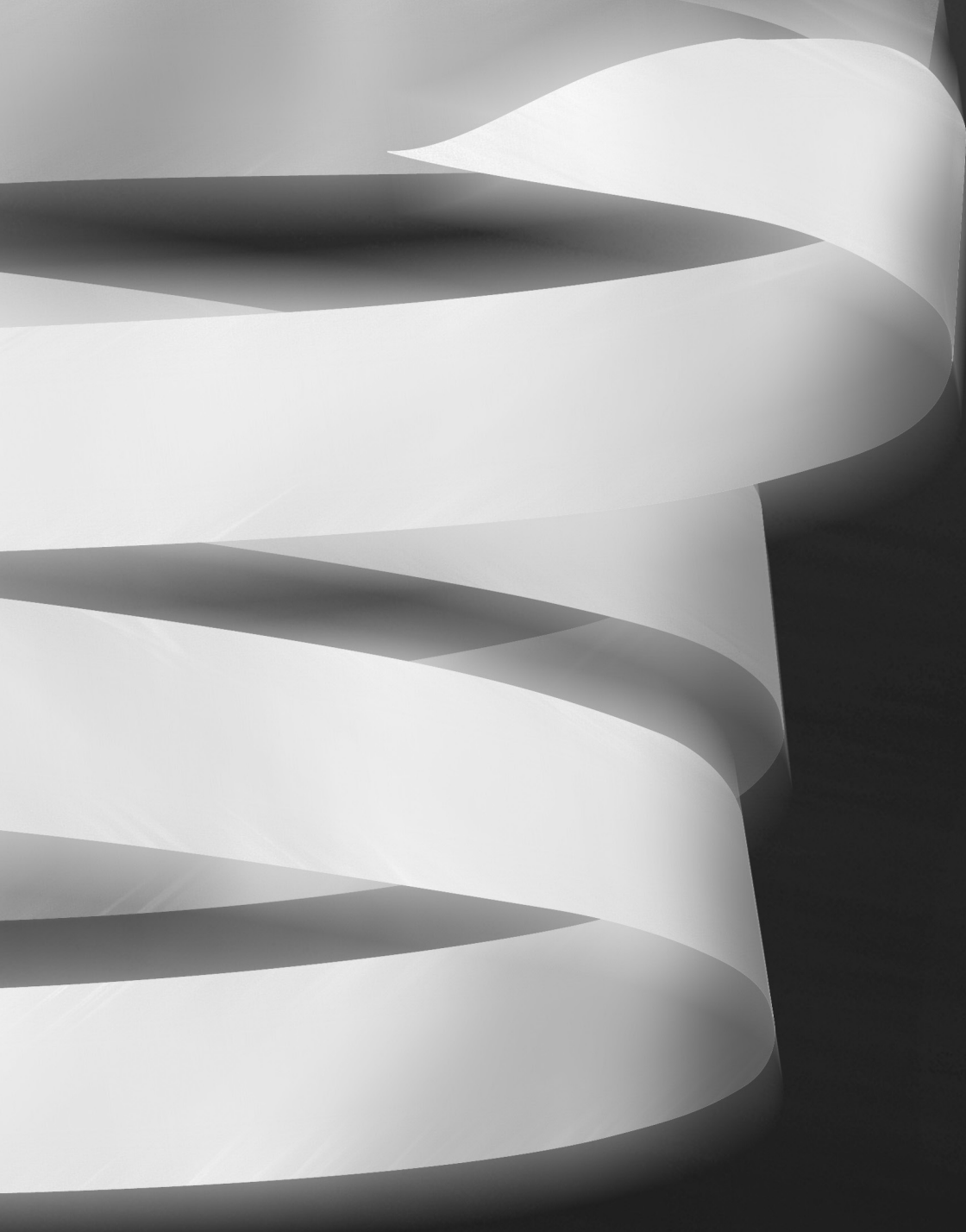




UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-dE)

O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs¹

Alan Pearson RN MSc PhD FAAG FRCN*

Rick Wiechula RN BA BN MNsc Dnurs*

Anthea Court*

Craig Lockwood RN BN MNsc*

Tradução de:

Lúcia Marlene Macário Lopes**

Sandra Maria Pereira dos Santos***

Resumo

Cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos actualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo, contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento do clínico. O debate em curso sobre a natureza da evidência para a prática, em todas as profissões da área da saúde, é influenciado pela experiência prática diária dos clínicos, os quais, ao utilizar a evidência, asseguram a existência de diversas fontes baseadas e não-baseadas na investigação da evidência e que o processo de prática baseada na evidência deve ser inserido num contexto mais amplo fundamentado na prática; reconhece diferentes bases de evidência e é direccionado à melhoria da saúde global nos diferentes e vastos contextos da prática.

Apresentamos um quadro de desenvolvimento da prática baseada na evidência, que se constrói e expande sobre o trabalho de líderes na área dos cuidados de saúde baseados na evidência; é contextualizado; compreende diversas formas de evidência e incorpora entendimentos de transferência e utilização do conhecimento. O modelo conceptual tenta situar a evidência de cuidados de saúde, o seu papel e uso dentro da complexidade dos cenários da prática a nível mundial.

Palavras-Chave: cuidados de saúde baseados na evidência; medicina baseada na evidência; síntese da evidência; transferência da evidência; utilização da evidência.

