

# Institucionalização de Políticas Informadas por Evidências (PIE) em Organizações de Saúde: Síntese de Evidências e Diálogo Deliberativo Sobre Fatores Críticos

São Paulo/SP | 2024

**Equipe técnica - HSL**

Jorge Otávio Maia Barreto  
Maria Lúcia Teixeira Machado  
Rachel Riera  
Romeu Gomes  
Silvio Fernandes da Silva  
Tereza Setsuko Toma

**Especialistas de campo - HSL**

Ana Lúcia Marinho Marques  
Fernanda Campos de Almeida Carrer  
Regimarina Soares Reis  
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

**Equipe técnica - CGEVI/DECIT/MS**

Aurelina Aguiar de Lima  
Luana Mayara Nascimento Correia

**CONASEMS**

Elton da Silva Chaves – Assessor Técnico  
Nilo Bretas Júnior – Coordenador Técnico  
Mauro Guimarães Junqueira – Secretário Executivo  
Hisham Mohamad Hamida – Presidente

**CONASS**

Heber Dobis Bernarde – Assessor Técnico  
Jurandi Frutuoso – Secretário Executivo  
Fábio Bacchretti Vitor – Presidente

**Coordenadora da Coordenação Geral de Evidências em Saúde - CGEVI/MS**

Patrícia de Campos Couto

**Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT/MS**

Monica Felts de La Roca Soares

**Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS/MS**

Carlos Augusto Grabois Gadelha

**Coordenador do projeto ESPIE - HSL**

Silvio Fernandes da Silva

**Coordenadora de projetos - HSL**

Clayse Carla da Silva

**Coordenadora do NATS/NEv - HSL**

Rachel Riera

**Gerente de projetos - HSL**

Renata Rodrigues de Mattos

**Diretora de Compromisso Social - HSL**

Vania Rodrigues Bezerra

**Apoio operacional - HSL**

Ana Carolina Lucas  
Julia Victoria Costa Maximino  
Lorena Ferreira Milanelli



# Institucionalização de Políticas Informadas por Evidências (PIE) em Organizações de Saúde: Síntese de Evidências e Diálogo Deliberativo Sobre Fatores Críticos

São Paulo/SP | 2024

---

## **Autores**

Jorge Otávio Maia Barreto

Tereza Setsuko Toma

Romeu Gomes

Maria Lúcia Teixeira Machado

Rachel Riera

Isabela Porto de Toledo

Silvio Fernandes da Silva

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

159

Institucionalização de Políticas Informadas por Evidências (PIE) em organizações de saúde: síntese de evidências e diálogo deliberativo sobre fatores críticos / Jorge Otávio Maia Barreto ... [et al.]. – São Paulo: Ministério da Saúde; Hospital Sírio-Libanês, 2024. – (PROADI-SUS).

79 p. : il.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-85051-75-0

1. Políticas informadas por evidências. 2. Organizações de saúde. 3. Tomada de decisão. 4. SUS - Sistema Único de Saúde. I. Barreto, Jorge Otávio Maia. II. Toma, Tereza Setsuko. III. Gomes, Romeu. IV. Machado, Maria Lúcia Teixeira. V. Riera, Rachel. VI. Toledo, Isabela Porto de. VII. Silva, Silvio Fernandes da. VIII. Título. IX. Série.

NML WA 540.1

Bibliotecária Responsável: Andrea Alves de Andrade - CRB 8/9204.



# Sumário

<b>Lista de abreviaturas e siglas</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Resumo Executivo (policy brief)</b> .....	<b>7</b>
1.1. Mensagens-chave .....	7
1.2. Contexto .....	7
1.3. Métodos .....	8
1.4. Principais resultados .....	9
<b>2. Síntese de evidências</b> .....	<b>13</b>
2.1. Contexto .....	13
2.2. Conceitos e definições .....	13
2.3. Objetivos .....	14
2.4. Métodos .....	14
2.5. Resultados .....	17
2.6. Referências .....	37
2.7. Apêndices .....	40
Apêndice 1. Estratégias de buscas realizadas em 02/04/2024 .....	40
Apêndice 2. Estudos elegíveis excluídos e os motivos da exclusão .....	46
Apêndice 3. Detalhamento dos fatores críticos identificados .....	47
<b>3. Diálogo Deliberativo</b> .....	<b>59</b>
3.1. Introdução .....	59
3.2. Contribuições do exercício de priorização e da deliberação sobre os fatores críticos .....	60
3.3. Contribuições da deliberação sobre os indicadores de monitoramento e avaliação .....	69
3.4. Avaliação do Diálogo Deliberativo .....	73
3.5. Referências .....	75
3.6. Apêndices .....	76
Apêndice 1. Termo de Referência (TR) .....	76
Apêndice 2. Instrumento de Avaliação do Diálogo Deliberativo sobre fatores críticos e indicadores de institucionalização de PIE .....	78



## Lista de abreviaturas e siglas

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde

**CGEvi** – Coordenação Geral  
de Evidências em Saúde

**CIR** – Comissão Intergestores Regional

**CONASEMS** – Conselho Nacional de  
Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional  
de Secretários de Saúde

**CONITEC** – Comissão Nacional de  
Incorporação de Tecnologias no SUS

**DD** – Diálogo Deliberativo

**DECIT** – Departamento de  
Ciência e Tecnologia

**ENAP** – Escola Nacional de  
Administração Pública

**HSL** – Hospital Sírio-Libanês

**IBAMA** – Instituto Brasileiro do  
Meio Ambiente e dos Recursos  
Naturais Renováveis

**IPEA** – Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

**MBE** – Medicina Baseada em Evidências

**MEDLINE** – *Medical Literature Analysis  
and Retrieval System Online*

**MS** – Ministério da Saúde

**M&A** – Monitoramento e Avaliação

**NEv** – Núcleo de Evidências

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OSF** – *Open Science Framework*

**PIE** – Políticas Informadas por Evidências

**PRISMA** - *Preferred Reporting Items for  
Systematic Reviews and Meta-Analysis*

**Projeto ESPIE** – Apoio à Institucionalização  
de Políticas Informadas por  
Evidências (PIE) no SUS

**SECTICS** – Secretaria de Ciência,  
Tecnologia e Inovação e do Complexo  
Econômico-Industrial da Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TC** – Tradução do Conhecimento

**TDIE** – Tomada de Decisão  
Informada por Evidências

**TR** – Termo de Referência



# 1. Resumo Executivo (*policy brief*)

## 1.1. Mensagens-chave

A institucionalização da tomada de decisão informada por evidências (TDIE) nas organizações de saúde pública continua a ser uma área que requer maior compreensão.

Vários fatores são apontados na literatura como barreiras ou facilitadores para a institucionalização da TDIE, sendo fundamentais o monitoramento e a avaliação em processos de implementação das Políticas Informadas por Evidências (PIE).

## 1.2. Contexto

O projeto ESPIE, triênio 2024-2026, tem como propósito apoiar a institucionalização da TDIE em organizações do Sistema Único de Saúde (SUS).

A institucionalização é compreendida como um processo que permite que as evidências sejam vistas como um instrumento legítimo e passem a fazer parte da tomada de decisão em políticas de saúde.

A TDIE refere-se ao processo no qual evidências provenientes de pesquisas, dados locais, experiências de usuários e profissionais são sintetizadas, traduzidas, divulgadas e aplicadas em políticas e práticas de saúde.

Entre as atividades do projeto, foi prevista a elaboração de um guia de implementação, com base em fatores críticos e indicadores de institucionalização de PIE.

Uma síntese de evidências viva foi produzida a partir de informações obtidas da literatura científica global, permitindo elencar os principais fatores críticos, ou seja, barreiras e facilitadores implicados no processo de institucionalização, bem como indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e avaliação dos progressos alcançados e limitações.

Um diálogo deliberativo foi realizado, de modo a recolher percepções e sugestões dos participantes, tanto para a melhoria da síntese de evidências, quanto para a elaboração do guia de implementação.



## 1.3. Métodos

A síntese de evidências viva mapeou os fatores críticos para processos sustentáveis de institucionalização da TDIE em organizações de saúde pública e os indicadores de monitoramento e avaliação relacionados à implementação das PIE.

Uma busca abrangente de literatura foi conduzida em nove bases de dados, além de sites relacionados ao assunto e listas de referências dos estudos incluídos.

A seleção dos estudos foi realizada em duplicata, de modo independente e as discordâncias foram resolvidas por consenso. A extração dos dados foi realizada por revisores individuais e checada por outro revisor.

Os dados extraídos, tanto de fatores críticos quanto de indicadores, foram agrupados em seis dimensões:

**Governança** - que se refere a funções relacionadas com a elaboração de regras e a orientação para alcançar a institucionalização de PIE, incluindo plataformas institucionalizadas que promovem a interação e ultrapassam as fronteiras entre a investigação e a política.

**Processos padronizados e rotinizados** - que são necessários para garantir produtos e processos de tradução do conhecimento de alta qualidade, nos quais os decisores políticos confiam e são mais propensos a utilizar.

**Liderança e compromisso** - que compreende uma liderança legítima, com capacidade de influenciar a adoção duradoura das PIE nas organizações, por meio da alocação de recursos ou de incentivo, apoio e orientação.

**Recursos** - que implica contar, além dos recursos financeiros, com uma massa crítica de pessoas hábeis na aplicação da tradução do conhecimento de forma rotineira e consistente.

**Parcerias, ação coletiva e apoio** - que são essenciais para o envolvimento contínuo e de múltiplas partes interessadas pela mesma causa, resolução conjunta de problemas, identificação de recursos para tradução do conhecimento e apoio técnico contínuo.





Cultura - que valoriza o uso de evidências na tomada de decisão, permitindo uma compreensão comum do que é a tradução do conhecimento, que valor ela pode trazer e o que se pode esperar em termos de atividades e benefícios.

## **1.4. Principais resultados**

Vinte e quatro estudos foram incluídos, dos quais vinte informaram sobre fatores críticos e seis sobre indicadores.

Os fatores críticos e os indicadores são apresentados nos seguintes elementos dentro de cada uma das dimensões.

Governança - É importante considerar a concorrência na tomada de decisão, o contexto organizacional, as ferramentas de comunicação, a gestão organizacional das PIE, monitoramento e avaliação, a motivação para mudança e a relevância política.



<b>Elementos</b>	<b>O que é importante levar em consideração</b>
Concorrência na tomada de decisão	Diversos aspectos podem dificultar a implementação da TDIE, incluindo fatores organizacionais, políticos e estratégicos; restrições financeiras e de recursos; experiência pessoal; senso comum; opinião de especialistas; pressão pública e de partes interessadas; visões da comunidade e competição local.
Contexto organizacional	O contexto em que o conhecimento é produzido pode diferir do contexto em que será aplicado, em termos de política, cultura e economia. Portanto, é necessário identificar as possibilidades de adaptação das evidências em cada organização.
Ferramentas de comunicação	É importante estabelecer mecanismos e canais para uma comunicação eficaz e sustentável, tanto para construir uma compreensão em PIE quanto para compartilhar experiências entre os pesquisadores e os usuários das evidências.
Gestão organizacional das PIE	A implementação do sistema de gestão do conhecimento envolve o uso, a transferência e a tradução de informações, sendo necessária uma visão de longo prazo para garantir uma aprendizagem contínua.
Monitoramento e avaliação	Destaca-se a importância de medir e melhorar a prontidão organizacional para mudanças, identificando objetivos mensuráveis e garantindo que as medidas de avaliação reflitam esses objetivos.
Motivação para mudança	É necessário investir na construção e manutenção da confiança, na motivação e organização de equipes para incorporar a pesquisa na prática.
Relevância política	Atenção deve ser dada à relevância das evidências para as necessidades políticas, bem como à adequação cultural, aceitabilidade ou aplicabilidade na prática.

Processos padronizados e rotinizados - Os seguintes elementos foram incluídos nessa dimensão: adequação, apresentação, entrega e oportunidade da informação.

<b>Elementos</b>	<b>O que é importante levar em consideração</b>
Adequação da informação	Devem ser observadas as restrições práticas e a quantidade excessiva de informações, adaptando a abordagem ao contexto local e utilizando formatos participativos.
Apresentação da informação	O alcance pode ser facilitado por resumos com mensagens-chave adaptadas ao público-alvo, nos quais são claros a relevância dos resultados e os fatores importantes para contextualizar as evidências.
Entrega da informação	No processo de entrega das informações, destacam-se as formas ativas multicomponentes, as mensagens direcionadas, as visitas educacionais e os resumos.
Oportunidade da informação	Há necessidade de prover o conhecimento adequado na oportunidade da tomada de decisão, por meio da implementação da gestão do conhecimento nas organizações de saúde.



Liderança e compromisso – Compreende os elementos de perfil e envolvimento de líderes.

Elementos	O que é importante levar em consideração
Envolvimento dos líderes	Considera-se fundamental envolver líderes de opinião para aumentar a conscientização e defender soluções integradas.
Perfil dos líderes	Entre as competências necessárias incluem-se a capacidade de escrita e de oratória, além da habilidade de extrair o valor agregado de plataformas e mecanismos de pesquisa.

Recursos – Está relacionado aos seguintes elementos: conhecimentos, habilidades e competências, infraestrutura organizacional, limitações de tempo, programas de capacitação, recursos humanos e financeiros suficientes.

Elementos	O que é importante levar em consideração
Conhecimentos	Uma das barreiras apontadas é a falta de conhecimentos ou pouca familiaridade sobre como utilizar os resultados das pesquisas e as recomendações de diretrizes.
Habilidades e competências	Elas incluem saber buscar, avaliar e interpretar as evidências. Entre as barreiras são citados a limitação nas competências digitais, na familiaridade com bases de dados e o baixo grau de instrução em métodos de pesquisa.
Infraestrutura organizacional	É importante considerar a vontade política e uma estratégia de expansão bem definida. Atenção deve ser dada à disponibilidade e ao acesso à pesquisa, ao suporte gerencial e político e aos recursos materiais disponíveis.
Limitações de tempo	As restrições de tempo, em razão de gestão inadequada, organização do pessoal, densidade da carga de trabalho e escassez de mão de obra, são fatores que prejudicam o uso de evidências.
Programas de capacitação	É necessário dispor de uma política ou plano para implementar várias atividades de capacitação, incluindo a formação em investigação, treinamento no uso de tecnologias específicas que apoiam o acesso às evidências e compreensão de estratégias eficazes de TC.
Recursos humanos	A disponibilidade de recursos humanos, além da integração de bibliotecários e especialistas em informação em saúde na organização são fatores que facilitam o uso de evidências.
Recursos financeiros	Há necessidade de prever orçamentos para atividades relacionadas à pesquisa, considerando os custos de intervenção e outros fatores econômicos.

Parcerias, ação coletiva e apoio – Refere-se a elementos como o envolvimento das partes interessadas, ferramentas e estruturas de intercâmbio e processos colaborativos.



Elementos	O que é importante levar em consideração
Envolvimento das partes interessadas	Isso inclui envolver o pessoal da linha da frente e os gestores de saúde na elaboração e desenvolvimento das pesquisas, e mobilizar a sociedade civil.
Ferramentas e estruturas de intercâmbio	São de grande valia as estruturas de ação participativa baseadas na troca interativa de conhecimento e a utilização de mecanismos e redes para interação e cooperação eficazes entre produtores e utilizadores de conhecimentos.
Processos colaborativos	As iniciativas podem envolver a aprendizagem intersetorial e interagências, a tomada de decisão colaborativa com outras organizações comunitárias, os diálogos multiatores interessados e as parcerias entre universidades e institutos de pesquisa com os líderes locais responsáveis pela investigação.

Cultura – Inclui a credibilidade das evidências, preferências das partes interessadas, dificuldade organizacional para a mudança, alinhamento entre pesquisa e política, envolvimento de tomadores de decisão em pesquisas e cultura de apoio ao uso de evidências.

Elementos	O que é importante levar em consideração
Alinhamento entre pesquisa e política	Atenção deve ser dada a: agendas de pesquisa, critérios de seleção dos projetos, possibilidades de generalização dos achados para outros contextos, rigor metodológico das pesquisas e envolvimento das partes interessadas.
Credibilidade das evidências	Entre possíveis barreiras são citadas a falta de credibilidade das evidências, percepções negativas do uso da pesquisa como um processo burocrático e não oportuno, a irrelevância da pesquisa e a definição pouco clara de evidências.
Cultura de apoio ao uso de evidências	A tradução do conhecimento é aprimorada quando os profissionais de saúde percebem e se identificam positivamente com a organização.
Envolvimento de tomadores de decisão em pesquisas	Os esforços devem caminhar no sentido de envolver os <i>stakeholders</i> no início do processo de concepção e iniciação da pesquisa, fomentar a troca entre pesquisadores e profissionais de saúde por meio do fornecimento de apoio metodológico.
Preferências das partes interessadas	Deve-se levar em conta que as preferências na escolha de evidências variam de acordo com o grupo profissional, e que as evidências podem ser utilizadas apenas para legitimar decisões já tomadas.
Receptividade a mudanças	É preciso atentar para a cultura de tomada de decisão, a motivação e consciência sobre as evidências, a resistência à introdução de novas práticas em razão das restrições de capacidade.



## 2. Síntese de evidências<sup>a</sup>

### 2.1. Contexto

A institucionalização da tomada de decisão informada por evidências (TDIE) nas organizações de saúde pública continua a ser uma área que requer maior compreensão. Isso inclui identificar os fatores críticos que influenciam esse processo e indicadores para o monitoramento e avaliação de resultados<sup>1</sup>.

### 2.2. Conceitos e definições

Institucionalização – processo e resultado da (re)criação, manutenção e reforço de normas, regulamentos e práticas padrão que, com base em significados e valores coletivos, ações, bem como dotação de recursos, permitem que as evidências se tornem – ao longo do tempo – um instrumento legítimo e parte da tomada de decisão em políticas de saúde<sup>1</sup>.

Tomada de decisão informada por evidências – o processo no qual evidências de alta qualidade provenientes de pesquisas, dados locais, experiências de usuários e profissionais são sintetizadas, traduzidas, divulgadas e aplicadas à tomada de decisões em políticas e práticas de saúde<sup>2</sup>. Os conceitos relacionados incluem: uso de evidências, transformação de evidências em ação, implementação de evidências, difusão de evidências, elaboração de políticas informadas por evidências, absorção de conhecimento, mobilização de conhecimento, transferência de conhecimento, tradução de conhecimento (TC), implementação de conhecimento, compartilhamento de conhecimento, uso de pesquisa, divulgação de pesquisas e pesquisa translacional.

Fatores críticos para implementação – fatores (exs.: barreiras e facilitadores) dos contextos organizacionais, em diferentes níveis (micro, meso e macro), que influenciam a implementação de diferentes tipos de processos de institucionalização.

Indicadores (monitoramento e avaliação) – importantes ferramentas de tomada de decisão utilizadas para analisar as informações disponíveis sobre os processos corporativos e que contribuem para o conhecimento do desempenho da organização.

---

a - Esta versão foi atualizada após sugestões do diálogo deliberativo.



## 2.3. Objetivos

- i) Mapear fatores críticos para processos sustentáveis de institucionalização da tomada de decisão informada por evidências nas organizações de saúde pública, na perspectiva dos sistemas e políticas de saúde; e
- ii) Propor um quadro geral para apoiar os processos de implementação da institucionalização da tomada de decisão informada por evidências, incluindo o monitoramento e a avaliação desses processos.

## 2.4. Métodos

Esta síntese de evidências viva tem como objetivo informar uma discussão para desenvolver orientações de implementação contextualizada para institucionalizar a TDIE em organizações de saúde pública. O protocolo foi disponibilizado na plataforma *Open Science Framework (OSF)* antes da realização da revisão<sup>b</sup>. O relatório tem como base a diretriz brasileira para Sínteses de Evidências para Políticas de Saúde<sup>3</sup> e o PRISMA, nos aspectos relevantes para este estudo<sup>4</sup>.

### 2.4.1. CONSULTA ÀS PARTES INTERESSADAS

As partes interessadas foram consultadas durante o desenvolvimento do protocolo. Essa abordagem buscou potencializar a aplicabilidade dos resultados e facilitar a tradução e divulgação das informações obtidas na literatura. Para tal, foram consultados os seguintes *stakeholders*: (i) de evidências - decisores políticos de saúde, gestores de saúde e profissionais de saúde - para facilitar a convergência entre a questão de investigação e as decisões e processos práticos, e para melhorar a compreensão dos conceitos e definições relacionados com fatores críticos da institucionalização do TDIE; (ii) em conteúdo - especialistas em TDIE - para verificar a relevância desta síntese e para apoiar o mapeamento de fontes adicionais de evidências; (iii) em metodologia, para apoiar o planejamento, a condução e a elaboração do relatório do estudo em relação aos aspectos metodológicos.

### 2.4.2. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DE ESTUDOS

As seguintes perguntas orientadoras guiaram esta síntese:

<sup>b</sup> - <https://osf.io/rdzps/>



(i) Quais fatores influenciam a institucionalização da TDIE nas organizações de saúde pública, na perspectiva dos sistemas e políticas de saúde?

(ii) Quais dimensões/indicadores podem ser usados para monitorar e avaliar o progresso e os resultados relacionados com a TDIE, na perspectiva dos sistemas e políticas de saúde, nas organizações de saúde pública?

