decisão e na formulação e implementação de políticas de saúde, é considerado como um importante componente a ser implementado pela rede (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020). Essa concepção também é reforçada por outras experiências na América Latina (MANSILLA *et al.*, 2017; KOON *et al.*, 2020).

A implementação de evidências em saúde pública no Brasil está avançando lentamente, principalmente porque ainda não existe um quadro suficiente de cientistas e profissionais com a capacidade apropriada. Faz-se necessário aumentar a capacitação dos epidemiologistas sobre tradução do conhecimento, a fim de contribuir efetivamente para a integração das evidências na prática, pois estão entre os principais geradores de evidências. (NETA, *et al.*, 2018).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo e Local de estudo

Estudo avaliativo de abordagem quanti-qualitativo direcionado aos profissionais de saúde e gerentes de duas Unidades Básicas de Saúde. A UBS Manoel de Sousa, localizada no bairro Jabotiana, região centro-oeste de Aracaju e a UBS Santa Terezinha fica situada na rodovia Melício Machado no Robalo, zona de expansão da cidade de Aracaju/SE. Estas unidades foram selecionadas por não serem referência para atendimento às síndromes gripais, devido período pandêmico da COVID-19 em 2020, e por atenderem a demanda importante de outras doenças, inclusive as crônicas não transmissíveis.

4.2 População e amostra do Estudo

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde com nível técnico e de nível superior, profissionais de nível técnico e gerentes de duas Unidades Básicas de

Saúde escolhidas, dentre 44 UBS existentes em Aracaju. A amostra foi composta por todos os profissionais que atendessem ao convite para participação na pesquisa. Ao todo foram 19 profissionais, sendo 10 da UBS Santa Terezinha e 09 da UBS Manoel de Souza. Foram incluídos profissionais de saúde de nível superior e técnico nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas e os respectivos gerentes destas UBSs.

4.3 Instrumento e Sistemática de Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário composto de 15 questões fechadas e 03 abertas baseado na produção de um grupo de trabalho do Projeto ESPIE/PROAD-SUS do Hospital Sírio Libanês em 2020. As variáveis pesquisadas foram relacionadas ao perfil socio-profissiográfico; Indicadores de Saúde da USF/ESF conhecidos pelos profissionais de saúde; fontes de informação utilizadas pelos profissionais de saúde para planejamento de ações; e evidências científicas utilizadas pelos profissionais de saúde para planejamento de ações e tomada de decisões.

Este instrumento foi disponibilizado por e-mail aos profissionais de saúde e aos gerentes das unidades através de um link que primeiramente continha o formulário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após a aceitação da participação da pesquisa se abria automaticamente um questionário para que o profissional de saúde respondesse, virtualmente através do formulário Google (*Google forms*). O questionário foi aplicado antes da implantação e atividades do NSCIE, em novembro de 2020.

4.4 Processo de Implantação do NSCIE nas UBS selecionadas

Esta etapa metodológica foi conduzida com método de observação participante em que a equipe de pesquisadores faz parte do processo de intervenção. Foram realizadas as seguintes etapas deste processo:

4.4.1 Construção da Proposta de Implementação do Plano de ação

Foi construída uma proposta de Implementação do Plano de ação do NSCIE sob responsabilidade do Grupo de trabalho do Projeto Espie na sede Aracaju/SE em 2020. A opção sugerida por meio da síntese de evidências foi a Implantação de Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências. Após o diálogo com o grupo de trabalho do Projeto ESPIE, decidiu-se que os NSCIE seriam implementados nas UBS Santa

Terezinha e UBS Manoel de Souza para possibilitar a utilização de evidências científicas como subsídio da tomada de decisões.

4.4.2 Visita de articulação com a UBS Manoel de Souza e UBS Santa Terezinha sobre a Proposta do NSCIE

Previamente a implementação o grupo de trabalho do Projeto Espie foi apresentar ao gerente a proposta do plano de ação de qualificação do gerenciamento das unidades básicas de saúde.

4.4.3 Reuniões de Implementação da Proposta do NSCIE na UBS Manoel de Souza e UBS Santa Terezinha

Foram realizadas diversas reuniões de implementação do NISCIE na Unidade Básica de Saúde Manoel de Souza e Unidade Santa Terezinha, as participantes do grupo Afinidade (GAF-D) do Hospital Sírio Libanês e do grupo de participantes das equipes das respectivas unidades básicas de saúde.

4.4.4 Reuniões dos NISCIE

Ocorreram reuniões em cada NISCIE nas respectivas unidades básicas de Saúde Manoel de Souza e Unidade Santa Terezinha. As reuniões após a concordância do grupo em participar abordaram soluções de problemas através da técnica de busca das evidências para políticas públicas informadas por evidências

4.4.5 Avaliação do Processo de implementação

A avaliação era feita após as reuniões nas UBS onde foram implantados os NISCIE. Esta avaliação foi conduzida pelo grupo de estudos do Projeto Espie com integração de grupo de pesquisa da Universidade Tiradentes. O produto deste relatório foi publicado pelo grupo do PROAD- SUS em 2022.

4.5 Análise estatística dos dados

4.5.1 Análise de dados quantitativos

As variáveis de perfil dos trabalhadores, ocupacionais, de conhecimento e do processo de tomada de decisão foram analisadas por distribuição de frequência. As categóricas em número absoluto e porcentagem e as numéricas em média e desvio

padrão. As variáveis pesquisadas incluídas na distribuição de frequência foram a saber: conhecimento de metas e indicadores de saúde pactuados no município; realização de reuniões de equipe na UBS; realização de ações de planejamento na UBS; participação da comunidade em atividades de planejamento da UBS; conhecimento prévio sobre núcleos de saúde coletiva informados por evidência; desejo dos profissionais de saúde e gerentes entrevistados em participar dos NSCIE; indicadores da USF/ESF conhecidos pelos pesquisados; fontes de informação e evidências científicas utilizadas pelos profissionais para planejamento de ações nas UBS.

4.5.2 Análise de dados qualitativos

Para análise das perguntas não estruturadas, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2010) que prevê as seguintes etapas:

1- Pré análise

- a) Leitura flutuante do material,
- b) Seleção dos relatos dos participantes que foram coletados para a análise
- c) Preparação do material.

2-Exploração do material:

- a) Codificação e categorização do material. Na codificação, é realizado o recorte das unidades de registro e de contexto. As unidades de registro são as palavras, ou expressões que foram utilizadas. Para selecionar as unidades de contexto, levou-se em consideração a pertinência.
- b) Enumeração de acordo com os critérios estabelecidos anteriormente. A enumeração é feita através da presença (ou ausência), frequência, frequência ponderada, intensidade, direção, ordem e co-ocorrência (análise de contingência).
- c) Categorização que segue os seguintes critérios: semântico, sintático, léxico ou expressivo.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob o parecer 4.383.630 (Anexo A).

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, K.R.C; PEREIRA, M.G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Rev Saude Publica*. 2020;54(72):1-7.

BAHIA. Sistema Único de Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BECKER, L.A.; RECH, C.R.; REIS, R.S. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(7): e00003918.