Abstract

Evidence-based healthcare as it is contemporarily conceived is based on the view that clinical decisions should be based on the best available scientific evidence but recognising patient preferences, the context of healthcare and the judgement of the clinician. The ongoing debate on the nature of evidence for practice across all of the health professions is influenced by the experience of clinicians in everyday practice who, in using the evidence, assert that there are diverse sources of research-based and non-research-based evidence and that the process of evidence-based practice should be placed within a broader context that is grounded in practice; recognises different evidentiary bases; and is directed towards improving global health across vastly different practice contexts.

We present a developmental framework of evidence-based practice that builds and expands on the work of leaders in the field of evidence-based healthcare; is contextualised; is inclusive of diverse forms of evidence; and incorporates understandings of knowledge transfer and utilisation. The conceptual model attempts to situate healthcare evidence and its role and use within the complexity of practice settings globally.

Keywords: evidence-based healthcare; evidence-based medicine; evidence synthesis; evidence transfer; evidence utilisation.

¹ Publicação original em língua inglesa: Pearson, Alan *et al.* (2005) - The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 3, nº 8, p. 207-216.

* Instituto Joanna Briggs, Royal Adelaide Hospital e Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade de Adelaide, Adelaide, Austrália Sul, Austrália. [Email: alan.pearson@adelaide.edu.au]

** Enfermeira, Hospital de S. Teotónio, E.P.E – Viseu; Colaboradora da UICISA-dE. [llopes@esenfc.pt]

*** Lic. Comunicação Social; Técnica Superior UICISA-dE, ESEnfc

Introdução

Os cuidados de saúde baseados na evidência têm registado uma crescente aceitação na maioria dos países ocidentalizados e a ciência da síntese da evidência está em constante evolução e expansão. Ao longo de alguns anos de trabalho como grupo de investigação em cuidados de saúde baseados na evidência, observando – e participando – no diálogo internacional em curso, explorámos a natureza da evidência no seu sentido genérico e empenhámo-nos no desenvolvimento de um quadro conceptual para a prática baseada na evidência que compreende diversas fontes baseadas e não baseadas na investigação da evidência e coloca o processo de prática baseada na evidência dentro de um contexto mais amplo que é fundamentado na prática e direccionado à melhoria da saúde global.

Os entendimentos contemporâneos de prática de cuidados de saúde baseados na evidência focam-se na necessidade de todos os profissionais de saúde exercerem práticas suportadas pela evidência mais actual ou conhecimento disponível e concordam com a definição de Sackett *et al.* (1996) como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual na tomada de decisões sobre o cuidado aos pacientes. A prática da medicina baseada na evidência significa a integração da perícia clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível derivada da investigação sistemática.

Sackett e Rosenberg (1995), defendem a necessidade de basear a prática médica na melhor evidência disponível; apreciar criticamente relatórios de investigação no que se refere à validade e utilidade; e incorporar o corpo crescente de evidência na prática médica. Eles sugerem que a medicina baseada na evidência se preocupa com cinco ideias interligadas:

1. Decisões clínicas e de outros cuidados de saúde devem basear-se na melhor evidência de população de pacientes e investigação laboratorial.
2. A natureza e fonte da evidência a procurar depende da particularidade da questão clínica.
3. A identificação da melhor evidência disponível requer a aplicação dos princípios epidemiológicos, económicos e bioestatísticos juntamente com a fisiopatologia e experiência pessoal.
4. Esta identificação e avaliação da evidência deve ser trabalhada.
5. Deverá haver avaliação contínua do desempenho.

Existem alguns modelos que procuram representar as componentes dos cuidados de saúde baseados na evidência para facilitar a compreensão, análise, melhoria e/ou substituição do processo tal como é actualmente concebido, suposto e praticado. Por exemplo, o *Star Model of Knowledge Transformation*, é “uma representação simples e parcimoniosa das relações entre várias fases da transformação do conhecimento, à medida que conhecimentos recentemente descobertos são movidos para a prática”. Configurado com uma simples estrela de cinco pontos, o modelo consiste em cinco fases de transformação do conhecimento:

- descoberta do conhecimento;
- resumo da evidência;
- tradução em recomendações para a prática;
- integração na prática; e
- avaliação (Stevens, 2005).

À semelhança, Dawes *et al.* (2005), apresentam cinco fases de cuidados de saúde baseados na evidência:

- a tradução da incerteza numa pergunta possível de responder;
- a recuperação sistemática da melhor evidência disponível;
- a avaliação crítica da evidência quanto à validade, relevância clínica e aplicabilidade;
- a aplicação dos resultados na prática;
- a avaliação de desempenho.

Titler e Everett (2001), também consideram o uso da evidência crucial para a compreensão da abordagem da prática baseada na evidência e citam o modelo de difusão da inovação de Rogers como um guia conceptual útil. Este modelo, quando aplicado ao uso de orientações baseadas na evidência, aborda quatro áreas:

- as características da orientação;
- os utilizadores da orientação;
- os métodos de comunicação da orientação; e
- o sistema social no qual está a ser adoptado.

