

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Subsídios para uma estratégia de produção, seleção e
disseminação de evidências em saúde**

Letícia Azevedo Januário

São Carlos – 2018

LETÍCIA AZEVEDO JANUÁRIO

Subsídios para uma estratégia de produção, seleção e disseminação de evidências em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Profa Dra Ariadne Chloe Mary Furnival

Co-orientadora: Profa Dra Maria Cristiane Barbosa Galvão

São Carlos – SP
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Letícia Azevedo Januário, realizada em 23/02/2018:

Profa. Dra. Ariadne Chloé Mary Furnival
UFSCar

Prof. Dr. Fábio Carmona
HMS

Profa. Dra. Márcia Nituma Ogata
UFSCar

JANUÁRIO, Letícia Azevedo. **Subsídios para uma estratégia de produção, seleção e disseminação de evidências em saúde.** 2017. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

RESUMO

Este estudo propõe explorar aspectos referentes à produção, seleção e disseminação de evidências em saúde no contexto nacional. A pesquisa foi dividida em três etapas. Na primeira etapa, foi analisada a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (2004), versão definitiva (2016) e nota técnica (2013); o Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo versões 2012-2015 e 2016-2019; a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2008); o *Information for Health*; o *Health Online: a Health Information Action Plan for Australia* e o *Canada Health Infoway*. Na segunda etapa, foi realizada a análise dos dados qualitativos provenientes da pesquisa *Evid@SP* (Impacto das informações disponibilizadas no portal *Saúde Baseada em Evidências* na prática clínica dos profissionais de saúde do estado de São Paulo) que teve a participação de 342 profissionais da saúde que atuam no estado de São Paulo e resultou em cerca de 451 comentários. Desses dados foram selecionados para análise apenas os comentários dos profissionais médicos e enfermeiros com a finalidade de identificar suas principais necessidades informacionais por serem os profissionais em maior número no sistema de saúde. Na terceira etapa, foi realizada uma síntese dos dados coletados nas duas primeiras etapas mais a revisão de literatura a fim de obter subsídios para a elaboração de estratégias de seleção e disseminação de evidências em saúde. Como resultados, foram identificados quais das políticas analisadas fazem menção às evidências. As necessidades informacionais identificadas nas falas dos profissionais foram listadas em categorias temáticas: aplicação da evidência na prática; barreiras para o uso da evidência; consciência da necessidade de atualização; formato, confiabilidade e modo da evidência. Os pontos apresentados como subsídios de futuras estratégias foram relacionados à terminologia das políticas e planos; estímulo de produção de evidências, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nacionais e da cultura da prática baseada em evidências; divulgação do *Portal Saúde Baseado em Evidências*; capacitação de recursos humanos; garantir recursos eletrônicos para o acesso às evidências. Concluiu-se que as políticas e planos vigentes não atendem ao processo de produção e disseminação de evidências no sistema de saúde nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Política pública; Prática Baseada em Evidências; Política informada por evidências; Enfermeiros; Médicos.

JANUÁRIO, Letícia Azevedo. **Input for the design of public policy for the selection and dissemination of healthcare information aimed at the informational needs of the health professionals.** 2017. Dissertation (Master's Degree in Science, Technology and Society) – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2018.

ABSTRACT

This study proposes potential input and guidelines for the design of public policies for the selection and dissemination of evidence in health aimed at the informational needs of health professionals (doctors and nurses). The research was divided into three stages. In the first stage, the National Policy on Health Information and Informatics was analyzed in its preliminary (2004) and definitive (2016) versions, alongside a technical note from 2013; the State Health Plan of the State of São Paulo for the years 2012 to 2015 and 2016 to 2019; the National Policy on Science, Technology and Innovation in Health (2008); the Information for Health (National Health Service); Health Online: the Health Information Action Plan for Australia and the Canada Health Infoway. In the second stage, the qualitative data from the Evid@SP research (Impact of the information made available on the Evidence Based Health portal on clinical practice of health professionals in the state of São Paulo) was analyzed, in which 342 health professionals working in the state of São Paulo participated, resulting in about 451 comments. From this data, the comments of medical doctors and nurses were selected for analysis in the present research in order to identify the main informational needs of these predominant health professionals in the health system in Brazil. In the third stage, a synthesis of the data collected in the first two stages plus the literature review was carried out in order to obtain potential input for the elaboration of a public policy of the selection and dissemination of evidence in health. In the results, we identified which of the analyzed policies do or do not mention evidence in health. Also, the informational needs identified in the physicians' and nurses' comments were separated in four thematic categories, which are: application of the evidence in practice; barriers to the use of evidence; awareness of the need for updating their current state of knowledge; format, reliability and mode of evidence. After comparing the first two phases with the literature review, it was possible to identify issues that contemplate the agenda of a policy of selection and dissemination of evidence in health. The points presented as inputs to future strategies were related to the terminology of the policies and plans; incentive for the production of evidence, clinical protocols and national therapeutic guidelines and of the culture of practice based on evidence; dissemination of the Evidence-based Health Portal; training of human resources; guarantee of electronic resources for access to evidence. The conclusion reached is that the current policies and plans do not attend to the process of the production and dissemination of evidence in the national health system.

KEY-WORDS: Public Policy; Evidence-Based Practice; Evidence-Informed Policy; Nurses; Physicians.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Teóricos e modelos de análise da política	16
Quadro 2. Síntese da revisão de literatura	40
Quadro 3. Características gerais dos documentos nacionais	53
Quadro 4. Características gerais dos documentos internacionais	54
Quadro 5. Princípios ou avaliação dos documentos analisados (continua).....	54
Quadro 6. Menção às evidências nos documentos internacionais (continua)	59
Quadro 7. Menção às evidências nos documentos nacionais	60
Quadro 8. Trechos selecionados para discussão	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação de comentários analisados, excluídos, divergentes 64

Tabela 2. Frequência e porcentagem de enfermeiros e médicos em cada categoria 65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
C&T	Ciência e tecnologia
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CTS	Ciência, Tecnologia e Sociedade
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSI	Disseminação Seletiva da Informação
EVID@SP	Impacto de informações disponibilizadas no Portal Saúde Baseada em Evidências na prática dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo
IAM	Information Assessment Method
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NHS	National Health Service
NICE	National Institute of Clinical Excellence
PBE	Prática Baseada em Evidências
PES	Plano Estadual de Saúde
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SBE	Saúde Baseada em Evidências
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 Objetivos	13
1.3 Organização dos capítulos.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Políticas públicas.....	15
2.2 Políticas públicas de informação em saúde.....	20
2.3 Prática Baseada em Evidências	24
2.3.1 Evidências em saúde	28
2.3.2 Disseminação de evidências em saúde.....	31
2.4 Síntese da Revisão de Literatura	37
3 MÉTODO.....	52
3.1 Etapa 1: Análise documental.....	52
3.2 Etapa 2: Análise de dados do projeto <i>Evid@SP</i>	55
3.3 Etapa 3: Comparação das etapas 1 e 2 com a revisão de literatura	58
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 Resultados e discussão da Etapa 1: análise documental	59
4.2 Resultados e discussão da Etapa 2: comentários do projeto <i>Evid@SP</i>	64
4.3 Resultados e discussão da Etapa 3: comparação entre as etapas 1 e 2 com a revisão de literatura	70
5 CONCLUSÕES	72
REFERÊNCIAS	75
GLOSSÁRIO	84

1 INTRODUÇÃO

Em consequência do avanço científico-tecnológico, o número de estudos clínicos, tratamentos, medicamentos e novas tecnologias em saúde é exponencialmente crescente. Também é crescente a facilidade de acesso a recursos informacionais eletrônicos no campo da saúde. Tal situação gera dificuldade para os gestores de saúde decidirem quais recursos informacionais são confiáveis ou aplicáveis à realidade clínica do profissional da saúde. Além do gestor da saúde, o profissional da saúde que atua diretamente na assistência ao paciente e da população necessita de informações para esclarecer as dúvidas que surgem em seu dia-a-dia. Essas informações podem interferir tanto em processos de tomada de decisão sobre diagnósticos, tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos, quanto na demanda por exames e no encaminhamento, ou seja, na referência do paciente para outra unidade de saúde que possa melhor acompanhar sua condição de saúde.

De acordo com Thoenig (2008), em sua ampla compreensão do termo, informação pode ser interpretada como qualquer sinal recebido pelos sentidos e processado pelo cérebro humano, ou seja, transferida entre seres humanos, de um estado para outro, enquanto, economistas da saúde consideram informação em saúde e informação de cuidado em saúde como bens que são fornecidos e exigidos dentro dos sistemas de saúde. A informação em saúde pode ser pensada como um compósito de transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde (MORENO; COELI; MUNCK, 2009). Targino (2009) fala da informação em saúde como um elemento fundamental utilizado no processo de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas, tendo por objetivo promover a qualidade de vida dos povos. A disponibilidade de informação em saúde é um imperativo essencial para o desenvolvimento de sistemas de saúde informados e eficazes na melhoria da saúde das sociedades (RABAN; DANDONA; DANDONA, 2009).

O advento das tecnologias de informação e comunicação (TICs) e seu papel crescente no âmbito dos sistemas de saúde pela potencial produção de benefícios para os cidadãos, para os profissionais e para as entidades prestadoras de serviços promoveram modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes no domínio dos cuidados de saúde (ESPANHA, 2013). Espanha (2013), nesta perspectiva atual, fala da informação em saúde perpassando por temas como prescrição eletrônica de medicamentos, infraestrutura global, virtualização de processo, telemedicina, interoperabilidade de sistemas, parcerias entre instituições, disponibilização de informação pública, autonomia individual, fóruns de discussão, *mass media*, envolta numa multiplicidade e diversidade de saberes que impedem a

sistematização coerente da sua leitura e pesquisa, podendo dificultar ainda mais processos de tomada de decisão.

Para melhor compreensão das temáticas que serão abordadas, faz-se necessário caracterizar os conceitos de informação clínica, informação em saúde e evidências em saúde. Para Galvao (2012) informação clínica é toda aquela que pode ser usada e/ou produzida pelo profissional da saúde visando à assistência ao paciente e, de acordo com a *Health Sciences Library* (2017) é classificada nos seguintes tipos: prontuário do paciente; informações administrativas; dados epidemiológicos; pesquisas de saúde com foco nacional que fornecem estimativas de prevalências das doenças crônicas, coletando dados e tornando-os acessíveis; registros de ensaios clínicos e bases de dados de evidências; conjuntos de dados de pesquisa clínicas disponíveis através de organizações nacionais ou internacionais com nível de acesso restrito ou por meio de acordo com empresas privadas. De acordo com o relatório da Entidade Reguladora da Saúde (2011) sobre a “Carta dos Direitos dos Utentes” do sistema de saúde português, o conceito de informação clínica é definido “[...] como todo o tipo de informação *directa e indirectamente* ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar”, e ainda, a informação de saúde inclui “[...] os dados clínicos registados, resultados de análises, e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos”.

A informação em saúde é toda aquela que provem de pesquisas sobre determinado tema relacionado com a saúde, porém nem toda informação em saúde pode ser aplicada na assistência ao paciente ou população, ou seja “toda informação clínica é uma informação em saúde, mas nem toda informação em saúde é uma informação para ser usada no contexto clínico” (GALVAO, 2012). Já as evidências advêm de estudos científicos de diversas naturezas e são disponibilizadas em bases de dados especializadas através de uma triagem com metodologias específicas e que tenham um potencial para aplicação na assistência ao paciente ou população (GALVAO, 2012).

Para Galvao (2012), no caso dos profissionais de saúde, saber quais informações em saúde os impactam positivamente em suas práticas clínicas é uma necessidade para o melhor delineamento das políticas públicas relacionadas à produção e à disseminação de informação em saúde; a verificação das lacunas de conhecimento clínico; a adequação dos recursos disponibilizados para a compra de bases de dados nacionais ou internacionais; e a produção de bases de dados nacionais de informação e evidências em saúde compatíveis com as necessidades informacionais dos profissionais de saúde que atuam em nosso país – marcado por diferenças sociais, educacionais e econômicas.

Sendo assim, é necessário que haja elaboração de políticas públicas que garantam o acesso à informação de confiança pelos profissionais de saúde. As políticas públicas de informação em saúde teriam como objetivo promover o fortalecimento da gestão de informação, bem como ampliar o conhecimento técnico-científico disponível a gestores, profissionais e cidadãos (BRASIL, 2004). Deste modo, políticas públicas que forneçam e promovam o acesso a informações científicas e tecnológicas são entendidas como essenciais.

De acordo com Cavalcante et al. (2014), apesar da importância de elaborar uma política de informação em saúde (PNIIS) para o país, que ocorreu de fato em 2004, esta não havia sido regulamentada e conseqüentemente legitimada mesmo após 10 anos de discussões. Em 2012, o seu texto foi disponibilizado em consulta pública no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e a PNIIS foi instituída (na portaria nº589) em 2015 (CAVALCANTE et al., 2014; BRASIL, 2015a).

De modo geral, o Ministério da Saúde identifica a existência de lacunas na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) no que diz respeito à difusão de informações científicas e tecnológicas de interesse para a gestão do SUS (BRASIL, 2008). Desta forma, o presente trabalho se relaciona aos desafios enfrentados por gestores e profissionais da saúde pública na elaboração de estratégias que envolvam a produção, seleção e disseminação de informações em saúde e sobretudo de evidências em saúde através de políticas públicas ligadas a Ciência, Tecnologia e Inovação, questões estas que podem ser analisadas pelo campo de estudo da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS).

Os estudos CTS procuram compreender a dimensão social da Ciência & Tecnologia tanto do ponto de vista da sua origem social e as suas conseqüências sociais e ambientais, ou seja, no que diz respeito aos fatores de ordem social, política ou econômica ou mudança científica e tecnológica, quanto no impacto ético, ambiental ou cultural dessa mudança (PALACIOS et al., 2001; MERTON, 1979). Propõe-se a compreender a Ciência e Tecnologia de forma geral, não como um processo ou atividade autônoma que segue uma lógica interna do desenvolvimento em seu ótimo desempenho (resultante da aplicação de um método cognitivo e um código de conduta), mas como um processo ou produto inerentemente social (*ethos*) em que os elementos não epistêmicos ou técnicos (por exemplo, os valores morais, crenças religiosas, interesses profissionais, pressões econômicas, etc.) desempenham um papel decisivo na gênese e consolidação de ideias científicas e artefatos tecnológicos (PALACIOS et al., 2001; MERTON, 1979; LATOUR, 2011).

Pelo exposto, este trabalho está situado no campo das políticas públicas dos estudos CTS que, de acordo com Palacios et al. (2001) têm defendido a regulação social da ciência e da

tecnologia, promovendo a criação de vários mecanismos democráticos para facilitar a abertura dos processos de tomada de decisão sobre questões relativas às políticas científicas e tecnológicas, suas necessidades e implicações futuras.

Mais especificamente, esta pesquisa concentra-se nas políticas públicas de informação em saúde, sobretudo, na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) no que se refere às evidências em saúde, com foco nas demandas informacionais diárias dos profissionais enfermeiros e médicos do estado de São Paulo e como esta política tem atingido as questões relacionadas às necessidades informacionais. Esta pesquisa está direcionada à questão das estratégias e ações que envolvem a Prática Baseada em Evidências (PBE) visando a disseminação de evidências em saúde aos profissionais de saúde brasileiros. Tais estratégias e ações podem ser vistas como um “braço” de uma política pública como a PNIIS. Este problema de pesquisa passa pela identificação das principais necessidades informacionais dos profissionais de saúde do estado de São Paulo frente às demandas em sua prática diária.

Desta forma, justifica-se o levantamento de subsídios, principalmente provindos de sujeitos atingidos pelas ações governamentais ou a falta delas, e verificar como políticas públicas vigentes – PNIIS e PNCTIS – apoiam a produção, seleção e disseminação de evidências em saúde, capacitações e treinamentos que envolvam esse processo nas redes de atenção em saúde no estado de São Paulo, como vêm sendo feito em países como Canadá, Reino Unido e Austrália, por exemplo.

Devido ao exposto, esta dissertação se desenvolveu à partir da hipótese de que na política de informação em saúde vigente não estão contempladas as necessidades informacionais dos profissionais enfermeiros e médicos envolvidos no sistema de saúde brasileiro, assim como, não há diretrizes voltadas para a elaboração e disseminação de evidências em saúde, tão necessárias para garantir um atendimento clínico de maior qualidade e segurança.

1.2 Objetivos

Geral

Explorar aspectos referentes à produção, seleção e disseminação de evidências em saúde no contexto nacional.

Específicos

a) Analisar as políticas públicas e estratégias de informação em saúde em diferentes países, inclusive no Brasil, verificando sua menção às evidências e quais são os aspectos dessa menção;

b) Identificar as necessidades informacionais dos profissionais enfermeiros e médicos do estado de São Paulo;

c) Estabelecer subsídios que possam ser contemplados em estratégias que visam a produção, seleção e a disseminação de evidências em saúde em nível estadual e nacional.

1.3 Organização dos capítulos

No próximo capítulo é apresentado uma revisão de literatura sobre as políticas públicas e políticas públicas de informação em saúde, evidências em saúde e prática baseada em evidências (PBE), assim como, a disseminação de evidências em saúde considerando as necessidades informacionais de profissionais enfermeiros e médicos. Em seguida, o terceiro capítulo fornece os métodos utilizados para a realização desta pesquisa que conta com três etapas: 1) análise documental da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde em suas versões preliminar (2004) e definitiva (2016) e de uma nota técnica de 2013; do Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo referente aos anos de 2012 a 2015 e 2016 a 2019; da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2008); do *Information for Health* (NHS); do *Health Online: a Health Information Action Plan for Australia* e do *Canada Health Infoway*; 2) análise temática de dados levantados na pesquisa *Evid@SP* com a finalidade de identificar as necessidades informacionais de enfermeiros e médicos, bem como, lacunas nos recursos informacionais disponíveis para esses profissionais do estado de São Paulo; 3) e finalmente, os dados das duas etapas anteriores e a revisão de literatura serão comparados a fim de obter subsídios para a formulação de uma estratégia voltada para a disseminação de evidências em saúde. A análise da PNIIS e sua nota técnica, planos estaduais de saúde e da PNCTIS, além da análise dos dados provenientes da pesquisa *Evid@SP* subsidiarão pontos que serão discutidos no quarto capítulo deste trabalho, resultados e discussão. No quinto capítulo serão fornecidas as conclusões a respeito de como os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados como de subsídios para a formulação de uma agenda política focada na produção, seleção e disseminação de evidências em saúde para profissionais da saúde, em especial, profissionais enfermeiros e médicos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Políticas públicas

Devido à consolidação da democracia, com início em 1985, mudanças nas responsabilidades do Estado brasileiro se fizeram necessárias, como a promoção do bem-estar social e a conseqüente necessidade de desenvolver uma série de ações que atuariam diretamente em diversas áreas, tais como saúde, educação e meio ambiente (SEBRAE, 2008, p.5). Essas ações se dão por meio das políticas públicas, definidas como um conjunto de ações e decisões institucionais ou governamentais, com a finalidade de orientar o comportamento de atores individuais ou coletivos, voltadas para propor soluções e/ou mudanças (ou não) no rumo de ações dentro de um contexto social ou espaço geográfico (SEBRAE, 2008, p. 5; MENY; THOENIG, 1989, p.90; ROTH DEUBEL, 2006).