Com base nessas questões orientadoras, utilizou-se o acrônimo PCC (Problema, Conceito e Contexto) para estruturar as estratégias de busca desta síntese (Quadro 1).

**Quadro 1.** *Acrônimo PCC para as questões de interesse*

Componente	Questão orientadora 1	Questão orientadora 2
Problema	Institucionalização da TDIE	Institucionalização da TDIE
Conceito	Fatores críticos de institucionalização da TDIE	Dimensões e indicadores para monitoramento e avaliação da institucionalização da TDIE
Contexto	Organizações de gestão de saúde pública (formulação e implementação de políticas)	Organizações de gestão de saúde pública (formulação e implementação)

Os critérios para inclusão foram: *overviews* de revisões sistemáticas, revisões sistemáticas, revisões de escopo e revisões de estudos qualitativos que analisaram e/ou descreveram qualquer informação relacionada às questões orientadoras; documentos, ferramentas, diretrizes institucionais.

### 2.4.3. BUSCAS DE ESTUDOS

Uma busca estruturada, sensível e abrangente na literatura foi conduzida em 02/04/2024 (Apêndice 1) nas seguintes bases de dados e fontes de pesquisa: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE, via PubMed); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Web of Science*; *Health Systems Evidence*; Epistemonikos; EMBASE (via Elsevier); *Campbell Collaboration*; *PDQ-Evidence*; Google Acadêmico.

Buscas não estruturadas foram realizadas nas seguintes fontes de políticas informadas por evidências: *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ/EUA*<sup>c</sup>; *Centre for Reviews and Dissemination, Service Delivery and Organization*<sup>d</sup>; *Cochrane Effective Practice and*

c - <https://eurohealthobservatory.who.int/>

d - <https://www.york.ac.uk/crd/research/service-delivery/>



*Organization of Care - EPOC<sup>e</sup>; European Observatory on Health Systems and Policies<sup>f</sup>; Evidence Informed Policy Network (EVIPNet); International Initiative for Impact Evaluation - 3ie<sup>g</sup>; The Alliance for Health Policy and Systems Research<sup>h</sup>; What Works Centres<sup>i</sup>.*

Adicionalmente, foram realizadas buscas manuais nas listas de referências dos estudos incluídos e por meio do acesso a fontes de literatura cinzenta.

Não foram impostas restrições de data, idioma e *status* de publicação.

Por se tratar de uma síntese de evidências viva, estão previstas atualizações das buscas anualmente.

#### 2.4.4. SELEÇÃO DE ESTUDOS

O processo de seleção foi conduzido por dois grupos de revisores, de forma independente, aplicando uma abordagem em duas etapas e utilizando a plataforma Rayyan<sup>5</sup>. Na primeira etapa, os títulos e resumos das referências recuperadas foram triados e, posteriormente, classificados como “potencialmente elegíveis” ou “eliminados”. Na segunda etapa, os revisores avaliaram o texto completo das referências “potencialmente elegíveis” em relação aos critérios de elegibilidade para a decisão final. Um terceiro grupo de revisores resolveu inconsistências na decisão dos revisores.

#### 2.4.5. EXTRAÇÃO DE DADOS

Um grupo de revisores extraiu os dados de cada estudo incluído e um segundo grupo confirmou a precisão da extração.

As seguintes informações foram coletadas para cada estudo selecionado: Informações gerais - autor, ano de publicação, tipo de publicação (artigo/relatório, texto completo/resumo), desenho do estudo, fonte de financiamento e conflitos de interesse; Instituição proponente (governamental, não governamental, outras). Questão orientadora abordada (1 e/ou 2): foram abordados fatores críticos para a institucionalização da TDIE e dimensões e indicadores de monitoramento e avaliação.

e - <https://epoc.cochrane.org/>

f - <https://eurohealthobservatory.who.int/>

g - <https://www.3ieimpact.org/>

h - <https://ahpsr.who.int/>

i - <https://www.gov.uk/guidance/what-works-network>



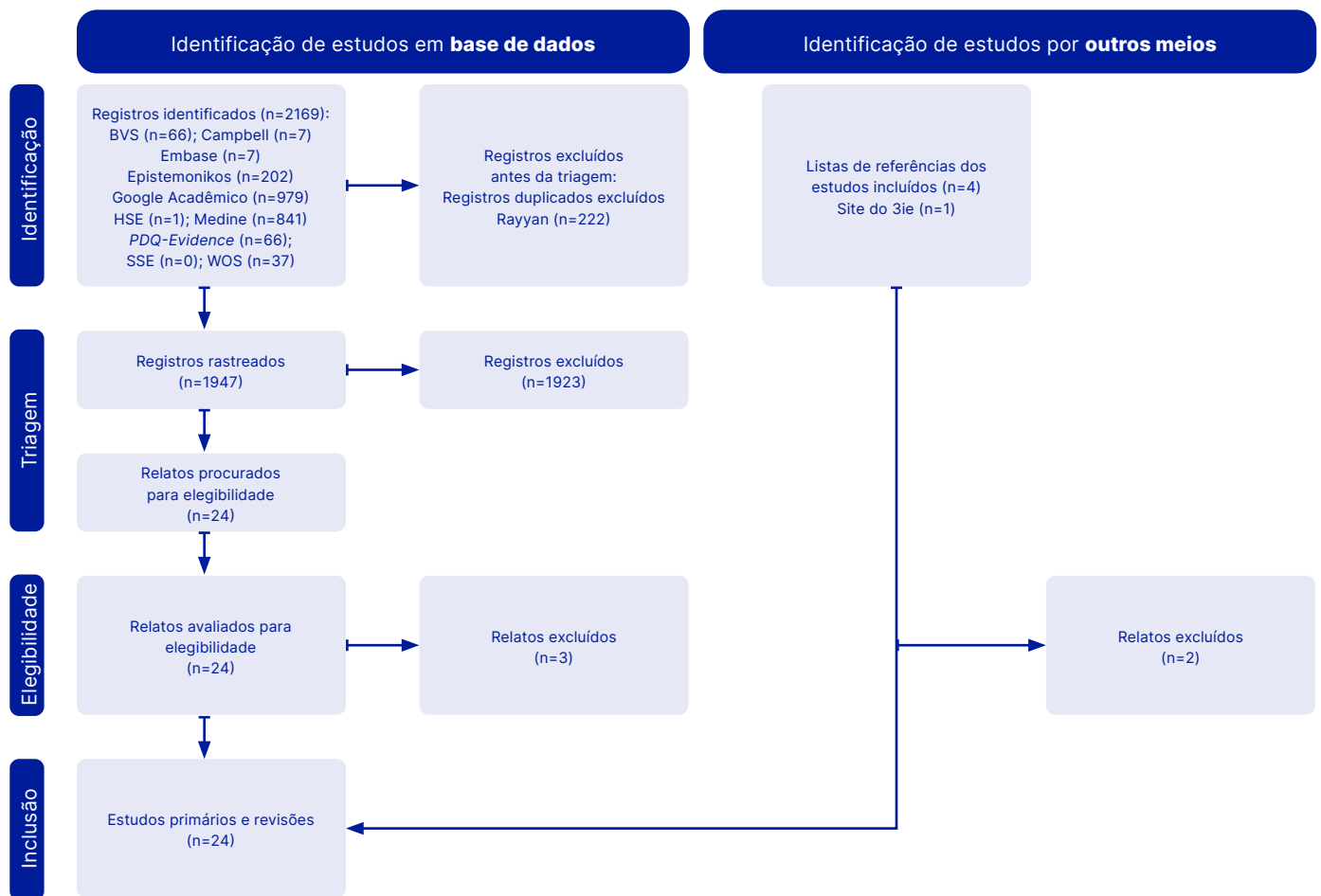


## 2.4.6. AVALIAÇÃO CRÍTICA

A qualidade metodológica dos estudos não foi avaliada, mas uma avaliação crítica do conteúdo principal dos estudos incluídos foi realizada pelos revisores, que consideraram a relevância do conteúdo à luz das questões orientadoras e com o objetivo de propor uma estrutura conceitual para a institucionalização da TDIE, incluindo monitoramento e avaliação dos processos de implementação.

## 2.5. Resultados

De 2.169 registros recuperados nas bases de dados, 222 foram excluídos por serem duplicatas e 1.923 pela leitura de títulos e resumos. De 24 relatos elegíveis, lidos na íntegra, três foram excluídos e 21 incluídos nesta etapa. Adicionalmente, cinco revisões sistemáticas foram recuperadas (quatro das listas de referências e uma do site da *International Initiative for Impact Evaluation - 3ie*), das quais duas foram excluídas. Desse modo, 24 artigos foram selecionados para extração de dados e síntese (Figura 1). Os estudos excluídos e os motivos de exclusão são apresentados no Apêndice 2.



**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção, adaptado de Page et al. (2021)<sup>4</sup>

## 2.5.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os 24 artigos incluídos<sup>6-29</sup> foram publicados de 2011 a 2024. No Quadro 2, são apresentadas algumas características desses estudos.

Quanto ao desenho, os estudos são referidos como revisão de escopo (n=6), revisão sistemática (n=6), revisão de literatura ou narrativa (n=3), revisão rápida (n=2), revisão integrativa (n=1), *overview* (n=1), revisão documental (n=1), além de estudos qualitativos (n=2), estudo de métodos mistos (n=1) e estudo de intervenção (n=1), precedidos de revisões de literatura.

Dezoito estudos tiveram como foco apenas fatores críticos, quatro abordaram somente indicadores e dois relataram tanto fatores críticos quanto indicadores.

Os fatores críticos analisados são relativos à tradução do conhecimento (TC), contexto organizacional, colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão, ferramentas de



disseminação de informações ou difusão de evidências, implementação, uso de evidências na gestão, incorporação de pesquisas na prática, escalonamento de intervenções em saúde pública e cultura organizacional.

Os indicadores propostos ou aplicados referem-se à implementação, qualidade da TC, redes de TC, infraestrutura de TC e capacitação, sistemas de informação e avaliação da implementação de programas.

**Quadro 2.** Características gerais dos estudos incluídos

Autor, ano	Desenho	Objetivo	Foco
Abu-Odah et al. (2021) <sup>6</sup>	Overview (5 revisões sistemáticas, 4 narrativas, 1 de escopo)	Sintetizar a literatura existente para elucidar as barreiras e facilitadores à tradução da pesquisa em saúde para a prática clínica	Fatores críticos de TC
Alsaqqa (2020) <sup>7</sup>	Revisão da literatura (58 artigos)	Apresentar um <i>framework</i> que incorpora vários tipos de pontos de vista vinculados entre si, incluindo coordenação em várias divisões das organizações, com base em pesquisa no contexto da assistência médica	Fatores críticos de contexto da assistência médica
Armstrong et al. (2013) <sup>8</sup>	Estudo de intervenção e plano de implementação, com base em uma revisão da literatura teórica e narrativa, uma revisão sistemática dos efeitos das estratégias de TC, uma pesquisa de governos locais e um estudo qualitativo sobre processos de tomada de decisão em governos locais de Victoria, Austrália	Descrever o <i>design</i> e o plano de implementação de uma intervenção de tradução de conhecimento para tomada de decisões de saúde pública no governo local	Indicadores de implementação
Becerril-Montekio et al. (2021) <sup>9</sup>	Revisão de escopo (74 artigos)	Identificar termos, abordagens, aplicação e eventual influência da colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão do sistema de saúde no processo de pesquisa sobre a utilização de evidências	Fatores críticos de colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão



Bhuiya et al. (2024) <sup>10</sup>	Revisão de escopo (253 artigos)	Identificar indicadores de qualidade a partir de ferramentas existentes que fornecem orientação sobre como praticar a tradução do conhecimento e a ciência da implementação (ferramentas de prática de TC) em todos os domínios de TC (disseminação, implementação, sustentabilidade e escalabilidade)	Indicadores de qualidade sobre TC
Clar et al. (2011) <sup>11</sup>	Revisão sistemática (54 artigos)	Avaliar os efeitos de intervenções para melhorar a captação de pesquisa em políticas de saúde em países de baixa e média rendas; identificar as barreiras e facilitadores para a captação de evidências de pesquisa	Fatores críticos para a captação de evidências de pesquisa
Da Silva et al. (2022) <sup>12</sup>	Revisão rápida (2 artigos)	Identificar estratégias para promover o uso de ferramentas ( <i>dashboards</i> , <i>tabuladores</i> , bases de dados etc.) para disseminação das informações de interesse para monitoramento e avaliação em sistemas e políticas de saúde	Fatores críticos e indicadores para uso de ferramentas de disseminação
Delnord et al. (2019) <sup>13</sup>	Revisão de escopo (79 artigos)	Identificar os mecanismos e determinantes essenciais da TC que poderiam ajudar a monitorar o impacto dos sistemas nacionais de informação em saúde	Fatores críticos e indicadores de sistemas nacionais de informação em saúde
Dodd et al. (2019) <sup>14</sup>	Revisão sistemática (24 artigos)	Entender melhor os fatores críticos que facilitaram a difusão de evidências científicas em múltiplas fases da formulação de políticas de saúde em Bangladesh	Fatores críticos de difusão de evidências
Doshmangir et al. (2022) <sup>15</sup>	Estudo qualitativo, precedido de revisão sistemática (18 artigos)	Revisar intervenções usadas para promover o conhecimento e as habilidades de pesquisadores e organizações produtoras de conhecimento na produção e tradução de evidências para a formulação de políticas e explorar as intervenções em nível individual e institucional no sistema de saúde iraniano para fortalecer a TDIE	Fatores críticos de TC
Harlos et al. (2012) <sup>16</sup>	Revisão de literatura e síntese narrativa (100 artigos)	Sintetizar as literaturas de gestão e saúde para obter <i>insights</i> sobre a implementação de mudanças baseadas em evidências na área da saúde, extraídas de dados específicos do setor	Fatores críticos de implementação
Humphries et al. (2014) <sup>17</sup>	Revisão sistemática (14 artigos)	Identificar potenciais barreiras e facilitadores enfrentados por gestores para o uso de evidências na gestão de programas em organizações de saúde	Fatores críticos de uso de evidências na gestão



Kuchenmüller et al. (2022) <sup>18</sup>	Métodos mistos em quatro fases: uma revisão bibliográfica direcionada de redes, atividades e indicadores de TC; duas revisões de escopo para aprimorar o conjunto de indicadores; revisões por especialistas internacionais em TC e uma consulta <i>online</i> com especialistas; pilotagem	Descrever o desenvolvimento de um <i>framework</i> para monitoramento e avaliação de redes de tradução de conhecimento (TC)	Indicadores de redes de TC
Li et al. (2018) <sup>19</sup>	Revisão integrativa (36 artigos)	Identificar as características contextuais organizacionais mais comumente relatadas que influenciam a implementação de práticas baseadas em evidências em ambientes de saúde e descrever como essas características afetam a implementação	Fatores críticos de contexto organizacional
Milat et al. (2015) <sup>20</sup>	Revisão narrativa (24 artigos)	Sintetizar evidências sobre o escalonamento de intervenções de saúde pública em políticas e práticas para toda a população, com foco na definição e descrição de <i>frameworks</i> , processos e métodos de escalonamento de iniciativas de saúde pública	Fatores críticos de escalonamento de intervenções em saúde pública
Oliver et al. (2014) <sup>21</sup>	Revisão sistemática (145 artigos)	Identificar novas barreiras e facilitadores ao uso de evidências por formuladores de políticas e avaliar o estado da pesquisa nessa área	Fatores críticos do uso de evidências por formuladores de políticas
Ongolo-Zogo et al. (2014) <sup>22</sup>	Revisão estruturada de documentos governamentais (54 documentos)	Avaliar se e como ocorreram mudanças no clima para a formulação de políticas do sistema de saúde baseadas em evidências antes e depois do estabelecimento de duas Plataformas de Tradução de Conhecimento sediadas em instituições governamentais em Camarões e Uganda desde 2006	Fatores críticos de mudança na cultura organizacional
Orton et al. (2011) <sup>23</sup>	Revisão sistemática (18 artigos)	Sintetizar evidências empíricas sobre o uso de evidências de pesquisa por tomadores de decisão em saúde pública em ambientes com sistemas universais de saúde	Fatores críticos do uso de evidências em sistemas universais de saúde
Scarlett et al. (2020) <sup>24</sup>	Revisão de escopo (32 artigos)	Identificar, sintetizar e avaliar indicadores usados para avaliar a infraestrutura de TC e atividades de capacitação em um contexto de política de saúde, a fim de informar intermediários de conhecimento organizacional	Indicadores de avaliação de infraestrutura de TC e atividades de capacitação



Shafaghat et al. (2022) <sup>25</sup>	Revisão sistemática (17 artigos)	Desenvolver um <i>framework</i> abrangente para tomada de decisão baseada em evidências (TDBE)	Fatores críticos de tomada de decisão baseada em evidências
Shafaghat et al. (2021) <sup>26</sup>	Revisão de escopo (49 artigos)	Mapear os potenciais facilitadores e barreiras à gestão baseada em evidências (GBE) em sistemas de saúde para ajudar os gestores de saúde a implementarem melhor a GBE em suas organizações	Fatores críticos de gestão baseada em evidências
Slade et al. (2018) <sup>27</sup>	Revisão rápida (16 artigos)	Avaliar <i>frameworks</i> para incorporar pesquisas em práticas rotineiras de saúde, como base para um atendimento de alta qualidade, seguro, eficiente e focado no consumidor	Fatores críticos de incorporação de pesquisas em práticas rotineiras em serviços de saúde
Turner et al. (2017) <sup>28</sup>	Revisão de escopo (31 artigos)	Revisar a literatura de saúde sobre inovações em cuidados intensivos e primários e mapear processos nos níveis profissional, organizacional e de sistema local que influenciam como as evidências informam a tomada de decisões sobre inovação	Fatores críticos de processos de tomada de decisão nos níveis profissional, organizacional e de sistema local
Witter et al. (2017) <sup>29</sup>	Estudo qualitativo precedido de análise de mais de 170 documentos variados e revisão da literatura sobre 3DE	Avaliar se o modelo do programa <i>Demand-Driven Evaluations for Decisions</i> (3DE) foi bem-sucedido em apoiar e aumentar a formulação de políticas baseadas em evidências, desenvolver capacidade e mudar o comportamento da equipe do Ministério	Fatores críticos e indicadores do programa 3DE em Uganda e Zâmbia

Fonte: Elaboração própria.

## 2.5.2. FATORES CRÍTICOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TDIE

Na Figura 2, são apresentados os agrupamentos dos dados extraídos dos vinte artigos nas seguintes dimensões do *framework* de Kuchenmüller et al. (2022)<sup>1</sup>: Governança; Processos padronizados e rotinizados; Liderança e compromisso; Recursos; Parcerias, ação coletiva e apoio; Cultura.



**Figura 2.** Listagem agregada de fatores críticos para a institucionalização de TDIE, segundo seis dimensões adaptadas de Kuchenmüller et al. (2022)<sup>1</sup>.





A seguir, será apresentada uma síntese dos agrupamentos em cada dimensão. No Apêndice 3, podem ser observadas as informações extraídas dos estudos conforme as categorias desses agrupamentos.

## Dimensão Governança

Refere-se a uma vasta gama de funções relacionadas com a elaboração de regras e a orientação para alcançar a institucionalização da PIE. Nesse sentido, considera-se de grande relevância a criação de estruturas ou plataformas institucionalizadas que não só aumentam a visibilidade da TC em todo o sistema, mas também as protegem de mudanças *ad hoc* na política e nos contextos<sup>1</sup>. Os sete elementos apresentados a seguir referem-se ao agrupamento de informações recolhidas de 18 estudos.

Concorrência na tomada de decisão (n=3)<sup>13,22,23</sup> - Influências concorrentes podem funcionar como barreiras, mas poderiam ser aliadas, como, por exemplo, o papel da mídia e das campanhas de *marketing* social. Influências concorrentes podem incluir fatores organizacionais, políticos e estratégicos, restrições financeiras e de recursos, experiência pessoal, senso comum, opinião de especialistas, pressão pública e de partes interessadas, visões da comunidade e competição local.

Contexto organizacional (n= 4)<sup>7,13,21,26</sup> - O contexto em que o conhecimento é produzido pode diferir do contexto em que é aplicado em termos de política, cultura e economia. Outros fatores referem-se à existência de diretrizes ou declaração de política, suporte legal ou legislativo. Facilitadores incluem ter escopo e objetivos claros, responsabilidade e prestação de contas, liderança forte, suporte organizacional, cultura organizacional, trabalho em equipe, colaboração e comunicação.

Ferramentas de comunicação (n=7)<sup>6,11,12,13,15,23,27</sup> - Os estudos abordam a importância de estabelecer mecanismos e canais para uma comunicação eficaz e sustentável, tanto para construir uma compreensão em PIE, quanto para compartilhar experiências. Devem ser considerados a comunicação melhorada e o diálogo sustentado entre pesquisadores e usuários finais, confiança entre pesquisadores e formuladores de políticas. As ferramentas de divulgação e comunicação incluem plataformas de partilha de informação sobre saúde, boletins informativos e comunicações pessoais, fazendo uso de diversos formatos e tecnologias. Discute-se também a necessidade de estabelecer uma comunicação científica mais eficaz aos tomadores de decisão, além de facilitar o acesso a repositórios de pesquisa. Considera-se como facilitadoras a integração de ferramentas específicas do programa em uma única plataforma e a automação dos processos de gerenciamento de dados.