A expressão “utilização da investigação” é usada para descrever processos semelhantes aos de cuidados de saúde baseados na evidência, tal como no Modelo de Utilização de Investigação de Stetler (Stetler Model of Research Utilization). O Modelo Stetler aplica os achados da investigação ao nível do exercício profissional individual. O modelo tem seis fases: preparação, validação, avaliação comparativa, tomada de decisão, tradução e aplicação e avaliação (Setler e Marram, 1976; Setler, 1983; Setler, 1985; Setler, 1994). Dobrow *et al.*

(2004), desenvolveram um quadro conceptual para a tomada de decisão baseada na evidência decorrente de uma crítica bem construída da visão actual e dominante de prática baseada na evidência. Os autores sugerem que as concepções vigentes de prática baseada na evidência estão excessivamente centradas na ‘... concepção científica da evidência – evidência desenvolvida através de investigação clínica sistemática e metodologicamente rigorosa, enfatizando o uso da ciência, ao mesmo tempo que desenfaziza o uso da intuição, experiência clínica não sistemática, valores do paciente e do profissional e fundamentos fisiopatológicos’. Argumentam que isto é muito limitado e ignora outras fontes de evidência ou relevância para a tomada de decisão clínica. O seu “modelo” descreve eixos da tomada de decisão baseada na evidência para descrever a relação entre a evidência e o contexto. “Eixo da evidência” descreve a evidência científica originada para informar uma decisão clínica e “eixo de contexto” descreve os factores contextuais que informam a decisão. Os autores afirmam que a prática baseada na evidência está actualmente focada no eixo da evidência e atenta pouco à forma como o contexto influencia a tomada de decisão baseada na evidência.

O nosso modelo de cuidados de saúde baseados na evidência é desenvolvimental e, com base em quadros que têm evoluído, tem sido construído fora da nossa experiência com a área da prática baseada na evidência; com o nosso trabalho internacional emergente com o Instituto Joanna Briggs e os Centros Colaboradores Internacionais da Colaboração Joanna Briggs; o nosso

envolvimento em disseminar, implementar e avaliar as orientações baseadas na evidência nos cenários clínicos; e a nossa análise da literatura científica e profissional.

O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs (JBI)

O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do JBI conceptualiza a prática baseada a evidência como tomada de decisão clínica que considera a melhor evidência disponível; o contexto em que os cuidados são prestados; a preferência do cliente; e o juízo profissional do profissional de saúde. O modelo retrata as quatro componentes principais do processo de cuidados de saúde baseados na evidência como:

1. geração de evidência de cuidados de saúde;
2. síntese da evidência;
3. transferência da evidência (conhecimento); e
4. utilização da evidência.

Cada uma destas componentes é modelada para incorporar os seus elementos essenciais; e a melhoria da saúde global é conceptualizada quer como meta, quer como ponto final de qualquer uma ou de todas as componentes do modelo, a *raison d'être* e guia orientador dos cuidados de saúde baseados na evidência (Figura 1).

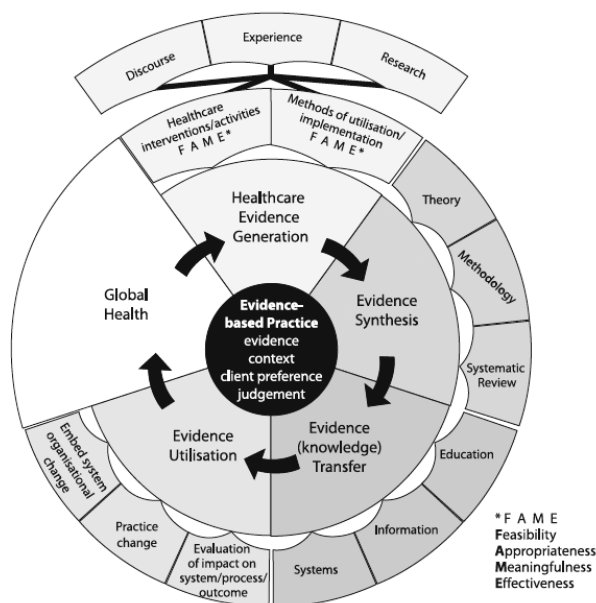


FIGURA 1 – Modelo conceptual de cuidados de saúde baseados na evidência.

Cuidados de saúde baseados na evidência são representados como um processo cíclico que suscita interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde por clínicos ou pacientes/consumidores e, em seguida, direcciona estas interrogações para gerar conhecimento e evidência que vá eficaz e adequadamente ao encontro dessas necessidades, de forma viável e significativa para populações, culturas e cenários específicos. Esta evidência é posteriormente avaliada, sintetizada e transferida para cenários de prestação de serviços e profissionais de saúde que, posteriormente, a utilizam e avaliam o seu impacto nos resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional.

Geração de evidência em cuidados de saúde

Existe um debate em curso sobre o significado da evidência quando este epíteto é relacionado com os cuidados de saúde. Segundo Humphris (1999), em cuidados de saúde, o termo “baseado na evidência” “implica o uso e aplicação da evidência de investigação como base para a tomada de decisão em cuidados de saúde, por oposição às decisões não baseadas na evidência”. No entanto, “evidência” é um conceito complexo que requer verificação, já que encerra diferentes significados para pessoas diferentes. No seu sentido mais lato, é definido como «os factos, as circunstâncias, etc., disponíveis, que apoiam, ou não, uma crença, proposição, etc., ou que indicam se algo é verdadeiro ou válido» (Pearsall e Trumble, 1995). Um significado menos comum atribuído à evidência por Pearsall e Trumble é o de clareza ou de cariz óbvio. Do ponto de vista filosófico, o conceito de evidência tem um papel fundamental na nossa compreensão do conhecimento e racionalidade. Tradicionalmente, “temos conhecimento apenas quando possuímos uma verdadeira crença baseada em evidência muito forte” (Audi, 1995). Além disso, para a crença ser racional, deve basear-se em evidência adequada, mesmo quando essa evidência é insuficiente para fundamentar o conhecimento. No seio das ciências empíricas, a permanência de determinada teoria ou hipótese é inteiramente dependente da quantidade e natureza da evidência em seu

favor. É o peso relativo da evidência de suporte que nos permite escolher entre teorias concorrentes. Nas ciências empíricas, o processo de geração de conhecimento envolve testar uma hipótese ou um conjunto de hipóteses, retirando daí consequências e, em seguida, testar se essas consequências permanecem verdadeiras através da experimentação e observação.