BENTO, A.L.; VALDES, G.; DE OLIVEIRA, S.T.P.; DE SOUZA, A.S.; BARRETO, J.O.M. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020; 44: e165.

BERMAN, J.; MITAMBO, C.; MATANJE-MWAGOMBA, B.; KHAN, S.; KACHIMANGA, C.; WROE, E. *et al*. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health research policy and systems* 2015; 13(1): 1-5.

BIZINELLI, B.M.; NETO, P.P.; DE ALBUQUERQUE, G.S.C.; CONDE, R.E.S.; SCARIN, F.C. Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA). *APS em Revista* 2019; 1(3): 198-205.

BORTOLI, M. C., FREIRE, L. M., TESSE, T. R. *Políticas de Saúde Informadas por Evidências: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017, p. 29-39.

BORTOLI, M.C.; SETTI, C.; LIMA, F.J.S.; DALENOGARE, G.V. *Mecanismos e programas de revisão rápida*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017, p.106-127.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M.S.; ALMEIDA, P.F.D.; MARTINS, C.L.; MOTA, P.H.D.S. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22: 1141-1154.

CABRAL, E.R.M.; BONFADA, D.; MELO, M.C.; CESAR, I.D.; OLIVEIRA, R.E.M.; BASTOS, T.F. *ET AL.* Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health* 2020; 3: 1-12.

CARTER, R.; VOS, T.; MOODIE, M.; HABY, M.; MAGNUS, A.; MIHALOPOULOS, C. Priority setting in health: origins, description and application of the Australian Assessing Cost-Effectiveness initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2008; 8: 593-617.

CHAPMAN, E. Report: Evaluation of the Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet), August 2010-July 2012. *Washington (DC): Pan-American Health Organization, World Health Organization*; 2013.

DE OLIVEIRA, S.M.D.V.L.; BENTO, A.L.; VALDES, G.; DE OLIVEIRA, S.T.P.; DE SOUZA, A.S.; BARRETO, J.O.M. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2020; 44: e165.

DIAS, R.I.; BARRETO, J.O.M.; SOUZA, N.M. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–56.

DIAS, R.I.S.C.; BARRETO, J.O.M.; VANNI, T.; CANDIDO, A.M.SC.; HENTZY, M.L.; GOMES, M.A. Estratégias para estimular o uso de evidencias científicas na tomada de decisão. *Cadernos de Saúde Coletiva* 2015; 23(3): 316-322.

FERRETTI, F.; ROMANCINI, F.; SCHNEIDER, L.R.; FERRAZ, L. Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. *Cogitare Enfermagem*. 2018; 23(2), 52774.

FRAGA, A.S.B.; MIRANDA, A.C.P.T.; SANTOS, A.S.; OLIVEIRA, C.C.C. *et al.* Síntese de evidências para Políticas de Saúde. Estratégias para qualificação do gerenciamento

de Unidades Básicas de Saúde do município de Aracaju/SE (Síntese de Evidências). Hospital Sírio Libanês, Projeto ESPIE/ PROAD/SUS. 2019. 23p/

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(4): 1189-1196.

JACOB, R.R.; ALLEN, P.M.; AHRENDT, L.J.; BROWNSON, R.C. Learning about and using research evidence among public health practitioners. *American College of Preventive Medicine* 2017; 52: 304-308.

KALICHMAN, A.O.; AYRES, J.R.D.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32: e00183415.

KNEALE, D.; ROJAS-GARCÍA, A.; THOMAS, J. Obstacles and opportunities to using research evidence in local public health decision-making in England. *Health Res Policy Sys.* 2019;17(1):61.

KOON, A.D.; WINDMEYER, L.; BIGDELI, M.; CHARLES, J.; JARDALI, F.; UNEKE, J. et al. A scoping review of the uses and institutionalisation of knowledge for health policy in low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst* 2020; 18(1): 7-11.

LAPÃO, L.V.; ARCÊNCIO, R.A.; POPOLIN, M.P.; RODRIGUES, L.B.B. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22: 713-724.

MACIEL, A.B. Proposta de melhoria do acesso ao serviço de saúde na Unidade Saúde Preventiva-Cerrado, no município de São Tiago-Minas Gerais. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Tiago: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2018.

MAFFISSONI, A.L.; VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L.L.; ZOCHE, D. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. *Revista Cuidarte* 2018; 9(3): 3-15.

MANSILLA, C.; HERRERA, C.A.; BASAGOITIA, A.; PANTOJA, T. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: Lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Publica* 2017; 41: e36.

MATTA, G.C.; MOROSIN, M.V.G. *Atenção Primária à Saúde: dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>.

MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: OPAS; 2011.

MENEZES, E.L.C.D.; SCHERER, M.D.D.A.; VERDI, M.I.; PIRES, D.P.D. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade* 2017; 26: 888-903.

MOAT, K.A.; LAVIS, J.N. Supporting the use of research evidence in the Americas through an online “one-stop shop”: the EVIPNet VHL. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2697-2701.

MOLL, M. F.; GOULART, M.B.; CAPRIO, A.P.; ARENA, C.A. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Revista enfermagem UFPE online* 2017; 11(1): 86-93.

NETA,G; BROWNSON,R.C; CHAMBERS, D.A. Opportunities for epidemiologists in implementation science: a primer. *Am J Epidemiol*. 2018;187(5):899-910.

OLIVEIRA, R.A.D.D.; DUARTE, C.M.R.; PAVÃO, A.L.B.; VIACAVA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35: e00120718.

OLIVEIRA, S.M.V.L; BENTO, A.L; VALDES, G; OLIVEIRA, S.T.P; SOUZA, A.S; BARRETO, J.O.M. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.165>

OXMAN, A.D; LAVIS, J.N; 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.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*

[Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [cited 2016 May 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_redes_atencao_SUS.pdf.

PAIVA, R.A.; RANDOW, R.; DINIZ, L.P.; GUERRA, V.A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura Health manager's role: literature review. *Revista Médica de Minas Gerais* 2018; 28(Supl 5): S280523.

PEREIRA, L.B.C.; CHAZAN, A.C.S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2019; 14(41): 1795-1799.

POLDRUGOVAC, M.; KUCHENMÜLLER, T.; DOBRIN, P. T.; IVANUŠA, M.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. The evidence-informed policy-making context in Slovenia: Groundwork for a Knowledge Translation Platform. *Public health panorama* 2016; 2(03): 313-318.

RAMOS, M.C.; SILVA, E.N.D. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde em Debate* 2018; 42: 296-306.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(4): 1281-1289.

SCHNEIDER, L.R.; PEREIRA, R.P.; FERRAZ, L.A. prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate* 2018; 42(118): 594-605.

SERGIPE. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Sergipe. *Boletim Epidemiológico Covid-19*. 2020.

SHEARER, J.C.; LAVIS, J.; ABELSON, J.; WALT, G.; DION, M. Evidence-informed policymaking and policy innovation in a low-income country: does policy network structure matter? *Evid Policy*. 2018;14(3):381-401.