Gestão organizacional das PIE (n=10)<sup>6,7,13,14,17,20,22,26,28,29</sup> - A implementação do sistema de gestão do conhecimento envolve o uso, a transferência e a tradução de informações, sendo necessária uma visão de longo prazo para garantir uma aprendizagem contínua. Por isso, devem ser considerados os esforços preventivos contra uma possível ruptura induzida por aposentadoria e rotatividade de funcionários. Fatores importantes também incluem a prevenção do isolamento organizacional, o atendimento às necessidades do usuário, a responsabilidade no uso de evidências, os conflitos de interesse, o apoio de pares, o contexto e as janelas de oportunidades políticas, os processos de planejamento adequados, as prioridades conflitantes, a comunicação efetiva, o apoio da alta administração e a vontade política, a corrupção, a má gestão pública e as influências políticas. Entre os facilitadores incluem-se desejo e vontade política, confiança, consciência e necessidade reconhecida de mudança, valor e expectativas. Considerar também a aplicação ampla de métodos acessíveis, auditoria de intervenção e avaliação, gestão com base em evidências no processo principal, desenvolvimento da força de trabalho, empoderamento e capacitação.

Monitoramento e avaliação (n=6)<sup>13,14,19,20,25,29</sup> - O acompanhamento ativo das intervenções de TC é destacado nesses estudos, incluindo a importância de medir e melhorar a prontidão organizacional para mudanças. Isso inclui identificar objetivos mensuráveis e garantir que as medidas de avaliação reflitam esses objetivos. As avaliações devem ser participativas, envolvendo todas as partes interessadas relevantes, e os esforços precisam ser orientados pela teoria para identificar e abordar os fatores contextuais mais relevantes para qualquer intervenção específica. A análise situacional, agregada à opinião de especialistas e identificação de lacunas, além de mecanismos de *feedback* apropriados podem beneficiar a implementação de práticas baseadas em evidências.

Motivação para mudança (n=3)<sup>6,13,27</sup> - Para superar os desafios a nível micro, deve-se estimular a motivação e interesse em abordar e estudar resultados de pesquisa, com foco na comunicação direcionada de resultados. São necessários o reconhecimento de processos multiníveis (profissional, organizacional, local) e as interações entre esses níveis. Destaca-se a importância de investir na construção e manutenção da confiança, na motivação e organização de equipes para incorporar a pesquisa na prática. Uma mudança sustentável requer pesquisas alinhadas com as políticas, leis regulamentadoras, governança e estruturas organizacionais.

Relevância política (n=4)<sup>11,13,17,20</sup> - São consideradas como barreiras a falta de relevância para as necessidades políticas, a falta de adequação cultural e a aceitabilidade ou aplicabilidade na prática. Nesse sentido, é importante uma maior compreensão da transferibilidade e aplicabilidade de recomendações baseadas em evidências, de um ambiente para outro. Os resultados de pesquisas podem ser vistos como incompatíveis com a complexidade dos contextos em que pretendem ser aplicados.



## Dimensão Processos Padronizados e Rotinizados

Processos padronizados, incluindo ferramentas e protocolos, são considerados importantes para garantir produtos e processos de TC de alta qualidade nos quais os decisores políticos confiam e, portanto, são mais propensos a utilizar. Além disso, quando esses processos são bem documentados, servindo como memória institucional, podem facilitar a sustentação e a institucionalização da TC<sup>1</sup>. Os dados de nove estudos foram agrupados nas categorias apresentadas a seguir.

Adequação da informação (n=5)<sup>13,17,20,21,23</sup> - A natureza complexa de algumas terapias ou diretrizes baseadas em evidências pode dificultar sua compreensão e implementação. O foco indevido em ensaios clínicos randomizados, muita incerteza científica, baixa aplicabilidade local, falta de foco nos determinantes sociais da saúde e falta de complexidade para abordar sistemas de saúde multicomponentes funcionam como barreiras. Por isso, devem ser observadas as restrições práticas e a quantidade excessiva de informações, adaptando a abordagem ao contexto local e utilizando formatos participativos. Considera-se como importante a clareza/relevância/confiabilidade dos resultados da pesquisa. As abordagens de pesquisa devem mostrar eficácia, surgir de fontes que sejam vistas como imparciais e confiáveis e fornecer detalhes metodológicos para que o rigor possa ser avaliado.

Apresentação da informação (n=3)<sup>13,21,23</sup> - O modo como as evidências de pesquisa é apresentado influi no interesse dos leitores, particularmente os tomadores de decisão. Portanto, o alcance pode ser facilitado por resumos com mensagens-chave adaptadas ao público-alvo, nos quais são claros a relevância dos resultados e os fatores importantes para contextualizar as evidências. As ferramentas de empacotamento incluem métodos de síntese, bem como de visualização dos resultados das pesquisas. Os pesquisadores devem resumir claramente suas principais descobertas e alinhar as evidências com os ambientes de políticas atuais e futuras. As evidências devem identificar indicadores relevantes para metas de saúde e ser projetadas de maneira que possam ser facilmente incorporadas ao conhecimento coloquial/ experiencial/de senso comum.

Entrega da informação (n=3)<sup>13,16,23</sup> - A tradução eficaz do conhecimento nas organizações de saúde depende da personalização e entrega de mensagens que levam em conta os papéis dos indivíduos, o clima organizacional, as características estruturais e os padrões de poder hierárquico para iniciar a mudança organizacional. No processo de entrega das informações, destacam-se as formas ativas multicomponentes, as mensagens direcionadas, as visitas educacionais e os resumos. Discute-se a eficácia dos processos atuais de transferência de conhecimento, a utilidade dos modelos para melhorar a tomada de decisão e a definição de prioridades e prazos para a tomada de decisão.



Oportunidade da informação (n=5)<sup>6,11,13,15,23</sup> - São vistos como barreiras a falta de resultados de pesquisa oportunos e de informações rapidamente disponíveis e adequadamente filtradas e os prazos incompatíveis para pesquisa e formulação de políticas. Daí a necessidade de prover o conhecimento adequado na oportunidade da tomada de decisão, por meio da implementação da gestão do conhecimento nas organizações de saúde.

## Dimensão Liderança e Compromisso

O uso sustentado de evidências depende, em grande medida, de uma liderança carismática forte. Os líderes têm a capacidade de influenciar a adoção duradoura da PIE por meio da alocação de recursos, de incentivo, apoio e orientação<sup>1</sup>. Sete estudos abordaram essa questão.

Envolvimento de líderes (n=5)<sup>11,13,14,19,25</sup> - Contar com um defensor (*champion*, em inglês) que possa sustentar a ideia de uma nova forma de fazer as coisas tem contribuído para a utilização mais completa e refinada de diretrizes. Considera-se fundamental envolver líderes de opinião para aumentar a conscientização e defender soluções integradas.

Perfil de líderes (n=4)<sup>13,19,27,28</sup> - Os líderes frequentemente são vistos como fornecedores de novos conhecimentos e influenciadores-chave na implementação de novas iniciativas. Entre as competências necessárias incluem-se a capacidade de escrita e de oratória, além da habilidade de extrair o valor agregado de plataformas e mecanismos de pesquisa.

## Dimensão Recursos

Os recursos humanos, financeiros, materiais e de informação são insumos essenciais para a produção e reprodução das estruturas sociais ao longo do tempo. Em particular, ter uma massa crítica de pessoas, dentro e fora da organização, hábeis na aplicação da TC de forma rotineira e consistente, e ao longo do tempo é um pilar central da institucionalização da PIE<sup>1</sup>. Nesta dimensão, foram agrupados dados de 17 estudos.

Conhecimentos (n=3)<sup>6,13,22</sup> - Uma das barreiras apontadas nos estudos é a falta de conhecimentos ou pouca familiaridade sobre como utilizar os resultados das pesquisas e as recomendações de diretrizes.

Habilidades e competências (n=6)<sup>6,12,13,17,21,23</sup> - Habilidades e competências insuficientes são uma grande barreira para a implementação de evidências científicas. Elas incluem a dificuldade para buscar, avaliar e interpretar as evidências, entre as quais as limitações nas competências digitais e na familiaridade com bases de dados e o baixo grau de instrução em métodos de pesquisa. É importante levar em consideração habilidades de pesquisa do



formulador de políticas e conscientização de pesquisa. Formuladores de políticas podem não ter sido apoiados para adquirir as habilidades necessárias ou para usar evidências de pesquisa. Nesse sentido, vale a pena considerar a especialização em tarefas de dados, delegando pessoas especificamente treinadas ou tendo um tempo dedicado para tarefas relacionadas a dados.

Infraestrutura organizacional (n=12)<sup>6,11,12,13,15,17,20,21,23,25,26,27</sup> - Outra barreira abordada nos estudos são os recursos organizacionais insuficientes, como materiais e equipamentos necessários para o acesso a evidências de pesquisa aplicáveis, a bancos de dados e sistemas de apoio à decisão clínica. Colaboram para este cenário o investimento insuficiente em infraestruturas de implementação, tais como sistemas de informação, monitoramento e avaliação, recrutamento e rotatividade de pessoal. Dessa forma, atuam como facilitadores a infraestrutura para apoiar a implementação, incluindo formação, sistemas de entrega, recursos técnicos, liderança forte e defensores, disponibilização de ferramentas e dispositivos adequados, incentivos e treinamentos para os tomadores de decisão, tempo significativo alocado para gestão com base em evidências e interpretação oportuna de dados e recursos humanos adequados. Também é importante considerar a vontade política e uma estratégia de expansão bem definida. Atenção deve ser dada à disponibilidade e acesso à pesquisa, suporte gerencial e político e recursos materiais disponíveis. As evidências de pesquisa devem ser disponibilizadas mais amplamente para os tomadores de decisão por meio do uso de boletins por e-mail, organizações profissionais de saúde pública ou câmaras de compensação.

Limitações de tempo (n=6)<sup>6,13,17,27,28,29</sup> - As restrições de tempo em razão da gestão inadequada, organização do pessoal, densidade da carga de trabalho e escassez de mão de obra são fatores que prejudicam o uso de evidências, bem como o monitoramento e a avaliação.

Programas de capacitação (n=9)<sup>6,11,13,15,16,17,19,23,25</sup> - Considerando as barreiras apontadas pelos estudos, é necessário dispor de uma política ou plano para implementar várias atividades de capacitação, incluindo a formação em investigação, treinamento no uso de tecnologias específicas que apoiam o acesso às evidências e compreensão de estratégias eficazes de TC. Além disso, o sistema de saúde precisa reforçar sua capacidade estratégica para facilitar uma cultura educativa e de formação, a fim de motivar os investigadores a produzirem evidências adequadas para os decisores políticos. A mentoria como meio de treinamento também apoia a tradução do conhecimento, desde que as relações de poder não inibam o intercâmbio interpessoal. Importante também é a capacitação para aumentar as habilidades dos pesquisadores de produzir e disseminar efetivamente evidências úteis para os tomadores de decisão.

Recursos humanos (n=6)<sup>11,13,17,19,20,21</sup> - Podem ser barreiras a disponibilidade de equipe ou recursos de pessoal e a rotatividade de equipe/continuidade do emprego. A disponibilidade



de recursos humanos, além da integração de bibliotecários e especialistas em informação em saúde na organização, são fatores que facilitam o uso de evidências.

Recursos financeiros (n=9)<sup>6,11,12,13,17,20,21,23,28</sup> - É importante que recursos alocados para garantir a participação em programas baseados em evidências não sejam limitados por barreiras financeiras. Há necessidade de prever orçamentos para atividades relacionadas à pesquisa, considerando os custos de intervenção e outros fatores econômicos. O financiamento deve ser fornecido para pesquisas longitudinais e de longo prazo.

### **Dimensão Parcerias, Ação Coletiva e Apoio**

A interação entre as partes interessadas é de grande relevância para a institucionalização das PIE, uma vez que as parcerias fornecem um mecanismo para o envolvimento contínuo e diverso em torno da mesma causa, a resolução conjunta de problemas, a identificação de recursos para TC e o apoio técnico<sup>1</sup>. Essa questão foi abordada em 13 estudos.

Envolvimento das partes interessadas (n=4)<sup>12,13,14,25</sup> - Ainda são poucas as organizações que envolvem os usuários ou o público em geral em atividades de TC. O envolvimento das partes interessadas na tomada de decisão deve ser levado em consideração. Isso inclui envolver o pessoal da linha da frente e os gestores de saúde na elaboração e desenvolvimento das pesquisas e mobilizar a sociedade civil. As estruturas de autoridade e a dinâmica das relações produtor de dados e usuário de dados influenciam a regularidade das avaliações e o uso de dados.

Ferramentas e estruturas de intercâmbio (n=3)<sup>13,14,19</sup> - As ferramentas de ligação e intercâmbio, como as redes de conhecimento, facilitam a disseminação de informações sobre saúde e a probabilidade de traduzir as evidências de pesquisa em políticas. São de grande valia as estruturas de ação participativa baseadas na troca interativa de conhecimento, a utilização de mecanismos e redes para interação e cooperação eficazes entre produtores e utilizadores de conhecimentos.

Processos colaborativos (n=10)<sup>6,11,12,13,16,17,21,26,27,28</sup> - A capacidade de tradução do conhecimento nas organizações de saúde é construída por meio de coordenação de redes institucionais e individuais dentro e entre unidades organizacionais, que podem atuar como veículos de disseminação. Considerar a colaboração, o momento/oportunidade e o relacionamento com formuladores de políticas, pesquisadores e equipe de informação. Os facilitadores externos referem-se ao imperativo e fomento do uso de evidências científicas, interação entre pesquisadores e tomadores de decisão, apoio da comunidade acadêmica e outros atores. É importante desenvolver colaboração e conexões robustas entre os pesquisadores e os tomadores de decisão. As iniciativas podem envolver a aprendizagem intersetorial e



interagências, a tomada de decisão colaborativa com outras organizações comunitárias, os diálogos multiatores interessados e parcerias entre universidades e institutos de pesquisa com os líderes locais responsáveis pela investigação.

## Dimensão Cultura

Refere-se a valores básicos, pressupostos, artefatos e crenças considerados válidos e são disseminados e promovidos como práticas diárias. A cultura permite uma compreensão comum do que é a TC, que valor pode trazer e o que se pode esperar em termos de atividades e benefícios<sup>1</sup>. Quinze estudos abordaram aspectos dessa dimensão.

Alinhamento entre pesquisa e política (n=6)<sup>6,11,13,17,23,29</sup> - As barreiras incluem a falta de percepção sobre alinhamento ou integração entre pesquisa e política, o limitado envolvimento de tomadores de decisão no processo de pesquisa e a desconfiança mútua entre pesquisadores e potenciais usuários das evidências. Os tomadores de decisão podem ter a percepção de falta de evidências de pesquisa e ter percepções negativas das evidências de pesquisa disponíveis. Atenção deve ser dada a agendas de pesquisa, a critérios de seleção dos projetos, a possibilidades de generalização dos achados para outros contextos, ao rigor metodológico das pesquisas e ao envolvimento das partes interessadas.

Credibilidade das evidências (n=4)<sup>6,7,13,17</sup> - As organizações enfrentam novas dinâmicas de culturas e situações diferentes nos seus ambientes e os gestores são necessários para que sejam feitas as escolhas corretas. No entanto, a seleção de fontes de informação pelos decisores é muitas vezes determinada pela disponibilidade e não pela qualidade e podem surgir dúvidas sobre a utilidade dos resultados de pesquisas. Entre possíveis barreiras, são citadas a falta de credibilidade das evidências, as percepções negativas do uso da pesquisa como um processo burocrático e não oportuno, a irrelevância da pesquisa e a definição pouco clara de evidências.

Cultura de apoio ao uso de evidências (n=5)<sup>13,16,17,19,25</sup> - A chave para a tradução eficaz do conhecimento nas organizações de saúde é o apoio à inovação, fomentado por razões claras para a mudança organizacional, troca aberta apesar das diferenças de poder e envolvimento dos funcionários. A tradução do conhecimento é aprimorada quando os profissionais de saúde percebem e se identificam positivamente com a organização. Neste processo, são essenciais a cultura de apoio ao uso de evidências, a abertura organizacional para testar inovações e uma cultura de aprendizagem, além de perseverança e resiliência da equipe.

Envolvimento de tomadores de decisão em pesquisas (n=8)<sup>6,9,11,13,14,17,27,28</sup> - Processos participativos dos *stakeholders* influem positivamente na incorporação de evidências de inovação. Os esforços devem caminhar no sentido de envolver os *stakeholders* no início



do processo de concepção e iniciação da pesquisa, fomentar a troca entre pesquisadores e profissionais de saúde por meio do fornecimento de apoio metodológico e do relato de experiências clínicas, identificar barreiras sociais para mudança de comportamento dos usuários, criar comitês de ética locais, promover o engajamento e a capacitação dos líderes e gestores.

Preferências das partes interessadas (n=2)<sup>13,28</sup> - É importante reconhecer as necessidades, preferências e adesão dos usuários ao tratamento quando estas interferem nas recomendações baseadas em evidências. Além disso, deve-se levar em conta que as preferências na escolha de evidências variam de acordo com o grupo profissional e que as evidências podem ser utilizadas apenas para legitimar decisões já tomadas.

Receptividade a mudanças (n=5)<sup>7,13,20,23,28</sup> - As estruturas e processos de cada instituição representam um ambiente organizacional único, incluindo a forma como atuam. Estas estruturas e processos são, individualmente ou em conjunto, capazes de promover ou dificultar ações discretas em termos de disposições de adoção e aplicação das evidências. Os tomadores de decisão podem estar num meio em que a coleta e avaliação de pesquisas são vistas como um “não trabalho”. É preciso atentar para a cultura de tomada de decisão, a motivação e consciência sobre as evidências e a resistência à introdução de novas práticas em virtude de restrições de capacidade.

### 2.5.3. INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

Dos 24 estudos incluídos na síntese, seis abordam indicadores de monitoramento e avaliação (M&A) da implementação e/ou institucionalização da TC<sup>8,10,12,13,18,24</sup> (Quadro 3). O foco de todos os estudos é a TC e, em um deles, tal foco se encontra direcionado para a tomada de decisões informada por evidências – TDIE<sup>8</sup>. Em outro estudo<sup>13</sup>, são apresentados mecanismos e determinantes essenciais da TC para monitorar o impacto dos sistemas de informação em saúde – IS.

Ainda que sejam apenas seis estudos que tratam especificamente de indicadores de M&A, a discussão presente neles se encontra bem desenvolvida, fornecendo um conjunto de informações suficientes para que haja uma discussão de qualidade acerca do assunto. Por outro lado, é importante observar que os estudos que não tratam especificamente de M&A podem, de certa forma, ser ressignificados para que se obtenham indicadores. Nesse sentido, um fator crítico tanto da TC, quanto da TDIE pode servir de foco para se elaborar indicadores de M&A.



Os estudos, em geral, abordam o monitoramento e/ou avaliação da TC por meio de parâmetros qualitativos. Um deles<sup>24</sup> aborda os parâmetros tanto de natureza qualitativa, quanto quantitativa. A dimensão quantitativa deste estudo se afigura com uma redação simples, voltada para frequências ou taxas. Nele ou nos demais estudos, não se observa uma redação de indicador composto, constituído de variáveis que, quando associadas, possam indicar ou não um determinado padrão.

Os indicadores de M&A são apresentados por meio de categorizações, ou seja, agrupamentos de aspectos, ideias ou ações/atividades que guardam uma afinidade entre si. Há autores que combinam duas categorizações para propor indicadores de M&A. A exemplo disso, Bhuiya et al. (2023)<sup>10</sup> listam indicadores relacionados a quatro categorias (desenvolvimento, avaliação, adaptação e envolvimento do usuário do conhecimento) e representados por quatro domínios de TC (divulgação, implementação, sustentabilidade e escalabilidade). Outro estudo<sup>8</sup> combina atividades/componentes da TC (suporte organizacional personalizado, treinamento em grupo, comunicação direcionada e sumários de evidências) com níveis da tomada de decisão informada por evidências (nível individual, nível organizacional e nível de sistema).

Os indicadores de M&A, assim como os fatores críticos relacionados à TDIE, foram sintetizados em seis dimensões propostas por Kuchenmüller et al. (2022)<sup>1</sup>: Governança; Processos padronizados e rotinizados; Liderança e compromisso; Recursos; Parcerias, ação coletiva e apoio; Cultura.