O termo “evidência” é utilizado no modelo para designar a base da crença; a comprovação ou confirmação que é necessária para acreditar que algo é verdadeiro (Miller e Frederick, 2005). Os profissionais de saúde procuram evidência para comprovar o valor de uma vasta gama de actividades e intervenções, logo, o tipo de evidência necessário depende da natureza e finalidade da actividade.

Evidência de ‘viabilidade’

Viabilidade é até que ponto uma actividade é prática e praticável. Viabilidade clínica refere-se a uma actividade ou intervenção é ou não física, cultural ou financeiramente praticável ou possível, dentro de um determinado contexto.

Evidência de ‘adequação’

Adequação é até que ponto uma intervenção ou actividade se encaixa em ou está apta numa situação. Adequação clínica refere-se a quanto uma actividade ou intervenção está relacionada com o contexto em que o cuidado é prestado.

Evidência de ‘significância’

Significância é até que ponto uma intervenção ou actividade é positivamente experienciada pelo paciente. Significância refere-se à experiência pessoal, opiniões, valores, pensamentos, crenças e interpretações de pacientes ou clientes.

Evidência de ‘eficácia’

A eficácia é até que ponto uma intervenção, quando utilizada de forma adequada, alcança o efeito pretendido. Eficácia clínica é acerca da relação entre uma intervenção e os resultados clínicos ou de saúde.

A componente de *geração de evidência em cuidados de saúde* do modelo identifica o discurso (ou narrativa), experiência e investigação como meios legítimos de geração de evidência ou de conhecimento (Figura 2).

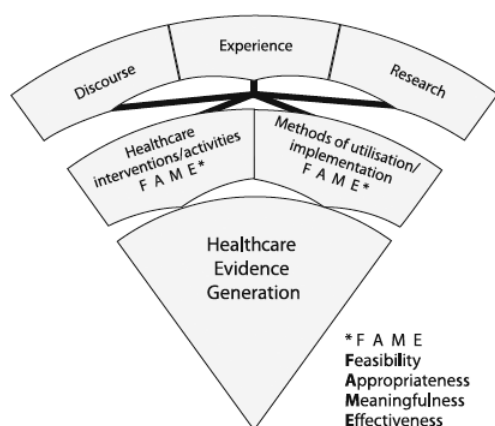


FIGURA 2 – Geração de evidência em cuidados de saúde.

As formas de geração estão relacionados com a finalidade da geração de evidência em cuidados de saúde baseados na evidência – isto é, estabelecer a viabilidade, adequação, significância ou eficácia de uma intervenção, uma actividade ou um fenómeno em relação quer com os cuidados de saúde, quer com os métodos de utilização da evidência e, assim, mudar as práticas. Qualquer indício de que uma prática é eficaz, adequada, significativa ou viável – quer derive da experiência, perícia, inferência, dedução ou dos resultados de pesquisa rigorosa – é considerada como uma forma de evidência no modelo. (Os resultados de estudos de investigação bem desenhados, fundamentados em qualquer posição metodológica, são vistos como sendo mais credíveis, enquanto evidência do que anedotas ou opinião pessoal; no entanto, quando não existe nenhuma evidência de investigação, a opinião de peritos é tida como representativa da “melhor evidência” disponível).

Síntese da evidência

Síntese da evidência – a avaliação ou análise da evidência de investigação e opinião sobre um tema específico para auxiliar na tomada de decisão em cuidados de saúde – no modelo é conceptualizada como consistindo em três elementos: teoria, metodologia e a revisão sistemática da evidência (Figura 3).

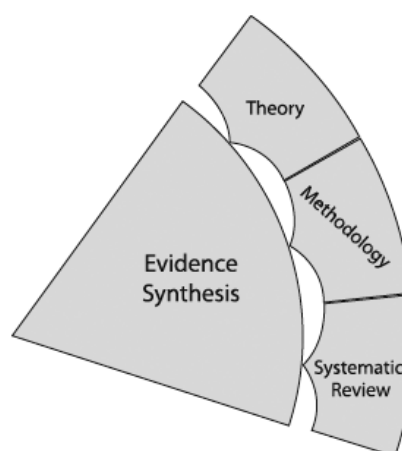


FIGURA 3 — Síntese da evidência.

Embora a ciência da síntese da evidência se tenha desenvolvido mais rapidamente em relação à meta-análise de dados numéricos relacionados com teorias de causa e efeito, o desenvolvimento posterior de entendimentos teóricos e proposições da natureza da evidência e o seu papel na prestação de cuidados de saúde e a facilitação da melhoria da saúde global é identificado como um elemento importante desta componente do modelo. Analogamente, o crescente e contínuo interesse e trabalho teórico sobre os métodos de síntese da evidência, provenientes de diversas fontes, são retratados como um elemento de síntese da evidência.

O terceiro elemento da síntese da evidência é a operacionalização de métodos de síntese através do processo de revisão sistemática. No modelo, este elemento é fundamentado no ponto de vista de que a evidência de viabilidade, adequação, significância, eficácia e economia são focos legítimos para o processo de revisão sistemática; e que essas diversas formas de evidência (da experiência, opinião e investigação que envolve dados numéricos e/ou textuais) podem ser avaliadas, extraídas e sintetizadas (Pearson, 2004).