Para Cochran et al. (2009) a política pública é “um curso de ações intencionais seguido por uma instituição governamental ou oficial para a resolução de uma questão de interesse público”, devendo ser representado através de “leis, declarações públicas, regulamentos oficiais ou padrões amplamente aceitos e de comportamentos visíveis publicamente” (COCHRAN et al., 2009). Porém, as políticas públicas também são passíveis de ser compreendidas como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Para Thoenig (2008), quando o termo política pública é utilizado, apoia-se em três significados mais recorrentes. No primeiro, as políticas públicas referem-se a um conjunto de posturas, atividades e soluções que uma autoridade pública ou governamental mobiliza para intervir num setor de atividades e problemas abarcando sua competência ou jurisdição, porém esta definição é considerada muito ampla e imprecisa pelo autor. No segundo, há outro sentido mais normativo e aberto utilizado na orientação de ações, designando política pública como um conjunto de *know-how*, ferramentas e procedimentos, estados de espírito e medidas concretas disponíveis para tomadas de decisão para ação de gestores públicos como, por exemplo, adoção de métodos de avaliação e difusão de boas práticas em materiais para configuração de dispositivos de implementação. O terceiro significado se relaciona ao conceito de

“compreensão” (*Verstehen*¹) no qual a análise das políticas públicas indica a ciência política em si: ela observa rigorosamente atos e não atos das autoridades governamentais, abrindo um vasto campo de exploração do Governo e oferecendo respostas a questões teóricas específicas, além de testar a validade empírica de seus pressupostos.

O desenvolvimento do campo de análise de políticas nos séculos XIX e XX se dá em um contexto de racionalização do Estado e da política pública, resultando no surgimento de diversos modelos de análise de políticas (Quadro 1), cada qual com suas particularidades, porém, todos partindo da ideia de fases e de ciclo (BAPTISTA; REZENDE, 2015). Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles E. Lindblom e David Easton são considerados os “pais” fundadores do campo da análise da política pública e, no período entre 1930 e final dos anos de 1960, contribuíram para a consolidação das teorias, métodos de análise e pesquisas empíricas que influenciam até hoje a produção sobre políticas públicas (SOUZA, 2006).

Quadro 1. Teóricos e modelos de análise da política

TEÓRICO	MODELO	FASES
Herbert Simon	1947	Inteligência; desenho e escolha
Harold Lasswell e Daniel Lerner	1951	Informação; promoção; prescrição; invocação; aplicação; término e avaliação
David Easton	Teoria dos Sistemas (1953)	Absorção dos <i>inputs</i> ; formulação da política; geração dos resultados (<i>output</i>) e respostas do ambiente (<i>feedback</i>)
Richard Rose	1973	Reconhecimento das necessidades; inclusão de temas na agenda e suas demandas; papel do governo no processo decisório e a tomada de decisão, implementação, avaliação e <i>feedback</i>
M. Howlett e M. Ramesh	Modelo Aperfeiçoado	Definição de agenda; formulação; tomada de decisão; implementação e avaliação

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Rua (2013), Jann, Wegrich (2007) e SEBRAE (2008).

No contexto desta pesquisa, o foco estará na fase de definição da agenda compreendida no modelo de “ciclo da política” de Howlett e Ramesh (2003), ressaltando o papel dos sujeitos (agentes ou atores, a depender do referencial teórico) envolvidos na elaboração de políticas públicas, de acordo com as indicações de Baptista e Rezende (2015) e classificando as “evidências em saúde” como novas demandas de acordo com Rua (2013). É importante ressaltar

¹ *Verstehen* ou “conhecimento” é um termo amplo que se refere tanto a uma atividade intelectual como a um método, uma operação intelectual completa, pois reconhece elementos tão distintos como acesso privilegiado ao objeto da investigação, as analogias entre o interno e o externo, acesso aos motivos e intenções do agente e a capacidade de estar no lugar do outro, o conhecimento implícito, empatia etc. (TORRE, 2009).

que esses sujeitos referidos na revisão de literatura são diferentes dos sujeitos da presente pesquisa. Tendo em vista a melhor compreensão do texto, daqui em diante será adotado o termo “sujeito” em referência àqueles que atuam na elaboração e implementação das políticas públicas.

O plano é definido por Brasil (2010) e Carvalho (1978) como um documento mais abrangente e geral, que contém estudos, análises situacionais ou diagnósticos necessários como as condições da prestação dos serviços, com indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos, dentre outros; a identificação dos pontos a serem atacados, a definição dos programas, projetos e ações necessários para sua realização; a definição dos objetivos, as ações para emergências e contingências; a definição dos mecanismos de avaliação, dentre outras diretrizes; estratégias e metas de um governo, de um Ministério, de uma Secretaria ou de uma Unidade. A realização desta pesquisa envolverá a análise de diversos documentos governamentais, sendo um deles um plano: o Plano de Saúde do Estado de São Paulo referentes aos anos de 2012-2015 e 2016-2019.

Antes mesmo do desenvolvimento de uma política pública, é necessário que sejam discutidos quais serão os pontos prioritários que formarão a agenda de discussões. A fase de definição da agenda é vista sob duas formas a depender do autor: 1) como uma etapa específica do ciclo da política; 2) como parte do processo de formulação da política em forma de elaboração de alternativas e tomada de decisão (RUA, 2013). Para Kingdon (1995), a agenda pode ser definida como uma lista de temas ou problemas que necessitam de séria atenção em um dado momento, atenção essa devendo vir por parte das autoridades governamentais ou pessoas que estão fora do governo, mas que necessariamente estejam ligadas às autoridades. Já Birkland (2007) vê a agenda como “um processo pelo qual os problemas e as soluções alternativas podem ganhar ou perder atenção do público e da elite”.

Para Jannuzzi (2013), a agenda política representa os múltiplos caminhos e processos que resultam no reconhecimento de uma questão social, podendo ser essa questão um problema público e uma necessidade de ação governamental. A agenda política se constitui como um processo complexo, pois não responde automaticamente às estatísticas disponíveis (apesar de parecerem reveladoras quando comparadas com outros contextos ou períodos), muito menos leva em conta a vontade de técnicos, pesquisadores, governantes, embasados por conhecimentos consistentes (JANNUZZI, 2013).

O conceito de definição da agenda foi estudada por diversos autores que desenvolveram teorias para a sua realização, tais como: o modelo da “Teoria da Não-Decisão” definido por Bachrach e Baratz (1962, 1970); o modelo dos “Múltiplos Fluxos” de John Kingdon (1984); o

chamado “*Punctuated Equilibrium*” (“Equilíbrio Pontuado”) de Baumgartner e Jones (1993); o modelo “*Garbage Can*” (Lata de lixo) definido por Michael Cohen, James G. March e Johan P. Olsen (1972); o modelo da “Coalizões de Defesa” de Sabatier e Jenkins-Smith (1993) (RUA, 2013; JANN, WEGRICH, 2007).

São várias as interpretações construídas a respeito da agenda e em todas as perspectivas a definição da agenda é tida como um processo coletivo e conflituoso, formada através de mecanismos de pressão externa de grupos de interesse partidários, sindicais, com associações patronais, da imprensa, entre outras instituições, atraídos por temáticas que acreditam ser relevantes, por mobilização social, por iniciativa do governo, ou ainda, pela burocracia pública responsável por encaminhar demandas setoriais (HOWLETT; RAMESH, 2003; JANNUZZI, 2013). Para exemplificar essas relações conflituosas no que concerne ao papel dos sujeitos na definição da agenda política, Mattos e Baptista (2015) apresentam as seguintes situações: a) em uma discussão sobre a descriminalização do aborto são apresentadas os argumentos pelo setor da saúde a respeito dos efeitos gerados pela prática do aborto ilegal, a aprovação do projeto teve o apoio da bancada da saúde, mas a bancada religiosa se articulou contrária à aprovação do projeto, diminuindo o poder de debate da questão; b) quanto à prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira² (CPMF), apesar dos políticos se posicionarem inicialmente favoráveis à aprovação do projeto, houve um recuo da bancada por recomendação partidária.

É importante ressaltar que antes mesmo da formulação da agenda é necessária a identificação de demandas, podendo estas ser de três naturezas: a) demandas novas (sem processamento anterior pelo sistema político de uma dada sociedade); b) demandas recorrentes (sendo demandas processadas pelo sistema político que não encontraram solução eficaz); c) demandas reprimidas (demandas não admitidas na agenda governamental, ou por falta de reconhecimento do governo e da sociedade, ou por ir de encontro aos interesses poderosos) (RUA, 2013). Posteriormente a definição da agenda, os problemas, propostas e demandas explicitados na agenda transformam-se em leis, programas e propostas de ações (JANNUZZI, 2013).

Mattos e Baptista (2015) apresentam um conjunto de aspectos para análise de políticas a ser explorado, dando a possibilidade para diferentes olhares e possibilidades de estudo sem

² “Foi uma cobrança que incidiu sobre todas as movimentações bancárias — exceto nas negociações de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade — e vigorou no Brasil por 11 anos” (SENADO FEDERAL, 2018).

haver necessidade de enfrentar “horrores metodológicos”³ das análises de políticas públicas, causadores, muitas vezes, de limitação reflexiva. Este conjunto é constituído por quatro aspectos: o primeiro está ligado à ideia de contexto e história; o segundo é sobre o reconhecimento dos sujeitos participantes do processo político; o terceiro se refere aos espaços de relação e negociação da política e o quarto discute a análise do enunciado das políticas. Neste presente estudo, o foco estará na análise dos enunciados das políticas.

Os sujeitos são atravessados por suas histórias e implicações advindas de sua inserção institucional ou grupal, sendo necessário enxergá-los não somente como atores e representantes de grupos de interesse, mas também como cada participante pode trazer sentido para o debate político (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Por este motivo, Mattos e Baptista (2015) preferem utilizar a palavra “sujeitos” no lugar de “atores”, pois cada indivíduo envolvido no processo político e seu contexto traz consigo contribuições para debates, interesses de grupos ou interesses próprios, conflitos e posições nem sempre claras no processo que envolve a negociação de uma ação política. Portanto, reconhecer os sujeitos que são participantes ativos e aqueles que não necessariamente são os representantes oficiais do processo de ações políticas, bem como definir a visibilidade ou invisibilidade de determinados sujeitos depende do ponto de vista adotado pelo pesquisador, apoiado de suas estratégias de investigação (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Os sujeitos possuem maior ou menor grau de influência na definição das possíveis ações dos governos, e mesmo que uma determinada questão não seja colocada em pauta no encaminhamento das soluções de um problema por meio de pressões advindas de grupos de interesse, os sujeitos que possuem maior grau de influência atuarão para que as propostas sejam introduzidas na agenda (JANNUZZI, 2013; JANN, WEGRICH, 2007).

Mattos e Baptista (2015) falam que a análise do enunciado da política pública não é o suficiente, sendo necessário enxergar a política como “uma prática de embates e conflitos de interesse”, diferentes percepções de mundo e posicionamento nele, influenciadores da maneira de viver do indivíduo na sociedade. Esse ponto de vista dá luz não somente aos processos nos quais as políticas estão envolvidas, mas também, aos sujeitos constituídos de saber e poder que fazem parte da construção de uma ação política governamental ou não-governamental causando efeitos na sociedade e, por este motivo, faz-se necessário ir além dos enunciados formais (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Neste estudo, procurou-se ir além pelo fato de dar ouvidos aos

³ “*Methodological horror*” e “*epistemological horrors*” são termos que primeiramente aparecem nos escritos de Woolgar (1988; Lynch, 2001) e hoje são utilizados para designar complexos procedimentos investigativos aplicados na ciência.

sujeitos atingidos diretamente pelas ações governamentais ou por ações que deveriam estar sendo realizadas.

O aspecto que se refere à análise de políticas a partir dos conteúdos oficiais está ligado à identificação dos conceitos utilizados, as diferentes visões estratégicas das políticas adotadas, incompatibilidade com o contexto no qual a ação será ou está sendo inserida, bem como a trajetória de uma área ou discussão, possibilitando colocar a política em suspenso e fazer considerações que vão além do “como e por que” ela se define e sim, como ela se apresenta nos debates entre os grupos, definindo-se como prática (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Desta forma, faz-se aqui uma ligação com os estudos CTS, por, desde o início, desenvolver-se em três direções: pesquisa, política pública e educação. O segundo campo, o da política, torna-se importante nesse trabalho, pois está relacionado com o planejamento de intervenções tecnológicas em um dado ambiente, além das consequentes implicações sociais de tais intervenções. A política pública nos estudos CTS é defendida através da regulação da C&T e da “criação de diversos mecanismos democráticos que facilitem a abertura de processos de tomada de decisão em questões concernentes a políticas científico-tecnológicas” (BAZZO et al., 2003, 127p.; PARCEY, 1983). Ciência reguladora é o nome dado à atividade científica que proporciona as bases para as ações políticas, como fornecer conhecimentos para assessorar a formulação de políticas públicas, por exemplo (BAZZO et al., 2003).

Ainda caminhando pelos estudos CTS podemos utilizar os conceitos de “campos”, “campos sociais” e “campos científicos” quando nos referirmos às políticas públicas, pois, conforme Bourdieu (1983) os campos são constituídos por de atores, práticas e saberes no qual se articulam e mobilizam os interesses que estão em jogo.

2.2 Políticas públicas de informação em saúde

A política de informação consiste em “leis e regulamentos que lidam com qualquer estágio da cadeia de produção da informação, ou seja, com a sua criação, processamento (cognitivo e algorítmico), armazenamento, transporte, distribuição, busca, uso e destruição” (MARQUES, 2010). Desta forma, Braman (2009) fala das políticas de informação como um meio regulatório da cadeia de produção da informação e das tecnologias de informação, ou seja, do domínio da comunicação e cultura. Ferreira, Santos e Machado (2012) explicitam que políticas de informação não estão limitadas apenas a decisões governamentais, mas pressupõe a existência de um conjunto de valores políticos que direcionarão a sua elaboração e execução, delimitando “(...) o escopo das questões que envolvam o processo e os fluxos de informação,

permeados pela disputa entre os interesses da sociedade civil, os interesses do Estado e os interesses do mercado”.

Para Jardim, Silva e Nharregula (2009) políticas públicas de informação configuram-se em um processo não só complexo, mas também em sinalizadores de constructos políticos característicos da contemporaneidade, cujas escolhas, confrontos e ações informacionais de grande impacto em vários níveis da vida social são a essência da formulação, implementação e avaliação de qualquer política pública, incluindo as políticas públicas de informação (JARDIM; SILVA; NHARREGULA, 2009).

A política de informação pode conter diversos subdomínios, como a política de arquivos, de informação jurídica, de inteligência e a política de informação em saúde (ROWLANDS; EISENSCHITZ; BAWDEN, 2002; CAVALCANTE; PINHEIRO, 2013). A política de informação em saúde “exerce um papel relevante nas atividades fundamentais em saúde observados através dos registros em saúde, na elaboração de sistemas de informação para acompanhamento do perfil epidemiológico e insumo estratégico na tomada de decisão clínica” e na pesquisa (NORONHA; GOMES, 2011).

A construção da PNIIS tornou-se fundamental para conduzir o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando automaticamente os registros eletrônicos em que serão baseados os sistemas de informação de âmbito nacional, resultando, pois em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social (BRASIL, 2004). O entendimento do contexto de construção da PNIIS faz-se necessário à medida que a informação está atrelada à correlação de forças políticas, sociais e econômicas em constante movimento (MORAES; VASCONCELLOS, 2005; CAVALCANTE; PINHEIRO, 2013).

A PNIIS tomou como exemplo para subsidiar sua elaboração três estratégias de informação em saúde internacionais – a *Health Online: A Health Information Action Plan for Australia* (Austrália), a *Information for Health for the Modern NHS* (Reino Unido) e a *Canada Health Infoway* (Canadá) – visto que foi realizada uma revisão sistemática da literatura em bases de dados internacionais e páginas governamentais (BRASIL, 2004). Cada uma das três iniciativas são apresentadas nos parágrafos seguintes.

Estabelecidos pelos ministros da saúde australianos, o Conselho Consultivo Nacional de Gestão da Informação em Saúde aprovou um plano nacional de ação para o setor da saúde – *Health Online: A Health Information Action Plan for Australia*, publicado em 1999 – fornecendo uma base para a abordagem estratégica nacional de informação em saúde que

envolveram novas formas de oferecer serviços de saúde (AUSTRALIA, 2001). Na publicação da segunda edição do plano de ação, dois anos depois, a estratégia *Health Online* já havia impactado significativamente na promoção de uma abordagem nacional e uniforme para o uso de tecnologias de informação e comunicação no setor da saúde; no desenho da agenda de gerenciamento de informações de saúde de forma unificada; maior envolvimento da população no desenvolvimento da agenda para garantir novas formas de gerenciamento de informações em saúde com a finalidade de melhorar os cuidados em saúde ao mesmo tempo em que as necessidades dos consumidores são supridas (AUSTRALIA, 2001). A PNIIS (BRASIL, 2004) cita o plano de ação australiano tomando como exemplo sua diretriz relacionada à telessaúde e a responsabilidade do Ministério da Saúde pelo gerenciamento dos processos que envolvem a informação e comunicação em saúde.

No Reino Unido, a estratégia *Information for Health for the Modern NHS* (National Health Service), de 1998, objetivou: permitir que os profissionais do National Health Service tenham a informação que precisam tanto para proporcionar esse cuidado quanto para desempenhar seu papel na melhoria da saúde pública; reduzir as desigualdades na saúde, identificando indivíduos, grupos e bairros cujos cuidados de saúde precisam de atenção especial; garantir que pacientes, cuidadores e o público tenham a informação necessária para tomar decisões sobre seu próprio tratamento e cuidados e influenciar a forma dos serviços de saúde em geral (NATIONAL HEALTH SERVICE, 1998).

A estratégia canadense na área da informação em saúde é o *Canada Health Infoway*, estabelecido em 2001, que tem por objetivo facilitar e acelerar o desenvolvimento e adoção de sistemas eletrônicos de informação em saúde no Canadá, priorizando a solução de Registro Eletrônico de Saúde (RES) interoperável e o desenvolvimento relacionado de telessaúde (CANADA HEALTH INFOWAY, 2003).

A diferença entre as três iniciativas reside nas diretrizes priorizadas, como, por exemplo, telessaúde na estratégia australiana e capacitação de recursos humanos na inglesa. A forma de gestão do processo é também diferente nas propostas (BRASIL, 2004). A gestão do processo de implementação na Austrália é coordenada e executada a partir do Ministério da Saúde, enquanto, na Inglaterra, constituiu-se uma agência nacional de informação em saúde para tal finalidade e, no Canadá, criou-se uma ONG para o desenvolvimento desse processo (BRASIL, 2004).