SOUSA, I.V.D.; BRASIL, C.C.P.; SILVA, R.M.D.; VASCONCELOS, D.P.; SILVA, K.A.; BEZERRA, I.N. *et al.* diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22: 3945-3954.

SOUSA, M. S. A. de; BARRETO, J. O. M. Perspectivas das políticas informadas por evidências. In: TOMA, Tereza Setsuko et al. (org.). *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 411-444.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* Brasília. UNESCO: Ministério da Saúde (MS), 2002.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H.; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate* 2018; 42: 361-378.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.D.; NASCIMENTO, M.C.D. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em debate* 2018; 42: 174-188.

TOMA, T.S.; PEREIRA, T.D.V.; VANNI, T.; BARRETO, J.O.M. *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências*. São Paulo: Instituto de Saúde. 2017. 22: 456.

UNEKE, C. J.; SOMBIE, I.; KEITA, N.; LOKOSSOU, V.; JOHNSON, E.; ONGOLO-ZOGO, P. et al. Assessment of policy makers' individual and organizational capacity to acquire, assess, adapt and apply research evidence for maternal and child health policy making in Nigeria: a cross-sectional quantitative survey. *African health sciences* 2017; 17(3): 700-711.

VENANCIO, S. I. *Desenhos de estudos epidemiológicos*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 51-68, 2017.

WICHMANN, R. M.; CARLAN, E.; BARRETO, J. O. M. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. *BIS, Bol Inst Saúde* 2016; 17(1): 18–31.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Alliance for Health Policy and Systems Research. Genebra: WHO; 2019.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado no formato de artigo científico:

- “Diagnóstico situacional pré-implantação de Núcleos de Saúde Coletiva Informada por Evidências em Unidades Básicas de Saúde de Aracaju, Sergipe”, submetido a avaliação da revista Baiana de Saúde Pública (ISSN 0100-0233).

Diagnóstico situacional pré-implantação de Núcleos de Saúde Coletiva Informada por Evidências em Unidades Básicas de Saúde de Aracaju, Sergipe

Situational diagnosis pre-implantation of Evidence-Informed Collective Health Centers in Basic Health Units in Aracaju, Sergipe

Resumo

A utilização da informação por evidências em saúde se configura em uma prática que subsidia a tomada de decisão do gestor do cuidado. Neste contexto, o objetivo foi realizar o diagnóstico situacional quanto a atuação de gerentes e profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família antes da implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências em unidades básicas de saúde, em Aracaju/SE. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, no qual, 19 trabalhadores (gerentes e profissionais de saúde) responderam um questionário on-line com 18 perguntas semiestruturadas, para avaliar aspectos no tocante ao conhecimento da informação por evidências. Dados quantitativos foram apresentados em número absoluto e porcentagem, dados qualitativos foram analisados através de análise de conteúdo de Bardin. Verificou-se que boa parte dos profissionais não conhecia os indicadores de saúde de âmbito local, bem como alguns indicadores específicos da atenção básica. As fontes de informação utilizadas pelos profissionais eram de baixa evidência científica. Na análise de conteúdo das respostas dos profissionais, foram identificadas barreiras de gestão, como falhas de articulação nas ações e planejamento em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Política Informada por Evidências; Saúde Pública.

Abstract

The use of evidence-based information in health is configured in a practice that subsidizes the care manager's decision-making. In this context, the objective was to carry out a situational diagnosis regarding the performance of managers and health professionals in the Family Health Strategy before the implementation of the Collective Health Nucleus Informed by Evidence in basic health units, in Aracaju/SE. This is a quali-quantitative study, in which 19 workers (managers and health professionals) answered an online questionnaire with 18 semi-structured questions, to assess aspects regarding knowledge of information by evidence. Quantitative data were presented in absolute numbers and percentages, qualitative data were analyzed using Bardin's content analysis. It was found that most professionals did not know health indicators at the local level, as well as some specific indicators of primary care. The sources of information used by professionals had little scientific evidence. In the content analysis of the professionals' responses, management barriers were identified, such as failures to articulate health actions and planning.

Keywords: Primary Health Care; Evidence-informed Policy; Public Health.

Introdução

A implementação de uma rede com abrangência global, denominada Rede de Políticas Informadas por Evidências, em inglês, *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), vem produzindo resultados positivos em todo o mundo, sendo considerada um sucesso no desenvolvimento e na implementação de Políticas Informadas por Evidências (PIE) ¹⁻³. No Brasil, a EVIPNet iniciou em 2007 e foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 2009, integrada por Grupos de Trabalho em estruturas denominadas Núcleos de Evidências em Saúde (NEv). Essa configuração foi adotada para garantir a institucionalidade dos processos de implementação dos grupos em nível local ⁴⁻⁵.

A adoção de evidências científicas na prática da saúde coletiva tem como objetivo garantir a otimização de recursos e a maior efetividade nas ações de promoção, prevenção e atenção à saúde ⁶. Apesar do uso de evidências na saúde coletiva ser possível e desejável, a transposição do conceito “baseado em evidências” para o campo não é direta. As complexas ações envolvidas na determinação social das doenças e no processo de trabalho em saúde, típicos da saúde coletiva, diferem substancialmente da simplificação usualmente envolvida nas práticas individuais de saúde, exemplificadas pelo atendimento individual em consultório médico principalmente ⁷.

Tendo em vista que as evidências científicas não determinam as ações e necessidades sociais de saúde, o emprego do conceito de Saúde Coletiva Informada pelas Evidências (SCIE), mostra-se mais apropriado do que o termo SCIE. Ainda que as evidências constituam apenas um dos elementos no processo decisório, o uso sistemático das evidências oriundas dos resultados de pesquisas nesse processo é escasso e incipiente, e representa um desafio para as políticas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento ⁸.

A implantação de núcleos de saúde coletiva informada por evidências em unidades de saúde da família que envolvesse os profissionais de saúde foi considerada junto a Gestão Municipal de Saúde de Aracaju e a equipe de Grupo de trabalho do Projeto Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências – ESPIE, do Hospital Sírion Libanês após a produção de uma síntese de evidências ⁹. Os Núcleos de Saúde Coletiva Informada por Evidências (NSCIE) seriam produtores de evidências com linguagem adaptada a diferentes públicas. Estes poderiam ainda ampliar a disseminação de conhecimento científico através de diversas formas de comunicação; inclusive de plataformas virtuais e favorecer o fortalecimento da parceria entre pesquisadores e tomadores de decisão.

Para que se alcance o sucesso na implementação de propostas na área de saúde deve-se conhecer o perfil sócio-profissiográfico dos trabalhadores do setor(es) de saúde onde se quer realizar a ação que envolve características sociodemográficas, conhecimentos e atitudes ¹⁰. Neste contexto, compreender este perfil e traçar um diagnóstico situacional na percepção dos gerentes e profissionais de saúde das UBS, pode tornar-se importante ferramenta para subsidiar o Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências e contribuir para o planejamento e readequação dos processos de trabalho.