A revisão sistemática e a síntese dos achados têm as suas origens na psicologia quantitativa e na abordagem clássica do ensaio controlo randomizado para a investigação clínica na área das ciências da saúde. O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do JBI adopta uma abordagem pluralista para a noção de evidência em que os achados de estudos de investigação qualitativa são considerados como evidência gerada rigorosamente e outros

textos resultantes da opinião, experiência e perícia são reconhecidos como formas de evidência, quando os resultados de investigação não estão disponíveis.

O núcleo da síntese da evidência é a revisão sistemática de literatura sobre uma condição, intervenção ou assunto particular. A revisão sistemática é essencialmente uma análise de toda a literatura disponível (ou seja, evidência) e um juízo acerca da eficácia, ou não, de uma prática, envolvendo as seguintes etapas:

1. o desenvolvimento de uma proposta ou protocolo rigoroso. O protocolo de revisão proporciona um plano pré-determinado para garantir o rigor e minimizar os potenciais vieses. Também permite a actualização periódica da revisão, se necessário. Todas as fases da revisão (conforme listadas abaixo) são inteiramente descritas no protocolo, o qual é geralmente submetido a revisão por pares, antes do início da revisão.
2. declarar as questões ou hipóteses que serão pretendidos com a revisão.
3. identificar os critérios que serão utilizados para seleccionar a literatura.
4. detalhar a estratégia que será usada para identificar toda a literatura relevante, dentro de um limite de tempo acordado.
5. estabelecer a forma como a qualidade de cada estudo/artigo será avaliada ou criticamente apreciada e qualquer critério de exclusão baseado em considerações de qualidade.
6. detalhar a forma como os dados serão extraídos da investigação ou texto primário.
7. definir um plano da forma como os dados extraídos serão sintetizados.

As revisões sistemáticas ocupam a mais alta posição nas actuais hierarquias da evidência, porque pesquisam, identificam e sintetizam sistematicamente a evidência disponível que responde a uma questão clínica centrada, com especial atenção na qualidade metodológica dos estudos ou credibilidade da opinião e texto. O modelo tem por base uma abordagem pluralista da síntese da evidência que abrange a evidência que surge da investigação quantitativa, investigação qualitativa; opinião e discurso; e análise económica.

A síntese dos resultados da investigação quantitativa

A análise estatística (meta-análise) pode ou não ser utilizada na síntese de dados numéricos e isso depende da natureza e qualidade dos estudos incluídos na revisão. A meta-análise de achados numéricos fornece estimativas precisas de uma associação ou um efeito de tratamento, em revisões de eficácia, através da síntese estatística de vários estudos. Os resultados chave da meta-análise são a medida de efeito, o intervalo de confiança e o grau de heterogeneidade dos estudos sintetizados. Várias estatísticas podem ser utilizadas para alcançar a medida sumária do efeito. Para resultados de dados dicotómicos pode utilizar-se odds ratios, Peto odds ratios, risco relativo ou diferença de risco. Combinar dados contínuos, diferenças de média standardizada ou ponderada, são opções. Para a maior parte destas estatísticas deve ser escolhido um modelo de efeitos Aleatórios ou Fixos (Random or Fixed effects models). A escolha de qual estatística utilizar em determinada circunstância não deve ser feita sem debate. O intervalo de confiança, convencionalmente de 95%, proporciona um intervalo dentro do qual a medida de efeito estabelece um determinado grau de certeza. Os testes para a heterogeneidade entre os resultados combinados utilizando o teste qui-quadrado standard transmitem o nível de similaridade entre os resultados do estudo. Em alguns casos, a diferença é imensa e isso indica que a meta-análise não é adequada (NHS, 2001).

A síntese dos resultados da investigação qualitativa

O termo “meta-síntese” é um neologismo que se refere a um “forma superior de síntese”, ou, como Light e Pillemer (1984) referem, a “ciência de resumir”. Meta-síntese é um processo de combinar os achados de estudos qualitativos individuais (i.e., casos) para criar declarações resumidas que descrevam fidedignamente o significado destes temas (ou generalizações de casos transversais). É um processo interpretativo, mas exige transparência de processo e requer que os revisores identifiquem e extraiam os achados de artigos incluídos na revisão; categorizem os achados destes

estudos; agreguem estas categorias para desenvolver achados sintetizados. Thorne *et al.* (2004) afirmam que existe um ‘...novo entusiasmo pela meta-síntese qualitativa como uma empresa distinta das revisões de literatura convencionais, análises secundárias, e de muitos outros empreendimentos académicos com que algumas vezes é confundida’.

Os autores apresentam, tal como reconhecidos académicos na área da investigação qualitativa, as cinco diferentes abordagens metodológicas que desenvolveram para a meta-síntese dos achados da investigação qualitativa e crescente sofisticação na síntese da evidência não estatística. Noblit e Hare (1988) contribuíram significativamente para o aparecimento de um vigoroso debate sobre a síntese dos achados da investigação qualitativa no contexto da revisão sistemática e o seu papel na prática baseada na evidência. O seu trabalho sobre meta-etnografia surgiu de uma necessidade de sintetizar os achados dos relatórios de inspeção escolar, no contexto da educação. A meta-etnografia envolve a identificação de estudos que demonstrem uma abordagem, método e foco de interesse semelhantes, e que posteriormente empreguem um processo iterativo de análise baseado no método comparativo constante da ‘Grounded Theory’ (Glaser e Strauss, 1967).