Entre as diretrizes da PNIIS, pode-se destacar o estabelecimento do Registro Eletrônico de Saúde permitindo recuperar informações de saúde dos indivíduos; padronização da informação em saúde; compartilhamento de dados em saúde e ampliação da produção e

disseminação de informações de saúde atendendo tanto “às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais”; garantir acesso às fontes de informação em saúde como bases de dados e acesso aos dados individuais identificados respeitando preceitos éticos; fornecer ao profissional ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínico e programático, bem como, acesso eletrônico à literatura especializada; apoiar a disseminação de informação em saúde; estimular o uso de bibliotecas virtuais em saúde para disseminação de informações técnico-científicas na ampliação do acervo e facilitar o acesso à informação, entres outras (BRASIL, 2004).

É possível observar através do parágrafo acima que o texto da PNIIS apenas fala em informação em saúde e, em nenhum momento cita as evidências em saúde. Ainda assim, no ano de 2012, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) lançou o *Portal Saúde Baseada em Evidências* que tem por objetivo oferecer acesso às bases de dados específicas de saúde baseada em evidências, textos completos e referenciais na área. As bases de dados disponíveis para consulta são *Access - Medicine, DynaMed, Micromedex, Nursing Reference Center, BVS (Atenção Primária à Saúde), Rebrats (Avaliação de Tecnologias em Saúde), Epistemonikos e Proqualis*, acessível definitivamente por profissionais das 14 áreas da saúde vinculados definitivamente aos seus Conselhos Profissionais – Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia. (BRASIL, 2016a).

No contexto do estado de São Paulo, com início em 2006, o Projeto Gestão de Informação Técnico-Científico resultou no *Portal Rede de Informação e Conhecimento* realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). O objetivo do *Portal Rede de Informação e Conhecimento* é o de promover o fortalecimento da gestão de informação técnico-científico em saúde no estado de São Paulo visando o “acesso equitativo e universal à informação relevante em saúde utilizando o modelo de gestão de informação e conhecimento da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)” (BRASIL, 2015b). Devido aos positivos resultados, o projeto deu continuidade com o intuito de apoiar atividades de disseminação da pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde seguindo duas linhas de ação, o fortalecimento da comunicação científica dos Institutos de Pesquisa da SES-SP e melhoria na operação das

fontes de informação do *Portal Rede de Informação e Conhecimento* da SES-SP (BRASIL, 2015b).

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 (BRASIL, 2015c) apresenta estratégias para o apoio e elaboração de síntese de evidências científicas para a tomada de decisão por meio da capacitação de no mínimo 80 profissionais da saúde e da área de Ciência, Tecnologia e Inovação com o intuito de fomentar o uso de evidências científicas pelos gestores no âmbito da saúde. Entretanto, igualmente ao contexto nacional, o estado de São Paulo não prevê a inclusão das evidências em saúde no plano público para os profissionais da saúde pelo menos nos próximos anos.

É preciso salientar que os indivíduos atingidos pelas políticas públicas de informação em saúde são todos os trabalhadores do SUS; todas as instâncias de decisão do SUS (comissões, conselhos, conferências, colegiados e outros fóruns desse tipo); outros setores, além da saúde, governamentais, Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais diretamente envolvidos com ações voltadas para melhorar a qualidade da vida da população como educação, meio ambiente, ação social etc., destacando as universidades e escolas públicas e os setores responsáveis pelas intervenções referentes ao saneamento básico; organizações populares e organizações não governamentais; partidos políticos e a população em geral (FERREIRA, 1999). Por extensão, pode-se afirmar que os beneficiários da disseminação de evidências seriam também tais indivíduos.

2.3 Prática Baseada em Evidências

O conceito de Medicina Baseada em Evidências (MBE) atribui menor valor à experiência clínica não-sistemática e à racionalidade fisiopatológica, ressalta o exame das evidências da pesquisa clínica, sugere que a interpretação dos resultados da pesquisa clínica requer um conjunto formal de regras, contrastando com o paradigma tradicional da educação e prática médica (GUYATT et al., 2008). A MBE tem suas raízes em um grupo de epidemiologistas na Universidade de McMaster em Hamilton no Canadá que, liderado por David Sackett, escreveu uma série de artigos sobre como e por que as evidências clínicas precisam ser avaliadas de forma crítica, que posteriormente, foi difundida pelo *Evidence-Based Medicine Group* o qual definia a prática da MBE como uma forma de “integrar a experiência clínica individual do médico com a melhor evidência externa disponível oriunda da pesquisa científica e sistemática, sempre respeitando os valores e vontades do paciente” (SAVI; SILVA, 2010; HARDI; FOWLER, 2014; CLARK; CLARK, 2001, p.7).

A importância dos conceitos por trás da MBE, tornou-se mais amplamente aceita e conhecida desde a década de 1990, considerando o papel das melhores evidências disponíveis para fazer escolhas sobre o diagnóstico e tratamento de pacientes, incluindo o acúmulo de experiência e conhecimento clínico por parte dos profissionais, os valores do paciente e o uso da pesquisa para identificar o tratamento mais eficaz e eficiente (EVIDENCE-BASED MEDICINE WORK CLUSTER, 1992; SHEN et al., 2011). A ideologia, métodos e resultados da MBE não são apenas chaves para a prática clínica, a pesquisa científica e a educação médica, mas também para a formulação de políticas por parte dos governos e outras organizações (SHEN et al., 2011a).

A necessidade de reagir predominância dos trabalhadores de nível superior com uma visão tradicionalmente curativa – sobretudo daqueles com formação médica – levou as discussões nas décadas de 1970 e 1980 que foram ampliadas para políticas públicas de saúde e recursos humanos dando início ao desenvolvimento do trabalho em equipes com características complexas e multiprofissionais (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; MACHADO et al., 1992). Por conta da crescente abrangência da atuação da equipe multiprofissional de saúde, passou-se a substituir o termo Medicina Baseada em Evidências por Prática Baseada em Evidências (ou Saúde Baseada em Evidências) levando em consideração todos os profissionais de saúde. Para Hale e DiLollo (2016), embora a PBE seja uma temática complexa que depende de diversas variáveis, sua implementação no processo de tomada de decisão é ideal para estimular habilidades do trabalho em equipe. Esse processo dinâmico assume um compromisso substancial dos profissionais, uma vez que requer tempo, habilidades, suporte, recursos, interesse e priorização (HARDING et al. 2014).

A PBE é descrita por diversos autores como Sackett et al. (1998), McKibbon, (1998), Nobre et. al. (2004) e Castro (2006) através de uma metodologia em cinco etapas e, configura-se da seguinte maneira: 1) Formulação da questão clínica: conversão da necessidade informacional (sobre diagnóstico, tratamento, prognóstico ou prevenção) em uma questão passível de ser respondida; 2) Acesso à informação: seleção e recuperação das melhores evidências para responder à questão clínica formulada; 3) Análise crítica da informação: avaliação das evidências por meio de análise da metodologia empregada, amostra e resultados, da aplicabilidade no contexto clínico e da importância dos dados levantados na pesquisa; 4) Aplicação da informação no contexto clínico: aplicação da evidência selecionada na tomada de decisão sempre agregada à experiência clínica do profissional e às preferências do paciente; 5) Avaliação ou autoavaliação: análise do processo da PBE para futuros ajustes e avaliação de desempenho da prática como um todo.

Em um modelo mais recente, Melnyk, Gallagher-Ford e Fineout-Overholt (2014) apresentam o processo da PBE em sete passos: cultivar o espírito da investigação, da cultura e ambiente da PBE, elementos sem os quais os profissionais da saúde não formulam perguntas clínicas rotineiras sobre as suas práticas; elaborar uma questão através do método PICO⁴; buscar pela melhor evidência disponível; avaliação crítica da evidência selecionada; integrar essa evidência com a experiência clínica e as preferências do paciente para determinar a melhor prática a ser adotada ou modificada; avaliar os resultados da adoção ou mudança de prática e determinar o seu impacto e, finalmente, disseminar o processo e os resultados são fundamentais para que outros possam ser estimulados a aprender e melhorar seus resultados clínicos.

Mantendo-se a mais recente evidência para responder uma pergunta clínica é um elemento-chave para a prática da PBE, porém, a quantidade de informações publicadas em revistas médicas, ensaios clínicos e outros recursos *on-line* podem dificultar a seleção de boas evidências (HARDI; FOWLER, 2014). Para esses autores são visíveis as dificuldades dos profissionais em encontrarem tempo para procurar as melhores evidências, avaliá-las criticamente e aplicá-las no cuidado ao paciente e vêm nas revisões sistemáticas e nas diretrizes práticas formas de facilitar a aquisição de informações e apoiar a prática baseada em evidências, pois, uma revisão sistemática e uma diretriz prática de qualidade incluem todas as evidências de pesquisa relevantes sobre uma temática (HARDI; FOWLER, 2014).

Autores como Pearson, Jordan e Munn (2015) abordam a PBE através da transferência do conhecimento, também conhecida como “ciência da tradução” ou “pesquisa translacional”, dividindo-se esse processo em duas modalidades: a transferência de resultados de pesquisas das ciências básicas ou de laboratório para desenvolver novas intervenções, testadas por ensaios clínicos, e a transferência do conhecimento já comprovado para uso na prática clínica. Enquanto a primeira modalidade de transferência se relaciona com o paradigma tradicional da pesquisa científica, a segunda envolve a participação ativa e a colaboração de todos os interessados no desenvolvimento metodológico para comunicar o conhecimento e articular as questões de pesquisa (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2015).

Traduzir o conhecimento em ação no cuidado em saúde é um processo complexo, dinâmico, em constante evolução, sem uma abordagem padrão e com grande desafio de implementação (CORTÊS et al., 2015; PEARSON; JORDAN; MUNN, 2015). Apesar da

⁴ Método de construção da questão clínica, sendo (P) um paciente ou grupos de pacientes com determinadas características, condição particular ou problema de saúde; (I) intervenção de interesse (terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou econômica) ou indicador do qual se quer a evidência, (C) controle ou condição habitual a ser comparada; (O) *outcomes*, isto é, desfecho clínico, a resposta que se espera encontrar nas fontes de informação científicas buscadas (NOBRE et al., 2004).

diferença entre os variados modelos de transferência de conhecimento para a prática em saúde, eles identificam três lacunas relacionadas a aplicação das evidências na prática em saúde: a primeira está relacionada à distância entre as necessidades de conhecimento identificadas pelos pacientes, profissionais de saúde, governos e organizações, e o trabalho realizado por cientistas e pesquisadores; a segunda à distância entre as pesquisas teórica, epidemiológica ou de laboratório e a pesquisa clínica; a terceira lacuna refere-se à distância entre a aplicação clínica dos resultados das pesquisas e o desenvolvimento de ações ou políticas de saúde (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2015).

A principal barreira na aplicação da PBE apresentadas pela literatura – dificultando a mudança na conduta profissional – se encontra na disponibilidade de tempo para a incorporação das evidências no momento de atendimento do paciente, além da má compreensão do processo de pesquisa, falta de habilidade para avaliar criticamente a produção científica em busca de evidências aplicáveis, pouco apoio da estrutura organizacional para mudar a prática, falta de motivação e de convicção quanto ao valor na pesquisa para a prática em saúde (CAMARGO, 2016; CULLUM et al., 2010, BARRÍA-PAILAQUILÉN, 2014). O uso de informação online para apoiar a tomada de decisões clínicas está crescendo rapidamente devido ao seu acesso fácil e as informações clínicas atualizadas, tornando a internet uma ferramenta importante para facilitar a PBE ao proporcionar aos profissionais de saúde uma quantidade considerável de recursos para sustentar sua prática, porém, a falta de habilidades para avaliar criticamente essas informações representam um risco acentuado na ocorrência de erros clínicos (PÉREZ-CAMPOS; SÁNCHEZ-GARCÍA; PANCORBO-HIDALGO, 2014). Considerando que a PBE não envolve apenas atributos pessoais, mas também fatores que estão ligadas à organização como cultura, responsabilidade, carga de trabalho e recursos, deve-se integrar de forma visível e clara o cuidado em saúde com as evidências na visão, missão e ações das instituições (BARRÍA-PAILAQUILÉN, 2013).

Para facilitar a adoção e a sustentabilidade do PBE em equipes de saúde, os esforços de implementação devem reconhecer a necessidade potencial da educação continuada, além do espectro de atitudes dos fornecedores de serviços em relação à mudança e à inovação de práticas em saúde (AARONS, 2004). Para Gudjonsdottir et al. (2017) é importante estudar as atitudes em relação a PBE por profissionais que desempenham seu trabalho de forma mais independente e com menos apoio de fatores que estão ao seu redor como fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, entre outros, para que seja possível observar as diferenças que influenciam a interpretação de cada profissional frente a PBE, suas atitudes em relação à adoção desse processo e a necessidade de educação contínua sobre a aplicação de evidências na prática diária.

Como forma de solucionar barreiras na implementação das evidências – barreiras essas representadas pela pressão da prática diária, carga de trabalho e restrições de tempo – Mulimani (2017) apresenta os resumos e as sínteses de evidências, que nada mais são do que “evidências pré-adotadas”, nas quais os especialistas na semântica adotada em estudos baseados em evidências, condensam as evidências disponíveis, avaliam-nas criticamente e depois disponibilizam-nas em um formato filtrado, compacto e mais clinicamente aplicáveis. O uso de sínteses e resumos de evidências facilitam o processo de tomada de decisão de maneira mais fácil e rápida e reduz a distância entre a pesquisa e prática clínica (MULIMANI, 2017).

Em seu estudo, Harding et al. (2014) demonstrou que apesar dos profissionais de saúde terem uma atitude positiva em relação à PBE, muitas vezes eles não participam das atividades relacionadas a esta prática, partindo de uma visão comum e mais ampla de que os clínicos “não têm tempo” para tais atividades, mas na verdade, essas atividades não são avaliadas por clínicos e gestores por não serem enxergadas como atuantes diretas no fluxo de pacientes, sendo assim, consideradas com menor prioridade. Portanto, vê-se como essencial estimular a cultura da PBE em todas as esferas da saúde, sendo ela na gestão ou condução direta com o paciente.

2.3.1 Evidências em saúde

Atualmente, um crescente volume de evidências científicas está na ponta dos dedos dos profissionais de saúde pública que necessitam de habilidades, conhecimento, apoio e tempo para implementar políticas e programas baseados em evidências com a finalidade de auxiliar no trabalho de atendimento às demandas para uma abordagem sistemática na resolução de problemas de saúde pública (JACOBS et al., 2012). Na prática baseada em evidências o conceito de evidências tem um significado mais estrito: é definido como a síntese do conhecimento apresentada em revisões, por exemplo, incluindo a sua atualização constante quando novos resultados em estudos primários estão disponíveis (HANSEN, 2014). O desenvolvimento do movimento de evidências transformou a síntese de evidências em uma prática muito mais sistemática e transparente, pois forneceu bases de dados facilmente acessíveis com revisões a uma sociedade caracterizada pela sobrecarga de informações (HANSEN, 2014).

O conceito de evidência pode ser distinguido por tópicos – subdividindo-se em *evidências de impacto* (efeitos de intervenções), *evidências de implementação* (conhecimento sobre o processo de realização de uma atividade), *evidências de atitude* (avaliações dos usuários e/ou peritos da intervenção e sua relação custo-benefício) e *evidências éticas* (conhecimento

sobre questões de valor) – ou a fontes – *evidências baseadas em pesquisa* (que satisfaçam as críticas da área específica da pesquisa) e *evidências baseadas na prática* (reconhecidas por profissionais relevantes e realizadas de acordo com os critérios esperados pelos especialistas da profissão) (HANSEN, 2014; ERAUT, 2004).

De acordo com Hansen (2014) e Thomas (2004) são necessários três critérios para julgar a qualidade das evidências: relevância (a evidência se constitui como informação que vai de encontro ou contra uma proposição); suficiência (para ser rotulada como uma evidência, a informação deve satisfazer os critérios de corroboração com outras informações sobre o mesmo tópico, ou seja, apresentando uma ideia cumulativa); e veracidade (o processo de coleta deve ser livre de distorção, e tanto quanto possível sem conflito de interesse).

As evidências ainda podem ser classificadas por níveis. Cook et al. (1995) definem os níveis de evidência dos estudos direcionados para tratamentos e prevenção de acordo com o grau de confiança, a qualidade metodológica e a validade. O maior grau de confiança e validade se encontra no primeiro nível com as revisões sistemáticas, seguido pelos ensaios clínicos randomizados (com amostras superiores a 1000 pacientes ou inferiores a 1000 pacientes), estudos de coorte, caso-controle, séries de caso, relatos de casos e no último grau estão as opiniões de especialistas e as pesquisas com animais ou *in vitro* (COOK et al., 1995; OLIVEIRA, 2010). O *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (2011) define os níveis de evidência de acordo com as categorias: tratamento/prevenção/etiologia; prognóstico; diagnóstico e diagnóstico diferencial/prevalência de sintomas. O primeiro nível (1a) representa a melhor evidência e é representada pelas revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, no último nível (4) ficam as evidências com menor confiança e validade como os relatos de caso. Os níveis de evidência são organizados da seguinte maneira (considerando a categoria tratamento/prevenção/etiologia) (OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2011):

- 1a – Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados
- 1b – Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito
- 1c – Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”
- 2a – Revisões sistemáticas de estudos de coorte
- 2b – Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade)
- 2c – Observações de resultado terapêuticos (*outcomes research*) e estudo ecológico
- 3a – Revisões sistemáticas de estudos caso-controle
- 3b – Estudo de caso-controle
- 4 – Relatos de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade)

5 – Opinião de especialista sem avaliação crítica ou baseada em estudos fisiológicos ou estudos com animais

O *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* ainda recomenda níveis para estudos a serem utilizados na conduta médica refletindo para orientação da tomada de decisão (OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2011):

A – estudos classificados no nível 1.

B – estudos classificados nos níveis 2 e 3 ou generalização de estudos classificados no nível 1.

C – estudos classificados no nível 4 ou generalização de estudos classificados nos níveis 2 e 3.

D – estudos classificados no nível 5 ou estudos não conclusivos.

O objetivo das organizações produtoras de evidências – como, por exemplo, o *Cochrane Collaboration*, o *What Works Clearinghouse*, o *National Institute for Health and Care Excellence* e o *Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre* – é identificar estudos primários relevantes, revisar sistematicamente e sintetizar as evidências, sendo capazes de informar aos interessados – prestadores de serviços, usuários, pesquisadores e formuladores de políticas e o público em geral – sobre o que é conhecido e, o que não se sabe sobre intervenções específicas, programas e instrumentos para políticas, com o objetivo adicional de garantir uma tomada de decisão informada e garantir que os pacientes recebam o melhor tratamento disponível, bem como interromper intervenções com efeito limitado ou sem efeito (HANSEN, 2014).

Dols et al. (2016) demonstraram em seu estudo a importância do uso das evidências na prática do profissional de saúde através do uso de diretrizes reforçada por meio de treinamento prático de cuidadores de pacientes com cateteres permanentes. Como resultados, os autores identificaram que o treinamento reforçou as diretrizes da prática baseadas em evidências e atualizou o conhecimento dos cuidados em transplantes, cuidados intensivos e cuidadores auxiliares de pacientes com cateteres urinários residenciais, visíveis através da redução do número de casos de infecções no trato urinário relacionado a cateter de 3,54 para 1,50 por 1.000 dias de dispositivo do paciente na unidade de tratamento de transplante e de 4,71 para 1,29 por 1.000 dias de dispositivo do paciente na unidade de terapia intensiva (DOLS et al., 2016).