Portanto, o objetivo deste artigo foi realizar o diagnóstico situacional em relação ao perfil sócio-profissiográfico dos gerentes e profissionais de saúde de UBS, quanto a atuação na Estratégia de Saúde da Família antes da implantação do NSCIE.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativo direcionado aos profissionais de saúde e gerentes de unidades básicas de saúde (UBS) de Aracaju, capital do Estado de Sergipe. As UBS avaliadas foram escolhidas por não serem serviços de referência para Atendimento às Síndromes Gripais, no período pandêmico da Covid-19, e por atenderem a demanda por outras doenças, inclusive as crônicas não transmissíveis. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob o parecer 4.383.630.

Foram avaliados profissionais da UBS Manoel de Sousa, localizada na região centro-oeste de Aracaju e da UBS Santa Terezinha, situada na zona de expansão e região sul. A UBS Manoel de Sousa possui uma população adscrita de 20.567 usuários e 53 funcionários. A UBS Santa Terezinha possui uma população adscrita de 16.096 usuários e 41 funcionários.

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde com nível técnico e de nível superior, foram selecionados profissionais de saúde e gestores de duas unidades básicas de saúde, dentre 44 UBS existentes no município de Aracaju. A amostra foi composta por todos os profissionais que atendessem ao convite para participação na pesquisa. Foram incluídos profissionais de saúde de nível superior e técnico nas unidades básicas de saúde selecionadas e os gerentes das UBS.

Foi utilizado um questionário construído com 18 perguntas semi-estruturadas direcionadas a profissionais de saúde de todos os níveis de escolaridade, assim como aos gerentes da UBS para avaliar aspectos no tocante ao conhecimento da informação baseada em evidências. Tal instrumento de coleta de dados teve como base o questionário empregado em

projeto “Evidence Affecting Decisions in Public Health”¹¹, traduzido e adaptado por pesquisadores nacionais e internacionais com experiência e publicações sobre o tema ¹².

O formulário, instrumento da pesquisa, foi aplicado online e disponibilizado através de link de acesso para formulário eletrônico Google, a fim de garantir o distanciamento social devido o período de pandemia por Covid-19, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira página do link de acesso constava o TCLE, permitindo ao participante a possibilidade de concordar ou não em participar da pesquisa. Os participantes só eram direcionados ao formulário, caso aceitassem os termos do TCLE.

O questionário foi repassado em novembro de 2020, antes da implantação e atividades do NSCIE. As variáveis de perfil dos trabalhadores, ocupacionais, de conhecimento e do processo de tomada de decisão foram analisadas por distribuição de frequência. As variáveis foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. As variáveis pesquisadas foram conhecimento de metas e indicadores de saúde pactuados no município; realização de reuniões de equipe na UBS; realização de ações de planejamento na UBS; participação da comunidade em atividades de planejamento da UBS; conhecimento prévio sobre núcleos de saúde coletiva informados por evidência; desejo dos profissionais de saúde e gerentes entrevistados em participar dos NSCIE; indicadores da USF/ESF conhecidos pelos pesquisados; fontes de informação e evidências científicas utilizadas pelos profissionais para planejamento de ações nas UBS.

As variáveis de perfil dos trabalhadores, ocupacionais, de conhecimento e do processo de tomada de decisão foram analisadas por distribuição de frequência. As categóricas em número absoluto e porcentagem e as numéricas em média e desvio padrão. Para análise das respostas obtidas nas perguntas não estruturadas, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin ¹³ conforme as seguintes etapas: pré-análise e exploração do material.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 19 indivíduos, dentre os quais havia profissionais de saúde e gestores da UBS Santa Terezinha (52,6%) e UBS Manoel de Souza (47,4%). O tempo de atuação dos participantes nas referidas UBS variou de 03 meses a 16 anos, com média de 5,33 ± 5,78 anos, sendo que 36,8% trabalham a menos de 01 ano nos referidos serviços de saúde. Quanto ao vínculo de trabalho, 68,4% são estatutários, 21,1% contratados por meio de Processo Seletivo Simplificado (PSS) da Secretaria Estadual de Saúde e 10,5% atuam em cargo comissionado. A maioria dos profissionais é membro da equipe de Estratégia de Saúde da

Família (ESF) (68,4%) e 15,8% são preceptores de ensino clínico e/ou estágio em instituições de ensino superior (Tabela 1).

Os diferentes períodos de atuação profissional podem interferir tanto neste diagnóstico prévio quanto após o processo de implantação da prática baseada em evidências ¹⁴. Acredita-se que o profissional de saúde com mais anos de atuação profissional teria mais confiança para manifestar e/ou expressar resistência a mudanças importantes, e por outro lado mais maturidade em relação aos profissionais mais jovens.

A maioria dos profissionais eram estatutários, o que poderia gerar maior vínculo com o sistema público, visto que há menor chance de rotatividade e demissões com as mudanças políticas. Além disso, a maioria é membro da ESF. Um estudo de revisão concluiu que, a expansão e adequação da ESF facilitou o uso das informações para o planejamento e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil ¹⁵.

Entre os profissionais que participaram do presente estudo, havia profissionais que já eram preceptores da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca-se que estes profissionais poderiam ser importantes para o processo de implementação dos NSCIE, já que possuíam algum nível de envolvimento com as ações de ensino, pesquisa e serviço. A integração ensino-serviço com instituições de ensino superior, impulsionada por meio de acadêmicos, durante a supervisão de estágios ou desenvolvimento de trabalhos de conclusão de curso, constitui-se em um elemento favorável para a prática baseada em evidências ¹⁶.

A maioria dos profissionais entrevistados (52,6%) não conhecia as metas e indicadores de saúde pactuados pelo município (Tabela 1). Em outro estudo realizado em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro, de cunho etnográfico, os autores relataram que uma das limitações identificadas foi o pouco conhecimento das equipes em relação à definição de metas e indicadores locais que norteiam seu próprio trabalho ¹⁷.

Ainda assim, no presente estudo, a maior parcela dos entrevistados tenha relatado conhecer os seguintes indicadores de saúde da USF/ESF: número de diabéticos e hipertensos cadastrados (78,9); número de usuários em tratamento para tuberculose (73,7%); cobertura vacinal em menores de 1 ano (63,2%); e número de gestantes acompanhadas no último ano (63,2%). Em contrapartida, 68,4% e 52,6% não conhecem os indicadores “número de casos de dengue notificados no último ano” e “número de citologias de colo do útero realizadas no último ano”, respectivamente (Figura 1).

Quando questionados sobre a frequência que costumavam discutir ou dialogar sobre esses indicadores na UBS, alguns demonstraram barreiras relacionadas à gestão e sistema de informações:

“Desde que entrei na unidade não tive nenhuma informação sobre isso passada pelo meu gestor.” (Profissional - 10)

“Sei que existe todos esses indicadores, porém depois da implementação do prontuário eletrônico fica registrado toda essa produtividade. Existe ainda alguns entraves em relação ao sistema portanto acho que treinamentos para uma melhor facilidade com o sistema seria bastante viável.” (Profissional - 04)

Uma revisão sistemática sobre indicadores baseados em evidências na atenção primária trouxe a contestação que, múltiplas prioridades e pressões do sistema tornaram o fechamento da lacuna entre as evidências e a prática um desafio. Ainda assim, foi discutido que a avaliação em saúde só poderia beneficiar a saúde do paciente e da população se os resultados fossem incorporados aos cuidados de rotina para com o paciente através do planejamento das ações dos profissionais. Para tanto, seria necessário diálogo entre equipe e organização da gestão quanto aos protocolos, cronogramas e recursos disponíveis, aliado ao uso tecnologia da informação ¹⁸.