A síntese da evidência decorrente da opinião e texto dos peritos

Embora os defensores dos cuidados de saúde baseados na evidência argumentem que os resultados de investigação de elevada qualidade são a única fonte de evidência para a prática, este argumento gerou considerável crítica por parte dos clínicos. Os clínicos argumentam que a natureza da prática quotidiana exige uma abordagem eclética e pragmática para conceptualizar a evidência. Os “consumidores” de revisões sistemáticas – aqueles que exercem no sistema de saúde – consideram a opinião de peritos e as perspectivas dos clínicos experientes e do seu corpo profissional, formas válidas de evidência para a prática, especialmente quando determinada intervenção ou actividade é necessária para a prática, apesar de não existir nenhuma evidência decorrente da investigação. Os clínicos alegam que não podem deixar de responder às necessidades do paciente/cliente ainda que estas necessidades e respectivas

respostas adequadas ou eficazes, não tenham sido bem investigadas. A pragmática da prática exige que os clínicos adoptem uma perspectiva que funcione e seja a mais adequada nas circunstâncias.

O processo procura localizar as principais conclusões no texto que representam opinião credível. As abordagens para avaliar criticamente tais dados nebulosos, e muitas vezes conflituosos, serão sempre pela melhor tentativa. Contudo, isto não é suficiente para uma dúvida excluir o uso de um processo transparente, desenhado para identificar a melhor evidência disponível para a prática quando os resultados da investigação não estão disponíveis. As fontes adequadas de tal evidência são, portanto, qualquer texto no qual é manifestada uma opinião informada acerca dos benefícios ou uma intervenção ou prática, isto é, qualquer declaração num meio específico, tal como um artigo de revista, livro, relatório ou orientação, que representa um discurso que informa da prática emanada de uma fonte considerada pelos profissionais como competente. A avaliação da validade centra-se em:

- examinar a opinião;
- identificar a credibilidade da fonte da opinião;
- estabelecer os motivos subjacentes à opinião, e
- localizar opiniões alternativas que lhe dêem credibilidade ou que, pelo contrário, a questionem.

Portanto, neste contexto, a validade diz respeito ao que está a ser dito, à fonte e à sua credibilidade e lógica; e à consideração dos motivos declarados e ocultos em jogo. Tal como na síntese de estudos de investigação qualitativa, a meta-síntese é um processo interpretativo mas exige transparência de processo e requer que os revisores identifiquem e extraiam os achados de artigos incluídos na revisão, categorizem os achados destes estudos e agreguem estas categorias para desenvolver achados sintetizados.

A síntese da evidência decorrente da análise económica

A síntese de análises e avaliações económicas é uma ciência em desenvolvimento. A falta de padronização dos métodos de revisão sistemática é incongruente com a evidente necessidade destes métodos e a disponibilidade de métodos de revisão de eficácia existentes que possam ser adaptados em termos

de pesquisa, avaliação crítica e extracção de dados (Carande-Kulis *et al.*, 2000). Devido à escassez de estudos de elevada qualidade e métodos estabelecidos para sintetizar estatisticamente os estudos, a meta-análise, actualmente, não é amplamente utilizada para sintetizar achados económicos; contudo, ainda é, obviamente, útil para extrair dados de estudos de elevada qualidade e apresentar um somatório dos resultados de um modo que informe a prática. Há uma série de opções como o uso de um resumo narrativo ou um resumo tabular, mas existem várias revisões sistemáticas que incorporam a análise económica para sintetizar os achados de dois ou mais estudos (Pignone *et al.*, 2005).

As sínteses de evidência económica podem fornecer informações importantes para os *decision makers* em cuidados de saúde e existem trabalhos em curso que identificam "... a promessa, dificuldades e limitações actuais do uso de análises económicas pelos *decision makers* em cuidados de saúde" (Pignone *et al.*, 2005).

Transferência da evidência (conhecimento)

Esta componente do modelo é conceptualizada como o acto de transferir conhecimento a nível mundial, individualmente para os profissionais de saúde, instalações de saúde e sistemas de saúde, por meio de revistas, outras publicações, média electrónicos, educação e formação e sistemas de apoio à decisão. A transferência da evidência é considerada como envolvendo mais do que a disseminação ou distribuição da informação, incluindo o desenvolvimento cuidadoso de estratégias que identifiquem o público-alvo – como clínicos, gestores, decisores políticos e consumidores – e concebendo métodos para agrupar e transferir informação que é entendida e utilizada na tomada de decisão. Para este processo é fundamental:

- desenvolver mensagens compreensíveis e accionáveis;
- ajustar o contexto das necessidades de informação do público-alvo; e
- disponibilizar a mensagem sob a forma mais custo-eficaz (incluindo tecnologia de informação, material de impressão, reuniões, workshops e programas de formação).

Assim, o modelo apresenta três elementos principais de transferência da evidência (conhecimento) – educação e formação, divulgação da informação e transferência da evidência através de sistemas organizacionais e de equipa (Figura 4).

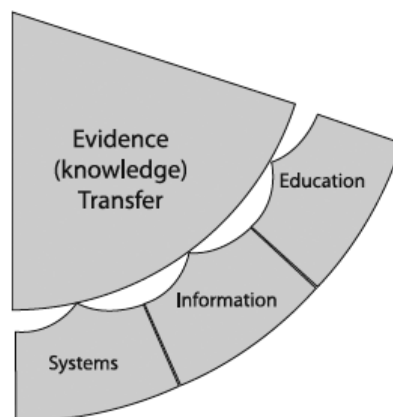


FIGURA 4 – Transferência da evidência (conhecimento).