Em seu estudo, Fritz et al. (2013) forneceram a disseminação de treinamento baseado em evidências a 134 profissionais da saúde mental que atuam na área do tratamento de sintomas do estresse pós-traumático em crianças de 3 a 18 anos e, como resultados, observaram: que os médicos precisam de apoio e estímulo para completar a sua consulta após o treinamento baseado

em evidências; os médicos precisam de tempo, flexibilidade em seus horários e uma redução de requisitos de produtividade para participarem de treinamentos e de acompanhamentos de consultas; os clínicos devem valorizar e promover o desenvolvimento profissional, resultando em atitudes positivas em relação às práticas baseadas em evidências e em um maior acompanhamento com todos os componentes presentes no treinamento fornecido.

Para Andermann et al. (2016) as barreiras no uso de evidências na tomada de decisão na saúde são: a) a ausência de oportunidade: longo tempo para gerar e sintetizar evidências em um curto espaço de tempo disponível; b) lacunas de conhecimento e incerteza: escassez de evidências contextualmente relevantes providas de estudos locais; c) evidências controversas e irrelevantes: são responsáveis por “nublar” o quadro decisório dificultando a escolha da melhor decisão; d) interesses adquiridos e conflitos de interesse: manipulação deliberada nas bases de evidências em detrimento da saúde e do bem-estar público. Para minimizar os efeitos dessas barreiras os autores recomendam analisar as evidências de forma cética e crítica, pois as novas evidências precisam ser criticamente avaliadas e consideradas à luz de um corpo maior da literatura científica existente, tanto aquelas produzidas internacionalmente quanto as produzidas localmente. Em nível político, Andermann et al. (2016) alertam sobre a importância do senso crítico dos profissionais para reconhecer a presença de conflitos de interesses nas evidências que possam afetar, de modo negativo, a saúde dos indivíduos e das populações. Exemplos desse conflitos de interesse capazes de gerar conclusões errôneas e decisões mal informadas podem ser observados quando empresas de tabaco inundam a literatura de evidências contraditórias ou empresas farmacêuticas escondem evidências capazes de demonstrar a inefetividade ou danos causados por medicamentos (ANDERMANN et al., 2016).

Para LeBlanc e Abernethy (2013) na área da oncologia ginecológica mesmo com diretrizes disponíveis, as recomendações frequentemente estão em conflito umas com as outras por conta das mudanças anuais e da velocidade do desenvolvimento das evidências, tornando a prática baseada em evidências imperfeita e duvidosa quanto à escolha pelo melhor tratamento.

2.3.2 Disseminação de evidências em saúde

A informação e a comunicação no campo da saúde são uma realidade que ganha novas dimensões nas sociedades ocidentais, decorrentes do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e da comunicação. A articulação entre estas duas esferas apresenta novos desafios de mudança aos cidadãos, aos profissionais e às instituições (ESPANHA, 2013). A distribuição de informação em saúde entre os atores dentro do sistema de saúde é extremamente desigual e

pode diferir a relação médico-paciente (THOENIG, 2008). O acesso à informação em saúde, quando bem estruturada por estratégias políticas de saúde, pode até atingir as causas das desigualdades de acesso em saúde (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Desta forma, alguns autores veem na Disseminação Seletiva da Informação (DSI) uma ferramenta eficaz para direcionar informações especializadas de qualidade para determinados grupos da sociedade em uma esfera saturada de informações, como os médicos no caso desta pesquisa. Embora o conceito de DSI tenha sido criado na década de 1950 e os estudos sobre o tema terem caído significativamente ao longo dos anos, a DSI torna-se – com o aumento da demanda de informação e com crescimento da tecnologia – um importante instrumento de suporte para as organizações que desejam difundir informações de maneira prática e ágil (CUNHA; EIRÃO, 2012). A definição comum para DSI em sua concepção mais tradicional é a de um serviço que fornece ao usuário uma lista de referências bibliográficas em intervalos regulares, relacionada a sua área de interesse (NOCETTI, 1980).

Amstel (2004) e Borges (2007) falam da DSI como um produto ou uma técnica resultante do processo de gestão da informação, pois verifica demandas, coleta, trata e distribui as informações em fluxo contínuo, ou seja, leva em conta as necessidades e o uso que o usuário faz da informação, bem como das fontes disponíveis para o acesso à informação. O serviço de DSI se constitui como uma atividade personalizada com o objetivo de selecionar, fornecer e difundir informações atualizadas a um determinado público através da interação entre o gestor da informação, usuário e o sistema utilizado para a realização de tal processo” (GALDINO, 2008). Para Souto (2006) a DSI é um serviço direcionado ao acesso e uso da informação desenvolvida pela Ciência da Informação e que pode ser usado como uma ferramenta de apoio ao desenvolvimento de uma pesquisa ou como um meio de os profissionais se manterem atualizados. A diferença do DSI para outros serviços de alerta é a possibilidade de modificação do perfil do usuário de acordo com a sua necessidade de informação (LUCAS; SOUZA, 2007).

Em seu estudo, Souto (2006) fala da necessidade da educação continuada por profissionais da área da saúde e da importância de serviços como a DSI no processo de aprendizado e atualização em um ambiente com tendência à digitalização de periódicos científicos e o grande fluxo informacional ampliando as possibilidades de acesso. Na área da prática baseada em evidências, essa ferramenta deve ser apresentada ainda na formação acadêmica para que o profissional tome consciência das vantagens e continue usando o serviço (Souto, 2006).

Nocetti (1980, p.15), define as etapas do processo de DSI da seguinte forma:

- a) Levantamento de perfil de interesse dos usuários – descrição detalhada da qualificação, especialidade, necessidades e interesses dos usuários;
- b) Análise e tradução para o sistema dos perfis – atribuição de descritores, palavras-chave e códigos legíveis pelo sistema, que representem os temas a serem recuperados;
- c) Arquivamento de perfis de interesse – armazenamento no sistema dos perfis dos usuários, para processamento automatizado;
- d) Recuperação da informação – realizada por computador, pelo confronto dos perfis dos usuários com a base de dados;
- e) Controle de qualidade de listagens – verificação realizada para teste dos resultados, a fim de identificar possíveis erros de estratégia e de linguagem;
- f) Expedição aos usuários – envio das listagens e ficha de avaliação, após os controles de expedição.

Diversos autores falam da importância de utilizar o conceito da Translação do Conhecimento⁵ como forma de reduzir a lacuna de 17 a 24 anos na implementação do uso de evidências na prática clínica (KNAPP; SIMON; SHARMA, 2015). Knapp, Simon e Sharma (2015) apresentam a vantagem da utilização da Translação do Conhecimento por ser um processo informal passivo, enquanto a disseminação de evidências na prática clínica é um processo formal e planejado com a intenção de acelerar a disseminação de conhecimento baseado em evidências na prática rotineira. A Translação de Conhecimento é definida pelo *Canadian Institutes of Health Research* (2016) como um processo dinâmico e iterativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento e pode ser usado para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde. A Translação do Conhecimento vai além de uma simples criação, disseminação e divulgação de conhecimentos, pois ela inclui o real uso do conhecimento, ou seja, o uso na prática (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2011). Modificações intencionais na prática médica que refletem na aquisição tácita de conhecimento ou por meio de incorporação de evidências de pesquisa podem ser consideradas uma forma de Translação de Conhecimento (LANG; JOHNSON, 2012).

No trabalho realizado por Knapp, Simon e Sharma (2015), comparou-se a difusão passiva com a disseminação ativa de evidências na redução de lacunas de transferência de

⁵ A Translação do Conhecimento citada nesta revisão de literatura foi desenvolvida por Ludwik Fleck (1896-1961) na obra *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (1935) e aperfeiçoada por Bruno Latour mais recentemente (ABREU et al., 2017; BARBOSA; PEREIRA NETO, 2017). Na área da saúde a Translação do Conhecimento está, geralmente, vinculada à avaliação de desempenho em saúde e na pesquisa participativa em saúde (BARBOSA; PEREIRA NETO, 2017).

conhecimento no atendimento de emergência em crianças com tendências longitudinais no uso de corticosteroides no departamento de emergência para exacerbações agudas de asma e em episódios agudos de crupe, resultando em um aumento idêntico no uso de corticosteroides para asma e crupe – mesmo com o esforço do estado americano em disseminar diretrizes ativamente para estimular o uso de corticosteroides para a asma – constatando que as estratégias ativas usadas para disseminar evidências através de diretrizes para a asma não aceleraram a transferência de conhecimento para o cuidado de crianças em unidades de emergência mais rapidamente do que a taxa de difusão passiva da pesquisa (KNAPP; SIMON; SHARMA, 2015).

O uso das mídias sociais transformou a disseminação de informações em saúde, possibilitando o aumento significativo do papel dos indivíduos em relação a uma disseminação de informações em saúde mais interativa e digital, com organizações e indivíduos capazes de criar, compartilhar e avaliar/julgar informações relevantes em saúde na web (DUMBRELL; STEELE, 2013). Outra vantagem no uso das mídias sociais é o seu alto alcance à população de jovens adultos, idosos e minorias raciais e étnicas, além de outros grupos especiais que podem ser de difícil alcance através de outros canais podem ser alcançados ativamente envolvidos em redes sociais, como o *Twitter*, por exemplo. A plataforma 2.0 e mídias sociais como o *Twitter* oferecem uma oportunidade para preencher a lacuna entre inovação e disseminação, alavancando a disseminação de forma viral através de grandes redes de potenciais interessados, apesar de haver pouca informação sobre a eficácia do *Twitter* na divulgação de informações de saúde para grupos de interesse individuais ou de grupos não-governamentais credíveis (KANDADAI et al., 2016). No caso do *Twitter*, além de receber as informações, os seguidores de uma conta podem, espalhar informações para os seus seguidores através de *retweet* (ecoando uma mensagem através de outro usuário), ou seja, informações importantes podem ser espalhadas rapidamente, enviando uma mensagem no *Twitter* para uma base ativa de seguidores (KANDADAI et al., 2016).

Em seu trabalho Dumbrell e Steele (2013) realizaram um estudo com mídias sociais que envolviam organizações, em sua maioria governamentais, relacionadas à saúde. Como resultados, observaram os seguintes pontos: as informações partem das instituições para partes interessadas, como médicos, que por sua vez utilizavam e compartilhavam as informações com outros indivíduos (pacientes e colegas, por exemplo); a mídia social fornece uma plataforma aberta possibilitando as organizações divulguem as informações umas com as outras; capacidade dos indivíduos em se tornarem criadores de informações em saúde, podendo fazer *upload* de informações e criando um fluxo bidirecional via *web*, ou seja, compartilhar e recuperar informações.

O estudo de Kandadai et al. (2016), objetivou desenvolver e aplicar métodos para a avaliação e otimização sistemática da disseminação de informações de saúde por partes interessadas através do *Twitter* e observou-se que: os interessados individuais podem avaliar a eficácia da disseminação de informações de saúde e criar *clusters* específicos de conteúdo para mensagens de destino mais especializadas através da função de mensagens diretas do *Twitter*; o *Twitter* se confirma como potencial disseminador de informações de saúde confiáveis, no entanto, as estratégias de comunicação dessa rede social precisam ser otimizadas.

MacNamara e Collins (2015) afirmam que a publicação tradicional revisada por pares não parece ser o mecanismo mais eficaz para os cientistas se engajarem com o público e disseminar o conhecimento. Por esse motivo, os autores vêm nas mídias sociais, como o *Twitter*, uma tendência na comunicação da ciência em rápido ritmo, permitindo o compartilhamento de informações com maior impacto no terreno, mantendo essas informações sua crucial qualidade, mas reconhecem o real perigo que ideias persistentes, persuasivas e sem evidências tenha a capacidade de alta circulação. Pode ser que os acadêmicos tenham de adotar esses meios de comunicação, pois sem essa mudança na disseminação do conhecimento, existe o perigo de que a comunidade acadêmica se torne irrelevante para a prática aplicada ao mesmo tempo em que mitos e outras práticas ganham impulso (MACNAMARA; COLLINS, 2015).

Puustjärvi e Puustjärvi (2015), em seu estudo, encontraram nas modernas tecnologias de Web Semântica⁶ – exploradas em DSI no contexto da MBE – uma ferramenta efetiva na disseminação de diretrizes clínicas para médicos e minimizar o tempo extra necessário para recuperar diretrizes. A vantagem encontrada pelos autores está na forma como os serviços de DSI – que a depender do perfil do utilizador – enviam itens de informação para os utilizadores que melhor se adaptam aos requisitos dos mesmos.

Todas as formas de disseminação de informação citadas acima (DSI, Translação de Conhecimento, Mídias Sociais ou Web Semântica) pressupõe o reconhecimento de uma necessidade ou lacuna informacional prévia de um indivíduo ou de uma comunidade. Essa questão se torna importante porque, de acordo com Miranda e Tarapanoff (2008) os processos que envolvem a busca de informação e sua consequente utilização são definidos pelas necessidades de informação – classificados como processos construídos de forma cognitiva e emocional – e por situações e dinâmicas. Portanto, o uso da informação “depende da avaliação

⁶ A Web Semântica nasce em um contexto de explosão informacional como uma ferramenta capaz de descrever semanticamente informações dispersas na internet (atribuindo significados às páginas) como forma de recuperá-las com maior eficiência e relevância por motores de busca (SILVA; SANTOS; FERNEDA, 2013). Essa é uma importante ferramenta para otimizar o desenvolvimento da divulgação da produção literária científica ou não.

cognitiva individual e relevância emocional das informações recebidas, dependendo da informação adequada para resolver certa situação problemática” (MIRANDA; TARAPANOFF, 2008).

Para Wilson (1981) a necessidade informacional vem de uma experiência subjetiva, ocorrendo apenas na mente do indivíduo que a detém e sendo descoberta por dedução através de seu comportamento. Necessidade informacional reside no reconhecimento de que o conhecimento é insuficiente para satisfazer um objetivo a ser alcançado, entretanto, a falta da informação ou o desejo por ela não significa uma necessidade de informação, assim como, possuí-la não elimina a necessidade da mesma (MIRANDA; TARAPANOFF, 2008; DERR, 1983). De acordo com Derr (1983), há apenas duas condições necessárias que resultam em necessidade informacional: (1) a presença de um propósito para informação e (2) que essa informação auxilie para alcançar esse propósito. As necessidades de informação dos diferentes grupos de pessoas e organizações são determinadas do mesmo modo que os dos indivíduos: quando uma lacuna no conhecimento é percebida e quando enfrenta fatores emocionais e situacionais (MIRANDA; TARAPANOFF, 2008).

Para Case (2012), a necessidade informacional está enraizada nas necessidades humanas mais básicas, baseando-se na pré-existência dessas necessidades, o conhecimento pode posicionar o indivíduo mais próximo de alcançar o seu desejo ou em seu estado final. A necessidade de informação é muitas vezes descrita de forma simplista e redundante, entretanto, Case (2012) fala de alguns problemas relacionados a esse estado. Um deles é o fato de que esse processo se dá na mente, podendo tomar uma forma objetiva ou subjetiva, devendo ser observado com muita cautela devido sua característica multidimensional, outro problema, consequência do anterior, se encontra em algumas necessidades não poderem ser observadas. As necessidades informacionais ainda podem originar de uma situação completamente nova, da necessidade de esclarecer uma informação que já se possui ou necessidade de confirmar uma informação já possuída (WEIJTS et al., 1993).

As necessidades informacionais podem surgir em determinados contextos, e o mais frequente deles é na atuação profissional. Segundo Leckie, Pettigrew e Sylvian (1996), algumas variáveis podem influenciar ou modelar as necessidades informacionais de profissionais, quais sejam:

- Demografia: idade, profissão, especialização, estágio da carreira, localização geográfica;
- Contexto: situação específica da necessidade, urgência interna e externa;
- Frequência: recorrente, nova;

- Previsibilidade: necessidade antecipada, inesperada;
- Importância: grau de urgência;
- Complexidade: solução fácil ou difícil.

As necessidades informacionais de profissionais da saúde são consideradas complexas, assim como suas variáveis. Médicos podem encontrar respostas em prontuários, reunindo dados, registros e a própria experiência profissional. Já os médicos-residentes, que estão em um momento crítico de sua formação como especialistas, buscam auxílio em informação científica atualizada e no conhecimento médico já consolidado (MARTÍNEZ-SILVEIRA, 2005). Os profissionais da enfermagem necessitam de informações provindas de fontes confiáveis e de fácil acesso, recorrem a fontes simples como consulta a colegas, médicos e outros profissionais da saúde, preferindo prontuário e exames laboratoriais quando necessitam de informações mais completas (MARTÍNEZ-SILVEIRA, 2005; FRANÇA, 2002; BLYTHE; ROYLE, 1993).

Necessidades informacionais sem resposta, na área da saúde, no momento em que o médico estiver tomando uma decisão clínica, podem resultar em erros (ALLEN et al., 2003). Por este motivo, os profissionais de saúde também devem ter a capacidade de procurar, avaliar, consolidar, simplificar e comunicar eficazmente informações de saúde para pacientes de uma forma que se relaciona com as suas necessidades (KOSTAGIOLAS et al., 2013). Para Kelly e Brandon (2012), a falta de ferramentas disponíveis para determinar quais são as necessidades informacionais dos profissionais da saúde representa parte da lacuna de conhecimento atual neste campo, pois é importante que haja identificação e padronização dessas necessidades e sua localização nos diferentes contextos de saúde.

Nos trabalhos de Kelly e Brandon (2012) e Liebherz et al. (2015), as necessidades dos profissionais da saúde são, em sua maioria, relacionadas ao paciente, instituição, informações processuais e de domínio específico como tratamento, enfrentamento e definição de medicamento.

2.4 Síntese da Revisão de Literatura

Como forma de melhor compreender as pesquisas nacionais e internacionais sobre as questões que se referem às evidências em saúde, sua seleção, elaboração e disseminação, e as políticas públicas, realizou-se a sistematização da literatura em 4 categorias, quais sejam:

- Política públicas de informação em saúde

- Tipos de evidência: revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito; resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”; revisões sistemáticas de estudos de coorte; estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade); observações de resultado terapêuticos (*outcomes research*) e estudo ecológico; revisões sistemáticas de estudos caso-controle; estudo de caso-controle; relatos de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade); opinião de especialista sem avaliação crítica ou baseada em estudos fisiológicos ou estudos com animais. Todos esses tipos de evidências poderão embasar a elaboração de protocolos e diretrizes clínicas tratadas na revisão de literatura, embora cada qual tenha seu nível ou grau de confiabilidade.

- Instrumentos de disseminação de evidências: Translação do Conhecimento, Web Semântica, Disseminação Seletiva da Informação, Mídias Sociais e Difusão Passiva.