Alguns profissionais (31,6%) atribuíram a frequência de discussão dos indicadores de saúde à frequência de reuniões da equipe. Quanto a esse quesito, a maioria dos profissionais (73,7%) afirmou que há reuniões de equipe na UBS (Tabela 1). Estes foram questionados sobre a frequência das reuniões de planejamento e as respostas variaram entre uma e duas vezes no mês. Em relação às ações de planejamento da UBS, 52,6% afirmaram não haver estas ações. Os profissionais que citaram a realização das atividades de planejamento, foram questionados sobre fontes de informação em saúde (Figura 2) e fontes de evidências utilizadas (Figura 3).

O presente estudo evidenciou que as fontes de informação para o planejamento de saúde entre os profissionais são valorizadas por referências da própria gestão do SUS, ou seja, os manuais informativos. Observou-se escassa busca dos profissionais por fontes de maior evidência científica. Como mencionado em outros estudos de avaliação do conhecimento e uso dos indicadores ¹⁹⁻²¹, a subutilização das fontes de informação demonstra uma possível lacuna no conhecimento, sugerindo mudanças nas instituições formadoras de ensino e qualificação e nos serviços de saúde, para a prática informada por evidências para o planejamento em saúde coletiva na atenção primária.

Os profissionais de saúde e gestores entrevistados, em sua maioria (78,9%), desconheciam a existência dos NSCIE. Por outro lado, demonstraram interesse em conhecer e participar dos NSCIE (94,7%). Nessa perspectiva, estudos apontaram que os serviços de saúde

têm cada vez mais reconhecido a necessidade de realizar a prática baseada em evidências. Contudo, tem sido relatado que a sua implementação não envolveria apenas os atributos individuais, mas também fatores relacionados com o contexto da governança^{20,22-23}. Este modo de utilização das evidências científicas considerando os contextos locais é a prática informada por evidências. A literatura tem abordado a importância da descentralização dos núcleos de evidencia como fortaleza para as políticas locais e que poderia atrair o tomador de decisão, gerando maior chance para os participantes a serem expostos a novas ideias e evidências, podendo resultar em decisões políticas mais bem informadas²⁴⁻²⁵.

Tem sido relatado que a institucionalização dos Núcleos locais de evidencia é um processo e que sua durabilidade dependeria de arranjos organizativos bem estruturados e do engajamento dos atores envolvidos. Existem também barreiras como o financiamento e recursos humanos que podem aparecer como principais barreiras na implementação e ações de monitoramento²⁶.

O presente estudo possui limitações inerentes ao número dos sujeitos avaliados, embora seja representativo para as duas unidades de saúde estudadas e expressem realidades de extremos espaciais da cidade de Aracaju. O Projeto ESPIE do Hospital Sírio Libanês acompanhou até o período de implantação dos 2 núcleos de saúde coletiva informados por evidência (NISCIE) nas duas UBS em Aracaju, com a concepção de que poderia contribuir na qualificação dos profissionais de saúde e gerentes por meio do uso sistemático e transparente do conhecimento científico no processo decisório. Entretanto novos estudos avaliativos devem ser realizados para acompanhar se os NISCIE seguiram na sua proposta de gerar tradução do conhecimento e apoiar os gestores locais na produção de políticas informadas por evidências ou se porventura tenha havido barreiras como financiamento, insuficiência de recursos humanos e mudanças na gestão que tenham tido interferência na sua plena atividade nas unidades de implantação.

A continuidade de avaliações periódicas dos NSCIE pós-implantação nas UBS pesquisadas pode contribuir para a compreensão, em profundidade, das equipes de saúde da família quanto às perspectivas, facilitadores e potencialidades para a implantação do NSCIE em outras UBS.

Conclusão

Identificou-se, neste estudo, com a avaliação prévia à implantação do NSCIE, que boa parte dos profissionais não conheciam os indicadores de saúde de âmbito local, bem como alguns indicadores específicos da atenção primária. Além disso, identificaram de articulação

nas ações e planejamento em saúde, ainda que as reuniões fossem rotineiras nos serviços de saúde estudados. De uma forma geral, os gerentes e profissionais de saúde utilizam fontes de informação de baixa evidência científica.

Diante do exposto, ratificou-se a importância da implantação de Núcleos de Saúde Coletiva Informada por Evidência nas unidades básicas de saúde selecionadas. Ainda que a maioria dos profissionais desconhecesse a existência dos referidos núcleos, havia interesse em participar da experiência. Ao disponibilizar estratégias para a seleção das melhores evidências disponíveis e recomendar o uso eficaz dessas informações, espera-se fornecer condições para que os gestores públicos possam adotar melhores práticas nas tomadas de decisão em saúde coletiva. Ressalta-se ainda a importância da realização de mais estudos de monitoramento e avaliação da atividade dos NISCIE implantados.

Referências

1. Berman J, Mitambo C, Matanje-Mwagomba B, Khan S, Kachimanga C, Wroe E, Mwape L., van Oosterhout JJ, Chindebvu G, van Schoor V, Puchalski Ritchie LM, Panisset U, Kathyola D. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Res Policy Syst* 2015; 13(1): 1-5.
2. Poldrugovac M, Kuchenmüller T, Dobrin PT, Ivanuša M, World Health Organization. The evidence-informed policy-making context in Slovenia: Groundwork for a Knowledge Translation Platform. *Public Health Panorama* 2016; 2(03): 313-318.
3. Uneke CJ, Sombie I, Keita N, Lokossou V, Johnson E, Ongolo-Zogo P, Uro-Chukwu HC. Assessment of policy makers' individual and organizational capacity to acquire, assess, adapt and apply research evidence for maternal and child health policy making in Nigeria: a cross-sectional quantitative survey. *Afric Health Sci* 2017; 17(3): 700-711.
4. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(1): 50-56.
5. Wichmann RM, Carlan E, Barreto JOM. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. *BIS, Bol Inst Saúde* 2016; 17(1): 18-31.
6. Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