**Quadro 3.** Listagem agregada dos indicadores de M&A de TDIE

Dimensões	Indicadores
<b>Governança</b>	<p>Aplicabilidade da pesquisa para tomada de decisão<sup>24</sup></p> <p>Aumento da procura ou do valor dos produtos ou conhecimentos de TC por parte dos decisores políticos<sup>24</sup></p> <p>Contexto de uso de evidências<sup>12</sup></p> <p><i>Feedback</i> do pesquisador sobre o alinhamento do projeto com as prioridades<sup>24</sup></p> <p>Melhorias do estado de saúde e da equidade decorrente de TDIE<sup>18</sup></p> <p>Melhorias para as políticas de sistemas de saúde decorrente de TDIE<sup>18</sup></p> <p>Mudanças nas políticas ou programas consistentes com as evidências produzidas e maior disponibilidade de evidências de investigação – relevantes e compreensíveis – voltadas para decisores políticos<sup>24</sup></p> <p>Qualidade e frequência da demanda de evidências da organização<sup>12</sup></p> <p>Suporte no nível individual – Apoio ao aumento da confiança, habilidades e acesso da equipe<sup>8</sup></p> <p>Suporte no nível organizacional para melhorar a cultura de tomada de decisões informadas por evidências dentro da equipe de saúde pública e promover o uso de evidências pela equipe de saúde pública<sup>8,24</sup></p> <p>Uso de abordagens participativas<sup>10</sup></p>



<p><b>Processos padronizados e rotinizados</b></p>	<p>Capacidade de avaliar a sustentabilidade e/ou potencial de escalabilidade de ferramentas de Tradução do Conhecimento – Adoção de qualquer método para avaliar a implementação, sustentabilidade e/ou potencial de escalabilidade<sup>10</sup></p> <p>Capacidade de identificar as necessidades de informação das partes interessadas<sup>10,12,13</sup></p> <p>Capacidade de identificar considerações de equidade<sup>10</sup></p> <p>Capacidade de monitorar, avaliar e comunicar os resultados das intervenções de uso de evidências<sup>12,24</sup></p> <p>Capacidade de síntese sistemática de conhecimento - Condução de um processo não sistemático de síntese de conhecimento como parte do processo de desenvolvimento de uma ferramenta prática de Tradução do Conhecimento<sup>10</sup></p> <p>Comunicação direcionada - envio de materiais como recentes publicações de estudos científicos ou revisões e divulgação de congressos e eventos futuros, assim como oportunidades de treinamento<sup>8</sup></p> <p>Condução de processos iterativos - Processos para refinar ferramentas práticas de Tradução do Conhecimento com base em <i>feedback</i> e informações relevantes<sup>10</sup></p> <p>Conhecimento especializado sobre ferramentas práticas de Tradução do Conhecimento<sup>10</sup></p> <p>Inclusão de reflexividade e/ou reflexão crítica - Uma descrição da reflexividade e/ou reflexão crítica do desenvolvedor que pode impactar o desenvolvimento de Tradução do Conhecimento<sup>10</sup></p> <p>Número de projetos que levam/esperam mudar o comportamento e eliminação progressiva do financiamento externo<sup>24</sup></p> <p>Porcentagem de trabalhos enviados para publicação<sup>24</sup></p> <p>Uso da teoria para informar a criação da ferramenta prática de Tradução do Conhecimento<sup>10</sup></p>
<p><b>Liderança e compromisso</b></p>	<p>Avaliação do envolvimento da equipe com evidências<sup>24</sup></p> <p>Suporte organizacional personalizado - Contato mensal do líder do programa com colaboradores via telefone<sup>8</sup></p>



<b>Recursos</b>	<p>Aumento da capacidade das equipes nacionais por meio de atividades<sup>18</sup></p> <p>Aumento da capacidade de Tradução do Conhecimento entre partes interessadas externas<sup>18</sup></p> <p>Aumento da prática de Tradução do Conhecimento e produção/disponibilidade de produtos pelas equipes nacionais<sup>18</sup></p> <p>Aumento percentual nas pontuações pré/pós de habilidades às capacitações e contribuição para a tomada de decisões por parte de parceiros e decisores políticos<sup>24</sup></p> <p>Capacidade de avaliação dos determinantes - Utilização de abordagens qualitativas ou de métodos mistos para avaliar os determinantes (barreiras e facilitadores) da utilização de Tradução do Conhecimento num contexto específico<sup>10</sup></p> <p>Capacidade de tradução de conhecimento (TC) e construção de habilidades<sup>18</sup></p> <p>Competências essenciais para o uso de dados<sup>12</sup></p> <p>Disponibilidade de dados<sup>12</sup></p> <p>Disponibilidade <i>online</i> de site ou banco de dados de evidências<sup>24</sup></p> <p>Experiência do participante com a elaboração de políticas baseadas em evidências<sup>24</sup></p> <p>Indicadores de Insumos: Estrutura, Recursos financeiros, Recursos humanos, Gestão eficaz, Assistência técnica<sup>18</sup></p> <p>Mudanças no financiamento alocado pelo governo<sup>24</sup></p> <p>Número/percentagem de formandos que reportam intenção de utilizar as competências adquiridas<sup>24</sup></p> <p>Qualidade dos dados / Evidência<sup>12,13</sup></p> <p>Treinamento periódico em grupo, em localidade central, com abordagem modular, para cobrir os princípios de saúde pública informada por evidências, formulação de perguntas respondíveis, busca por evidências, confiança, análise de aplicabilidade, transferibilidade e avaliação e atividades desenhadas para encorajar <i>networking</i> entre conselhos<sup>8</sup></p> <p>Uso de produtos de TC por equipes nacionais e partes interessadas externas<sup>18</sup></p> <p>Uso sistemático e rotineiro de evidências na elaboração de políticas públicas<sup>18</sup></p>
-----------------	--



<p><b>Parcerias, ação coletiva e apoio</b></p>	<p>Aceitação e/ou influências de evidências e apoio financeiro e organizacional às parcerias de transferência de conhecimento<sup>24</sup></p> <p>Aplicação de processo de <i>design</i> compartilhado centrado no usuário<sup>10</sup></p> <p>Aumento da confiança e abertura entre parceiros<sup>24</sup></p> <p>Aumento de atividade conjunta em torno do projeto<sup>24</sup></p> <p>Envolvimento de usuários e produtores de evidências<sup>10,12,13</sup></p> <p>Número/porcentagem de associados presentes nas atividades - Contratação de consultores externos - Contratação de organizações e/ou equipes externas<sup>10</sup></p> <p>Desenvolvimento de sínteses de evidências em parcerias com outras instituições<sup>8</sup></p> <p><i>Feedback</i> sobre o conhecimento e as percepções da rede e sustentabilidade de parcerias construídas<sup>24</sup></p> <p>Identificação de usuários do conhecimento para engajamento<sup>10</sup></p> <p>Número de parcerias de transferência de conhecimento<sup>24</sup></p> <p>Número de projetos envolvendo usuários<sup>24</sup></p> <p>Ocorrência regular de diálogos políticos sobre questões prioritárias e atividades de TC consideradas benéficas para reunir as partes interessadas e facilitar o desenvolvimento de parcerias<sup>24</sup></p> <p>Opiniões de parceiros sobre o uso dos resultados de pesquisa<sup>24</sup></p> <p>Produção de atividades colaborativas e <i>stakeholders</i><sup>18</sup></p> <p>Produção de projetos de pesquisa com os decisores políticos<sup>24</sup></p> <p>Produção de projetos de pesquisa com os decisores políticos; opiniões de parceiros sobre o uso dos resultados de pesquisa<sup>24</sup></p> <p>Promoção de esforços impulsionadores, de engajamento, de intercâmbio e integradores em torno da TC<sup>24</sup></p> <p>Uso de abordagens participativas<sup>10</sup></p>
<p><b>Cultura</b></p>	<p>Aumento do interesse dos jovens nacionais pela investigação<sup>24</sup></p> <p>Aumento do uso de evidências e dos valores de TDIE por parte dos decisores políticos, pelos meios de comunicação social e pela sociedade<sup>18,24</sup></p> <p>Cultura organizacional para promover e usar os resultados de pesquisa para a tomada de decisões<sup>24</sup></p> <p>Cultura para promover e usar resultados da pesquisa na tomada de decisão e <i>feedback</i> sobre contexto/cultura<sup>24</sup></p> <p>Institucionalização de TDIE sustentável<sup>18</sup></p> <p>Lições aprendidas com a avaliação do programa - Uso de lições aprendidas ou avaliação de intervenções, inovações ou programas previamente implementados para informar o desenvolvimento - Sustentabilidade e Escalabilidade<sup>10</sup></p> <p>Mudanças nas políticas ou programas consistentes com as evidências produzidas<sup>24</sup></p> <p>Nível de compromisso institucional com TDIE<sup>18</sup></p> <p>Número de produtos relacionados ao clima organizacional<sup>24</sup></p>

Fonte: Dimensões adaptadas de Kuchenmüller et al. (2022)<sup>1</sup>.



## 2.6. Referências

1. Kuchenmüller T, Boeira L, Oliver S, Moat K, El-Jardali F, Barreto J, Lavis J. Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(1):27. doi: 10.1186/s12961-022-00820-7.
2. Belita E, Yost J, Squires JE et al. Measures assessing attributes of evidence-informed decision-making (EIDM) competence among nurses: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2018;7:181. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0849-8>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Acesso em 3 mar. 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz\\_sintese\\_evidencias\\_politicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf).
4. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021;10:89. doi: 10.1136/bmj.n71.
5. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5:1–11. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
6. Abu-Odah H, Said NB, Nair SC, Allsop MJ, Currow DC, Salah MS, Hamad BA, Elessi K, Alkhatib A, EIMokhallalati Y, Bayuo J, AlKhaldi M. Identifying barriers and facilitators of translating research evidence into clinical practice: A systematic review of reviews. *Health Soc Care Community.* 2022;30(6):e3265–e3276. doi: 10.1111/hsc.13898.
7. Alsaqqa H. Toward organizational evidence-based management in healthcare organizations, *IJHSRP*, vol. 5, no. 2, pp. 162–177, 2020. doi: 10.33457/ijhsrp.688181.
8. Armstrong R, Waters E, Dobbins M, Anderson L, Moore L, Petticrew M, Clark R, Pettman TL, Burns C, Moodie M, Conning R, Swinburn B. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. *Implement Sci.* 2013;9;8:121. doi: 10.1186/1748-5908-8-121.
9. Becerril-Montekio V, García-Bello LA, Torres-Pereda P, Alcalde-Rabanal J, Reveiz L, Langlois EV. Collaboration between health system decision makers and professional researchers to coproduce knowledge, a scoping review. *Int J Health Plann Manage.* 2022; 37 Suppl 1:45–58. doi: 10.1002/hpm.3513.
10. Bhuiya AR, Sutherland J, Boateng R, Bain T, Skidmore B, Perrier L, Makarski J, Munce S, Lewis I, Graham ID, Holroyd-Leduc J, Straus SE, Stelfox HT, Strifler L, Lokker C, Li LC, Leung FH, Dobbins M, Puchalski Ritchie LM, Squires JE, Rac VE, Fahim C, Kastner M. A scoping



review reveals candidate quality indicators of knowledge translation and implementation science practice tools. *J Clin Epidemiol.* 2024;165:111205. doi: 10.1016/j.jclinepi.2023.10.021.

11. Clar C, Campbell S, Davidson L, Graham W. What are the effects of interventions to improve the uptake of evidence from health research into policy in low and middle-income countries? University of Aberdeen, 2011. 107 p. Disponível em: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08ab3ed915d3cfd0008c2/SR\\_EvidenceIntoPolicy\\_Graham\\_May2011\\_MinorEditsJuly2011.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08ab3ed915d3cfd0008c2/SR_EvidenceIntoPolicy_Graham_May2011_MinorEditsJuly2011.pdf).

12. Da Silva JL et al. Estratégias para promover o uso de ferramentas para disseminar informações de monitoramento e avaliação. Relatório de revisão rápida. Fiocruz Brasília e Instituto de Saúde, 2022. Acesso em: 28 maio 2024. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1410888/39\\_rr\\_depros\\_ferramentas\\_informacoes\\_final.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1410888/39_rr_depros_ferramentas_informacoes_final.pdf).

13. Delnord M, Tille F, Abboud LA, Ivankovic D, Van Oyen H. How can we monitor the impact of national health information systems? Results from a scoping review. *Eur J Public Health.* 2020;30(4):648-659. doi: 10.1093/eurpub/ckz164.

14. Dodd M, Ivers R, Zwi AB, Rahman A, Jagnoor J. Investigating the process of evidence-informed health policymaking in Bangladesh: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2019; 34(6):469-478. doi: 10.1093/heapol/czz044.

15. Doshmangir L, Mostafavi H, Behzadifar M, Yazdizadeh B, Sajadi HS, Hasanpoor E, Mahdavi M, Majdzadeh R. Individual and institutional capacity-building for evidence-informed health policy-making in Iran: a mix of local and global evidence. *Health Res Policy Syst.* 2022; 20(1):18. doi: 10.1186/s12961-022-00816-3.

16. Harlos K, Tetroe J, Graham ID, Bird M, Robinson N. Mining the management literature for insights into implementing evidence-based change in healthcare. *Health Policy.* 2012; 8(1):33-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430153/pdf/policy-08-033.pdf>.

17. Humphries S, Stafinski T, Mumtaz Z, Menon D. Barriers and facilitators to evidence-use in program management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:171. doi: 10.1186/1472-6963-14-171.

18. Kuchenmüller T, Chapman E, Takahashi R, Lester L, Reinap M, Ellen M, Haby MM. A comprehensive monitoring and evaluation *framework* for evidence to policy networks. *Eval Program Plann.* 2022;91:102053. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2022.102053.



19. Li SA, Jeffs L, Barwick M, Stevens B. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Syst Rev*. 2018;7(1):72. doi: 10.1186/s13643-018-0734-5.
20. Milat AJ, Bauman A, Redman S. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implement Sci*. 2015;12,10:113. doi: 10.1186/s13012-015-0301-6.
21. Oliver K, Innvar S, Lorenc T et al. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res*. 2014;14,2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-2>.
22. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. *Health Res Policy Syst*. 2015;13:2. doi: 10.1186/1478-4505-13-2.
23. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One*. 2011;6(7):e21704. doi: 10.1371/journal.pone.0021704.
24. Scarlett J, Forsberg BC, Biermann O, Kuchenmüller T, El-Khatib Z. Indicators to evaluate organisational knowledge brokers: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*. 2020;18:1-13. doi: 10.1186/s12961-020-00607-8.
25. Shafaghat T, Bastani P, Nasab MHI, Bahrami MA, Montazer MRA, Zarchi MKR, Edirippulige S. A *framework* of evidence-based decision-making in health system management: a best-fit *framework* synthesis. *Arch Public Health*. 2022;80(1):96. doi: 10.1186/s13690-022-00843-0.
26. Shafaghat T, Imani Nasab MH, Bahrami MA, Kavosi Z, Roozrokh Arshadi Montazer M, Rahimi Zarchi MK, Bastani P. A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: a scoping review study. *Syst Rev*. 2021;30,10(1):42. doi: 10.1186/s13643-021-01595-8.
27. Slade SC, Philip K, Morris ME. *Frameworks* for embedding a research culture in allied health practice: a rapid review. *Health Res Policy Syst*. 2018;21,16(1):29. doi: 10.1186/s12961-018-0304-2.
28. Turner S, D’Lima D, Hudson E, Morris S, Sheringham J, Swart N, Fulop NJ. Evidence use in decision-making on introducing innovations: a systematic scoping review with stakeholder *feedback*. *Implement Sci*. 2017;4,12(1):145. doi: 10.1186/s13012-017-0669-6.



29. Witter S, Kardan A, Scott M, Moore L, Shaxson L. Generating demand for and use of evaluation evidence in government health ministries: lessons from a pilot programme in Uganda and Zambia. Health Res Policy Syst. 2017;2,15(1):86. doi: 10.1186/s12961-017-0250-4.

## 2.7. Apêndices

### Apêndice 1. Estratégias de buscas realizadas em 02/04/2024

- #1 Tomada de decisão informada por evidências (TDIE) / PIE
- #2 Institucionalização
- #3 Organizações de gestão de saúde pública
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 Fatores críticos / fatores organizativos / arranjos organizativos
- #6 Indicadores / monitoramento / avaliação
- #7 #5 OR #6
- #8 #4 AND #7





## Estratégias de busca

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
<p><b>Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)</b></p>	<p>#1 "Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence Based Decision" OR MH:"Política Informada por Evidências" OR MH:"Política Informada por la Evidencia" OR MH:"Evidence-Informed Policy" OR "Política Informada por Evidências" OR "Política Informada por la Evidencia" OR "Evidence-Informed Policy" OR "Política Baseada em Evidências" OR "Políticas Baseadas em Evidência" OR "Política Baseada em Evidência" OR "Políticas Informadas por Evidência" OR "Política Informada por Evidência" OR "Políticas Informadas por Evidências" OR "Evidence-Based Policy" OR "Evidence-Informed Policies" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence Informed Policies" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Based Policies" OR "Políticas Basadas en Evidencias" OR "Política Basada en Evidencias" OR "Políticas Informadas por Evidencias" OR "Política Informada por Evidencias" OR "Política Basada en la Evidencia" OR "Políticas Informadas por la Evidencia" OR MH:SH1.010.010.005* OR "Evidence-to-policy" OR "Evidence to Policy" OR "Research-to-policy" OR "Research to Policy" OR "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Broker" OR "Knowledge Broking" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization"</p> <p>AND</p> <p>MH:"Avaliação do Impacto na Saúde" OR MH:"Evaluación del Impacto en la Salud" OR MH:"Health Impact Assessment" OR "Avaliação do Impacto na Saúde" OR "Evaluación del Impacto en la Salud" OR "Health Impact Assessment" OR "Health Impact Assessments" OR MH:E05.318.308.237* OR MH:N03.349.380.210.500* OR "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Key Factors" OR "Organizational Factors" OR "Organizational Factor" OR "Organisational Factors" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organizational Arrangements" OR "Organisational Arrangement" OR "Organisational Arrangements" OR "Indicators" OR "Indicator" OR "Monitor" OR "Monitoring"</p> <p>AND</p> <p>MH:"Tomada de Decisões Gerenciais" OR MH:"Toma de Decisiones en la Organización" OR MH:"Decision Making, Organizational" OR "Tomada de Decisões Gerenciais" OR "Toma de Decisiones en la Organización" OR "Decision Making, Organizational" OR "Decisões Administrativas" OR "Tomada de Decisões Institucionais" OR "Tomada de Decisões Empresariais" OR "Tomada de Decisões Administrativas" OR "Decisões Gerenciais" OR "Decisão Gerencial" OR "Decisão Administrativa" OR "Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Toma de Decisiones en la Empresa" OR "Toma de Decisiones Organizacionales" OR "Toma de Decisiones Institucionales" OR "Toma de Decisiones Gerenciales" OR "Toma de Decisiones Empresariales" OR "Toma de Decisiones Administrativas" OR MH:N04.452.190* OR MH:SP4.707.368.630.638* OR MH:"Política Organizacional" OR MH:"Política Organizacional" OR MH:"Organizational Policy" OR "Política Organizacional" OR "Política Organizacional" OR "Organizational Policy" OR "Política Institucional" OR "Organizational Policies" OR "Institutional Policy" OR "Institutional Policies" OR "Organisational Policy" OR "Organisational Policies" OR MH:I01.655.500.550* OR MH:I01.880.604.825.550* OR MH:N03.623.500.550* OR MH:"Cultura Organizacional" OR MH:"Organizational Culture" OR "Cultura Organizacional" OR "Organizational Culture" OR "Organizational Cultures" OR "Organisational Culture" OR "Organisational Cultures" OR MH:N04.452.606* OR MH:"Administração em Saúde Pública" OR MH:"Administración en Salud Pública" OR MH:"Public Health Administration" OR "Administração em Saúde Pública" OR "Administración en Salud Pública" OR "Public Health Administration" OR "Avaliação de Ações de Saúde Pública" OR MH:N04.452.794* OR MH:SP1.101.300* OR MH:"Administração de Serviços de Saúde" OR MH:"Administración de los Servicios de Salud" OR MH:"Health Services Administration" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Administración de los Servicios de Salud" OR "Health Services Administration" OR "Gerência de Serviços de Saúde" OR "Gestão dos Serviços de Saúde" OR "Gestão de los Servicios de Salud" OR "Gestión de Servicios de Salud" OR "Gerencia de los Servicios de Salud" OR "Gerencia de Servicios de Salud" OR MH:H02.269* OR MH:N04* OR MH:SP1.101.150*</p> <p>AND</p> <p>NOT MEDLINE</p>	<p><b>66</b></p>



<p><i>Campbell Collaboration</i></p>	<p>#1 Anywhere: "Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence Based Decision" OR "Evidence-informed Policy" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence-informed Policies" OR "Evidence Informed Policies" OR "Evidence-based Policy" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Based Policies" OR "Evidence-to-policy" OR "Evidence to Policy" OR "Research-to-policy" OR "Research to Policy" OR "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Broker" OR "Knowledge Broking" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization"</p> <p>#2 Anywhere: "Health Impact Assessment" OR "Health Impact Assessments" OR "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Key Factors" OR "Organizational Factors" OR "Organizational Factor" OR "Organisational Factors" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organizational Arrangements" OR "Organisational Arrangements" OR "Indicators" OR "Indicator" OR "Monitor" OR "Monitoring"</p> <p>#3 Anywhere: "Decision Making, Organizational" OR "Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Organizational Policy" OR "Organizational Policies" OR "Organisational Policy" OR "Organisational Policies" OR "Institutional Policy" OR "Institutional Policies" OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Organizational Cultures" OR "Organisational Cultures" OR "Public Health Administration" OR "Health Services Administration" OR "Health Service Administration"</p>	<p><b>7</b></p>
--	---	-----------------