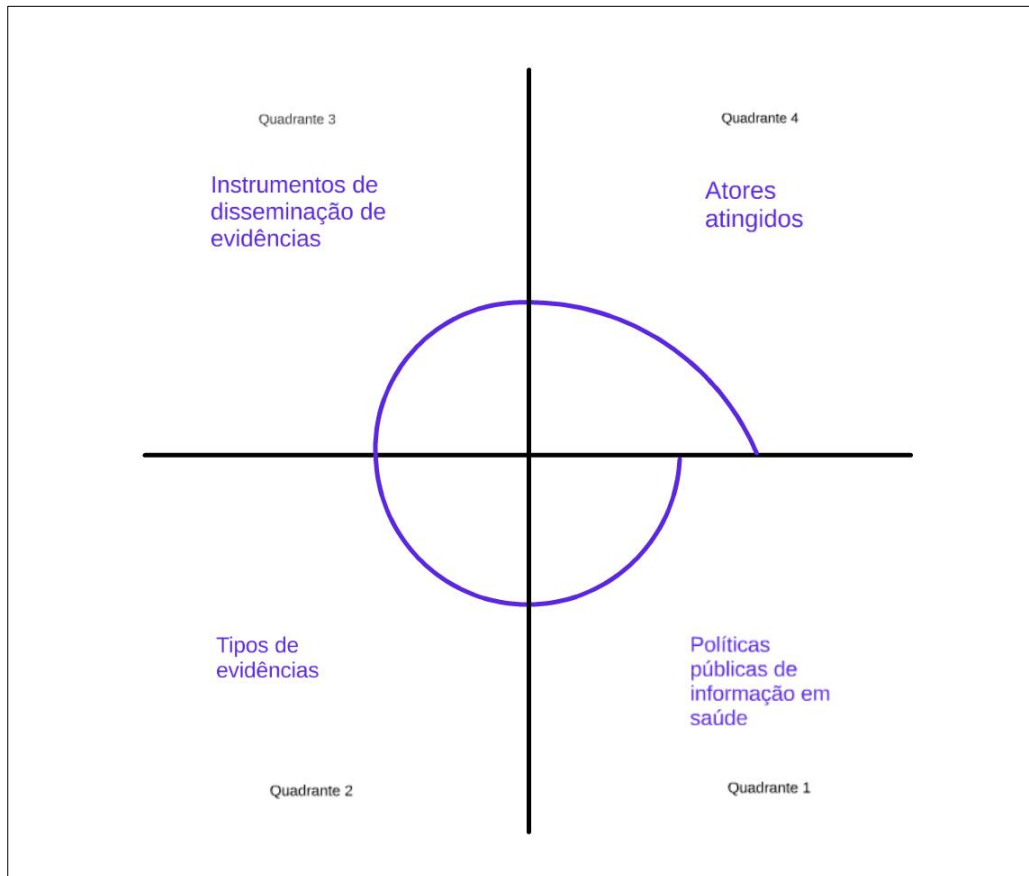
- Atores: são os indivíduos atingidos pela política de produção, seleção e disseminação de evidências em saúde, ou a falta dela, caracterizados por todos os trabalhadores do SUS; todas as instâncias de decisão do SUS (comissões, conselhos, conferências, colegiados e outros fóruns desse tipo); outros setores, além da saúde, governamentais, Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais diretamente envolvidos com ações voltadas para melhorar a qualidade da vida da população como educação, meio ambiente, ação social etc., destacando as universidades e escolas públicas e os setores responsáveis pelas intervenções referentes ao saneamento básico; organizações populares e organizações não governamentais; partidos políticos e a população em geral.

Como todas essas categorias estão interligadas, poderiam ser representadas em um formato de ciclo, entretanto, aqui foi representada em formato de espiral e não circular, pois apesar de ser um processo cíclico, as etapas nunca ocorrerão de maneira idêntica. Cada categoria está situada em um quadrante que representa uma fase do processo completo, até que ele volta ao seu início e reinicie, apesar de se desenvolver de uma maneira diferente da anterior. Portanto, as etapas que representam cada uma das categorias listadas acima vão se modificando de acordo com suas demandas específicas (Figura 1) (VOGT, 2003). Adicionalmente, é importante ressaltar que o desvio apresentado no Quadrante 4 não é matemático, mas apenas a representação do início de um novo ciclo.

A síntese da literatura selecionada para compor o referencial teórico deste trabalho pode ser observada através do Quadro 2. Os nomes dos países foram abreviados de acordo com a relação abaixo: África do Sul (ZA); Alemanha (DE); Austrália (AU); Brasil (BR); Canadá

(CA); China (CN); Colombia (CO); Dinamarca (DK); Espanha (ES); Estados Unidos da América (EUA); Finlândia (FI); França (FR); Holanda (NL); Portugal (PT); Reino Unido (GB).

Figura 1. Síntese da revisão de literatura



Fonte: adaptada de Vogt (2003)

Apresentou-se acima diversas temáticas identificadas por meio da revisão de literatura que estão relacionadas à política de informação nacional, aos tipos de instrumentos de disseminação de informação em saúde e até aos atores realizadores de práticas em saúde. Entretanto, escassos são os estudos que objetivam compreender todas essas temáticas em conjunto, como fases integrantes de um mesmo processo. Portanto, faz-se necessário compreender a aplicação das políticas públicas nacionais quando falamos em evidências em saúde e sua relação com as necessidades informacionais de profissionais da saúde que seriam um dos alvos dessas ações.

Quadro 2. Síntese da revisão de literatura

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
1. SEBRAE	2008	BR	Apresentar conceitos e práticas de Políticas Públicas, de uma forma clara e não acadêmica, a pessoas interessadas, independentemente de serem especialistas ou não no tema.	_____	_____	Formulação de políticas públicas	Políticas públicas
2. Meny; Thoenig	1989	FR	Oferecer conceitos mais gerais e mais simples sobre políticas públicas ao mesmo tempo que o leitor conhece duas ou três coisas que cada cidadão moderno deve saber hoje sobre o Estado de forma concreta.	_____	_____	Teoria da política pública; análise da política pública; comparações de políticas públicas e orientações para pesquisa em política pública	Políticas públicas
3. Roth Deubel	2006	CO	Construir e propor temas de reflexão, modos de pensar e ferramentas para a compreensão da ação pública e do Estado que, cremos, podem ser de grande utilidade tanto para o científico social como para o funcionário público, o profissional da política o militante e o cidadão interessa pelos assuntos públicos.	_____	_____	Formulação de políticas públicas; implementação de políticas públicas; avaliação de políticas públicas	Políticas públicas
4. Cochran et al.	2009	EUA	Apresentar os principais problemas políticos na política americana.	_____	_____	Histórico das políticas; fatos fundamentais das políticas; avaliação de políticas	Políticas públicas
5. Fernandes; Ribeiro; Moreira	2011	BR	Trazer contribuições para o debate sobre a avaliação de políticas públicas, especificamente no que concerne ao setor saúde no Brasil.	Revisão de literatura: utilizou-se os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação de Programas e Projetos de Saúde”, de publicações brasileiras indexadas na área da saúde coletiva, desde o ano de 1994 até o ano de 2009.	Foram selecionados 66 artigos	Política pública de saúde; avaliação de políticas públicas	Políticas públicas
6. Baptista; Rezende	2015	BR	Resgatar alguns dos elementos de formação da análise das políticas a partir de fases do processo político sem a preocupação de esgotar o debate, mas com o objetivo de subsidiar uma reflexão primeira sobre sua configuração.	_____	_____	Análise de políticas públicas; ciclo das políticas públicas	Políticas públicas

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
7. Souza	2006	BR	Apresentar uma revisão dos principais conceitos e modelos de formulação e análise de políticas públicas, buscando sintetizar o estado-da-arte da área, ou seja, mapear como a literatura clássica e a mais recente tratam o tema. Também, discutir as possibilidades aplicativas das diferentes vertentes das teorias neo-institucionalistas à análise de políticas públicas.	Revisão de literatura	_____	Políticas públicas; modelos de formulação e análise de políticas públicas; teorias Neo-Institucionalistas	Políticas públicas
8. Rua	2013	BR	Dedica-se, por inteiro, à questão das políticas públicas, perpassando cada uma das fases de ciclo de políticas públicas, da formação da agenda governamental à avaliação, sem deixar de mencionar os processos de sua formulação e de sua implementação.	_____	_____	Políticas públicas; atores das políticas públicas; modelo de ciclo das políticas públicas	Políticas públicas
9. Jann; Wegrich	2007	EUA	Procura avaliar as limitações e a utilidade da perspectiva de ciclo da política.	_____	_____	Teoria de ciclo da política	Políticas públicas
10. Howlett e Ramesh	2003	CA	Discutir como e por que os decisores políticos tomam decisões políticas específicas, em vez de se concentrar em casos específicos ou áreas políticas. Apresentar os fundamentos teóricos das ciências políticas e desenvolvem um quadro analítico baseado na ideia de formulação de políticas através de um ciclo de tentativas de resolução de problemas.	_____	_____	Política pública; ciclo da política pública	Políticas públicas
11. Carvalho	1978	BR	_____	_____	_____	Planejamento; enfoque sistêmico do planejamento; elaboração de plano; análise de plano	Políticas públicas
12. Kingdon	1995	EUA	Definir como são definidas as agendas governamentais através de três explicações: problemas, política e participantes visíveis	_____	_____	Definição da agenda; política pública; alternativas de agenda	Políticas públicas
13. Birkland	2007	EUA	Revisar o processo de definição da agenda e nossas concepções de como as agendas são definidas; abordar sobre as relações entre grupos, poder e configuração da agenda; discutir a relação entre a construção de problemas e a configuração da agenda e discutir sobre as formas contemporâneas de medir, conceber e compor a agenda como um todo.	_____	_____	Definição da agenda políticas	Políticas públicas

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
14. Jannuzzi	2013	BR	Discussão conceitual e metodológica no campo de Monitoramento e Avaliação, além de reflexão sobre as experiências práticas no Brasil e outros países da iberoamericanos. Traz subsídios para especificação e estruturação de painéis de indicadores de monitoramento e pesquisas de avaliação de programas sociais	_____	_____	Monitoramento e avaliação de políticas e programas	Políticas públicas
15. Mattos; Baptista	2015	BR	Discutir e refletir sobre política, entender por que e como a política passou a ser entendida como um espaço de discussão de poucos ou para poucos, e explorar possibilidades de entendimento da política de modo a potencializar a participação e compreensão dos diferentes sujeitos neste debate.	_____	_____	Análise de política pública	Políticas públicas
16. Marques	2010	BR	Estabelecer uma interlocução entre os temas política de informação nacional e assimetria de informação, tendo como recorte o setor de telecomunicações no Brasil	Fundamentou-se na ótica da razão jurídica, sendo ela construída a partir da triangulação de três análises complementares	_____	Política de informação nacional; assimetria da informação; telecomunicações;	Políticas públicas de informação
17. Braman	2009	EUA	Fornecer uma imagem do que torna o estado informativo distinto como uma forma política que se especializa no uso do poder informacional.	_____	_____	Política de informação; estado de poder informacional	Políticas públicas de informação
18. Ferreira; Santos; Machado	2012	BR	Realizar uma breve análise sobre o importante passo que a sociedade brasileira dá com a Lei de Acesso à Informação de 2011 e algumas controvérsias nesse estágio inicial de sua implementação.	_____	_____	Política de informação; lei de acesso à informação; acesso à informação	Políticas públicas de informação
19. Jardim, Silva; Nharregula	2009	BR	Apontar as principais abordagens teóricas da Análise de Políticas Públicas na perspectiva de que esse campo possa contribuir para os estudos da Ciência da Informação sobre as políticas públicas de informação.	_____	_____	Política pública de informação; análise de política pública; informação	Políticas públicas de informação
20. Rowlands; Eisenschitz; Bawden	2002	GB	Explorar a teoria dos quadros como uma ferramenta para tornar mais explícitos os sistemas de valores que sustentam nossa compreensão da política de informações.	_____	_____	Política de informação	Políticas públicas de informação

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
21. Cavalcante; Pinheiro	2013	BR	Analisar o contexto atual de construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), bem como os desafios que emergem neste cenário	Estudo qualitativo	Pesquisa documental a partir de Portarias, Resoluções e uma Instrução normativa relacionadas ao campo da Informação e Informática em Saúde (IIS) no Brasil; o Plano Nacional de Saúde (PNS); os relatórios de seminários e conferências nacionais de saúde. Também foram relacionadas para análise as versões da PNIIS	Política pública; Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	Políticas públicas de informação em saúde
22. Noronha; Gomes	2011	BR	Discutir o acesso à informação científica em doenças negligenciadas no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na perspectiva do Movimento do Acesso Livre.	Fundamentou-se no conceito de comunicação científica, ressaltando pilares da comunicação que se encontram interligados: a legitimidade ou confiabilidade, a revisão por pares, a acessibilidade e a publicidade	_____	Informação em saúde; políticas públicas de informação	Políticas públicas de informação em saúde
23. Moraes; Vasconcelos	2005	BR	Pretende-se compartilhar reflexões em torno de um processo pactuado de Formulação e implementação de uma Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde (PNIICS) que procure responder à seguinte questão: "Como a Informação e suas tecnologias podem contribuir para um processo democrático emancipador e, ao mesmo tempo, serem macrofunção estratégica da gestão do SUS comprometido com a melhoria da saúde da população?"	_____	_____	Política pública; comunicação; informação	Políticas públicas de informação em saúde

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
24. Guyatt et al.	2008	CA	Esse livro é projetado para tornar o clínico fluente na linguagem da literatura médica em todas as suas formas. Para libertar o clínico de praticar medicina por rotina, por adivinhação e por sua experiência integrada de maneira variável. Para impedir que os clínicos sejam emboscados por representantes das empresas farmacêuticas ou por seus pacientes, informando sobre novas terapias que os clínicos não conseguem avaliar. Para acabar com sua dependência de autoridade desatualizada. Para permitir que o profissional trabalhe com o paciente e use a literatura como uma ferramenta para resolver os problemas do paciente. Para fornecer ao clínico acesso ao que é relevante e a capacidade de avaliar sua validade e se ele se aplica a um paciente específico. Em outras palavras, colocar o médico responsável ao lado do recurso mais poderoso em medicina.	_____	_____	Medicina baseada em evidências; evidências	Medicina baseada em evidências
25. Savi; Silva	2010	BR	Abordar o acesso à informação para prática clínica, concentrando-se nas necessidades informacionais dos médicos e no processo de avaliação das fontes de informação na perspectiva da Medicina Baseada em Evidências.	Revisão de literatura	_____	Uso da informação; prática clínica; medicina baseada em evidências	Medicina baseada em evidências
26. Clark; Clark	2001	BR	Conceituar a medicina baseada em evidências	_____	_____	Medicina baseada em evidências	Medicina baseada em evidências
27. Gomez de La Camara	2002	ES	Tratar da medicina baseada em evidências e as questões que envolvem a variabilidade da prática clínica e sua repercussão nos resultados em saúde	_____	_____	Variabilidade da prática clínica; evidência <i>versus</i> incerteza científica; epidemiologia clínica	Medicina baseada em evidências
28. Castro	2006	BR	Tratar da avaliação da qualidade da informação	_____	_____	Avaliação da informação; Medicina baseada em evidências	Medicina baseada em evidências
29. Nobre et al.	2004	BR	Discutir como avaliar criticamente as informações em saúde obtidas	_____	_____	Avaliação crítica; desfecho clínico; medicina baseada em evidências; pesquisa clínica	Medicina baseada em evidências

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
30. Sackett et al.	1998	CA	Tratar de temas como a prática da medicina baseada em evidências e seu ensino	_____	_____	Prática da medicina baseada em evidências; Ensino da medicina baseada em evidência	Medicina baseada em evidências
31. McKibbin	1998	EUA	A pesquisa buscou determinar se as atitudes dos médicos de atenção primária em relação à tomada de risco ou a incerteza afetaram a forma como eles buscaram informações e se usaram recursos de informação eletrônica ao responder a perguntas clínicas simuladas.	Os médicos responderam 23 perguntas clínicas de múltipla escolha e selecionaram duas para usar seus próprios recursos de informação. Os protocolos de <i>Thinkaloud</i> foram usados para coletar dados de processo e resultados de busca (por exemplo, tempo de busca, correção de respostas, técnicas de busca).	25 médicos	Avaliação crítica da informação em saúde; Medicina baseada em evidências	Medicina baseada em evidências
32. Eraut	2004	GB	Este capítulo enfoca a natureza da evidência utilizada pelos profissionais médicos e outras profissões e nos processos de tomada de decisão em que é utilizada.	_____	_____	Prática baseada na evidência	Evidências em saúde
33. Thomas	2004	GB	Introduzir o conceito de evidência e sua prática	_____	_____	Prática baseada na evidência	Evidências em saúde
34. Cook et al.	1995	CA	Fazer recomendações usando níveis de evidência para agentes antitrombóticos	_____	_____	Níveis de evidência	Evidências em saúde
35. Oliveira	2010	BR	Tratar das práticas clínicas baseadas na evidência	_____	_____	Prática baseada na evidência	Evidências em saúde
36. Espanha	2013	PT	Ajudar a estabelecer bases consistentes para a realização de uma pesquisa sistemática e orientada à ação sobre a importância e os modos de desenvolvimento em informação e comunicação em saúde, no contexto da sociedade portuguesa contemporânea, identificando as principais tendências e desafios que permitam a construção de uma agenda estratégica na área da informação em saúde.	_____	_____	Informação em saúde	Informação em saúde

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
37. Thoenig	2008	FR	Descrever as circunstâncias e avaliar os impactos da institucionalização da análise da política no cenário francês	_____	_____	Análise de política pública; Institucionalização	Análise de política pública
38. Thiede; Mcintyre	2008	ZA	O documento centra-se na informação e nas suas propriedades, que atravessam as dimensões do acesso. Argumenta-se que a política de saúde orientada para a equidade deve estimular a ação comunicativa para capacitar indivíduos e comunidades, expandindo seus conjuntos de escolha subjetiva.	_____	_____	Equidade de acesso; acesso de serviços em saúde; comunicação em saúde	Comunicação em saúde em saúde
39. Cunha; Eirão	2012	BR	Trata sobre a disseminação seletiva da informação (DSI) e sua evolução e prestação do serviço ao longo de cinquenta e quatro anos (1958-2012).	Revisão de literatura com busca bibliográfica em três fontes internacionais de informação: <i>Library Information Science Abstract (LISA)</i> , <i>Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)</i> e <i>Journal of Documentation</i> , acerca da disseminação seletiva da informação e da tecnologia RSS em bibliotecas.	De mais de dois mil itens recuperados nas três fontes de informação, 746 registros foram cadastrados no banco de dados perfazendo uma lista de itens publicados em mais de 200 periódicos. O número de artigos que tratam exclusivamente de DSI corresponderam a 410 registros, ou 55% do total de registros cadastrados no banco de dados. Os demais abordavam a questão da DSI e a tecnologia RSS.	Disseminação seletiva da informação; Rich Site Summary - RSS.	Disseminação Seletiva da Informação
40. Nocetti	1980	BR	Conceituar a Disseminação Seletiva da Informação	_____	_____	Disseminação seletiva da informação	Disseminação Seletiva da Informação
41. Amstal	2004	BR	Discutir como a Disseminação Seletiva da Informação pode otimizar o fluxo informacional nas empresas	_____	_____	Disseminação seletiva da informação	Disseminação Seletiva da Informação
42. Borges	2007	BR	Abordar aspectos conceituais e gerenciais sobre serviços e produtos de informação	_____	_____	Serviços de informação; gestão; disseminação de informação	Disseminação da informação