7. Wachholz PA, Lima SA, Boas PJ. Da prática baseada em evidências para a saúde coletiva informada por evidências: revisão narrativa. *Rev Bras Promoç Saúde* 2018; 31(2): 1-7.
8. Dias RISC, Barreto JOM, Vanni T, Candido MAS, Hentzy ML, Gomes MA. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cad Saúde Coletiva* 2015; 23(3): 316-322.
9. Fraga ASB, Miranda ACPT, Santos AS, Oliveira CCC et al. Síntese de evidências para Políticas de Saúde. Estratégias para qualificação do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde do município de Aracaju/SE (Síntese de Evidências). Hospital Sírion Libanês, *Projeto ESPIE/ PROAD/SUS*. 2019. 23p.
10. Cotta RMM, Pereira RJ, Maia TM, Marques ES, Franceschini SCC. Aprehensión y conocimiento de las directrices del Sistema Único de Salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. *Rev. Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar*. 2004; 3:16-23.
11. Jacob RR, Allen PM, Ahrendt LJ, Brownson RC. Learning about and using research evidence among public health practitioners. *Am J Prev Med* 2017; 52: 304-308.
12. Becker LA, Rech CR, Reis RS. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(7): e00003918.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
14. Cook DA, Pencille LJ, Dupras DM, Linderbaum JA, Pankratz VS, Wilkinson JM. Practice variation and practice guidelines: Attitudes of generalist and specialist physicians, nurse practitioners, and physician assistants. *Plos One* 2018; 13(1): e0191943.
15. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* 2018; 42: 18-37.
16. Albiero JFG, Freitas SFT. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde debate* 2017; 1(114): 753-767.
17. Marin J, Martins-Ribeiro CD. Problemas bioéticos na prática interequipes em uma unidade de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Latinoam Bioét* 2020; 20(1): 67-77.
18. Willis TA, Collinson M, Glidewell L, Farrin AJ, Holland M, Meads D, Hulme C, Petty D, Alderson S, Hartley S, Vargas-Palacios A, Carder P, Johnson S, Foy R. An adaptable implementation package targeting evidence-based indicators in primary care: A pragmatic cluster-randomised evaluation. *PLoS medicine* 2020; 17(2): e1003045.

19. de Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, de Campos Oliveira MA. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? *Rev Bras Enf* 2018, 71: 764-769.
20. Schneider LR, Pereira RP, Ferraz LA. prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* 2018; 42(118): 594-605.
21. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44: 1-11.
22. Peixoto MJ, Pereira RPG, Martins A, Martins T, Barbieri MC. Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017.
23. Baird L, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *Br J Community Nurs* 2015; 20(5): 233-242.
24. Andrade KRC, Pereira MG. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Rev Saude Publica*. 2020;54(72):1-7.
25. Shearer JC, Lavis J, Abelson J, Walt G, Dion M. Evidence-informed policymaking and policy innovation in a low-income country: does policy network structure matter? *Evid Policy*. 2018;14(3):381-401.
26. Oliveira SMVL, Bento AL, Valdes G, Oliveira STP, Souza AS, Barreto JOM. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.165>.

Tabela 1. Perfil e conhecimento dos profissionais de saúde de duas UBS de Aracaju/SE, Brasil, 2020.

	N	%
Unidade Básica de Saúde		
UBS Manoel de Souza	9	47,4
UBS Santa Terezinha	10	52,6
Tempo de atuação na UBS		
< 1 ano	7	36,8
≥ 1 ano e < 10 anos	6	31,6
≥ 10 anos	6	31,6
Vínculo de trabalho		
Estatutário	13	68,4
Contratado – Processo Seletivo Simplificado	4	21,1
Contratado – Cargo comissionado	2	10,5
Membro(a) de equipe de Estratégia de Saúde da Família		
Não	6	31,6
Sim	13	68,4
Preceptor(a) de ensino clínico e/ou estágio em universidade		
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Conhecimento sobre as metas e indicadores de saúde pactuados pelo município		
Não	10	52,6
Sim	9	47,4
Existência de reuniões de equipe na UBS		
Não	5	26,3
Sim	14	73,7
Realização de ações de planejamento na UBS		
Não	10	52,6
Sim	9	47,4
Comunidade participa das atividades de planejamento da UBS		
Não	10	52,6
Sim	9	47,4
Conhecimento acerca de Núcleos de Saúde Coletiva Informados por Evidências		
Não	15	78,9
Sim	4	21,1
Desejo de conhecer e/ou participar do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências da sua Unidade Básica de Saúde		
Não	1	5,3
Sim	18	94,7

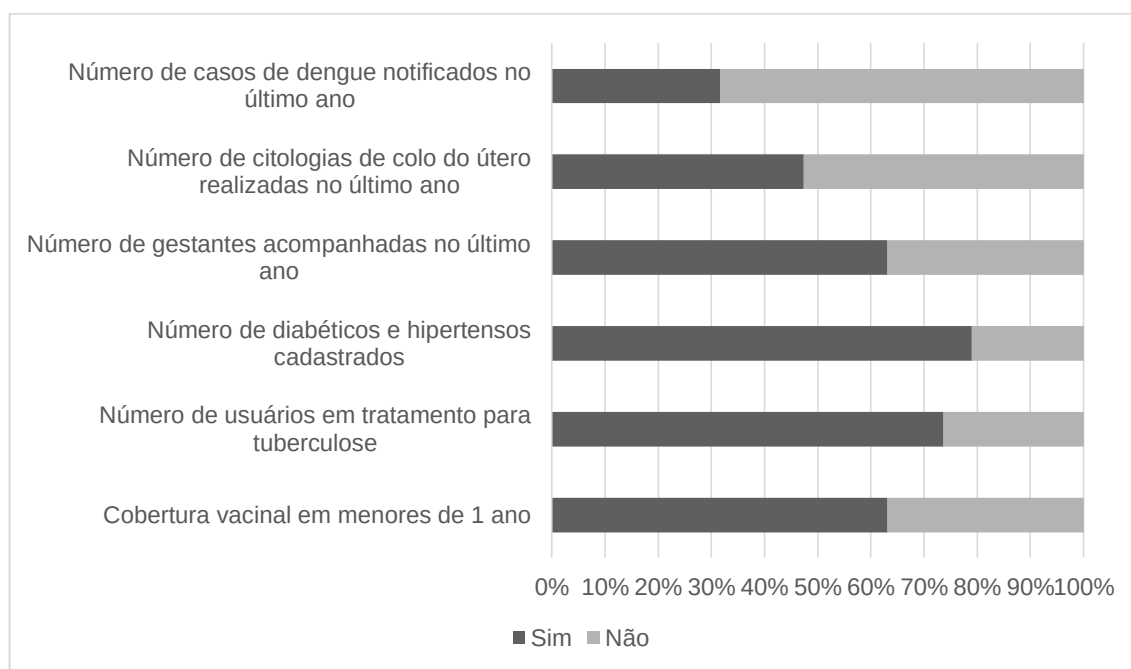


Figura 1. Distribuição dos conhecimentos acerca dos indicadores de Saúde da USF/ESF pelos profissionais de saúde e gerentes de 2 UBS de Aracaju/SE, Brasil, 2020.