Utilização da evidência

Esta componente do modelo relaciona a implementação da evidência na prática, como é evidenciado pela mudança da prática e / ou do sistema. Identifica três elementos: mudança da prática; incorporação da evidência através da mudança do sistema / organizacional e avaliação do impacto da utilização da evidência no sistema de saúde, processo de cuidados e resultados de saúde (Figura 5).

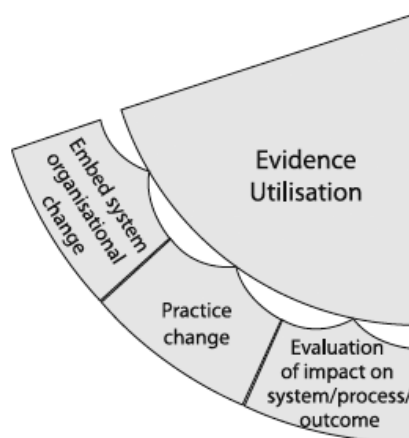


FIGURA 5 – Utilização da evidência.

Uma revisão sistemática divulgada pelo *Centre for Reviews and Dissemination* (NHS, 1999), sugere que múltiplas intervenções parecem ser mais eficazes do que intervenções individuais nos programas de utilização da evidência e que a implementação é complexa. Prosseguem afirmando que a evidência indica uma necessidade de se procurar aplicar os seguintes passos nos programas desenvolvidos para utilizar a evidência:

- uma "análise diagnóstica" para identificar os factores passíveis de influenciar a mudança proposta. A escolha das intervenções de divulgação e implementação deve ser guiada pela "análise diagnóstica" e informada pelo conhecimento de investigação relevante;
- intervenções "multifacetadas" direccionadas a diferentes barreiras à mudança são mais susceptíveis de ser eficazes do que intervenções individuais;
- "Qualquer abordagem sistemática para mudar a prática profissional deve incluir planos para monitorizar e avaliar, e para manter e reforçar qualquer mudança".

Das estratégias específicas consideradas como moderadamente eficazes, a auditoria e o feedback parecem ser as mais promissoras. O *educational outreach*, (sob a forma de *academic detailing*) parece ter algum efeito positivo na área de prescrição, mas a educação contínua e divulgação de resumos da evidência parecem não ter impacto sobre a implementação. A evidência sobre a viabilidade, adequação e pertinência das estratégias para facilitar a transferência do conhecimento, nestes grupos profissionais, não foi revista, embora o trabalho nessas áreas tenha ocorrido através de projectos de implementação específica (ver, por exemplo, West *et al.*, (2001)). A utilização da evidência é fortemente influenciada por factores como recursos, educação / perícia do prestador e preferência do paciente, bem como pela investigação disponível (DiCenso *et al.*, 1998). Quando a evidência sugere a utilização de uma determinada intervenção e os clínicos pretendem implementar tal intervenção, para tal requer-se um planeamento organizacional e processos de tomada de decisão. Factores organizacionais, conjuntamente com os factores individuais dos clínicos, contribuem para estes problemas; o número e mix de recursos humanos ("*staffing levels and mix*"), a disponibilidade de serviços de consulta e as políticas são exemplos de factores para além do controlo individual do

clínico (Nicklin e McVeety, 2002). Grimshaw *et al.* (2001), numa revisão sobre intervenções de garantia profissional, educacional e de qualidade, referem que intervenções multifacetadas direccionadas para diferentes barreiras à mudança são mais susceptíveis de ser eficazes do que intervenções individuais. Uma revisão sistemática posterior, conduzida por Grimshaw *et al.* (2004), conclui que a evidência actual sobre a eficácia da implementação não está direccionada para os efeitos dos diferentes contextos ou circunstâncias na divulgação e implementação das orientações. Os autores argumentam que há necessidade de desenvolver e validar um quadro teórico coerente do comportamento de saúde profissional e organizacional e mudança de comportamento, para melhor informar a escolha de intervenções em cenários de investigação e prestação de serviços e para estimar a eficiência de estratégias de divulgação e implementação, na presença de diferentes barreiras e modificadores de efeito. Eccles *et al.* (2005) concordam com os comentários de Grimshaw *et al.* (2004), sugerindo que existe pouca evidência útil acerca de estratégias de implementação eficazes e argumentando pelo desenvolvimento e utilização de quadros baseados na teoria (*theory-based frameworks*), na avaliação de estratégias para implementar os achados da investigação. Os autores sugerem que, embora algumas revisões de implementação da investigação tenham demonstrado de forma consistente que a maioria das intervenções pode alcançar melhorias moderadas na prestação de cuidados, poucos estudos proporcionam a base racional para a escolha da intervenção, disponibilizando dados contextuais limitados.

Discussão e conclusão

Os cuidados de saúde baseados na evidência estão a alcançar aceitação global. É algo complexo, por vezes mal entendido e frequentemente difamado. O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do JBI foi construído para permitir o raciocínio e crítica sobre os cuidados de saúde baseados na evidência e o seu papel na melhoria da saúde global, dentro de um quadro lógico conceptual. Extraído da experiência do Instituto Joanna Briggs e dos seus parceiros globais na promoção e facilitação dos cuidados de saúde baseados na evidências em todo o mundo, é

uma tentativa de representar conceptualmente as componentes de um processo cíclico que é sensível às prioridades da saúde global, servindo também para a melhorar.

O modelo postula que a prática baseada na evidência envolve a consideração da melhor evidência disponível; o contexto de prestação de cuidados; a preferência do cliente e o juízo profissional do profissional de saúde. Promover e facilitar os cuidados de saúde baseados na evidência é descrito como consistindo em quatro componentes principais do processo de cuidados de saúde baseados na evidência:

- Geração de evidência de cuidados de saúde;
- Síntese da evidência;
- Transferência da evidência (conhecimento); e
- Utilização da evidência.