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
43. Galdino	2008	BR	Analisar e avaliar o serviço de Disseminação Seletiva da Informação na Biblioteca da Faculdade de Tecnologia SENAI de Desenvolvimento Gerencial (FATESG).	Estudo de caso	_____	Disseminação seletiva da informação; Gestão da informação	Disseminação Seletiva da Informação
44. Souto	2006	BR	Evidenciar os benefícios da aplicação da Disseminação Seletiva da Informação na formação de profissionais da saúde, a partir da análise do web site Amedeo.	Estudo comparativo	_____	Disseminação da informação; serviços de informação; Ciência da informação	Disseminação Seletiva da Informação
45. Lucas; Souza	2007	BR	Propor a Disseminação Seletiva da Informação (DSI) para Bibliotecas Universitárias (BUs) elaborada a partir dos fundamentos teóricos e práticos do <i>Customer Relationship Management</i> (CRM), conhecido como um conjunto de conceitos, construções e ferramentas composto por estratégia, processo, software e hardware.	Revisão bibliográfica, análise documental e estudo de caso	_____	Disseminação seletiva da informação; biblioteca universitária; Customer Relationship Management	Disseminação Seletiva da Informação
46. Miranda; Tarapanoff	2008	BR	Trata da identificação das necessidades de informação e das competências de informação de um grupo profissional.	Estudo qualitativo com estudo de caso	_____	Necessidade informacional; competência informacional	Necessidade informacional
47. Wilson	1981	GB	Tentar reduzir a confusão causada pela discussão dos estudos de usuário e necessidades informacionais ao dedicar atenção à definição de alguns conceitos e propor a base de uma teoria das motivações para o comportamento de busca de informações.	_____	_____	Necessidade informacional; recuperação da informação; comportamento informacional	Necessidade informacional
48. Derr	1983	GB	Apresentar uma análise do conceito de necessidade informacional	_____	_____	Necessidade informacional	Necessidade informacional
49. Case	2012	EUA	Um texto abrangente sobre os temas de busca de informação, comportamento informacional e práticas de informação. A cobertura inclui a natureza da informação, necessidades e usos de informação, <i>sensemaking</i> , prevenção de informação, modelos de comportamento informacional e metodologias de pesquisa aplicáveis.	_____	_____	Necessidade informacional; comportamento informacional	Necessidade informacional
50. Weijts et al.	1993	NL	Responder questões diretas sobre comportamento de busca informacional de pacientes.	Estudo qualitativo	32 consultas entre ginecologistas e pacientes	Comportamento informacional; paciente	Necessidade informacional

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
51. Leckie; Pettigrew; Sylvian	1996	EUA	Coloca o modelo original de busca informacional como aplicável a todos os profissionais.	_____	_____	Comportamento informacional	Comportamento informacional
52. Martínez-Silveira	2005	BR	Investigar o comportamento informacional do médico decorrente das necessidades surgidas durante o atendimento ao paciente.	A população foi examinada utilizando a técnica do <i>survey</i> , e do incidente crítico através da aplicação de um questionário.	73 médicos residentes	Comportamento informacional; necessidades informacionais; prática médica	Comportamento informacional
53. França	2002	BR	Estudar o comportamento informacional dos profissionais médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), da Fundação Municipal de Saúde (FMS) da cidade de Teresina, Estado do Piauí, Brasil	Pesquisa exploratória de natureza descritiva	_____	Comportamento informacional; Programa de Saúde da Família	Comportamento informacional
54. Blythe; Royle	1993	CA	Verificar os recursos de informação e os métodos de busca de informações agora em uso e quaisquer necessidades adicionais de informação não atendidas.	Estudo qualitativo	_____	Necessidade informacional; enfermeiros	Necessidade informacional
55. Allen et al.	2003	EUA	Fornecer o quadro necessário para o desenvolvimento das soluções para as necessidades informacionais de médicos.	Médicos foram observados durante o uso de sistemas de informação clínica	154 tipos de necessidades informacionais	Necessidade informacional; médicos	Necessidade informacional
56. Kostagiolas et al.	2013	GR	Investigou o comportamento de busca informacional e as necessidades informacionais dos pais de pacientes pediátricos e seus motivos para buscar informações na Internet.	Exploratório	121 pais de pacientes pediátricos	Comportamento de busca informacional; tomada de decisão clínica; pais de pacientes pediátricos	Comportamento informacional
57. Kelly; Brandon	2012	EUA	Identificar as categorias de necessidades informacionais do enfermeiro e desenvolver uma ferramenta de observação para medir as necessidades de informação através das fontes de informação disponíveis.	Estudo qualitativo	_____	Necessidade informacional; enfermeiros	Necessidade informacional
58. Liebherz et al.	2015	DE	Descrever a necessidade de informação dos e as necessidades de tomada de decisão como pré-requisito para o desenvolvimento de auxiliares de decisão de pacientes com distúrbio afetivos baseados na web de alta qualidade.	<i>Survey</i> transversal	210 pacientes com distúrbio bipolar	Necessidade Informacional; tomada de decisão	Necessidade informacional

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
59. Dols et al.	2016	EUA	Fornecer educação de nível e validação de competência de prática baseada em evidências na gestão de cateter urinário para cuidadores de pacientes com cateteres permanentes	Educação presencial de protocolo para prevenção de infecção do trato urinário relacionada a cateter com estágio de treinamento prático	76 enfermeiros, 12 auxiliares de cuidados, 1 transportador, 13 fisioterapeutas/ terapeutas ocupacionais e 10 funcionários de radiologia.	Protocolo baseado em evidências; Disseminação de evidências; Infecção do trato urinário relacionada ao cateter	Evidências em saúde
60. Fritz et al.	2013	EUA	Explorar um componente de um modelo multicomponente para treinar médicos para um tratamento baseado em evidências	Estudo exploratório: disseminação de treinamento baseado em evidências por meio do modelo multicomponente no estado do Arkansas	134 profissionais da saúde mental do estado do Arkansas	Tratamento baseado em evidências; Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma	Evidências em saúde
61. Hansen, H. F.	2014	DK	Apresentar como o movimento e as práticas de evidências, assim como as organizações atuam na produção e disseminação de evidências.	Revisão de literatura	—	Produção de conhecimento baseado em evidências; hierarquia de evidências; tipologias de evidências	Evidências em saúde
62. Knapp, J. F.; Simon, S. D.; Sharma, V.	2015	EUA	Comparar a transferência de conhecimento no departamento de emergência no atendimento pediátrico de pacientes com asma e crupe, medindo as tendências no uso de corticosteroides para ambas as condições.	Estudo transversal retrospectivo com dados ambulatoriais sobre o uso de corticosteroide para asma e crupe de 1995 a 2009.	Crianças de 2 a 18 anos para asma e crianças de 3 meses a 18 anos para crupe	Translação de conhecimento; asma; grupe; corticosteroides	Evidências em saúde
63. Dumbrell, D.; Steele, R.	2013	AU	Resultado de como as organizações e pessoas estão usando as mídias sociais para compartilhar informações em saúde e descrever as mudanças na disseminação de informação	Pesquisa em rede social	144 organizações de saúde, 4.787 postagens no Twitter do mês de fevereiro de 2012	Disseminação de informação em saúde; rede social	Disseminação da informação em saúde
64. Kandadai et al.	2016	EUA	Este estudo teve como objetivo desenvolver e aplicar métodos para a avaliação e otimização sistemática da disseminação de informações de saúde pelas partes interessadas através do Twitter	Examinou-se o conteúdo de 1790 seguidores da conta do @SafetyMD no Twitter entre julho e novembro de 2012	Amostra aleatória de 170 seguidores	Disseminação de informação em saúde; Twitter	Disseminação da informação em saúde

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
65. Puustjärvi, J.; Puustjärvi, L.	2015	FI	Caracterizar o desafio da disseminação seletiva da informação no âmbito da Medicina Baseada em Evidências garantir que os médicos estão cientes das orientações clínicas relevantes e como as TICs podem ser exploradas na gestão deste problema.	_____	_____	Disseminação seletiva da informação; medicina baseada em evidências; diretrizes clínicas	Disseminação da informação em saúde
66. Shen et al.	2011	CN	Descrever a extensão da literatura sobre Medicina Baseada em Evidências na China e em outros lugares	Análise de termos e palavras-chave MeSH nos artigos sobre Medicina Baseada em Evidências nas bases de dados MEDLINE e CNKI	10.626 artigos para cálculo de frequência de palavras-chave	Medicina baseada em evidências; visualização de informação	Disseminação da informação em saúde
67. Oelke, N. D.; Lima, M. A. D. S.; Acosta, A. M.	2015	BR	Estudo sobre os conceitos de translação do conhecimento e seu processo de implementação para usar evidências de pesquisas na prática e na formulação de políticas.	Estudo teórico reflexivo	_____	Disseminação da informação; prática clínica baseada em evidências; formulação de políticas	Disseminação da informação em saúde
68. Jacobs et al.	2012	EUA	Pesquisamos ferramentas facilmente acessíveis e eficientes em termo de tempo para implementar uma abordagem de saúde pública baseada em evidências para melhorar a saúde da população.	_____	_____	Abordagem de saúde baseada em evidências	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências
68. Lang, E.; Johnson, D.	2012	CA	Fornecer aos clínicos em medicina de emergência uma perspectiva prática sobre como eles podem incorporar a translação do conhecimento em suas carreiras profissionais	Revisão de literatura	_____	Translação do conhecimento; evidência na prática	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências
69. LeBlanc; Abernethy	2013	EUA	Propor o conceito de “linhas de cuidado” como uma forma promissora de cuidado consistente com a mais recente evidência de alta qualidade como opção "padrão".	Revisão de literatura	_____	Diretrizes, oncologia ginecológica; linhas de cuidado	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências
70. Hardi, A.; Fowler, S.	2014	EUA	Analisar os serviços da Biblioteca Médica Becker e sua relação com a Medicina Baseada em Evidência	Estudo de caso	_____	Medicina Baseada em Evidências; revisão sistemática, diretrizes práticas; serviços de biblioteca	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências

(conclusão)

Autores	Ano	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Conceitos mais discutidos	Tema
71. MacNamara e Collins	2015	GB	Refletir sobre as evidências <i>versus</i> a opinião popular na comunicação da ciência	_____	_____	Twitter; evidências em saúde	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências
72. Andermann et al.	2016	CA	Destacar e compreender as barreiras no uso de evidências na tomada de decisão	_____	_____	Tomada de decisão; medicina baseada em evidências; política de saúde; política pública	Disseminação da informação e Medicina Baseada em Evidências

Fonte: elaborado pela autora

3 MÉTODO

Neste estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa caracterizada como pesquisa na qual o investigador constrói suas alegações se baseando na perspectiva construtivista – ou seja, construção de múltiplos significados decorrentes de experiências individuais, significados social e historicamente construídos, objetivando o desenvolvimento de uma teoria ou de um padrão – ou por meio de perspectivas reivindicatórias/participatórias – “ou seja, políticas, orientadas para a questão; ou colaborativas, orientadas para a mudança – ou em ambas” (CRESWELL, 2010, p.35).

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: análise documental, análise de conteúdo do tipo temática e comparação dos resultados das etapas 1 e 2 com a revisão de literatura.

3.1 Etapa 1: Análise documental

Esta etapa contemplou a análise documental de políticas e nota técnica nacionais e políticas internacionais. Os planos estaduais de saúde foram selecionados para esta análise considerando a origem dos dados *Evid@SP* (estado de São Paulo) e os planos de ação internacionais por terem sido usadas como base para a formulação da PNIIS. A análise desses documentos foi feita com foco na menção que fazem ou não a seleção e a disseminação de evidências. É importante destacar que essa delimitação geográfica foi necessária considerando que os dados a serem analisados na etapa 2 foram coletados no contexto do estado de São Paulo.

A escolha para utilização de método de análise documental pode ser justificada pelas vantagens, apontadas por Creswell (2010), de permitir: obtenção pelo pesquisador da linguagem e palavras dos participantes do processo de construção documental; a possibilidade de acesso a qualquer momento pelo pesquisador; os dados são refletivos, ou seja, foram compilados com atenção e como as provas são escritas, economiza o tempo do pesquisador com transcrições (CRESWELL, 2010).

Os documentos utilizados nessa análise de pesquisa foram:

- A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em suas versões: preliminar (2004); definitiva (2016) e nota técnica (2013);
- O Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (PES-SP) 2012-2015;
- O Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (PES-SP) 2016-2019;
- A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) (2008).
- Information for Health (NHS) 1998-2005 (Reino Unido – 1998);
- Health Online: A Health Information Action Plan for Australia (Austrália – 2001);
- Canada Health Infoway (Canadá – 2003)

O procedimento de análise desses documentos seguiu os passos:

1. Definição das características gerais dos documentos (data de elaboração ou publicação; objetivos)
2. Apresentação dos princípios ou avaliação de cada documento;
3. Análise de menção ou não às evidências nos documentos internacionais tomados como exemplo para a formulação da PNIIS (2004);
4. Análise de menção ou não às evidências nos documentos nacionais com trecho retirado do documento como exemplo;
5. Apresentação de trechos selecionados dos documentos que embasaram as discussões do presente trabalho. Os trechos dos dois primeiros documentos são apresentados nessa seção e os demais serão apresentados nos resultados e discussão.

No quadro 3 são apresentadas as características de cada um dos documentos listados acima quanto à data de elaboração ou publicação, seus objetivos.

Quadro 3. Características gerais dos documentos nacionais

Documento	Data	Exemplos internacionais	Objetivos
PNIIS	2004 (versão 2.0)	<i>National Health Service</i> (Reino Unido); <i>Health Online: A Health Information Action Plan for Australia</i> (Austrália); <i>Canada Health Infoway</i> (Canadá)	Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.
PNIIS	2016 (texto definitivo)	—	Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação a fim de melhorar os processos de trabalho em saúde e, assim, resultar em um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) articulado e que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população.
PNIIS/Nota Técnica	2013	—	Avaliar a proposta da PNIIS
PES-SP 2012-2015	2012	—	Expressa o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.
PES-SP 2016-2019	2016	—	Apresentar as intenções e os resultados a serem buscados pela gestão de saúde no período de quatro anos expressos em objetivos, diretrizes e metas.
PNCTIS	2008	—	—

Fonte: elaborado pela autora

Abaixo (Quadro 4), são apresentadas as características gerais dos documentos internacionais os quais serviram de exemplo para a elaboração da PNIIS.

Quadro 4. Características gerais dos documentos internacionais

Documento	Data	País	Objetivos
Information for Health (NHS) 1998-2005	1998	Reino Unido	O <i>The new NHS: Modern</i> é projetado para garantir que o NHS ofereça um serviço universal, rápido e de alta qualidade, mais próximo das casas das pessoas, acessível de forma segura com o desenvolvimento de níveis atuais de expertise e equipamentos.
Health Online: A Health Information Action Plan for Australia	2001 (2.ed)	Austrália	<i>Health Online</i> visa fornecer base para uma abordagem estratégica nacional para o uso da informação no sistema de saúde e para promover novas formas de oferecer serviços de saúde, aproveitando o enorme potencial de tecnologias <i>on-line</i> novas e emergentes.
Canada Health Infoway (2003-2004 Business Plan)	2003	Canadá	Para facilitar e acelerar o desenvolvimento e adoção de sistemas eletrônicos de informação em saúde no Canadá. Nossa prioridade é a solução de Registros eletrônicos de saúde (RES) interoperável e o desenvolvimento relacionado de telessaúde.

Fonte: elaborado pela autora

Os princípios ou avaliação (caso da Nota Técnica) de cada política, nota técnica ou plano estadual de saúde são apresentadas no quadro 5.

Quadro 5. Princípios ou avaliação dos documentos analisados (*continua*)

Documento	Princípios ou avaliação
PNIIS (2004)	—————
PNIIS (2016)	1. A informação em saúde destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde; 2. A produção da informação em saúde deve abarcar a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; 3. A gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; 4. A democratização da informação em saúde como um dever das instâncias pública e privada de saúde; 5. A informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; 6. O acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; 7. A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais; 8. A preservação da autenticidade e integridade da informação em saúde; e 9. A confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo.
PNIIS/Nota Técnica (2013)	A grande questão que se coloca em relação à PNIIS, após tantas discussões, não está relacionado ao seu conteúdo, já objeto de consenso do ponto de vista técnico, mas à sua implementação no espaço concreto do cotidiano das ações e serviços de saúde. Neste sentido as ações propostas no Plano Operativo são fundamentais, porém apresentadas de forma genérica, demandando posterior detalhamento nos planos de saúde das 3 esferas de gestão (federal, estadual e municipal).
PES-SP 2012-2015	1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o a aprovação do Conselho Estadual de Saúde; 2. Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; 3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde; 4. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual; 5. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde; 6. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal; 7. O aperfeiçoamento da universalidade da atenção à saúde, da integralidade e equidade; 8. A criação de mecanismos de acesso a serviços e ações de saúde nas regiões e parcelas da população, mais carentes e com necessidade de ampliação da assistência de média e alta complexidade; 9. O fortalecimento da SES/SP, em seu papel coordenador do sistema de saúde, no âmbito do Estado, desenvolvendo sua capacidade de planejamento e gestão. (Plano Estadual de Saúde, SES SP, 2008).
PES-SP 2016-2019	—————

Documento	Princípios ou avaliação
PNCTIS (2008)	<p>1. A PNCTIS deve pautar-se pelo “compromisso ético e social de melhoria – a curto, médio e longo prazo – das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais, buscando a equidade” (1.^a Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, 1994). Os princípios básicos são o respeito à vida e à dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social, respeito à pluralidade filosófica e metodológica; 2. O compromisso de superar todas as formas de desigualdade e discriminação (regionais, sociais, étnicas e de gênero e outras) é um dos princípios básicos da PNCTIS e deve orientar todos os seus aspectos, todas as suas escolhas e prioridades; 3. O respeito à vida e à dignidade das pessoas é o fundamento ético básico da PNCTIS. Toda atenção deve ser dada à questão da ética na Pesquisa em Saúde, devendo ser registrados os avanços alcançados no âmbito da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em conjunto com os Comitês Institucionais de Ética em Pesquisa (CEPs); 4. É compromisso primordial da PNCTIS assegurar o desenvolvimento e a implementação de padrões elevados de ética na Pesquisa em Saúde. A PNCTIS deve instituir mecanismos que assegurem o cumprimento desses padrões éticos no território nacional, para empresas públicas e privadas, nacionais e internacionais, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos de pesquisa, de acordo com a resolução CNS 196/96 e normas complementares. Deve-se ainda estimular a criação e o fortalecimento dos comitês locais de ética em pesquisa e aprimorar o sistema de revisão e aprovação ética de pesquisas envolvendo seres humanos. A responsabilidade quanto a qualquer dano à saúde dos indivíduos envolvidos deve ser exigida, assim como o fortalecimento do controle social nos comitês de ética em pesquisa (12.^a Conferência Nacional de Saúde); 5. O princípio da pluralidade refere-se à abertura da PNCTIS a todas as abordagens filosóficas e metodológicas adequadas ao avanço do conhecimento e à solução dos problemas científicos e tecnológicos pertinentes. Isso implica igualmente a valorização das diferentes áreas do conhecimento em saúde, respeitando-se as respectivas definições de validade e rigor metodológico; 6. A PNCTIS, com relação ao princípio da inclusão e controle social, deve contemplar a inclusão do cidadão na sociedade do conhecimento, por meio da educação científica, tecnológica e cultural adequadas à realidade atual e aos desafios futuros, respeitando e valorizando o saber e culturas locais. Deve, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e respeitar o meio ambiente, garantindo o futuro das novas gerações.</p>

Fonte: elaborado pela autora

3.2 Etapa 2: Análise de dados do projeto *Evid@SP*

Na segunda etapa, os dados provindos dos profissionais enfermeiros e médicos recrutados no projeto *Evid@SP* foram analisados. Os dados do projeto foram utilizados nesta pesquisa por ser a sua autora uma de suas participantes.