<p><b>EMBASE</b> <b>(via Elsevier)</b></p>	<p>#1 'Evidence-informed Decision-making' OR 'Evidence Informed Decision Making' OR 'Evidence-informed Decision' OR 'Evidence Informed Decision' OR 'Evidence-based Decision-making' OR 'Evidence Based Decision Making' OR 'Evidence Based Policymaking' OR 'Evidence-based Decision' OR 'Evidence Based Decision'</p> <p>#2 'Evidence-informed Policy' OR 'Evidence Informed Policy' OR 'Evidence-informed Policies' OR 'Evidence Informed Policies' OR 'Evidence-based Policy' OR 'Evidence Based Policy' OR 'Evidence-based Policies' OR 'Evidence Based Policies'</p> <p>#3 'Evidence-to-policy' OR 'Evidence to Policy'</p> <p>#4 'Research-to-policy' OR 'Research to Policy'</p> <p>#5 'Knowledge Translation' OR 'Knowledge Use' OR 'Evidence Use' OR 'Research Use' OR 'Knowledge Transfer' OR 'Research Utilization' OR 'Research Utilisation' OR 'Knowledge Utilization' OR 'Knowledge Utilisation' OR 'Evidence Utilization' OR 'Evidence Utilisation' OR 'Knowledge Broker' OR 'Knowledge Broking' OR 'Knowledge Dissemination' OR 'Evidence Dissemination' OR 'Research Dissemination' OR 'Knowledge Exchange' OR 'Knowledge Mobilisation' OR 'Knowledge Mobilization'</p> <p>#6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5</p> <p>#7 'Health Impact Assessment/exp OR 'Health Impact Assessment' OR 'Assessment, Health Impact' OR 'Assessments, Health Impact' OR 'Health Impact Assessments' OR 'Impact Assessment, Health' OR 'Impact Assessments, Health'</p> <p>#8 'Critical Factor' OR 'Critical Factors' OR 'Key-factor' OR 'Key Factor' OR 'Key-factors' OR 'Key Factors'</p> <p>#9 'Organizational Factors' OR 'Organizational Factor' OR 'Organisational Factors' OR 'Organisational Factor' OR 'Organizational Arrangement' OR 'Organizational Arrangements' OR 'Organisational Arrangement' OR 'Organisational Arrangements'</p> <p>#10 'Indicators' OR 'Indicator'</p> <p>#11 'Monitoring/exp OR 'Monitoring' OR 'Monitor'</p> <p>#12 #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11</p> <p>#13 'Organizational Decision Making/exp OR 'Decision Making, Organisational' OR 'Decision Making, Organizational' OR 'Institutional Decision Making' OR 'Organisational Decision Making' OR 'Organizational Decision Making'</p> <p>#14 'Organizational Policy/exp OR 'Institutional Policy' OR 'Organisational Policies' OR 'Organisational Policy' OR 'Organizational Policies' OR 'Organizational Policy' OR 'Policies, Organizational' OR 'Policy, Organizational' OR 'Policies, Organisational' OR 'Policy, Organisational' OR 'Policies, Institutional' OR 'Policy, Institutional' OR 'Institutional Policies'</p> <p>#15 'Organizational Culture/exp OR 'Organisation Culture' OR 'Organisational Culture' OR 'Organization Culture' OR 'Organizational Culture' OR 'Organizational Cultures' OR 'Organisational Cultures'</p> <p>#16 'Public Health Administration' OR 'Administration, Public Health'</p> <p>#17 'Health Services Administration' OR 'Administration, Health Services' OR 'Health Service Administration' OR 'Administration, Health Service'</p> <p>#18 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17</p> <p>#19 #6 AND #12 AND #18</p> <p>#20 #19 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</p>	<p><b>7</b></p>
<p><b>Epistemonikos</b></p>	<p>#1 Title/abstract: (Evidence Informed Decision Making) OR (Evidence Informed Decision) OR (Evidence Based Decision Making) OR (Evidence Based Policymaking) OR (Evidence Based Decision) OR (Evidence Informed Policy) OR (Evidence Based Policy) OR (Evidence to Policy) OR (Research to Policy) OR (Knowledge Translation) OR (Knowledge Use) OR (Evidence Use) OR (Research Use) OR (Knowledge Transfer) OR (Research Utilization) OR (Research Utilisation) OR (Knowledge Utilization) OR (Knowledge Utilisation) OR (Evidence Utilization) OR (Evidence Utilisation) OR (Knowledge Dissemination) OR (Evidence Dissemination) OR (Research Dissemination) OR (Knowledge Exchange) OR (Knowledge Mobilisation) OR (Knowledge Mobilization)</p> <p>#2 Title/abstract: (Health Impact Assessment) OR (Critical Factor) OR (Key Factor) OR (Organizational Factor) OR (Organisational Factor) OR (Organizational Arrangement) OR (Organisational Arrangement) OR Indicators OR Indicator OR Monitor OR Monitoring</p> <p>#3 Title/abstract: (Organizational Decision Making) OR (Organisational Decision Making) OR (Organizational Policy) OR (Organisational Policy) OR (Institutional Policy) OR (Organizational Culture) OR (Organisational Culture) OR (Public Health Administration) OR (Health Service Administration)</p>	<p><b>202</b></p>



<p><b>Google Acadêmico</b></p>	<p>("Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence Based Decision" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence to Policy") AND ("Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Organizational Policy" OR "Organisational Policy" OR "Institutional Policy" OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Public Health Administration" OR "Health Service Administration")</p>	<p><b>989</b></p>
<p><i>Health Systems Evidence</i></p>	<p>("Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence Based Decision" OR "Evidence-informed Policy" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence-informed Policies" OR "Evidence Informed Policies" OR "Evidence-based Policy" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Based Policies" OR "Evidence-to-policy" OR "Evidence to Policy" OR "Research-to-policy" OR "Research to Policy" OR "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Broker" OR "Knowledge Broking" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization") AND ("Health Impact Assessment" OR "Health Impact Assessments" OR "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Key Factors" OR "Organizational Factors" OR "Organizational Factor" OR "Organisational Factors" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organizational Arrangements" OR "Organisational Arrangements" OR "Indicators" OR "Indicator" OR "Monitor" OR "Monitoring") AND ("Decision Making, Organizational" OR "Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Organizational Policy" OR "Organizational Policies" OR "Organisational Policy" OR "Organisational Policies" OR "Institutional Policy" OR "Institutional Policies" OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Organizational Cultures" OR "Organisational Cultures" OR "Public Health Administration" OR "Health Services Administration" OR "Health Service Administration")</p>	<p><b>1</b></p>



<p><i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE, via PubMed)</i></p>	<p>#1 "Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence Based Decision"</p> <p>#2 "Evidence-informed Policy" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence-informed Policies" OR "Evidence Informed Policies" OR "Evidence-based Policy" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Based Policies"</p> <p>#3 "Evidence-to-policy" OR "Evidence to Policy"</p> <p>#4 "Research-to-policy" OR "Research to Policy"</p> <p>#5 "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Broker" OR "Knowledge Broking" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization"</p> <p>#6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5</p> <p>#7 "Health Impact Assessment"[Mesh] OR "Health Impact Assessment" OR "Health Impact Assessments"</p> <p>#8 "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Key Factors"</p> <p>#9 "Organizational Factors" OR "Organizational Factor" OR "Organisational Factors" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organizational Arrangements" OR "Organisational Arrangements"</p> <p>#10 "Indicators" OR "Indicator"</p> <p>#11 "Monitor" OR "Monitoring"</p> <p>#12 #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11</p> <p>#13 "Decision Making, Organizational"[Mesh] OR "Decision Making, Organizational" OR "Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making"</p> <p>#14 "Organizational Policy"[Mesh] OR "Organizational Policy" OR "Organizational Policies" OR "Organisational Policy" OR "Organisational Policies" OR "Institutional Policy" OR "Institutional Policies"</p> <p>#15 "Organizational Culture"[Mesh] OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Organizational Cultures" OR "Organisational Cultures"</p> <p>#16 "Public Health Administration"[Mesh] OR "Public Health Administration"</p> <p>#17 "Health Services Administration"[Mesh] OR "Health Services Administration" OR "Health Service Administration"</p> <p>#18 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17</p> <p>#19 #6 AND #12 AND #18</p>	<p><b>841</b></p>
<p><i>PDQ-Evidence</i></p>	<p>#1 Title/abstract: (Evidence Informed Decision Making) OR (Evidence Informed Decision) OR (Evidence Based Decision Making) OR (Evidence Based Policymaking) OR (Evidence Based Decision) OR (Evidence Informed Policy) OR (Evidence Based Policy) OR (Evidence to Policy) OR (Research to Policy) OR (Knowledge Translation) OR (Knowledge Use) OR (Evidence Use) OR (Research Use) OR (Knowledge Transfer) OR (Research Utilization) OR (Research Utilisation) OR (Knowledge Utilization) OR (Knowledge Utilisation) OR (Evidence Utilization) OR (Evidence Utilisation) OR (Knowledge Dissemination) OR (Evidence Dissemination) OR (Research Dissemination) OR (Knowledge Exchange) OR (Knowledge Mobilisation) OR (Knowledge Mobilization)</p> <p>#2 Title/abstract: (Health Impact Assessment) OR (Critical Factor) OR (Key Factor) OR (Organizational Factor) OR (Organisational Factor) OR (Organizational Arrangement) OR (Organisational Arrangement) Indicators OR Indicator OR Monitor OR Monitoring</p> <p>#3 Title/abstract: (Organizational Decision Making) OR (Organisational Decision Making) OR (Organizational Policy) OR (Organisational Policy) OR (Institutional Policy) OR (Organizational Culture) OR (Organisational Culture) OR (Public Health Administration) OR (Health Service Administration)</p>	<p><b>66</b></p>



<p><b>Social System Evidence</b></p>	<p>("Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence Informed Decision Making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence Informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence Based Decision Making" OR "Evidence Based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence Based Decision" OR "Evidence-informed Policy" OR "Evidence Informed Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Informed Policies" OR "Evidence-based Policy" OR "Evidence Based Policy" OR "Evidence-based Policies" OR "Evidence Based Policies" OR "Evidence-to-policy" OR "Evidence to Policy" OR "Research-to-policy" OR "Research to Policy" OR "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Broker" OR "Knowledge Broking" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization") AND ("Health Impact Assessment" OR "Health Impact Assessments" OR "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Key Factors" OR "Organizational Factor" OR "Organizational Factor" OR "Organizational Factors" OR "Organisational Factor" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organizational Arrangements" OR "Organisational Arrangements" OR "Indicators" OR "Indicator" OR "Monitor" OR "Monitoring") AND ("Decision Making, Organizational" OR "Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Organizational Policy" OR "Organisational Policies" OR "Organizational Policy" OR "Organisational Policies" OR "Institutional Policy" OR "Institutional Policies" OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Organizational Cultures" OR "Organisational Cultures" OR "Public Health Administration" OR "Health Services Administration" OR "Health Service Administration")</p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>Web of Science (arquivo Savedrecrecs.ris)</b></p>	<p>#1 ALL = ("Evidence-informed Decision-making" OR "Evidence-informed Decision" OR "Evidence-based Decision-making" OR "Evidence-based Policymaking" OR "Evidence-based Decision" OR "Evidence-informed Policy" OR "Evidence-based Policy" OR "Evidence to Policy" OR "Research to Policy" OR "Knowledge Translation" OR "Knowledge Use" OR "Evidence Use" OR "Research Use" OR "Knowledge Transfer" OR "Research Utilization" OR "Research Utilisation" OR "Knowledge Utilization" OR "Knowledge Utilisation" OR "Evidence Utilization" OR "Evidence Utilisation" OR "Knowledge Dissemination" OR "Evidence Dissemination" OR "Research Dissemination" OR "Knowledge Exchange" OR "Knowledge Mobilisation" OR "Knowledge Mobilization")</p> <p>#2 ALL = ("Health Impact Assessment" OR "Critical Factor" OR "Critical Factors" OR "Key-factor" OR "Key Factor" OR "Key-factors" OR "Organizational Factor" OR "Organisational Factor" OR "Organizational Arrangement" OR "Organisational Arrangement" OR "Indicators" OR "Indicator" OR "Monitor" OR "Monitoring")</p> <p>#3 ALL = ("Organizational Decision Making" OR "Organisational Decision Making" OR "Organizational Policy" OR "Organisational Policy" OR "Institutional Policy" OR "Organizational Culture" OR "Organisational Culture" OR "Public Health Administration" OR "Health Services Administration" OR "Health Service Administration")</p>	<p><b>37</b></p>

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice 2. Estudos elegíveis excluídos e os motivos da exclusão

Referência	Motivo da exclusão
<p>Ayoubian A, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Bahadori M. Evaluation of Facilitators and Barriers to Implementing Evidence-Based Practice in the Health Services: A Systematic Review. Galen Med J. 2020 Mar 14;9:e1645. doi: 10.31661/gmj.v9i0.1645.</p>	<p><b>Não se refere ao contexto de interesse</b></p>
<p>Berthelsen C, Hølge-Hazelton B. The Importance of Context and Organization Culture in the Understanding of Nurses' Barriers Against Research Utilization: A Systematic Review. Worldviews Evid Based Nurs. 2021 Apr;18(2):111-117. doi: 10.1111/wvn.12488.</p>	<p><b>Não se refere ao contexto de interesse</b></p>



Bhuiya AR, Makarski J, Hayden L, Perrier L, Munce S, Lewis I, Graham ID, Holroyd-Leduc J, Straus SE, Stelfox HT, Strifler L, Lokker C, Li LC, Leung FH, Dobbins M, Ritchie LMP, Squires J, Rac V, Fahim C, Kastner M. Identifying candidate quality indicators of tools that support the practice of knowledge translation: a scoping review protocol. <i>JBIEvid Synth.</i> 2023 Jan 1;21(1):264-278. doi: 10.11124/JBIES-22-00055.	<b>Protocolo de revisão de escopo</b>
Greenhalgh C, Montgomery P. A systematic review of the barriers to and facilitators of the use of evidence by philanthropists when determining which charities (including health charities or programmes) to fund. <i>Syst Rev.</i> 2020 Aug 27;9(1):199. doi: 10.1186/s13643-020-01448-w.	<b>Não se refere ao contexto de interesse</b>
Shayan SJ, Kiwanuka F, Nakaye Z. Barriers Associated With Evidence-Based Practice Among Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. <i>Worldviews Evid Based Nurs.</i> 2019 Feb;16(1):12-20. doi: 10.1111/wvn.12337.	<b>Não se refere ao contexto de interesse</b>

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice 3. Detalhamento dos fatores críticos identificados

<p><b>Governança:</b>  <b>Refere-se a uma vasta gama de funções relacionadas com a elaboração de regras e a orientação para alcançar a institucionalização da PIE, incluindo estruturas ou plataformas institucionalizadas que promovem a interação e ultrapassam as fronteiras entre a investigação e a política. Tais plataformas não só aumentam a visibilidade da TC em todo o sistema, mas também a protegem de mudanças <i>ad hoc</i> na política e nos contextos<sup>1</sup>.</b></p>	
<b>Fatores</b>	<b>Descrição</b>
<b>Concorrência na tomada de decisão</b>	<p>Influências concorrentes na tomada de decisões, papel da mídia; aproveitamento do papel da mídia e das campanhas de <i>marketing</i> social<sup>13</sup>;</p> <p>Esforços paralelos<sup>22</sup>;</p> <p>Influências concorrentes, incluindo fatores organizacionais, políticos e estratégicos; restrições financeiras e de recursos; experiência pessoal; senso comum; opinião de especialistas; pressão pública e de partes interessadas; visões da comunidade e competição local restringiram o uso de evidências de pesquisa na tomada de decisões de saúde pública<sup>23</sup>.</p>
<b>Contexto organizacional</b>	<p>A tomada de decisões organizacionais e a execução de provas são restringidas pelas estruturas legais e éticas sob as quais as organizações operam; o contexto em que o conhecimento é produzido pode diferir em termos de política, cultura, economia etc., do contexto em que é aplicado<sup>7</sup>;</p> <p>Restrições legislativas<sup>13</sup>;</p> <p>Diretrizes ou declaração de política; importância da política; suporte legal ou legislativo; outras pressões sobre a política<sup>21</sup>;</p> <p>Facilitadores incluem escopo e objetivos claros; responsabilidade e prestação de contas; liderança forte; suporte organizacional; cultura organizacional; trabalho em equipe, colaboração e comunicação<sup>26</sup>.</p>



<p><b>Ferramentas de comunicação</b></p>	<p>Desenvolvimento e estabelecimento de mecanismos e canais para uma comunicação eficaz e sustentável para construir uma compreensão e compartilhar experiências; disseminação dos resultados de pesquisas entre organizações; desenvolver tecnologia, como plataformas de conferência de pesquisas <i>online</i>, e apoiar a sua capacidade<sup>6</sup>;</p> <p>Métodos inadequados de disseminação<sup>11</sup>;</p> <p>Integração de ferramentas específicas do programa em uma única plataforma e a automação dos processos de gerenciamento de dados<sup>12</sup>;</p> <p>As ferramentas de divulgação e comunicação incluem plataformas de partilha de informação sobre saúde, boletins informativos e comunicações pessoais; uso de <i>wikis</i>, fóruns de discussão, <i>blogs</i> e mídias sociais, comunidades virtuais de prática e tecnologia de conferência, portais de troca de conhecimento, canais de comunicação eletrônica (<i>newsletters</i> contendo resumos de pesquisas atuais desenvolvidas e enviadas diretamente por e-mail aos gestores); relatórios distribuídos por meio de organizações profissionais ou por meio de uma câmara de compensação; portal nacional para acesso a evidências<sup>13</sup>;</p> <p>Criar linguagem comum/comunicação bidirecional entre decisores políticos e investigadores; estabelecer uma comunicação científica mais eficaz<sup>15</sup>;</p> <p>Comunicação melhorada e diálogo sustentado entre pesquisadores e usuários finais; confiança entre pesquisadores e formuladores de políticas<sup>23</sup>;</p> <p>Adequada comunicação organizacional por meio de boletins e outras estratégias; acesso facilitado a repositórios de pesquisa<sup>27</sup>.</p>
<p><b>Gestão organizacional das PIE</b></p>	<p>Baixa disseminação de conhecimento<sup>6</sup>;</p> <p>A implementação do sistema de gestão do conhecimento envolve o uso, transferência e tradução de informações, prevenção contra uma possível perda de compreensão induzida pela aposentadoria e rotatividade de funcionários, aquisição de benefícios competitivos, aprendizagem contínua, prevenção do isolamento organizacional e atendimento às necessidades do usuário<sup>7</sup>;</p> <p>Falta de responsabilidade no uso de evidências; conflitos de interesse; apoio inadequado de pares, a nível organizacional ou institucional<sup>13</sup>;</p> <p>Contexto/janelas de oportunidades políticas; estrutura de governança global; gravidade do problema de saúde e Intervenções eficazes<sup>14</sup>;</p> <p>Processos de planejamento deficientes; ausência de processos; metas rígidas específicas de equipes do programa; prioridades conflitantes; comunicação pobre; falta de apoio da alta administração<sup>17</sup>;</p> <p>Falta de vontade política<sup>20</sup>;</p> <p>Corrupção; má gestão pública, cultura de gestão pública deficiente; mecanismos de coordenação fracos<sup>22</sup>;</p> <p>Entre os facilitadores incluem-se desejo e vontade política; confiança; consciência e necessidade reconhecida de mudança; valor e expectativas; aplicação ampla de métodos acessíveis; auditoria de intervenção e avaliação; considerar a gestão com base em evidências no processo principal; desenvolvimento da força de trabalho, empoderamento e capacitação<sup>26</sup>.</p> <p>Aspectos explicitamente “políticos” influenciando na incorporação de inovações; falta de poder para mudar processos<sup>28</sup>;</p> <p>Geralmente, avaliações resultaram em ajustes gerenciais e não em mudanças efetivas na programação ou alocação de recursos<sup>29</sup>.</p>