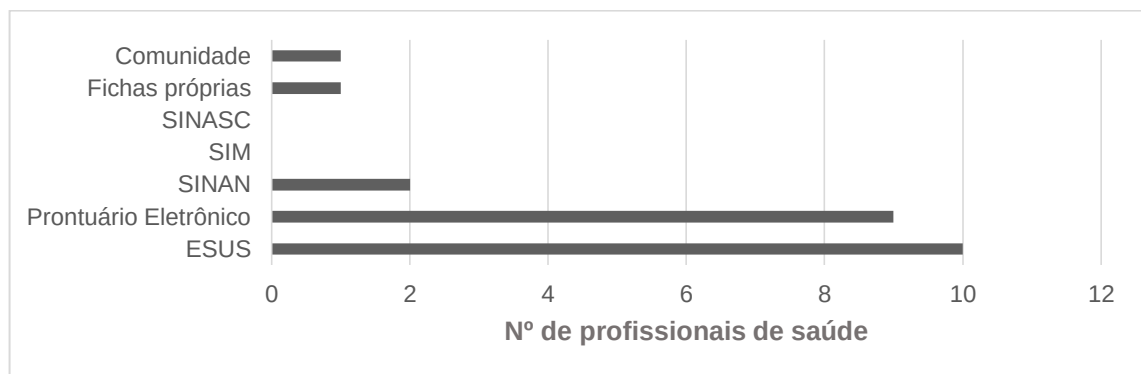


Figura 2. Fontes de informação utilizadas pelos profissionais de saúde para planejamento de ações em 2 UBS, Aracaju/SE, Brasil, 2020.

Nota: Fichas próprias (Fichas de Coleta de Dados Simplificada da Unidade Básica de Saúde); SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos); SIM (Sistemas de Informações sobre Mortalidade); SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação); ESUS (Estratégia de Informatização da Atenção Básica).

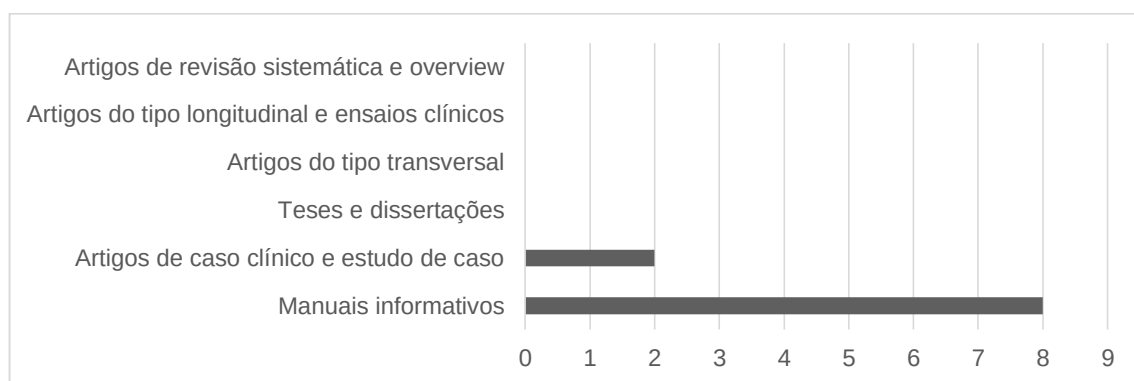


Figura 3. Fontes de evidências científicas utilizadas por profissionais de saúde para planejamento de ações ou tomada de decisões em 2 UBS, Aracaju/SE, Brasil, 2020

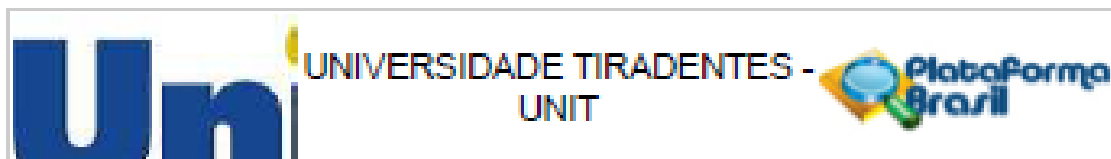
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da saúde coletiva, os meios de apropriação e emprego das evidências mostram-se complexos, pois envolvem pressupostos de adequação que nem sempre são observados em intervenções individuais, bem como avaliações de impactos orçamentários e políticos. Ainda assim, as UBS beneficiam-se da aproximação observada nos Núcleos de Saúde Coletiva Informado por Evidências e, em particular, na tomada de decisões em saúde.

Espera-se que os resultados possam contribuir com o planejamento em saúde no tocante a avaliação da utilidade dos NSCIE; aumento do conhecimento sobre o processo de tomada de decisão com consequente melhoria na resolutividade das demandas da atenção primária; e avaliação da possibilidade de ampliação da experiência de abertura de outros núcleos de saúde coletiva informados por evidências locais.

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências em Unidades Básicas de Saúde de Aracaju

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37167020.5.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.383.630

Apresentação do Projeto:

A atenção primária a saúde (APS) é a principal porta de acesso ao serviço de saúde pela população, além disso, é o ponto de ligação dos outros níveis de saúde, favorecendo especialmente, a atenção a saúde da família, estratégia que é priorizada pelo SUS. A APS tem, ainda responsabilidade sanitária com a população adscrita e nessa perspectiva, necessita utilizar de meios tecnológicos e avanços científicos para a melhoria do seu serviço. A utilização da informação baseada em evidências, através da criação e implantação de um Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências, mostra-se uma opção prática e que coloca a tomada de decisão na mão do gestor do cuidado. O plano de ação proposto pela equipe do projeto ESPIE do Hospital Sirio Libanês na Secretaria Municipal de Aracaju-SE é de implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências em 2 unidades básicas de saúde deste município. A cooperação técnica com a Universidade Tiradentes para a presente pesquisa possui o objetivo de avaliar o processo de implantação do núcleo de saúde Coletiva Informado por evidências (NSCIE) na percepção dos profissionais de saúde e dos gerentes de unidades básicas de saúde em Aracaju. Esta pesquisa será portanto um estudo avaliativo de abordagem quantitativo direcionado aos profissionais de saúde e gerentes de 2 unidades básicas de saúde em Aracaju-SE. Será utilizado um questionário construído com 18 questões semi-estruturadas direcionadas a profissionais de saúde de nível técnico e superior, além de gerentes da atenção básica para avaliar questões no tocante ao conhecimento da informação baseada em evidências a ser disponibilizado em link via formulário

Endereço: Campus Fariândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

google. Esta avaliação será realizada em dois momentos antes e depois da implantação do NSCIE. O instrumento será disponibilizado através de link em formulário Google a fim de garantir o distanciamento social. Espera-se realizar a avaliação e diagnóstico sobre o conhecimento dos profissionais de saúde das unidades de saúde de Aracaju quanto a prática de utilizar dados informados por evidências, e verificação da efetividade da Implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avallar o processo de implantação do núcleo de saúde Coletiva Informado por evidências (NSCIE) na percepção de profissionais de saúde e gerentes de unidades básicas de saúde em Aracaju.