O projeto *Impacto de informações disponibilizadas no Portal Saúde Baseada em Evidências na prática dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo (Evid@SP)*, foi desenvolvido no período entre julho de 2014 a dezembro de 2015. A pesquisa *Evid@SP* (RICARTE et al., 2015) teve por objetivo analisar o impacto de informações disponibilizadas pelo portal *Saúde Baseada em Evidências* na prática clínica dos profissionais de saúde do estado de São Paulo, verificando:

1. Se a informação disponibilizada causou melhoria no conhecimento de diagnóstico, terapêutica, prevenção ou prognóstico; se gerou aprendizado de conteúdo novo, reforçou o conhecimento já existente ou aumentou a segurança cognitiva do profissional de saúde;
2. Se a informação disponibilizada possuiu relevância clínica para o profissional de saúde, ou seja, se a informação foi relevante para a assistência de pelo menos um paciente;
3. Se a informação disponibilizada modificou a assistência prestada ao paciente; se ajudou a justificar algum tipo de escolha durante a assistência prestada ao paciente; se ajudou

a entender melhor a condição de saúde do paciente; se a informação foi usada para discutir a condição de saúde com o paciente ou com outros profissionais de saúde;

4. Se a informação melhorou a condição de saúde do paciente, ou a prevenção de doenças, ou evitou o agravamento da condição do paciente, ou evitou tratamentos e procedimentos desnecessários (RICARTE et al., 2015).

No estudo foram incluídos como participantes profissionais de saúde, com nível superior, atuantes na assistência ao paciente no SUS do estado de São Paulo, registrados em seus respectivos conselhos regionais e no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do sexo masculino ou feminino, com qualquer idade, e que possuam acesso à Internet e conta de correio eletrônico (GALVAO et al., 2014). Participaram do projeto 348 profissionais da saúde, sendo 76 médicos, 67 farmacêuticos, 64 enfermeiros e os 141 restantes de outras áreas de atuação (GALVAO et al., 2016). Foram enviados 144 conteúdos informacionais retirados do *Portal Saúde Baseada em Evidências* por correio eletrônico em um período de 48 semanas aos profissionais que aderiram à pesquisa (GALVAO et al., 2014). Os conteúdos com cerca de 500 palavras cada foram distribuídos às segundas, quartas e sextas (exceto em feriados) com a possibilidade de avaliação de tais conteúdos de acordo com sua vontade (GALVAO et al., 2014).

As temáticas selecionadas para os conteúdos foram:

(...) insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, cardiopatias congênitas, risco cardiovascular, violência doméstica, violência sexual, acidente de trânsito, lesões traumáticas acidentais, lesões traumáticas não acidentais, exposição a poluentes ambientais, doenças alérgicas, obesidade, tabagismo, antimicrobianos, infecções, febre amarela, febre maculosa, leishmaniose, esquistossomose, hanseníase, tracoma, HIV/AIDS, hepatite, tuberculose, saúde mental, crack, gestação, parto, puerpério, cesárea, populações vulneráveis, humanização em saúde, educação em saúde, comunicação em saúde, saúde bucal, câncer bucal, equipamentos de medicina nuclear, hipertensão arterial sistêmica, tecnologias relacionadas a portadores de necessidades especiais, micoses, HPV, norovírus, viroses respiratórias, raiva, anemia falciforme e esclerose múltipla (RICARTE et al., 2015).

Após defrontarem-se com as sínteses de evidências, os profissionais de saúde avaliaram os conteúdos informacionais através do instrumento de avaliação de evidências denominado *Information Assessment Method*⁷ (IAM), desenvolvido sob a coordenação dos Prof. Dr. Pierre Pluye e Roland Grad e traduzido para o português pelos membros brasileiros da equipe do projeto (RICARTE et al., 2015). O instrumento é formado por quatro questões que objetivam avaliar como a informação contida na evidência impacta no conhecimento do profissional e em pacientes atendidos por ele, considerando os seguintes aspectos: impacto cognitivo; potencial

⁷ <http://www.mcgill.ca/iam/>

de aplicação clínica da evidência; objetivo de uso da evidência e potenciais benefícios para o paciente em decorrência do uso da evidência (RICARTE et al., 2015). Ao final dessa avaliação, permitiu-se que se fizesse comentários sobre cada conteúdo por meio de um espaço aberto, possibilidade esta que resultou em cerca de 451 comentários.

Deste modo, nesta dissertação, a análise desses comentários obtidos teve como objetivo identificar quais são as principais necessidades informacionais dos profissionais enfermeiros e médicos do estado de São Paulo. Esse recorte pode ser justificado pelo fato desses serem os profissionais em maior número no sistema de saúde brasileiro. Entende-se que estudos futuros, poderão contemplar os demais profissionais. Portanto, no presente estudo, foram considerados apenas os comentários submetidos pelos profissionais enfermeiros e médicos que participaram do projeto *Evid@SP* que perfizeram um total de 285 comentários (173 de enfermeiros e 112 de médicos) emitidos por um total de 20 médicos e 18 enfermeiros.

Para realizar a análise de conteúdo do tipo temática dos comentários selecionados, empregou-se a metodologia proposta por Bardin. Esse autor divide a análise de conteúdo do tipo temática em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

- *Pré-análise*: é a fase da organização do material e tem por objetivo tornar as operações e sistematização das ideias iniciais mais precisas, devendo ser realizada em quatro fases: a *leitura flutuante* para conhecer o texto; a *escolha dos documentos* a serem analisados (que pode ser determinado a priori); a *formulação das hipóteses e dos objetivos* (afirmação provisória que se pretende verificar confirmando ou negando); a *referenciação e elaboração dos indicadores* para a fundamentação da interpretação final (índices elaborados por meio de recortes de texto em função das hipóteses). Embora a fase de pré-análise objetiva a organização suas atividades não são estruturadas, mas “abertas”;
- *Exploração do material*: fase conhecida como longa e fastidiosa, pois consiste em operações de codificação, desconto ou enumeração. A codificação é o processo de transformação dos dados brutos do texto em recortes (unidades de texto), agregação (escolha de categorias) ou enumeração (escolha de regras de contagem) através de regras precisas. No caso específico desta pesquisa, a codificação foi realizada por meio da agregação dos dados brutos em categorias ou temas;
- *Tratamento dos resultados e interpretação*: consiste na criação de inferências e interpretações a propósito dos objetivos do estudo, além de sistematizar descobertas inesperadas.

Portanto, de acordo com Bardin (1977), fazer uma análise temática “consiste em descobrir “núcleos de sentido” que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. A categorização é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”, sendo as categorias “rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos” (BARDIN, 1977).

Desta forma, os comentários foram analisados de acordo com as seguintes etapas:

1. Leitura prévia dos comentários para definição inicial das categorias pela autora;
2. Categorização dos comentários nas categorias iniciais pela autora;
3. Redefinição das categorias pela autora, orientadora e co-orientadora;
4. Categorização dos comentários nas categorias redefinidas na etapa anterior pela autora, orientadora e co-orientadora;

Para a contagem de comentários em cada categoria, considerou-se a categoria escolhida por duas ou pelas três analistas. Ocorrida a divergência entre as três analistas, procedeu-se em excluir o comentário da categorização.

Os sujeitos foco desta dissertação são médicos e enfermeiros atuantes no estado de São Paulo, delimitação esta realizada por razão da origem dos dados da pesquisa *Evid@SP*. Portanto, é importante destacar que o estado de São Paulo conta com aproximadamente 42,6 milhões de habitantes distribuídos em 645 municípios e 63 regiões de saúde. São 4,8 mil Unidades Básicas de Saúde (incluindo todas as modalidades de atenção básica em saúde, inclusive as equipes e unidades de saúde da família), 572 hospitais, 1,6 mil ambulatórios de especialidade e 420 Centros de Atenção Psicossociais. Atualmente, com 4.780 equipes da Equipe de Saúde da Família do Estado cobre 38% da população do estado de São Paulo (BRASIL, 2015c).

3.3 Etapa 3: Comparação das etapas 1 e 2 com a revisão de literatura

E, finalmente, na terceira etapa os dados das duas etapas anteriores e a revisão de literatura foram comparados a fim de obter subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas para a seleção e disseminação de evidências em saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dos dados analisados e a discussão serão apresentados de acordo com o formato das etapas dispostas na seção anterior, quais sejam: resultados e discussão da etapa 1, resultados e discussão da etapa 2 e resultados e discussão da etapa 3.

4.1 Resultados e discussão da Etapa 1: análise documental

Abaixo serão apresentados os resultados e a discussão obtidos na análise documental das políticas públicas nacionais e internacionais e nota técnica.

No Quadro 6, observa-se quais documentos internacionais que serviram de base para a formulação da PNIIS fazem ou não menção às evidências em saúde seguidos do assunto ou trecho no qual essa menção aparece.

Quadro 6. Menção às evidências nos documentos internacionais (*continua*)

Documento	Menção às evidências	Trechos
Information for Health (NHS) 1998-2005	Sim	<p>“Para fornecer a todos os profissionais do NHS acesso <i>on-line</i> às últimas orientações locais e evidências nacionais sobre o tratamento, e as informações de que precisam para avaliar a eficácia do trabalho e apoiar o desenvolvimento profissional” (p.19).</p> <p>“(…) o pessoal clínico hospitalar e, em especial, os médicos júnior, terão orientação <i>on-line</i> e acesso pessoal aos últimos achados da pesquisa, tratamento e opções de medicação” (p.24)</p> <p>“Há uma necessidade de avaliar criticamente o crescente corpo da literatura médica e evidências para garantir que os clínicos recebam acesso rápido e conveniente (ou seja, quando e onde necessário) às bases de conhecimento apropriadas para fornecer suporte em tempo real ao cuidado de pacientes individuais. Isso inevitavelmente se estenderá para cobrir o acesso ao "suporte à decisão" ou "sistemas especializados" (tomada de decisão assistida por computador), uma vez que estes são desenvolvidos e credenciados. Localmente, alguns hospitais estão relatando resultados de patologia usando tecnologia de intranet que contém links para bases de conhecimento relevantes embutidas no relatório” (p.57).</p> <p>“(…) os clínicos do NHS precisam de acesso de "cabeceira" ou "desktop" a material clínico e outros materiais de referência baseado em evidências durante o dia a dia do trabalho. Os meios eletrônicos permitem que mais informações sejam fornecidas durante a consulta ou, sempre que seja necessário tomar uma decisão, e aceleram o acesso conveniente a fontes de informação em todo o mundo” (p.57).</p> <p>O <i>National Institute of Clinical Excellence (NICE)</i> estabelecido pelo novo NHS tem como missão de produzir e divulgar orientações clínicas baseadas em evidências relevantes” (p.58).</p>
Health Online: A Health Information Action Plan for Australia	Sim	<p>“Contando-se com bases de evidências para os cuidados de saúde para alcançar melhores práticas nos serviços de saúde (…)” (p. 3)</p> <p>“Os prestadores de cuidados de saúde vivem em um mundo de avanços cada vez maiores em terapias</p>

Documento	Menção às evidências	Trechos
		(como novos procedimentos e medicamentos), maior ênfase nos cuidados de saúde baseados em evidências, aumento das expectativas dos consumidores e consumidores mais bem informados e capacitados. Os provedores usam várias fontes de informação em seus esforços para atuar no melhor interesse dos consumidores em seus conselhos e serviços” (p.6). “Há também uma ênfase crescente nos cuidados de saúde baseados em evidências, bem como a relação custo-eficácia das intervenções e tratamentos” (p.7). “Facilitar a tomada de decisão com base nas melhores evidências disponíveis” (p.52). “O sistema australiano de cuidados de saúde está avançando para uma abordagem mais integrada e coordenada dos cuidados, com ênfase crescente na tomada de decisões baseadas em evidências” (p.57).
Canada Health Infoway (2003-2004 Business Plan)	Não	“Compartilhamento e <i>transferência de conhecimento</i> : seminários/workshops de compartilhamento de informações; repositório de conhecimento on-line; incluindo resultados de varredura ambiental; Fase II de pesquisa nacional focada em iniciativas comunitárias; portal de conhecimento <i>Launched Infoway</i> (Intranet e Extranet).

Fonte: elaborado pela autora

Abaixo (quadro 7), pode-se observar quais documentos nacionais fazem ou não menção às evidências em saúde seguidos do assunto ou trecho no qual essa menção se apresenta.

Quadro 7. Menção às evidências nos documentos nacionais

Documento	Menção às evidências	Trecho
PNIIS – 2004	Não	—
PNIIS – 2016	Não	—
PNIIS/Nota Técnica – 2013	Não	—
PES-SP 2012-2015	Não	—
PES-SP 2016-2019	Sim	“(…) Em linhas gerais, essa política atuará no fomento à pesquisa em saúde, na avaliação de tecnologias e na difusão do conhecimento, propondo estratégias para estimular a cultura de utilização de evidências científicas entre os gestores”.” (p.206)
PNCTIS – 2008	Sim	“Avaliação de tecnologias em saúde baseada em evidências científicas”. (p.30)

Fonte: elaborado pela autora

No quadro 8 são apresentados trechos selecionados dos documentos os quais serão essenciais para a discussão.

Quadro 8. Trechos selecionados para discussão

Documento	Trechos
PNIIS – 2004	<p>“No contexto do novo paradigma o planejamento, a definição, a implantação e a avaliação dos sistemas de informação em saúde serão realizados de forma participativa contemplando as necessidades de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores das três esferas de governo”. (p.15)</p> <p>Diretriz nº 6: “Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.” (p.17)</p> <p>Diretriz nº 11: “Apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada.” (p.18)</p> <p>Diretriz nº 14: “Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários”. (p.19)</p> <p>Diretriz nº 18: “(...) produção e disseminação de informações, inclusive científico-tecnológicas (...)”. (p.20)</p> <p>Diretriz nº 19: “Estimular, através de editais de fomento, a produção científico-tecnológica relativa às diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, tais como: (...) protocolos clínicos; (...) estratégias de disseminação e comunicação em saúde; formação e capacitação de recursos humanos”. (p.20)</p>
PNIIS – 2016	<p>Princípio nº7: “A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais”. (p.13)</p> <p>Diretriz nº4 (e-Saúde): “Promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa” (p.15);</p> <p>Diretriz nº4 (Geral): “Estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados a atenção à saúde”. (p.16)</p>
PNIIS/Nota Técnica – 2013	_____
PES-SP 2012–2015	_____
PES-SP 2016–2019	<p>Eixo VII – “Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde: Em linhas gerais, essa política atuará no fomento à pesquisa em saúde, na avaliação de tecnologias e na difusão do conhecimento, propondo estratégias para estimular a cultura de utilização de evidências científicas entre os gestores. (...) A adoção de políticas de saúde também deve ter como fundamento as evidências científicas que indiquem as intervenções mais custo-efetivas para responder a problemas de saúde prioritários”. (p.206)</p> <p>Eixo VII – “Diretriz 2 (Difusão e divulgação do conhecimento científico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: apoiar a elaboração de sínteses de evidências para a tomada de decisão. • Meta: elaborar oito sínteses de evidências. <p>Eixo VII - Diretriz 3 (Capacitação de profissionais para o fortalecimento da área de Ciência e Tecnologia no SUS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: capacitar e aperfeiçoar profissionais de saúde em áreas estratégicas de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I). • Meta: capacitar no mínimo 80 profissionais de saúde da área de CT&I para elaboração de sínteses em evidências”. (p.208)
PNCTIS – 2008	<p>“Estruturar uma política de avaliação de tecnologias em saúde baseada em evidências científicas sólidas, envolvendo as três esferas de governo, para subsidiar a tomada de decisão sobre a incorporação crítica e independente de produtos e processos. Esta política deve envolver pesquisadores, gestores, prestadores de serviços, usuários e profissionais de saúde, definindo mecanismos intersetoriais que avaliem a eficácia, a segurança e a eficiência no uso de novos processos e produtos, bem como a avaliação econômica, de forma a buscar melhor relação custo/efetividade”. (p.30)</p>

Fonte: elaborado pela autora

Embora a PNIIS objetiva a construção de um Sistema Nacional de Informação em Saúde que produza informações para os cidadãos, gestores e profissionais da saúde o texto da política

parece não priorizar a prática baseada em evidências e as evidências em si. A política também confunde os conceitos de “informatização” com “informação” e “qualidade da informação” com “tecnologia”, além de não diferenciar os tipos de informação em saúde. Neste caso, as evidências podem estar implícitas quando no texto se fala no processo de produção e disseminação de informações em saúde e acesso eletrônico à literatura especializada, referindo-se a essas informações como científicas. Esses pontos podem ser observados nos trechos abaixo.

Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais (BRASIL, 2004, p.17).

Estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados a atenção à saúde (BRASIL, 2016b, p.16).

Nos trechos abaixo, podemos observar que os textos da PNIIS falam na disseminação de conhecimento científico, informação em saúde e informações técnico-científicas.

Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários (BRASIL, 2004, p.19).

A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais (BRASIL, 2016b, p.13).

Com base na revisão de literatura, podemos considerar as evidências têm sua origem no conhecimento científico, em estudos científicos, entretanto, elas não são citadas explicitamente em ambos os textos analisados da PNIIS como nas estratégias internacionais. Em duas iniciativas internacionais utilizadas como exemplo para a formulação da PNIIS, as evidências e a prática baseada em evidências são objetos centrais em diversas diretrizes e esferas de ação, como vemos nas seguintes frases extraídas dos documentos (*tradução nossa*).

Para fornecer a todos os profissionais do NHS acesso on-line às últimas orientações locais e evidências nacionais sobre o tratamento, e as informações de que precisam para avaliar a eficácia do trabalho e apoiar o desenvolvimento profissional (NATIONAL HEALTH SERVICE, 1998, p.19).

O *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) estabelecido pelo novo NHS tem como missão de produzir e divulgar orientações clínicas baseadas em evidências relevantes (NATIONAL HEALTH SERVICE, 1998, p.58).

Há também uma ênfase crescente nos cuidados de saúde baseados em evidências, bem como a relação custo-eficácia das intervenções e tratamentos (AUSTRALIA, 2001 p.7).

Facilitar a tomada de decisão com base nas melhores evidências disponíveis (AUSTRALIA, 2001, p.52).