<p><b>Monitoramento e avaliação</b></p>	<p>Monitoramento de fidelidade e supervisão dos esforços de TC; medir/melhorar a prontidão organizacional para mudanças; classificações de desempenho; acompanhamento ativo das intervenções de TC; avaliação formal das atividades de TC consideradas altamente desafiadoras; identificar objetivos mensuráveis e garantir que as medidas de avaliação reflitam esses objetivos; avaliações «participativas» com todas as partes interessadas relevantes; esforço orientado pela teoria para identificar e abordar os fatores contextuais mais relevantes para qualquer intervenção específica; maior cobertura e equidade de acesso a intervenções baseadas em evidências; conduzir uma avaliação comunitária antes de finalizar os objetivos específicos do programa<sup>13</sup>;</p> <p>Indicadores confiáveis<sup>14</sup>;</p> <p>Avaliação, monitoramento e <i>feedback</i>: mecanismos de <i>feedback</i> apropriados beneficiaram a implementação da prática baseada em evidências, preservando o envolvimento entre o pessoal que implementou a mudança<sup>19</sup>;</p> <p>Estabelecimento de sistemas de monitorização e avaliação; verificar custeio e modelização econômica e outras abordagens de intervenção<sup>20</sup>;</p> <p>Análise situacional, agregada à opinião de <i>experts</i> e identificação de lacunas<sup>25</sup>;</p> <p>Indicadores nem sempre apropriados para avaliar o que se pretendia<sup>29</sup>.</p>
<p><b>Motivação para mudança</b></p>	<p>Para superar os desafios a nível micro, deve-se estimular a motivação e interesse em abordar e estudar resultados de pesquisa, com foco na comunicação direcionada de resultados; desenvolver a confiança entre tomadores de decisão e pesquisadores<sup>6</sup>;</p> <p>Aumentar a prontidão pessoal para a mudança; reconhecimento de processos multiníveis (sistema profissional, organizacional, local) e interações entre esses níveis; abordar fatores ambientais complexos e incluir medidas de sustentabilidade comunitária e mudança institucional nos resultados; fundamentar as atividades de TC nas teorias existentes de mudança comportamental; facilitar a implementação de intervenções empiricamente válidas nos cuidados de saúde (ou seja, medidas políticas destinadas a apoiar a prestação de rastreios, bem como mudanças organizacionais, influenciando as características operacionais dos serviços preventivos), construindo e mantendo a confiança<sup>13</sup>;</p> <p>Motivação e organização de equipes para incorporar a pesquisa na prática; mudança sustentável requer investigação alinhada com as políticas, as leis regulamentadoras, a governança e as estruturas organizacionais<sup>27</sup>.</p>
<p><b>Relevância política</b></p>	<p>O tópico em questão não está no topo da agenda política<sup>11</sup>;</p> <p>Falta de relevância para as necessidades políticas; considerações míopes de apoio político ou viabilidade; falta de adequação cultural, aceitabilidade ou aplicabilidade na prática; aplicabilidade da intervenção baseada em evidências a nível local; alcance dos principais intervenientes nas comunidades onde as intervenções seriam realizadas, incluindo ambientes não clínicos; maior compreensão da transferibilidade e aplicabilidade de recomendações baseadas em evidências de um ambiente para outro<sup>13</sup>;</p> <p>Incompatibilidade da pesquisa com a complexidade da realidade<sup>19</sup>;</p> <p>Não adaptação das abordagens de intervenção ao contexto local<sup>20</sup>.</p>



**Processos padronizados e rotinizados:**

**Para garantir produtos e processos de TC de alta qualidade, nos quais os decisores políticos confiam e, portanto, são mais propensos a utilizar, são necessários processos padronizados, incluindo ferramentas e protocolos. Complementado por processos bem documentados, isso facilita a sustentação e a institucionalização dos processos de TC, servindo como memória institucional e reduzindo a dependência de pessoas individuais com conhecimentos e competências<sup>1</sup>.**

Fatores	Descrição
<p><b>Adequação da informação</b></p>	<p>Natureza complexa de algumas terapias ou diretrizes baseadas em evidências; a usabilidade percebida pelos profissionais de saúde e a mudança de comportamento na prática variam de acordo com o tipo de tecnologia de informação e comunicação; restrições práticas<sup>13</sup>;</p> <p>Quantidade excessiva de informações<sup>17</sup>;</p> <p>Adaptar a abordagem de expansão ao contexto local e utilizar abordagens participativas<sup>20</sup>;</p> <p>Clareza/relevância/confiabilidade dos resultados da pesquisa; importância dos resultados da pesquisa<sup>21</sup>;</p> <p>Perspectivas de consultores de políticas internacionais, dos líderes de pesquisa; um foco indevido em ensaios clínicos randomizados; muita incerteza científica; baixa aplicabilidade local; falta de foco nos determinantes sociais da saúde; e falta de complexidade para abordar sistemas de saúde multicomponentes; as abordagens de pesquisa devem mostrar eficácia (por meio do <i>design</i> do estudo e/ou apresentação estatística) e consenso; as evidências devem surgir de fontes que sejam vistas como imparciais (como pesquisas revisadas por pares) e confiáveis; e fornecer detalhes metodológicos para que o rigor possa ser avaliado<sup>23</sup>.</p>
<p><b>Apresentação da informação</b></p>	<p>Resumos de uma página com mensagens-chave adaptadas ao público-alvo; relevância clara dos resultados e fatores importantes para contextualizar as evidências; revisões sistemáticas, com padrão para fácil interpretação dos resultados; referência rápida e fácil, clareza, atualidade e força das evidências; as ferramentas de empacotamento incluem métodos de síntese, como resumos de políticas e métodos de visualização; as ferramentas de aplicação incluem dados de vigilância e modelagem/simulação para explorar o comportamento e desempenho de processos e intervenções<sup>13</sup>;</p> <p>Formato dos resultados da pesquisa<sup>21</sup>;</p> <p>Impacto da apresentação de pesquisa em seu uso na tomada de decisão; apresentação (que foi vista como direcionada a um público acadêmico) e interpretação; os pesquisadores devem resumir claramente suas principais descobertas; os pesquisadores devem alinhar as evidências com os ambientes de políticas atuais e futuras; as evidências devem identificar indicadores relevantes para metas de saúde; a pesquisa deve fazer sugestões para implementação; as evidências de pesquisa devem ser projetadas para que sejam facilmente incorporadas ao conhecimento coloquial/experiencial/de senso comum<sup>23</sup>.</p>



<p><b>Entrega da informação</b></p>	<p>Entrega ativa multicomponente de informações (em oposição ao acesso apenas ao registro <i>online</i>; mensagens direcionadas, visitas educacionais e resumos; entrega multimodal de intervenções de TC no nível organizacional<sup>13</sup>;</p> <p>A tradução eficaz do conhecimento nas organizações de saúde depende da personalização e entrega de mensagens que levam em conta os papéis dos indivíduos (articuladores de conhecimentos, agentes influenciadores, entre outros), clima organizacional e características estruturais, bem como padrões de poder hierárquico para iniciar a mudança organizacional (<i>top-down</i> versus <i>bottom-up</i>)<sup>16</sup>;</p> <p>Eficácia dos processos atuais de transferência de conhecimento; utilidade dos modelos para melhorar a tomada de decisão e a definição de prioridades e os prazos para a tomada de decisão<sup>23</sup>.</p>
<p><b>Oportunidade da informação</b></p>	<p>Desenvolver diretrizes que promovam as melhores práticas clínicas<sup>6</sup>;</p> <p>Oportunidade<sup>11</sup>;</p> <p>Falta de resultados de pesquisa oportunos; falta de informações rapidamente disponíveis e adequadamente filtradas;</p> <p>Fornecimento do conhecimento certo no momento certo de tomada de decisão, por meio da implementação da gestão do conhecimento nas organizações de saúde<sup>15</sup>;</p> <p>Prazos incompatíveis para pesquisa e formulação de políticas<sup>23</sup>.</p>
<p><b>Liderança e compromisso:</b> <b>Uma liderança carismática forte é fundamental para criar as condições para o uso sustentado de evidências. Os líderes têm a capacidade de influenciar a adoção duradoura da PIE diretamente por meio da alocação de recursos (humanos e materiais), e indiretamente por meio de incentivo, apoio e orientação<sup>1</sup>.</b></p>	
<p><b>Fatores</b></p>	<p><b>Descrição</b></p>
<p><b>Envolvimento de líderes</b></p>	<p>Boa liderança, apoio e comprometimento do governo<sup>11</sup>;</p> <p>Envolver líderes de opinião (pessoa normalmente nomeada pelos colegas como “educacionalmente”) <sup>13</sup>;</p> <p>Liderança para aumentar conscientização e defender soluções integradas<sup>14</sup>;</p> <p>Ter um defensor ou “campeão” para defender a “nova forma de fazer as coisas” levou a uma utilização mais completa e refinada de diretrizes de implementação de prática baseada em evidências<sup>19</sup>;</p> <p>Times e lideranças comprometidos<sup>25</sup>.</p>
<p><b>Perfil de líderes</b></p>	<p>Extraíndo o valor agregado de sites e mecanismos de pesquisa<sup>13</sup>;</p> <p>Os líderes eram frequentemente vistos como fornecedores de novos conhecimentos e como influenciadores-chave na implementação de novas iniciativas<sup>19</sup>;</p> <p>A competência exigida inclui capacidades de escrita, de oratória, além de prêmios e incentivos<sup>27</sup>;</p> <p>Médicos empoderados influenciam decisões de incorporação de evidências<sup>28</sup>.</p>
<p><b>Recursos:</b> <b>Os recursos humanos, financeiros, materiais e de informação são insumos essenciais para a produção e reprodução das estruturas sociais ao longo do tempo. Em particular, ter uma massa crítica de pessoas, dentro e fora da organização, hábeis na aplicação da TC de forma rotineira e consistente, ao longo do tempo, é um pilar central da institucionalização da PIE<sup>1</sup>.</b></p>	



Fatores	Descrição
<b>Conhecimentos</b>	<p>Dificuldade na utilização dos resultados da pesquisa e para recomendação na prática clínica<sup>6</sup>;</p> <p>Falta de conhecimento ou concordância com as diretrizes; pouca familiaridade ou confiança na eficácia de uma terapia específica baseada em evidências; lacunas de conhecimento prático<sup>13</sup>;</p> <p>Lacunas na informação e informação subutilizada<sup>22</sup>.</p>
<b>Habilidades e competências</b>	<p>Habilidades insuficientes para avaliação crítica; baixos níveis de literacia tecnológica; falta de familiaridade com bases de dados; desconhecimento sobre conceitos de Prática Baseada em Evidências; falta de formação e competências suficientes em métodos de pesquisa<sup>6</sup>;</p> <p>Considerar a especialização em tarefas de dados, delegando pessoas especificamente treinadas ou tendo um tempo dedicado para tarefas relacionadas a dados<sup>12</sup>;</p> <p>Falta de habilidades para buscar, avaliar e interpretar as evidências / revisões sistemáticas; falta de competências para avaliar, compreender e aplicar evidências de investigação, incluindo competências digitais; habilidades ou competência limitadas para usar uma terapia específica; capacidade insuficiente de implementação<sup>13</sup>;</p> <p>Grau de instrução em métodos de pesquisa<sup>17</sup>;</p> <p>Habilidades de pesquisa do formulador de políticas; conscientização de pesquisa do formulador de políticas; habilidades de pesquisa do praticante; conscientização de pesquisa do praticante<sup>21</sup>;</p> <p>Formuladores de políticas não foram apoiados (por meio de treinamento, da estrutura de documentos usados para informar as decisões e das expectativas dos gerentes seniores) para adquirir as habilidades necessárias ou usar evidências de pesquisa<sup>23</sup>.</p>



<p><b>Infraestrutura organizacional</b></p>	<p>Falta de acesso a evidências e pesquisas; recursos organizacionais insuficientes, como em materiais e equipamentos necessários para a implementação de pesquisas e instalações inadequadas para conduzir pesquisas<sup>6</sup>;</p> <p>Banco de dados de pesquisa acessível<sup>11</sup>;</p> <p>A disponibilidade desses recursos influenciou a motivação de trabalhadores individuais<sup>12</sup>;</p> <p>Falta de recursos ou apoio organizacional; falta de infraestrutura, instalações médicas limitadas para apoiar a coleta de evidências; falta de acesso e disponibilidade de evidências de pesquisa aplicáveis; falta de acesso ao banco de dados; sistemas de apoio à decisão clínica<sup>13</sup>;</p> <p>Utilizar ferramentas adequadas e sistemas de fácil utilização para gestão do conhecimento<sup>15</sup>;</p> <p>Falta de recursos internos para pesquisa; falta de dados e sistemas; acesso limitado à informação<sup>17</sup>; processos para integração de evidências; suporte administrativo; disponibilidade de dados operacionais<sup>17</sup>;</p> <p>Investimento insuficiente em infraestruturas de implementação, incluindo sistemas de formação, monitorização e avaliação, recrutamento e rotatividade de pessoal; infraestrutura para apoiar a implementação, tais como formação, sistemas de entrega, recursos técnicos, liderança forte e defensores; vontade política; estratégia de expansão bem definida; e forte defesa<sup>20</sup>;</p> <p>Disponibilidade e acesso à pesquisa/disseminação melhorada; suporte gerencial (prático); suporte político (vontade); recursos materiais disponíveis; vontade gerencial<sup>21</sup>;</p> <p>Problemas na disseminação e acesso a evidências de pesquisa; as evidências de pesquisa devem ser disponibilizadas mais amplamente aos tomadores de decisão por meio do uso de boletins por <i>e-mail</i>, organizações profissionais de saúde pública ou câmaras de compensação<sup>23</sup>;</p> <p>Disponibilização de ferramentas e dispositivos adequados<sup>25</sup>;</p> <p>Os facilitadores incluem infraestruturas ou estruturas suficientes; recursos financeiros; alocar tempo significativo para gestão com base em evidências e interpretação oportuna de dados; recurso de pessoal alocado adequado<sup>26</sup>;</p> <p>Incentivos, disponibilidade de ferramentas e treinamentos para os tomadores de decisão são importantes<sup>27</sup>.</p>
<p><b>Limitações de tempo</b></p>	<p>Falta de tempo; restrições de tempo, em razão da gestão inadequada, da organização do pessoal e da densidade da carga de trabalho, escassez de mão de obra<sup>6</sup>;</p> <p>Tempo, carga de trabalho clínica e outras pressões<sup>13</sup>;</p> <p>Limitações de tempo<sup>17</sup>;</p> <p>Existência de cargos e tempo alocado à pesquisa<sup>27</sup>;</p> <p>Falta de tempo<sup>28</sup>;</p> <p>Restrições de tempo e orçamento prejudicaram a avaliação<sup>29</sup>.</p>



<p><b>Programas de capacitação</b></p>	<p>Política ou plano para implementar várias atividades de capacitação em PBE<sup>6</sup>; Treinamento de profissionais nas habilidades necessárias para a implementação de políticas<sup>11</sup>; Capacitação, treinamento e educação continuada; programas de capacitação e formação em investigação; treinamento no uso de tecnologias específicas que apoiam o acesso, ou seja, registros eletrônicos de saúde, e uso de evidências; equipe capacitada no ensino e prática da Medicina Baseada em Evidências (MBE); compreensão de estratégias eficazes de TC<sup>13</sup>; Realização de programas ou cursos de formação para investigadores compreenderem necessidades dos decisores políticos na apropriação de dados científicos; sistema de saúde precisa reforçar sua capacidade estratégica para facilitar uma cultura educativa e de formação, a fim de motivar os investigadores a produzirem evidências adequadas para os decisores políticos<sup>15</sup>; Padrões e metas claros em treinamentos aumentam a aceitação da mudança organizacional; a mentoria como meio de treinamento também apoia a tradução do conhecimento, desde que as relações de poder não inibam o intercâmbio interpessoal<sup>16</sup>; Treinamento e recompensas de recursos humanos<sup>17</sup>; Educação e treinamento também impactaram a efetividade de implementação dessas práticas<sup>19</sup>; Capacitação para aumentar as habilidades dos pesquisadores de produzir e disseminar efetivamente evidências úteis para os tomadores de decisão para melhorar as habilidades dos formuladores de políticas de avaliar e interpretar criticamente esses resultados<sup>23</sup>; Utilização de “estratégias piloto” como aprendizagem e deflagrador de mudanças<sup>25</sup>.</p>
<p><b>Recursos humanos</b></p>	<p>Frequência de rotatividade de pessoal<sup>11</sup>; Disponibilidade de recursos humanos; integração de bibliotecários e especialistas em informação em saúde na organização<sup>13</sup>; Restrições de recursos humanos<sup>17</sup>; Os recursos financeiros, de pessoal, de carga de trabalho e de tempo foram considerados como muito importantes para o processo de implementação de prática baseada em evidências<sup>19</sup>; Falta de recursos humanos<sup>20</sup>; Equipe ou recursos de pessoal; Rotatividade de equipe/continuidade do emprego<sup>21</sup>.</p>



<p><b>Recursos financeiros</b></p>	<p>Orçamentos disponíveis para atividades relacionadas à pesquisa<sup>6</sup>; Falta de recursos e financiamento; financiamento específico<sup>11</sup>; Recursos alocados para garantir que a participação em programas baseados em evidências não seja limitada por barreiras financeiras<sup>12</sup>; Incentivos e recursos financeiros<sup>13</sup>; Restrições financeiras<sup>17</sup>; Custos de intervenção e outros fatores econômicos<sup>20</sup>; Custos<sup>21</sup>; O financiamento deve ser fornecido para pesquisas longitudinais e de longo prazo<sup>23</sup>; Falta de recursos financeiros<sup>29</sup>.</p>
<p><b>Parcerias, ação coletiva e apoio:</b> <b>A institucionalização é fomentada na medida em que as partes interessadas interagem no “campo organizacional”. As parcerias são essenciais, pois podem promover a institucionalização da PIE, fornecendo um mecanismo para o envolvimento contínuo e de múltiplas partes interessadas pela mesma causa, resolução conjunta de problemas, identificação de recursos para TC e apoio técnico contínuos<sup>1</sup>.</b></p>	
<p><b>Fatores</b></p>	<p><b>Descrição</b></p>
<p><b>Envolvimento das partes interessadas</b></p>	<p>Poucas agências envolvendo usuários/público em geral em atividades de TC; envolver o pessoal da linha da frente e os gestores de saúde na coleta de dados, evidências e utilização<sup>13</sup>; Mobilização da sociedade civil<sup>14</sup>; Envolvimento ativo de uma série de implementadores e da comunidade-alvo<sup>20</sup>; Envolvimento das partes interessadas na tomada de decisão<sup>25</sup>.</p>
<p><b>Ferramentas e estruturas de intercâmbio</b></p>	<p>As estruturas de autoridade e a dinâmica das relações produtor de dados e usuário de dados influenciam a regularidade das avaliações e o uso de dados<sup>12</sup>; Ferramentas de ligação e intercâmbio, como redes de conhecimento, facilitam a disseminação de informações sobre saúde e a probabilidade de traduzir a investigação em políticas; estruturas de ação participativa baseadas na troca interativa de conhecimento (por exemplo, aprendizagem combinada) em vez de abordagens unidirecionais passivas apenas (por exemplo, palestras); <i>networking</i> para compartilhamento de informações<sup>13</sup>; Utilização de mecanismos e redes para interação e cooperação eficazes entre produtores e utilizadores de conhecimentos; reforçar centros de investigação, com a formação de investigadores, eliminação de barreiras institucionais e utilização de mecanismos e redes para interações eficazes entre decisores políticos<sup>15</sup>; O sucesso de implementação de prática baseada em evidências foi associado às redes organizacionais e à comunicação<sup>19</sup>.</p>



<b>Processos colaborativos</b>	<p>Desenvolver colaboração e conexões robustas entre os pesquisadores e os tomadores de decisão<sup>6</sup>;</p> <p>Colaboração bem-sucedida com envolvimento de todas as partes interessadas; apoio ou envolvimento de importantes organizações multilaterais<sup>11</sup>;</p> <p>Compartilhamento fluido de dados do sistema de informação em saúde (Da Silva, 2022);</p> <p>Aprendizagem intersetorial e interagências; tomada de decisão colaborativa com outras organizações comunitárias; acordo de objetivos e metas, tomada de decisão colaborativa, maiores níveis de coesão social; as organizações panregionais moldam a tomada de decisões sobre inovação nos níveis mais baixos (ou seja, redes de referência, sociedades profissionais e desenvolvimento de diretrizes práticas); disponibilidade de equipe de pares e recursos técnicos, redes sociais; colaboração entre parceiros da comunidade<sup>13</sup>;</p> <p>Coesão da comunidade política, instituições ou comitês orientadores (dentro de organizações maiores); diálogos multiatores interessados<sup>14</sup>;</p> <p>A capacidade de tradução do conhecimento nas organizações de saúde é construída por meio da coordenação de redes institucionais e individuais dentro e entre unidades organizacionais, que podem atuar como veículos de disseminação<sup>16</sup>;</p> <p>Relações intraorganizacionais; colaboração interorganizacional<sup>17</sup>;</p> <p>Colaboração; momento/oportunidade; relacionamento com formuladores de políticas; relacionamento com pesquisadores/equipe de informação; contato com pesquisadores/equipe de informação; contato com formuladores de políticas<sup>21</sup>;</p> <p>Facilitadores externos incluem o imperativo e fomento do uso de evidências científicas; interação entre pesquisadores e tomadores de decisão; apoio da comunidade acadêmica e outros atores<sup>26</sup>;</p> <p>Fortes parcerias entre universidades e institutos de pesquisa com os líderes locais responsáveis pela investigação<sup>27</sup>;</p> <p>Organizações de pesquisa e outros intermediários favorecem a incorporação de evidências de inovação<sup>28</sup>.</p>
--------------------------------	---

**Cultura:**

**Refere-se a valores básicos, pressupostos, artefatos e crenças considerados válidos e são disseminados e promovidos como práticas diárias. A cultura permite uma compreensão comum do que é a TC, que valor pode trazer e o que se pode esperar em termos de atividades e benefícios<sup>1</sup>.**