Objetivo Secundário:

• Analisar a situação da gestão das unidades básicas de saúde selecionadas quanto a tomada de decisão nos processos de gerenciamento relacionados à atenção básica (primária) antes da implantação do NSCIE nas 2 unidades básicas selecionadas• Analisar antes da implantação do NSCIE o conhecimento de profissionais de saúde e gerentes quanto ao conceito e função do NSCIE e sobre o processo de tomada de decisão na atenção básica (primária) nestas unidades básicas selecionadas• Identificar se houve mudanças após a implantação do NSCIE no conhecimento de profissionais de saúde e gerentes quanto ao conceito e função do NSCIE e sobre o processo de tomada de decisão nas unidades básicas de saúde selecionadas na visão dos participantes• Verificar possíveis mudanças na tomada de decisão e nos processos de gestão do cuidado na atenção básica após a implantação do núcleo (NSCIE) nestas unidades na visão dos participantes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, visto que a participação será feita via formulário online, evitando assim o contato social. Entretanto pode haver desconforto para responder o questionário, sendo este minimizado devido a facilidade para responder em formulário virtualizado, de fácil de compreender, de tamanho adequado, que pode ser respondido em horário de sua escolha. Serão disponibilizados recursos virtualizados e uma equipe preparada para apoio nas dúvidas ou outras dificuldades.. Além disso se deixará disponível ao participante email e telefone do pesquisador responsável e equipe preparada para apoio nas dúvidas ou outras dificuldades.

(Conforme resolução 466/2012).

Benefícios:

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dentas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Avaliar a implantação do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por Evidências (NSCIE) terá como consequência a possibilidade de verificar a realidade, isto é se a implantação do NSCIE poderá ou não trazer melhoria na gestão da unidade de saúde assim como na qualidade da gerência do cuidado na atenção primária. Este fato pode contribuir indiretamente para o planejamento realístico destas unidades e consequentemente a saúde dos profissionais e de seus usuários. Diante de uma avaliação positiva pode haver ainda possibilidade de replicação para outras unidades básicas de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos enviados não apresentam a assinatura e/ou carimbo do responsável pela IES. Considerando a pandemia de Covid-19, a CONEP autoriza, se necessário e em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas dos responsáveis por instituições proponentes (como instituições de Ensino Superior e Programas de Pós-Graduação), instituições participantes ou Locais de Pesquisa, durante o tempo necessário à instalação da segurança e Saúde Pública. Os documentos que precisam de assinatura e carimbo devem ser anexados à PB na Opção outros (Etapa 5) após o período da Pandemia de COVID-19, na forma de Emenda.

Recomendações:

Solicitamos atenção na adequação do cronograma de execução do projeto de pesquisa em virtude da sua aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao

CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Para os projetos que receberem situação de parecer "PENDENTE", o pesquisador terá um prazo de 30 dias para proceder aos ajustes e reencaminhar os documentos para o CEP/Unit. Findo este prazo o projeto será arquivado pelo CEP/Unit, e desta forma o pesquisador deverá realizar um novo procedimento de submissão.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1611658.pdf	25/08/2020 12:52:31		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.pdf	25/08/2020 12:49:05	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestruturasMS.pdf	25/08/2020 12:48:35	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Email_concordancia_coordenacao_PSA_UNIT.pdf	25/08/2020 12:46:39	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoresp2.pdf	25/08/2020 12:45:13	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoresp1.pdf	25/08/2020 12:44:54	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao_UNIT.pdf	25/08/2020 12:39:56	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado.pdf	25/08/2020 12:39:28	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito

Continuação do Parecer: 4.363.600

Investigador	Projeto_detalhado.pdf	25/08/2020 12:39:28	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	25/08/2020 12:38:53	Cristiane Costa da Cunha Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 06 de Novembro de 2020

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador(a))

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

Questionário – Estratégias para Qualificação do Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde do Município de Aracaju/SE

Caro participante responda por gentileza as perguntas abaixo contribuindo para o diagnóstico situacional de aspectos do gerenciamento de Unidades básicas de saúde do município de Aracaju. Sua participação será de grande contribuição para o serviço de saúde pública.

Questionário

1. UBS: Santa Terezinha () Manoel de Souza ()
2. Tipo de vínculo
 - a. Estatutário / Servidor público ()
 - b. PSS ()
 - c. Cargo comissionado ()
 - d. Estagiário/ Residente ()
3. Carga Horária Semanal: 20 h () 30 h () 40 h () outros () _____
4. Você está inserido em uma ESF? () S () N Se sim, em qual?
5. Há quanto tempo trabalha nesta UBS?
6. No seu cotidiano de trabalho realiza reuniões em equipe? () S () N Se sim, com qual periodicidade?
7. Você conhece dados dos indicadores de saúde da sua UBS e/ou ESF? Quais?
 - a. Cobertura vacinal em menores de 1 ano () S () N
 - b. Número de óbitos infantis no último ano? () S () N
 - c. Número de diabéticos e hipertensos cadastrados () S () N
 - d. Número de citologias de colo do útero realizadas no último ano? () S () N
 - e. Número de casos de dengue notificados no último ano? () S () N
 - f. Número de usuários em tratamento para tuberculose? () S () N
 - g. Número de gestantes acompanhadas no último ano? () S () N
8. Você conhece as metas e indicadores pactuados pelo seu município? () S () N
9. Se sim, tem a rotina de debater sobre estes na UBS? () S () N
10. Você realiza planejamento de saúde na UBS? () S () N .

11. Se afirmativo para a questão anterior quais as evidências científicas usadas para a tomada de decisões e planejamento das ações? (Pode marcar mais de uma opção)

a.() manuais informativos

b() teses e dissertações

c() artigos de caso clínico e estudos de caso

d () artigos com dados primários com estudos transversais

e() artigos com dados primários com estudos longitudinais e ensaios clínicos e ensaios comunitários

f() artigos de revisão sistemática e overview

12. Quem são os participantes das reuniões de planejamento nesta unidade de saúde da família?

a() profissionais de saúde de nível superior

b() profissionais de nível médio e técnico

c() profissionais de nível médio e técnico e o gerente da unidade básica de saúde

d()) profissionais de nível médio e técnico e os de nível superior de cada equipe de saúde da família

e() profissionais de saúde de nível superior de cada equipe de saúde e gerente da unidade de saúde básica de saúde

f ()) profissionais de nível médio e técnico e os de nível superior de cada equipe de saúde da família e o gerente de cada equipe de saúde da família

g () profissionais de saúde de nível superior de todas as equipes de saúde e gerente da unidade de saúde básica de saúde.

h () profissionais de nível médio e técnico e os de nível superior de todas as equipes de saúde da família e o gerente de unidade de saúde básica de saúde.

i () outros _____

13. A comunidade participa das atividades de planejamento? () S () N

14. Você realiza avaliação das ações planejadas? () S () N

15. Quais as fontes de informação você utiliza para o planejamento e avaliação das ações de saúde?

() ESUS () Prontuário Eletrônico () SINAN () SIM () SINASC ()

Outros: _____

16. Você atua como preceptor da UNIT? () S () N . Se sim, em qual curso?

17. Você tem conhecimento acerca de Núcleo de Saúde Coletiva Informado por evidências?
() S () N

18. Você deseja participar do Núcleo de Saúde Coletiva Informado por evidências da sua UBS? () S () N