Cada uma destas componentes é modelada para incorporar três elementos essenciais; e a melhoria da saúde global é conceptualizada quer como meta, quer como ponto final de qualquer uma ou de todas as componentes do modelo, a *raison d'être* e guia orientador dos cuidados de saúde baseados na evidência. Para o modelo é fundamental uma abordagem pluralista sobre o que constitui evidência legítima; uma abordagem inclusiva para a apreciação, extracção e síntese da evidência; a importância da transferência eficaz e apropriada da evidência; e a complexidade da utilização da evidência.

Agradecimentos

Os autores desejam agradecer aos seguintes pela sua útil crítica no desenvolvimento deste artigo: Professor Jos Kleijnen, Kleijnen Systematic Reviews Ltd, UK; Professor Robin Watts, Curtin University, Australia; Dr Margaret Harrison, Queens University, Kingston, Ontario, Canada; e Dr Peter Wimpenny, Robert Gordon University, Aberdeen, Scotland, UK.

Referências Bibliográficas

AUDI, R. (1995) - *The cambridge dictionary of philosophy*. Cambridge : Cambridge University Press.

CARANDE-KULIS, V. G. [et al.] (2000) - Methods for systematic reviews of economic evaluations for the Guide

to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 18, Supl. 1, p. 75-91.

DAWES, M. [et al.] (2005) - Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*. Vol. 5, nº 1, p. 1-7.

DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. (1998) - Implementation forum. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*. Vol. 1, p. 38-40.

DOBROW, M. J. ; GOEL, V. ; UPSHUR, R. E. G. (2004) - Evidence-based health policy: context and utilisation. *Social Science & Medicine*. Vol. 58, nº 1, p. 207-217.

ECCLES, M. [et al.] (2005) - Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 58, nº 2, p. 107-112.

GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967) - *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York : Aldine.

GRIMSHAW, J. M. [et al.] (2001) - Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical care*. Vol. 39, nº 8 Supl. 2, p. 112-145.

GRIMSHAW, J. M. [et al.] (2004) - Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. Vol. 8, nº 6, p. 1-72.

HUMPHRIS, D. (1999) - Types of evidence. In HARMER, S.; COLLINSON, G., ed. lit. - *Achieving evidence based practice: a handbook for practitioners*. London : Ballière-Tindall. p. 13-38.

LIGHT, R.; PILLEMER, D. (1984) - *Summing up: the science of reviewing research*. Cambridge : Harvard University Press.

MILLER, S.; FREDERICKS, M. (2003) - The nature of 'evidence' in qualitative research methods. *International Journal of Qualitative Methods* [Em linha]. [Consult. 1 Set. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ualberta.ca/ijqm>>.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (1999) - Getting evidence into practice. *Effective Health Care*. Vol. 5, nº 1, p. 1-16.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2001) - *Undertaking systematic reviews of effectiveness*. 2ª ed. York : NHS Centre for Reviews and Dissemination. CRD Report Number 4.

NICKLIN, W.; MCVEETY, J. E. (2002) - Canadian nurses' perceptions of patient safety in hospitals. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. Vol. 15, nº 3, p. 11-21.

NOBLIT, G.; HARE, R. (1988) - *Meta-ethnography: synthesising qualitative studies*. Newbury Park : Sage.

- PEARSALL, J.; TRUMBLE, B. (1995) - **The oxford encyclopedic dictionary**. 2ª ed. New York : Oxford University Press.
- PEARSON, A. (2004) - Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. **JBIM Reports**. Vol. 2, nº 2, p. 45-64.
- PIGNONE, M. [et al.] (2005) - Challenges in systematic reviews of economic analyses. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 142, nº 12, Pt 2, p. 1073-1079.
- SACKETT, D. L. [et al.] (1996) - Evidence based medicine: what it is and what it isn't: it's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. **BMJ**. Vol. 312, nº 7023, p. 71-72.
- SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C. (1995) - The need for evidence-based medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**. Vol. 88, nº 11, p. 620-624.
- STETLER, C. B. (1983) - Nurses and research: responsibility and involvement. **NITA**. Vol. 6, p. 207-212.
- STETLER, C. B. (1985) - Research utilization: defining the concept. **Image. The Journal of Nursing Scholarship**. Vol. 17, nº 2, p. 40-44.
- STETLER, C. B. (1994) - Refinement of the Stetler/Marram model for application of research findings to practice. **Nursing Outlook**. Vol. 42, nº 1, p. 15-25.
- STETLER, C. B.; MARRAM, G. (1976) - Evaluating research findings for applicability in practice. **Nursing Outlook**. Vol. 24, nº 9, p. 559-563.
- STEVENS, K. R. (2005) - **ACE Star Model of EBP: the cycle of knowledge transformation** [Em linha]. San Antonio : Academic Centre for Evidence-Based Practice. [Consult. 1 Set. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.acestar.uthscsa.edu>> .
- THORNE, S. [et al.] (2004) - Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. **Qualitative Health Research**. Vol. 14, nº 10, p. 1342-1365.
- TITLER, M. G.; EVERETT, L. Q. (2001) - Translating research into practice. Considerations for critical care investigators. **Critical Care Nursing Clinics of North America**. Vol. 13, nº 4, p. 587-604.
- WEST, B. [et al.] (2001) - **An educational initiative to promote the use of clinical guidelines in nursing practice**. Edinburgh: National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting for Scotland.