Fatores	Descrição
<p><b>Alinhamento entre pesquisa e política</b></p>	<p>Falta de percepção sobre alinhamento ou integração entre pesquisa e política; limitado envolvimento no processo de pesquisa<sup>6</sup>;</p> <p>Falta de dados locais ou pesquisa local; pesquisa local conduzida para incorporar quaisquer recomendações baseadas em evidências no contexto local<sup>11</sup>;</p> <p>Falta de entendimento conjunto entre pesquisadores e tomadores de decisão; exigir formas específicas de evidências para informar a tomada de decisões<sup>13</sup>;</p> <p>Lacuna entre tomadores de decisão/pesquisadores; desconfiança mútua<sup>17</sup>;</p> <p>Percepção de falta de evidências de pesquisa entre os tomadores de decisão de saúde pública; percepções negativas das evidências de pesquisa disponíveis comumente limitavam seu uso - uma abundância de evidências "sem políticas"<sup>23</sup>;</p> <p>Ministérios geralmente não têm um conjunto priorizado de questões de pesquisa e muitas vezes estão institucionalmente divididos; as agendas do que pesquisar e avaliar eram frágeis e muitas vezes não passíveis de ter impacto avaliado; seleção tendenciosa do que avaliar para atender ao interesse de grupos específicos; dificuldade de generalizar a descoberta para outros contextos (baixa validade externa); tamanho da amostra nem sempre adequado; faltou uma priorização estratégica eficaz de tomada de decisão baseada em evidências dentro do governo; envolvimento insuficiente dos pesquisadores parceiros do governo<sup>29</sup>.</p>
<p><b>Credibilidade das evidências</b></p>	<p>Dúvida sobre a utilidade dos resultados de pesquisas<sup>6</sup>;</p> <p>As organizações enfrentam novas dinâmicas de culturas e situações diferentes nos seus ambientes, e os gestores são necessários para criar as escolhas corretas por meio de evidências de outras culturas e ambientes; isso requer mais estudos comparativos que procurem, ao mesmo tempo, a universalidade emergente e a especificidade cultural; a seleção de fontes de informação pelos decisores é muitas vezes determinada pela disponibilidade e não pela qualidade; em relação à acessibilidade, afirma-se que a confiança desempenha um papel importante na seleção de fontes de informação pelos decisores<sup>7</sup>;</p> <p>Falta de credibilidade das evidências; percepções negativas da utilização da pesquisa, ou seja, percebidas como um processo burocrático/não oportuno<sup>13</sup>;</p> <p>Irrelevância da pesquisa; definição pouco clara de evidência; percepções negativas quanto à pesquisa<sup>17</sup>.</p>
<p><b>Cultura de apoio ao uso de evidências</b></p>	<p>Facilitação para preparar médicos e organizações para a implementação<sup>13</sup>;</p> <p>A chave para a tradução eficaz do conhecimento nas organizações de saúde é o apoio à inovação, fomentado por razões claras para a mudança organizacional, troca aberta apesar das diferenças de poder e envolvimento dos funcionários; a tradução do conhecimento é aprimorada quando os profissionais de saúde percebem e se identificam positivamente com a organização<sup>16</sup>;</p> <p>Cultura de apoio ao uso de evidências<sup>17</sup>;</p> <p>Abertura organizacional para testar inovações e uma cultura de aprendizagem foram associadas ao sucesso da implementação de prática baseada em evidências<sup>19</sup>;</p> <p>Cultura organizacional favorável à incorporação de PIE; perseverança e resiliência da equipe<sup>25</sup>.</p>



<p><b>Envolvimento de tomadores de decisão em pesquisas</b></p>	<p>Envolver os <i>stakeholders</i> no início do processo de concepção e iniciação da pesquisa<sup>6</sup>;</p> <p>Suporte técnico-científico dos pesquisadores para os profissionais da saúde; trocas entre o apoio metodológico fornecido pelos pesquisadores e o relato de experiência clínica oferecida pelos profissionais da saúde; profissionais de saúde ativamente incluídos em todo o processo da pesquisa; participação dos profissionais da saúde em etapas específicas da pesquisa; participação dos profissionais da saúde respondendo a entrevistas ou em grupos focais ou <i>workshops</i><sup>9</sup>;</p> <p>Problemas com o envolvimento das partes interessadas; participação da comunidade e pesquisa participativa<sup>11</sup>;</p> <p>Parcerias com investigadores para facilitar a utilização de evidências; reflexão sobre a base conceitual das atividades de mobilização de conhecimento<sup>13</sup>;</p> <p>Conduzir pesquisas com a participação de tomadores de decisão; identificar barreiras sociais para mudar o comportamento dos usuários de evidências<sup>15</sup>;</p> <p>Focos do pesquisador e do tomador de decisão voltados para aplicação da pesquisa; experiência em utilização de pesquisa; contato entre pesquisadores e tomadores de decisão; respeito mútuo<sup>17</sup>;</p> <p>Criação de comitês de ética locais; a capacidade de investigação depende do engajamento dos líderes e gestores, assim como de treinamentos para esses atores<sup>27</sup>;</p> <p>Processos participativos dos <i>stakeholders</i> influem positivamente na incorporação de evidências de inovação<sup>28</sup>.</p>
<p><b>Preferências das partes interessadas</b></p>	<p>Necessidades, preferências e adesão do paciente ao tratamento quando essas interferem nas recomendações baseadas em evidências<sup>13</sup>;</p> <p>As preferências na escolha de evidências variam de acordo com o grupo profissional; os financiadores priorizam necessidades locais por evidências; enfermeiros combinam conhecimento prático com científico e médicos valorizam mais os científicos; os clínicos gerais da APS não valorizam necessariamente a evidência científica; cirurgiões incorporam dados que fazem sentido para eles, muitas vezes sem comprovação explícita; as evidências podem ser utilizadas para legitimar decisões já tomadas, gestores utilizam evidências para se contrapor a decisões de médicos, que consideram irracionais<sup>28</sup>.</p>
<p><b>Receptividade a mudanças</b></p>	<p>As estruturas e processos de cada ambiente de saúde representam um ambiente organizacional único, incluindo a forma como uma organização opera e atua; estas estruturas (por exemplo, dimensão, pessoal) e processos (por exemplo, disposições práticas, apoio à decisão) são, individualmente ou em conjunto, capazes de promover ou dificultar ações discretas em termos de disposições de adoção e aplicação<sup>7</sup>;</p> <p>Cultura de tomada de decisão (resistência organizacional à mudança); falta de motivação e consciência sobre as evidências/revisões sistemáticas<sup>13</sup>;</p> <p>Resistência à introdução de novas práticas em razão de restrições de capacidade<sup>20</sup>;</p> <p>A cultura dentro da qual os tomadores de decisão trabalhavam fez com que a coleta e avaliação de pesquisas fossem vistas como “não trabalho” entre aqueles que precisavam parecer estar tomando medidas<sup>23</sup>;</p> <p>Pouca receptividade das organizações às mudanças<sup>28</sup>.</p>

Fonte: Dimensões adaptadas de Kuchenmüller et al. (2022)<sup>1</sup>.



## 3. Diálogo Deliberativo

### 3.1. Introdução

Diálogo deliberativo (DD) ou diálogo de políticas é um recurso de tradução do conhecimento (TC) que tem sido utilizado para propiciar o compartilhamento de saberes entre pesquisadores, formuladores de política e demais interessados sobre uma determinada temática<sup>1</sup>.

Este relatório contempla o DD realizado em 25 de junho de 2024, das 9 às 17 horas, organizado pela equipe do Projeto ESPIE- Apoio à Institucionalização de Políticas Informadas por Evidências (PIE) no SUS.

O objetivo do DD foi deliberar sobre fatores críticos e indicadores de monitoramento e avaliação para a institucionalização de PIE, considerando as evidências globais apresentadas no documento “Fatores críticos para institucionalização da tomada de decisão informada por evidências em organizações de saúde pública: síntese de evidências (resultados preliminares)”.

As contribuições dos participantes do DD têm como finalidade subsidiar o desenvolvimento de um Guia de Implementação para apoiar a institucionalização de PIE em organizações de saúde no SUS.

O DD contou com a participação de 20 pessoas das seguintes organizações: Hospital Sírio-Libanês (HSL), especialistas do projeto ESPIE/HSL, especialistas de campo do projeto ESPIE/HSL, Departamento de Ciência de Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/SECTICS/MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Mundial da Saúde, Hospital do Coração, Instituto Veredas, Núcleo de Evidências Seriemá/UNISO e Ministério de Direitos Humanos e Cidadania.

A síntese de evidências analisada pelos participantes do DD foi enviada por e-mail aos convidados treze dias antes da realização do encontro. Além disso, eles foram incentivados a realizar um exercício de priorização dos fatores críticos, por meio de um formulário *online*, onde poderiam aferir sua percepção, numa escala crescente de 1 a 5, sobre a relevância de cada fator crítico para o contexto do SUS.



Após uma breve fala de abertura do evento, seguiu-se uma rodada de apresentação dos participantes, um informe sobre as regras de participação no DD e os conteúdos da síntese de evidências.

Foram realizadas duas sessões para deliberação sobre os fatores críticos e duas sessões para deliberação sobre indicadores de monitoramento e avaliação do processo de implementação.

Uma avaliação do DD foi realizada pelos participantes no final do evento, por meio de um formulário próprio.

## **3.2. Contribuições do exercício de priorização e da deliberação sobre os fatores críticos**

Na síntese de evidências, os fatores críticos e os indicadores de monitoramento e avaliação foram organizados em seis domínios: Governança; Processos padronizados e rotinizados; Liderança e compromisso; Recursos; Parcerias, ação coletiva e apoio; e Cultura. Essa categorização foi baseada no *framework* de Kuchenmüller et al. (2022)<sup>2</sup>.

As contribuições do exercício de priorização e da deliberação do DD foram reunidas em duas categorias: aquelas que devem ser incorporadas para melhoria da síntese de evidências e outras que devem ser consideradas para a elaboração do guia de implementação.

### **Comentários gerais**

Alguns comentários foram feitos ao longo do DD que não se referem especificamente às dimensões abordadas nos fatores críticos e indicadores.

### **Para a melhoria da síntese de evidências**

O formato da síntese de evidências mistura barreiras e facilitadores; então, às vezes é difícil compreender se a categoria é positiva ou negativa, a tendência é enxergar mais as barreiras.

A linguagem da síntese de evidências é muito científica, precisa ser mais adequada ao gestor. O documento está de forma generalista, seria importante fazer uma aproximação com a realidade brasileira, com exemplos.

É necessária uma descrição mais robusta de cada fator. Utilizar outros tipos de classificação para cada nível do sistema. É preciso que as definições sejam bem delimitadas. Alguns



fatores têm interface em (com?) outras dimensões. Levar em consideração a experiência da elaboração do perfil de competência.

Há necessidade de dialogar mais com a prática. O *framework* é um pouco engessado. Talvez inovar na criação de um *framework* mais adequado à nossa realidade. Olhar dimensões da prática, da implementação. O *framework* adotado deu conta da categorização, porém poderiam ser utilizados outros elementos. Ele deve ajudar a refletir, mas há necessidade de trazer os dados globais para o SUS. Quais são as variáveis que interferem na agenda do SUS?

O processo deve dialogar mais com as políticas públicas, planejamento e gestão do SUS, na perspectiva da rotina do gestor. Há necessidade de compreender como se dá a dinâmica do SUS. Enriquecer os fatores críticos com os desafios do mundo real. Resignificar as evidências para o SUS.

Será que não valeria a pena hierarquizar esses fatores críticos? Fatores transversais incluem transparência e participação.

### **Para a elaboração do guia de implementação**

Seria importante produzir um guia mais propositivo, valorizar formas de superar as barreiras, em vez de enfatizá-las.

O guia é para quem? Servidores? O corpo técnico é quem toca as políticas. O guia deveria empoderar a equipe para sensibilizar o gestor. Abordar como tratar cada um dos fatores críticos. No guia, há necessidade de hierarquizar esses fatores.

Pensar numa matriz de dimensões para o guia. Há necessidade de adaptar conceitos. Conceito sobre quem é o gestor nas diferentes organizações (macro, meso, micro). Olhar guias sobre inovação, governança etc. (ENAP).

O nível de maturidade é incipiente na maioria das organizações brasileiras, inclusive no MS. A maioria vai precisar de um guia bem básico. Como começar esse processo? O guia seria para induzir PIE para gestores municipais (secretários de saúde)? O foco seria em resultados? Sustentabilidade deveria ser foco do guia? A carga é grande de fatores para o nível local. Incorporar uma dimensão da implementação. Por onde começar?

O processo deve ser permanente, em razão da alta rotatividade de secretários municipais. Instâncias como Regiões de Saúde e CIR são mais permanentes. A tomada de decisão é algo relativo, com grande influência de fatores externos à saúde. Há necessidade de empoderamento dos pequenos municípios, que são a maioria no país.



## Governança

“Refere-se a uma ampla gama de funções de elaboração de regras e de direção para atingir a institucionalização do PIE, incluindo estruturas ou plataformas institucionalizadas que promovem a interação e abrangem os limites entre pesquisa e política. Tais plataformas não só aumentam a visibilidade da TC em todo o sistema, mas também a protegem de mudanças *ad hoc* na política e nos contextos.”<sup>2</sup>

Na Tabela 1, são apresentados os fatores críticos incluídos nesse domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 1.** Fatores críticos da dimensão Governança, modificado após o DD.

Fatores críticos	Mediana
Concorrência na tomada de decisão	4
Ferramentas de comunicação	5
Gestão organizacional das PIE	5
Legislação restritiva	3
Monitoramento e avaliação	5
Motivação para mudança	5
Relevância política	5

## Para a melhoria da síntese de evidências

Alguns dos fatores listados na síntese de evidências não estavam adequados em Governança e foram movidos para outras dimensões - Alinhamento entre pesquisa e política e Envolvimento do gestor em pesquisa foram incluídos na dimensão Cultura; Entrega da informação foi incluído na dimensão Processos padronizados e rotinizados.

## Para a elaboração do guia de implementação

A síntese está muito ancorada em PIE. Seria importante abordar governança a partir de literatura específica. Governança pressupõe os elementos que viabilizam a institucionalização. Nesse sentido, o planejamento não pode ser estanque.

Não existe consenso na literatura sobre o termo governança, mas é preciso levar em conta, pelo menos, esses três fatores: (i) Gestão do conhecimento tendo como foco as necessidades



do usuário, (ii) Visão global sobre as fontes de conhecimento disponíveis na organização, e (iii) Relação entre governança e governabilidade, esta última entendida como “capacidade de a gestão identificar problemas críticos e formular políticas adequadas para seu enfrentamento”.

As PIE têm o potencial tanto para fortalecer, quanto para enfraquecer a carreira de tomadores de decisão. Ao discutir a utilidade das PIE, é importante abordar como superar as barreiras para que as instituições façam boas políticas.

Nesse processo, deve-se considerar *advocacy* para o uso de evidências, a disponibilização de um portfólio, incentivos institucionais que promovam a *performance* e a busca pelos objetivos institucionais explícitos, regramento burocrático e cultura organizacional que permitam efetiva gestão de pessoas, estrutura institucional de tradução do conhecimento com claras cadeias hierárquicas de consulta e tomada de decisão, independência e autonomia da elaboração de PIE.

Aspectos importantes não elencados entre os fatores críticos são a transparência e a participação como premissas para incentivar o uso de PIE.

Outras questões a considerar incluem: o contexto político e eleitoral; as mudanças frequentes de gestão e necessidade de convencimento do novo gestor; como as decisões são tomadas; como os fatores ideológicos influenciam o uso das PIE; pressão e visibilidade dos pares; pressão de grupos de interesse; interesses pessoais e de grupos dentro e fora da instituição (inclusive corrupção); influência de instituições do ecossistema; estruturas informais de poder; mandatos tácitos; estruturas fragmentadas de poder.

Há necessidade também de apresentar conceitos claros, uma vez que alguns termos podem ter implicação tanto positiva, quanto negativa (como, por exemplo, legislação restritiva).

Os exemplos ajudam a esclarecer conceitos por meio de eventos, narrativas institucionais e sociais. Foi sugerida a consulta à publicação do IPEA sobre construção de capacidades estatais, em que são abordados os casos da CONITEC e do IBAMA<sup>3</sup>.

## Processos padronizados e rotinizados

“Para garantir produtos e processos de TC de alta qualidade nos quais os formuladores de políticas confiam e, portanto, têm mais probabilidade de usar, são necessários processos padronizados, incluindo ferramentas e protocolos. Complementados por processos bem documentados, isso facilita a sustentação e a institucionalização dos processos de TC ao servir como memória institucional e reduzir a dependência de pessoas individuais com conhecimento e habilidades.”<sup>2</sup>



Na Tabela 2, são apresentados os fatores críticos incluídos neste domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 2.** *Fatores críticos da dimensão Processos padronizados e rotinizados, modificado após o DD.*

Fatores críticos	Mediana
Adequação da informação	5
Apresentação da informação	5
Entrega da informação	5
Oportunidade da informação	5

### Para a melhoria da síntese de evidências

A tradução da dimensão mostrou-se inadequada e foi modificada. O entendimento é que ela inclui protocolos para PIE, produção de materiais e processos em PIE, gestão da informação, linguagem institucional.

### Para a elaboração do guia de implementação

É importante trabalhar com processos padronizados que atendam às necessidades da gestão de modo efetivo e eficiente. Apesar de rotinizado, esse processo precisa ser dinâmico.

Considerar incentivos para a adoção e uso desses processos, condições como tempo, recurso e motivação para adoção, padrões nacionais ou internacionais que promovam a utilização de evidências, estratégias para manejar conflitos de interesses, transparência e *accountability*.

É necessário ter uma visão global sobre as fontes de conhecimento disponíveis na organização que podem existir, mas não são sistematizadas e utilizadas. Adotar processos bem documentados que melhorem a memória institucional e reduzam a dependência de determinados indivíduos com conhecimentos e habilidades. Incorporar ao máximo produtos já existentes, elaborados pelo ESPIE (2022)<sup>4</sup> e de outros que atuam na área. Utilizar indicadores de monitoramento.

Considera-se relevante incluir priorização e ciclo das políticas, realizar exercícios de definição de prioridades até o fortalecimento de uma agenda de elaboração de PIE.

A qualidade da informação também deve ser considerada, bem como o uso de ferramentas ou protocolos de qualidade. Investir na comunicação, em ferramentas de comunicação.





## Liderança e compromisso

“Uma liderança carismática forte é essencial para criar as condições para o uso sustentado de evidências. Líderes têm a capacidade de afetar a adoção duradoura de PIE diretamente, por meio da alocação de recursos (humanos e materiais) e, indiretamente, por meio de encorajamento, suporte e mentoria.”<sup>2</sup>

Na Tabela 3, são apresentados os fatores críticos incluídos neste domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 3.** Fatores críticos da dimensão Liderança e compromisso, sem alteração após o DD.

Fatores críticos	Mediana
Envolvimento de líderes	5
Perfil de líderes	4

## Para a melhoria da síntese de evidências

Fazer conexão com o perfil de competência desenvolvido no ESPIE.

## Para a elaboração do guia de implementação

Há necessidade de abertura institucional para que lideranças pautem agendas de mudança, além do apoio e encorajamento institucional para potenciais líderes. Há “líderes com poder simbólico”, que exercem a liderança por serem referências relevantes decorrentes de sua experiência (longevidade) na organização ou imagem de respeito perante os demais componentes.

Liderança é quem dá apoio na institucionalização. O que é um líder com legitimidade? A liderança precisa ser inclusiva, representativa, ter efetiva articulação com os grupos a que pertencem.

Um aspecto relevante é como criar capacidades, lideranças que vão trabalhar com o tema por bastante tempo. Talvez investir em servidores públicos que têm estabilidade, fortalecimento da burocracia ou em servidor médio.

Nesse sentido, também é necessário pensar na renovação de lideranças, sensibilizar lideranças para atuar em PIE, realizar um mapeamento de lideranças, reconhecer líderes e instrumentalizar as lideranças. Há um vazio de experiências bem discutidas sobre como gerar lideranças.



A participação em rede pode motivar a capacidade institucional, uma vez que o poder de coalizão intima o gestor.

É necessário considerar também o contexto organizacional. Uma liderança em âmbito municipal, por exemplo, trabalha com a busca de consenso, alinhamento, entendimento comum como resultado das discussões entre gestores. Por isso, é necessário pensar na incorporação dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.

## Recursos

“Recursos humanos, financeiros, materiais e de informação são insumos essenciais para a produção e reprodução de estruturas sociais ao longo do tempo. Em particular, ter uma massa crítica de pessoas, dentro e fora da organização, habilidosas em aplicar a TC de modo rotineiro e consistente e ao longo do tempo, é um pilar central da institucionalização do PIE.”<sup>2</sup>

Na Tabela 4, são apresentados os fatores críticos incluídos neste domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 4.** Fatores críticos da dimensão Recursos.

Fatores críticos	Mediana
Conhecimentos	5
Habilidades e competências	5
Infraestrutura organizacional	4
Limitações de tempo	4
Programas de capacitação	5
Recursos humanos	5
Recursos financeiros	5

## Para a melhoria da síntese de evidências

Muitos desses fatores poderiam ser classificados como competências, conforme o *framework* ESPIE.



## Para a elaboração do guia de implementação

A valorização institucional do crescimento profissional de membros da equipe é muito importante, além dos incentivos institucionais que promovam a *performance* e a busca pelos objetivos institucionais explícitos.

Compromisso é necessário para evitar o colapso organizacional. Precisa de capacidade para buscar recursos para evitar o colapso organizacional, pensando em sustentabilidade. Sustentabilidade poderia ser um fator transversal a todas as dimensões, uma vez que fomento e financiamento são necessários.

Também devem ser levados em consideração a independência e autonomia em PIE, tipos específicos de revisões, recursos tecnológicos (emergência da inteligência artificial) e educação permanente.

## Parcerias, ação coletiva e apoio

“A institucionalização é fomentada por meio da extensão em que as partes interessadas interajam no campo organizacional. As parcerias são essenciais, pois podem fomentar a institucionalização de PIE ao fornecer um mecanismo para engajamento e envolvimento contínuos de várias partes interessadas na mesma causa, resolução conjunta de problemas, identificação de recursos para TC e apoio técnico contínuos.”<sup>2</sup>

Na Tabela 5, são apresentados os fatores críticos incluídos neste domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 5.** *Fatores críticos da dimensão Parcerias, ação coletiva e apoio.*

Fatores críticos	Mediana
Envolvimento das partes interessadas	5
Ferramentas e estruturas de intercâmbio	4
Processos colaborativos	5

## Para a melhoria da síntese de evidências

Um fator relevante que poderia ser singularizado por ter características próprias são as comunidades de aprendizagem e de prática para a gestão do conhecimento. Mais do que uma parceria ou colaboração, seria uma aprendizagem e construção coletivas, resultante do agrupamento de pessoas da organização que enfrentam desafios comuns.



## Para a elaboração do guia de implementação

Analisar a abertura ou interesse cultural e viabilidade burocrática para estabelecimento de parcerias externas.

Está compreendida a dimensão “transparência” dos processos coletivos e colaborativos? Idealmente deve ocorrer em todas as etapas do processo de desenvolvimento das evidências. É preciso construir vínculo de confiança.

Promover diálogos regulares sobre políticas para trocar ideias com parceiros, diálogo com as partes interessadas durante todo o processo, desde o refinamento da pergunta de investigação.

Considerar a sinergia de projetos e iniciativas, processos colaborativos, dar ênfase a redes, mentoria e/ou aprendizagem em parcerias.

## Cultura

“Refere-se a valores básicos, suposições, artefatos e crenças que são considerados válidos e estão sendo disseminados e promovidos como práticas diárias. Essa dimensão permite um entendimento comum do que é TC, qual valor ele pode trazer e o que deve ser esperado em termos de atividades e benefícios.”<sup>2</sup>

Na Tabela 6, são apresentados os fatores críticos incluídos neste domínio e a mediana resultante do exercício de priorização.

**Tabela 6.** Fatores críticos da dimensão Cultura, modificado após o DD.

Fatores críticos	Mediana
Alinhamento entre pesquisa e política	5
Credibilidade das evidências	5
Cultura de apoio ao uso de evidências	5
Envolvimento de tomadores de decisão em pesquisas	4
Preferências das partes interessadas	4
Resistência organizacional à mudança	5



## Para a melhoria da síntese de evidências

Vários fatores que afetam a cultura do uso de evidências estão listados neste estudo de caso<sup>5</sup>.

Esclarecer o que seriam “Preferências das partes interessadas”.

Com relação à “Resistência organizacional à mudança”, não parece adequado o termo resistência. A dinâmica e a cultura organizacional são determinadas por um conjunto de crenças, valores e práticas que se consolidaram, historicamente, na organização. Incorporar novas crenças, valores e práticas - tal como valorizar PIE - é um desafio complexo, que deve agregar outros determinantes e variáveis, sem necessariamente romper com a cultura organizacional prevalente, pois isso seria muito complexo. Ou seja, a cultura não necessariamente precisa mudar, ela se amolda.

## Para a elaboração do guia de implementação

Considerar o engajamento de cidadãos e o envolvimento em todas as etapas facilita a credibilidade das evidências e reduz a resistência organizacional, como gestores se dedicam a informar evidências, motivação para mudança, valorização do acesso às evidências.

Incluir a comunidade, sustentar valores compartilhados, colocar as evidências no centro da vida cotidiana.

Incorporar *marketing* e comunicação para diferentes públicos, aumentar a confiança dos formuladores de políticas e do público em geral nas evidências comunicando as incertezas.

## 3.3. Contribuições da deliberação sobre os indicadores de monitoramento e avaliação

Diferentemente da deliberação sobre os fatores críticos, em que as dimensões foram abordadas uma a uma, os participantes fizeram seus comentários de maneira global para os indicadores que foram apresentados e listados nos Quadros 1 a 6.

Ao longo do DD, alguns esclarecimentos precisaram ser feitos pela equipe de elaboração da síntese de evidências: os estudos incluídos tinham seu próprio *framework*, porém não foram utilizados na síntese de evidências; a síntese está de acordo com o protocolo registrado; alguns dos resultados apresentados podem ser pistas para a elaboração dos indicadores; os estudos eram de duas naturezas, apenas propositivos ou com avaliação realizada, talvez incluir



apenas os que foram aplicados; a finalidade do guia é apontar onde precisa de melhorias, os indicadores são um apoio para a linha de base e o acompanhamento da implementação; o guia deve incluir indicadores de apoio, aplicabilidade é muito subjetivo; os indicadores serão utilizados pelas próprias organizações para seu aprimoramento; o guia não irá sozinho, estará sempre acompanhado pelas especialistas de campo; serão oito estudos de caso, algumas experiências provavelmente poderão ser replicadas e outras não.

Foi sugerido verificar uma referência da OMS que utiliza outro tipo de classificação. O *checklist* da OMS aborda os estágios de amadurecimento das instituições<sup>6</sup>.

Outras sugestões foram: incluir um modelo lógico para o guia (para quem, o quê etc.); qualidade e frequência da demanda; existência de NEv, planejamento estratégico, participação em algum fórum, plataforma de conhecimento; apoio no nível, qualidade, envolvimento, uso de abordagens participativas, promoção de esforços, produção de pesquisa alinhada com a agenda de prioridades; o que entendem por evidências, como utilizam essas evidências, se as utilizam para a tomada de decisão.

Outros comentários foram: esses indicadores não seriam aplicáveis, em sua maioria, para municípios pequenos; é importante autonomia local para utilização desses indicadores; é necessário lidar com poucos indicadores; realizar avaliação com indicadores que mostrem o grau de esforço local, gradação; definir que tipo de escala de gradação é melhor para poder comparar ao longo do tempo, não deveria ser qualitativo.

Foi citado o exemplo de um estudo sobre migração. Se o processo for de indução, seria importante ter mais indicadores do que o básico. O processo de certificação envolve cinco etapas: a inscrição, o diagnóstico, a priorização, a certificação e o monitoramento<sup>7</sup>.



## Quadros 4 a 9. Listagem dos indicadores de monitoramento e avaliação apresentadas na síntese de evidências

### Quadro 4. *Quadro 1. Indicadores de Governança*

- Suporte organizacional personalizado
- Suporte no nível individual
- Contexto de uso de evidências
- Qualidade e frequência da demanda de evidências
- Envolvimento de usuários e produtores de evidências
- Uso de abordagens participativas
- Promoção de esforços impulsionadores, de engajamento, de intercâmbio e integradores em torno de TC
- Feedback* do pesquisador sobre o alinhamento do projeto com as prioridades
- Aplicabilidade da pesquisa para tomada de decisão
- Comunicação direcionada

### Quadro 5. *Indicadores de Processos padronizados e rotinizados*

- Capacidade de identificar as necessidades de informação das partes interessadas
- Capacidade de monitorar, avaliar e comunicar os resultados das intervenções de uso de evidências
- Capacidade de síntese sistemática de conhecimento
- Uso da teoria para informar a criação da ferramenta prática de TC
- Conhecimento especializado sobre ferramentas práticas de TC
- Condução de processos iterativos
- Inclusão de reflexividade e/ou reflexão crítica
- Capacidade de avaliar a sustentabilidade e/ou potencial de escalabilidade de ferramentas de TC

### Quadro 6. *Indicadores de Liderança e compromisso*

- Suporte organizacional personalizado
- Suporte no nível organizacional para melhorar a cultura de TDIE dentro da equipe de saúde pública, promover uso de evidências pela equipe de saúde pública
- Capacidade de considerações de equidade
- Avaliação do envolvimento da equipe com evidências



#### **Quadro 7.** *Indicadores de Recursos*

- Treinamento em grupo
- Disponibilidade de dados
- Qualidade dos dados/evidência
- Competências essenciais para o uso de dados
- Capacidade de avaliação dos determinantes
- Capacidade de TC e construção de habilidades
- Aumento da capacidade das equipes nacionais por meio de atividades
- Aumento da prática de TC e produção/disponibilidade de produtos pelas equipes nacionais
- Aumento da capacidade de TC entre partes interessadas externas
- Uso de produtos de TC por equipes nacionais/plataformas e partes interessadas externas
- Uso sistemático e rotineiro de evidências na elaboração de políticas públicas
- Melhorias para as políticas de sistemas de saúde decorrentes de TDIE
- Indicadores de insumos - estrutura, recursos financeiros, recursos humanos, gestão eficaz, assistência técnica
- Melhoria do estado de saúde e da equidade decorrente de TDIE

#### **Quadro 8.** *Indicadores de Parcerias, ação coletiva e apoio*

- Desenvolvimento de sínteses de evidências em parcerias com outras instituições
- Contratação de consultores externos
- Identificação de usuários do conhecimento para engajamento
- Uso de abordagens participativas
- Número de projetos envolvendo usuários
- Aplicação de processo de *design* compartilhado centrado no usuário
- Produção de atividades colaborativas e *stakeholders*





#### Quadro 9. Indicadores de Cultura

- Lições aprendidas com a avaliação do programa
- Institucionalização de TDIE sustentável
- Nível de compromisso institucional com TDIE
- Aumento do uso de evidências e dos valores de TDIE por parte dos decisores políticos, pelos meios de comunicação social e pela sociedade
- Número de produtos relacionados ao clima organizacional
- Cultura organizacional para promover e usar os resultados de pesquisa para a tomada de decisões
- Mudanças nas políticas ou programas consistentes com as evidências produzidas
- Mudanças no financiamento alocado pelo governo
- Disponibilidade *online* de site ou banco de dados de evidências
- Aumento do interesse dos jovens nacionais pela investigação

### 3.4. Avaliação do Diálogo Deliberativo

Para a avaliação do Diálogo Deliberativo (DD), no final do encontro, foi distribuído aos participantes um formulário impresso. Sete questões estruturadas integraram o formulário e, em uma delas, havia um campo aberto para sugestões. Além das questões, havia outro campo aberto no final para que os participantes pudessem, se desejassem, fazer comentários. Dos 19 participantes convidados para avaliar o DD, 16 preencheram o formulário de avaliação.

Em relação ao alcance do objetivo do DD (Questão 1), 75% responderam que foi integralmente alcançado e 25% consideraram que foi parcialmente alcançado. Não houve nenhuma resposta no sentido de apontar que o objetivo não foi alcançado.

Quanto ao material distribuído previamente (Questão 2), 69% consideraram que foi suficientemente esclarecedor, 31% avaliaram como em parte e não houve resposta sobre material não esclarecedor.

Sobre as informações apresentadas durante o DD (Questão 3), houve um participante que deixou em branco esse item e 100% dos respondentes consideraram que tais informações foram suficientemente esclarecedoras.

Em relação a ter havido liberdade para que todos os participantes se expressassem (Questão 4), 100% consideraram que houve essa liberdade.

No que se refere à suficiência de tempo para a realização do DD (Questão 5), 69% responderam que sim, 31% responderam que em parte e ninguém respondeu que não.



Sobre o fato de o DD ter trazido subsídios importantes para a implementação de programas/políticas de saúde (Questão 6), 100% consideraram que sim.

Em relação ao fato de os convidados representarem as partes interessadas no problema (Questão 7), houve um participante que deixou em branco essa questão. Dos 15 que responderam, 56% responderam que sim, 34% responderam que em parte houve essa representatividade e ninguém respondeu que não. Entre os 34% que responderam em parte, houve as seguintes observações: não havia representantes da sociedade civil, nem de grupos vulneráveis; faltou a presença de gestores; não estiveram presentes organizações de nível municipal, nem profissionais de saúde com atuação na ponta da atenção; ausência de gestores de municípios de pequeno porte e não havia representantes do Conselho Nacional de Saúde.

**No campo livre do formulário destinado a comentários (se fossem necessários), destacam-se os seguintes:**

- Foi muito bom tomar ciência sobre o tema e escutar as considerações dos colegas e ficou faltando um segundo momento para envolver os presentes nas próximas etapas.
- Apesar de não ter havido deliberação acerca de indicadores, o DD trouxe importantes contribuições para definir indicadores mais apropriados para a experiência.
- Houve discussões de alto nível com intencionalidade clara.
- O conteúdo foi amplo, mas inevitável.
- O DD foi muito mobilizador para inspirar os próximos passos.
- O tempo foi insuficiente para a complexidade do tema.
- Deveria haver maior discussão acerca de indicadores de monitoramento/avaliação.
- Parabéns, HSL! Sempre marcando vários gols!
- O DD, de uma forma geral, na parte de indicadores de monitoramento/avaliação, resultou em um aprendizado, embora lamentavelmente não tenha havido um diálogo total com os fatores críticos.

Em síntese, a maioria avaliou positivamente o DD, com percentuais acima de 69%. Em três das sete questões, 100% dos participantes responderam de uma forma positiva. Entre os comentários relacionados a encaminhamentos, destaca-se a opinião de que os indicadores de monitoramento/avaliação deveriam ser mais desenvolvidos.



## 3.5. Referências

1. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Organizar e utilizar os diálogos da política para apoiar a política de saúde baseadas em evidências. 2009. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%2014%20KO%20060510.pdf>.
2. Kuchenmüller T, Boeira L, Oliver S, Moat K, El-Jardali F, Barreto J, Lavis J. Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(1):27. doi: 10.1186/s12961-022-00820-7.
3. Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas / organizadores: Natália Massaco Koga ... [et al.] – Brasília: IPEA; 2022. 897 p. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11121/1/Politicas\\_publicas\\_e\\_usos.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11121/1/Politicas_publicas_e_usos.pdf).
4. Perfil de competência do profissional em PIE no Brasil: Relatório. / Silvio Fernandes da Silva (coord.) ... [et al.]. - São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2022. 58p. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1427485/espie-perfil-competencia-pie.pdf>.
5. Romão D. Cultura organizacional e uso de evidências no setor público brasileiro: um estudo de caso. Brasília: Instituto Veredas, 2020. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: [https://www.veredas.org/wordpress/wp-content/uploads/2021/05/63eaa2\\_6a0b12ad1a7f49a09b970ae3b3118c57.pdf](https://www.veredas.org/wordpress/wp-content/uploads/2021/05/63eaa2_6a0b12ad1a7f49a09b970ae3b3118c57.pdf).
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Apoio para o uso rotineiro de evidências durante o processo de elaboração de políticas. Lista de verificação da OMS. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275727881>.
7. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto MigraCidades - Relatórios de diagnóstico, 2022. Acesso em: 9 jul. 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/relatorios-2022-1/>.



## 3.6. Apêndices

### Apêndice 1. Termo de Referência (TR)

Diálogo deliberativo sobre fatores críticos e indicadores de institucionalização de PIE

Este diálogo faz parte da implementação do projeto Apoio à Institucionalização de Políticas Informadas por Evidências (PIE) no SUS, triênio 2024/2026, e está vinculado à Entrega 1: Síntese de evidências (incluindo diálogo deliberativo) sobre fatores críticos da institucionalização de PIE e guia de implementação de PIE para organizações do SUS (contendo *framework* de fatores críticos e ferramentas para análise situacional), atividade 1.1.2: Organização de um diálogo deliberativo sobre a síntese de evidências acerca de fatores críticos de institucionalização de PIE.

O Diálogo Deliberativo é um instrumento-chave de tradução do conhecimento, constituindo-se como uma estratégia importante para engajar os atores sociais, além da comunidade em que estão inseridos durante o planejamento, desenvolvimento e implementação de políticas e serviços. Busca subsidiar a tomada de decisão e disseminar a melhor evidência para a compreensão e enfrentamento de um problema de alta prioridade!

#### Programação:

**9h-9h10** - Boas-vindas e apresentação dos participantes: os facilitadores abrem a atividade e solicitam que os participantes se apresentem brevemente;

**9h10-9h20** - Apresentação do tema da síntese e do diálogo: os facilitadores, utilizando recursos multimídia, apresentam uma visão geral sobre o propósito, programação e regras do DD e, caso necessário, informam que será feita uma rodada de tira-dúvidas;

**9h20-9h40** - Apresentação da síntese de evidências distribuída previamente aos participantes: os facilitadores expõem o problema, os objetivos, os métodos e os resultados da síntese de evidências;

**9h40-10h40** - Sessão 1- Deliberações sobre a síntese de evidências e sua aplicabilidade ao contexto do SUS: de acordo com os achados da síntese de evidências e suas categorizações, as deliberações serão conduzidas em sessões sequenciais com até uma hora de duração;



**10h40 -11h** - Intervalo;

**11h-12h** - Sessão 2- Deliberações sobre a síntese de evidências e sua aplicabilidade ao contexto do SUS: de acordo com os achados da síntese de evidências e suas categorizações, as deliberações serão conduzidas em sessões sequenciais com até uma hora de duração;

**12h-13h30** - Almoço;

**13h30- 14h30** - Sessão 3- Deliberações sobre os fatores críticos identificados e sua aplicabilidade ao contexto do SUS;

**14h30-15h30** - Sessão 4- Deliberações sobre os indicadores de monitoramento e avaliação e sua aplicabilidade ao contexto do SUS;

**15h30-15h50** - Intervalo;

**15h50-16h30** - Sistematização das deliberações: os facilitadores reiterarão os objetivos do DD e apresentarão uma síntese das deliberações e entendimentos comuns alcançados. Os participantes serão incentivados a se manifestarem sobre as próximas etapas e contribuições para o tema do DD;

**16h30-17h** - Aplicação da avaliação, agradecimentos e encerramento.

## **Participantes:**

### **Equipe técnica - HSL:**

Jorge Otávio Maia Barreto

Maria Lúcia Teixeira Machado

Rachel Riera

Romeu Gomes

Silvio Fernandes da Silva

Tereza Setsuko Toma

### **Especialistas de campo - HSL:**

Ana Lúcia Marinho Marques

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Regimarina Soares Reis

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira



### Convidados:

Aurelina Aguiar de Lima (Decit/SECTICS/MS)  
Cecília Setti (Coalizão Brasileira pelas Evidências, Instituto Veredas)  
Daniela Fortunato Rêgo (Ministério de Direitos Humanos e Cidadania)  
Davi Mamblona Marques Romão (OMS)  
Heber Dobis Bernarde (CONASS)  
Laura dos Santos Boeira (Instituto Veredas)  
Luciane Cruz Lopes (UNISO, Projeto EVIPolicy)  
Nilo Bretas (CONASEMS)  
Patrícia de Campos Couto (Decit/SECTICS/MS)  
Tatiana Yonekura (HCor)

## Apêndice 2. Instrumento de Avaliação do Diálogo Deliberativo sobre fatores críticos e indicadores de institucionalização de PIE

### Projeto ESPIE – 25/06/2024

Prezada(o) participante:

Convidamos você a avaliar o encontro em que foram deliberados fatores críticos e indicadores de monitoramento/avaliação de institucionalização de PIE. Sua opinião é muito importante não só para avaliar o encontro em si, como também para subsidiar novos diálogos deliberativos que poderão ser promovidos ao longo da implementação do Projeto ESPIE.

Antecipadamente, agradecemos a sua colaboração.

Coordenação do Projeto ESPIE

**Como foi o alcance do objetivo do diálogo deliberativo? (Deliberar sobre fatores críticos e indicadores de monitoramento/avaliação para a institucionalização de PIE, considerando as evidências globais e os contextos organizativos do SUS.)**

Integralmente alcançado  Parcialmente alcançado  Não foi alcançado

**O material distribuído antes do diálogo deliberativo foi suficientemente esclarecedor?**

Sim  Em parte  Não

**As informações apresentadas durante o diálogo deliberativo foram suficientemente esclarecedoras?**

Sim  Em parte  Não

**Foi dada liberdade para todos os participantes se expressarem?**

Sim  Em parte  Não

**O tempo para realização do diálogo foi suficiente?**

Sim  Em parte  Não



**O Diálogo Deliberativo trouxe subsídios importantes para implementação de programas/políticas de saúde?**

Sim  Em parte  Não

**Os convidados representavam todas as partes interessadas no problema?**

Sim  Em parte  Não

**Se sua resposta foi “em parte” ou “não”, mencione quem mais você convidaria.**

**Se desejar, no espaço abaixo, esclareça alguma(s) resposta(s) anterior(es) ou faça comentários e/ou considerações sobre o Diálogo Deliberativo.**

**A equipe de coordenação do Projeto ESPIE agradece sua participação no Diálogo Deliberativo e nesta avaliação.**



PROGRAMA DE APOIO  
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