Na ação da *Information for Health* (Reino Unido) as evidências, principalmente as evidências nacionais, são vistas como necessárias no dia-a-dia de trabalho e desenvolvimento

do profissional de saúde, devendo ser priorizada a orientação para acessar pesquisas científicas, tratamentos e opções de medicação, com especial atenção, para os médicos júnior e o estímulo da avaliação crítica da literatura disponível. O *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) é o órgão responsável pela produção e disseminação das evidências clínicas relevantes, garantindo o acesso rápido em tempo real ao conhecimento no cuidado ao paciente individual. As recomendações ainda se estendem aos gestores e tomadores de decisão do NHS. A estratégia australiana, *Health Online*, estimula a prática baseada na evidência e conta com bases especializadas em evidências com a finalidade de alcançar melhores resultados nos serviços de saúde, desta forma, facilitando o processo de tomada de decisão dos profissionais e gestores com redução de custos prezando a eficácia de intervenções e tratamentos. O *Canada Health Infoway* possui uma abordagem diferenciada das demais iniciativas por prezar a transferência de conhecimento, apresentado na revisão de literatura deste trabalho como uma ferramenta eficaz na disseminação de evidências em saúde, bem como considerável desenvolvimento na estratégia conhecida como telessaúde para apoiar a melhoria na qualidade dos atendimentos, além de promover a educação permanente dos profissionais que atuam no sistema de saúde.

Apesar da tradição da prática baseada em evidências ser pouco difundida no Brasil e da mesma ser vista com certo receio pelos profissionais de saúde, algumas estratégias vêm tomando forma nos últimos anos como maneira de estimular a sua difusão. Um dos exemplos que pode ser observado para a abertura da prática baseada na evidência no contexto nacional de saúde é o PES-SP em sua última versão (2016-2019) que possui uma diretriz que visa estimular o uso de evidências na gestão. O mesmo não ocorreu na versão anterior do documento (2012-2015). Outro exemplo é a menção que a PNCTIS (2008) faz ao estímulo das avaliações de tecnologias em saúde baseada em evidências científicas. O início dessa expansão para os profissionais da saúde pode ser observada através da criação do *Portal Saúde Baseada em Evidências* responsável por disponibilizar bases de dados de evidências para auxiliar a prática baseada em evidências. Embora, apenas fornecer acesso às bases de dados de evidência não seja suficiente no processo informacional, da busca por evidências até a sua aplicação e avaliação.

O documento da PNIIS em sua versão preliminar de 2004 fala das barreiras encontradas no desenvolvimento de diretrizes como as apresentadas na política em questão. Uma dessas barreiras é representada pelos conflitos de interesse com os serviços de tecnologia privados no fornecimento de softwares e outros produtos.

4.2 Resultados e discussão da Etapa 2: comentários do projeto *Evid@SP*

Conforme Bardin, a partir da leitura flutuante, da referenciação com recortes de texto e da codificação e agregação em categorias, foram identificadas as necessidades informacionais dos enfermeiros e médicos. Portanto o tema é constituído pelas necessidades informacionais e as categorias foram organizadas, inicialmente, da seguinte maneira:

1. Evidências auxiliam na prática;
2. Contexto nacional e realidade local de trabalho;
3. Falta de capacitação e atualização profissional;
4. Evidências estimulam buscar mais conhecimento;
5. Formato, confiabilidade e modo das evidência; e
6. Utilizariam a evidência.

Entretanto, com a realização de novas análises, as categorias passaram por reformulação e três delas foram integradas à outras categorias pré-existentes por representarem uma mesma temática. As categorias 1 e 6 foram integradas por se tratarem na aplicabilidade da evidência na prática profissional; as categorias 3 e 4 foram integradas por se tratarem da conscientização do profissional de que é necessário buscar atualização e conhecimento e as categorias 2 e 5 permaneceram as mesmas. Abaixo é possível visualizar a nova formulação das categorias:

1. Aplicação da evidência na prática;
2. Barreiras para o uso da evidência;
3. Consciência da necessidade de atualização;
4. Formato, confiabilidade e modo da evidência.

Na tabela abaixo (Tabela 1) pode-se observar que de um total de 285 comentários (173 de enfermeiros e 112 de médicos) emitidos, 180 foram excluídos por não representarem necessidades informacionais e em 3 ocorreram divergências entre as analistas. Como explicitado no método, na ocorrência de divergência o comentário foi excluído. Portanto, foram considerados nessa análise um total de 102 comentários.

Tabela 1. Relação de comentários analisados, excluídos, divergentes

Comentários	Número de comentários
Analisados	285
Excluídos	180
Divergentes	3
Categorizados	102

A seguir (Tabela 2) é apresentada uma tabela com as categorias e o número de comentários inseridos em cada uma delas (sem ordem de relevância) emitidos pelos enfermeiros e médicos. Também é possível observar o total de comentários emitidos por ambos os profissionais em cada categoria.

Tabela 2. Frequência e porcentagem de enfermeiros e médicos em cada categoria

Categoria	Enfermeiros		Médicos		Ambos	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Aplicação da evidência na prática	11	28,2%	22	34,9%	33	32,3%
Barreiras para o uso da evidência	8	20,5%	14	22,2%	22	21,5%
Consciência da necessidade de atualização	5	12,8%	1	1,5%	6	5,8%
Formato, confiabilidade, e modo das evidências	15	38,4%	26	41,2%	41	40,1%
Total	39	100%	63	100%	102	100%

Abaixo serão demonstradas as categorias temáticas, seus significados e os comentários dos médicos e enfermeiros que as exemplificam.

Categoria 1: Aplicação da evidência na prática

Nesta categoria, estão representados os profissionais que reconheceram a importância da aplicação das evidências na prática profissional diária e afirmaram que utilizariam as evidências recebidas por eles no projeto *Evid@SP* no atendimento ou manejo do paciente, para ensino de profissionais e discussão com colegas ou no aconselhamento de pacientes e familiares. Um total de 33 comentários emitidos pelos participantes se enquadram nesta categoria e podem ser observados pelos exemplos abaixo:

[Enfermeiro/comentário 10] “a evidencia especifica foi utilizada para informação a equipe de trabalho- profissionais da saúde.”

[Enfermeiro/comentário 50] “(...) assim conforme meus plantões continuarem vou utilizar estas informações.”

[Enfermeiro/comentário 135] “(...) será utilizado por mim nao apenas a um paciente, mas sim a diversos, pois a orientacao e atencao quanto ao problema do uso de alcool nocivo é extremamente necessária para o publico que atendo.”

[Enfermeiro/comentário 152] “(...) essa informação melhorará a abordagem, pois ainda há resistência na adesão.”

[Enfermeiro/comentário 165] “trabalho com urgencia emergencia. informações excelentes que vou compartilhar com outros funcionários.”

[Enfermeiro/comentário 172] “usarei em palestras os dados citados.”

[Enfermeiro/comentário 173] “usarei os dados em aulas de urgencia emergência.”

[Enfermeiro/comentário 174] “usaria com meus funcionários.”

[Médico/comentário 3] “A descrição das drogas cuja interação foi estudada seria de grande valia para a prática clínica diária.”

[Médico/comentário 44] “Esta informação auxiliará responder perguntas que eventualmente as mães fazem sobre o uso de escova elétrica por filhos adolescentes.”

[Médico/comentário 46] “estas informações auxiliam na argumentação com pais e demais membros fumantes das famílias que realizamos seguimento.”

[Médico/comentário 78] “Neste momento de falta de água as mães discutem com o pediatra os cuidados com a higiene dos filhos, e estas informações ajudam a ouvir e apoiar as famílias nas escolhas dentro de suas possibilidades.”

[Médico/comentário 94] “Esta informação faz com que estejamos mais atentos.”

Através dos dados acima levantados podemos observar que os profissionais alegaram que utilizariam as evidências recebidas por eles através do projeto em sua prática profissional na discussão com os colegas, no aconselhamento de pacientes e familiares, bem como no ensino de profissionais da saúde em formação.

Categoria 2: Barreiras para o uso da evidência

Esta categoria abrange os profissionais que não poderão utilizar as evidências recebidas por estas não se enquadrarem ao seu contexto de atuação, ou seja, aos recursos disponíveis em sua realidade de trabalho, a realidade no que se refere à cultura, economia, política de saúde no Brasil e ainda por conta da realidade social dos pacientes. Um total de vinte e dois (22) comentários explicitaram o problema em utilizar evidências científicas produzidas em outros países e, até mesmo, outras regiões do Brasil onde o contexto de realização da pesquisa destoe da realidade de atuação no qual estão inseridos. Essa questão pode ser ilustrada pelas falas a seguir:

[Enfermeiro/comentário 5] “A ausência de informação nutricional referente aos alimentos comercializados em restaurantes pode comprometer as escolhas dos indivíduos.”

[Enfermeiro/comentário 7] “A criação de uma vacina atrasou, de acordo com os especialistas, porque a dengue carrega o estigma de ser doença de países pobres. Atingindo

principalmente regiões tropicais, muito populosas e com saneamento e urbanização precárias, os investimentos em pesquisas de estratégias de combate demoraram a chegar.”

[Enfermeiro/comentário 15] “A informação é muito importante e nas consultas já é avaliado a saúde bucal das crianças. porém essa não é a realidade do Brasil. Não há profissionais para o atendimento básico, atendendo em tempo reduzido para suprir o máximo possível a demanda da unidade, e essa aplicação demanda tempo e organização. Na atualidade isso é inviável, sem aplicabilidade.”

[Enfermeiro/comentário 70] “esta é a realidade nos estados unidos, e aqui no brasil?.”

[Enfermeiro /comentário 103] “não disponho deste medicamento em minha unidade.”

[Médico/comentário 5] “A grande dificuldade é adequar a dieta mediterrânea à cultura e condições financeiras da população de baixa renda, principal segmento populacional que utiliza os serviços de APS do SUS.”

[Médico/comentário 11] “Acredito que uso de 6litros para limpeza pessoal seja muito pouco, ainda mais em um país tropical como o nosso. A contaminação pelas mãos é muito subestimada e valoriza se demais a fonte de consumo d’água.”

[Médico/comentário 12] “Acredito ser necessário outros estudos (mais evidências, inclusive estudos no Brasil) para poder orientar o paciente em relação a utilização de água de chuva, principalmente na realidade brasileira.”

[Médico/comentário 13] “Ainda não temos disponibilidade da vacina.”

[Médico/comentário 37] “Difícil conhecer a personalidade de um paciente com o padrão de tempo de consultas que se tem hoje no Brasil na maioria dos locais. Vive-se apagando fogo.”

[Médico/comentário 54] “Geralmente em hospitais de pequeno porte a limpeza de cavidade oral assistida é rara, e quando necessária é falha, geralmente não existe protocolos.”

[Médico/comentário 59] “Infelizmente, devido aos poucos recursos que temos na APS no Brasil, somente em sonho teremos uma medicação desse nível disponível para uso. E, mesmo que ela esteja disponível em centros especializados, a rede de referência e contra referência - pelo menos em Guarulhos, aonde moro e trabalho - deixa muito a desejar, tornando inviável o acesso de pacientes a especialistas em dor e, conseqüentemente, à cetamina.”

[Médico/comentário 80] “No SUS em BH não temos disponibilidade de fio de sutura com antimicrobiano. Por isso a informação não ter sido relevante aos meus pacientes.”

Os protocolos clínicos são vistos na literatura como importantes ferramentas para uma prática médica mais embasada cientificamente e segura. Através dos comentários foi possível identificar diversas barreiras na aplicabilidade das evidências internacionais ao contexto de trabalho, medicamentos, procedimentos ou instrumentos disponíveis. Também são apontadas

barreiras relacionadas ao perfil social dos pacientes e as condições econômicas e culturais brasileiras. Problemas com o uso de evidências internacionais foram atingidos desde o início da estratégia inglesa pelo estímulo da produção e do uso de evidências relevantes nacionais. Ainda de acordo com os profissionais de saúde, há falta de protocolos que auxiliem a prática diária apesar de ser uma diretriz da PNIS estimular sua produção, disseminação e acesso.

Categoria 3: Consciência da necessidade de atualização

Os participantes da pesquisa *Evid@SP* demonstraram estar conscientizados da necessidade de atualização profissional e busca por mais conhecimento. Alguns profissionais alegaram haver falta de capacitação profissional e, principalmente, atualização e treinamento para buscar e aplicação de informações de qualidade, bem como, que as evidências recebidas os estimularam a buscar mais conhecimento. Um total de 6 comentários perfizeram essa categoria. Abaixo, os comentários que articularam essa percepção.

[Enfermeiro/comentário 29] “Creio que também existe falta de conhecimento para detectar e assistir as usuárias, além da dificuldade de vínculo com elas. Ressalto que há necessidade de maior capacitação dos enfermeiros da atenção primária para atuarem no tratamento de usuários de álcool e de outras drogas.”

[Enfermeiro/comentário 112] “Definitivamente vou procurar estudar mais sobre este assunto.”

[Enfermeiro/comentário 119] “. É fundamental a conscientização de médicos e demais profissionais sobre as consequências reais dessa decisão, os desvios éticos quando condutas são tomadas sem que o foco seja exclusivamente a saúde do paciente e a necessidade de capacitação e atualização constantes para o manejo das diversas situações possíveis para o nascimento.”

[Enfermeiro/comentário 150] “Ler este resumo me leva a perceber que posso procurar mais sobre o assunto para ficar ainda mais segura ao falar sobre ele.”

[Enfermeiro /comentário 164] “Trabalhando em UTI vejo o problema de higiene oral, como algo que sempre me incomodou muito, sempre achei que precisávamos de um protocolo melhor elaborado, assim como uma supervisão também. Assim sendo, me motivei a realizar uma aula bem estruturada para ensinar a importância da higiene oral e conscientizar melhor a equipe.”

[Médico/comentário 108] “Tive vontade de saber mais após ler o resumo. Saber a incidência no Brasil, etc.”

Os médicos também relataram estar desatualizados ou presenciar situações em que os profissionais de saúde se mostraram incapacitados. Tanto nos planos de ação internacional

quanto nas versões da PNIIS, dos PES-SP e da PNCTIS o treinamento de recursos humanos, a capacitação e a educação continuada são abrangidas nas diretrizes, entretanto, como podemos observar nos comentários dos profissionais, ainda há muitas lacunas a serem consideradas. Os profissionais ainda falaram da importância de receber evidências – com linguagem acessível, compactas, didáticas e confiáveis – frequentemente e como elas podem impactar positivamente na prática profissional.

Categoria 4: Formato, confiabilidade, e modo das evidências

Com um total de 41 comentários, esta categoria representa os profissionais que disseram ser importante receber evidências de qualidade de forma compacta, didática e confiável, enquanto, outros afirmaram que as evidências continham lacunas, eram extensas ou pouco descritivas. Abaixo, está exemplificada esta categoria através dos comentários:

[Enfermeiro /comentário 56] “De forma sucinta informou basicamente que alcoolismo é sim uma doença e não um estilo de vida.”

[Enfermeiro /comentário 65] “é muito grande o texto.”

[Enfermeiro /comentário 75] “Excelente resumo, bem organizado e explicativo.”

[Enfermeiro /comentário 104] “Não entendi direito a quais eventos adversos o texto se refere.”

[Enfermeiro /comentário 130] “O resumo está muito vago, traz muita incerteza.”

[Médico/comentário 63] “Me parece haver problemas de tradução. Por exemplo, seriam "nozer" ou "nuts"? O que são óleos não Tropicais? No mais, me agradou o formato e a concisão.”

[Médico/comentário 72] “Não ficou claro no resumo porque os autores optaram pela metodologia qualitativa e como foi feita a análise dos resultados das entrevistas semi-estruturadas.”

[Médico/comentário 111] “Trata-se de um tipo de informação em linguagem acessível ao paciente, e que permite discutir o que pode ser introduzido no dia a dia do usuário do sistema de saúde, no meu caso, em pediatria.”

Alguns profissionais relataram que receber evidências estimulava a buscar mais informações sobre os assuntos abordados, fazendo com que eles ficassem mais informados e atualizados. Outros, apresentaram muita dificuldade em lidar com esse formato de informação (síntese de evidência), considerando-as muito compactas, vagas e/ou confusas. A possibilidade é que essa dificuldade se deve à falta de abordagem dessa temática na formação acadêmica desses profissionais.

Ainda, faz-se necessário fazer um paralelo entre os comentários dos médicos e dos enfermeiros. Os médicos tiveram maior propensão em criticar o formato das evidências, os métodos utilizados nas pesquisas de origem, propensão essa que pode acarretar implicações no momento da aplicação na prática. Esse fato pode ser interpretado como um forma rejeitar as evidências, perpetuando as práticas tradicionais. Às vezes, as evidências podem não ser as melhores em termos metodológicos – por esbarrar em questões éticas de pesquisa ou mesmo de recursos tecnológicos disponíveis – mas, elas representam o que se tem de mais avançado no momento. Desta forma, uma possível solução para esse problema de resistência seria estudar o perfil desses profissionais e escolher o instrumento mais adequado para disseminar evidências. Outra sugestão seria no lugar de fornecer a evidência juntamente com a pergunta como forma de resposta aos profissionais, enviar primeiro a pergunta, dar um intervalo para que ele possa pensar em uma resposta e depois enviar a evidência. Assim, haveria mais possibilidades de a evidência ser a resposta pensada pelo profissional e evitar maior resistência.

Os enfermeiros reconhecem ter mais consciência da necessidade de atualização e capacitação profissional e também falaram mais sobre os problemas estruturais, como a falta de recursos em seu contexto de trabalho. Tal como os médicos, podemos interpretar as questões levantadas pelos enfermeiros também como uma forma de resistência ao que é novo em termos de conhecimentos e práticas. É visível que os enfermeiros atribuem às suas condições de trabalho a impossibilidade de aplicar as evidências. Esses profissionais poderiam utilizar as evidências para demonstrar a necessidade de melhoria e solicitar novos recursos junto aos gestores de saúde.

Portanto, antes da questão “Como disseminar evidências para esses profissionais?” devemos nos perguntar “Como vencer as barreiras que impedem a consolidação da cultura da prática baseada em evidências?”. Em ambos os casos, a barreira na aplicação de evidências na prática pelos profissionais do estado de São Paulo é a resistência apresentada pelo próprio profissional da saúde, problema este que o acompanha desde a sua formação acadêmica.

4.3 Resultados e discussão da Etapa 3: comparação entre as etapas 1 e 2 com a revisão de literatura

Baseando-se em autores do campo CTS – como Bourdieu, Latour, Palácios, Merton, Parcey e Bazzo – procurou-se compreender como as novas tecnologias e práticas podem se apresentar como grande aliadas na atuação de profissionais de saúde, como as implicações das inovações científicas e tecnológicas, sua regulação por meio de ações políticas e seus impactos.

Desta forma, diante dos resultados apresentados acima, construiu-se uma relação de pontos que poderiam ser contemplados na agenda de uma política ou mesmo estratégia de seleção e disseminação de evidências em saúde. Levando em conta os exemplos internacionais abordados no presente trabalho, as diretrizes instituídas para o estímulo da prática baseada em evidências são apresentados como pontos básicos que fazem parte de planos de ação ou estratégias maiores. Essas estratégias ou planos de ação equivaleriam a PNIIS no Brasil. Abaixo segue a lista de recomendações provindas das análises documental e de conteúdo comparadas à revisão de literatura.

- Como constatado na análise documental desta pesquisa a terminologia empregada nas políticas públicas deve ser especificada, principalmente no que concerne aos termos: registro eletrônico de saúde, informação em saúde, evidência em saúde, informatização, sistemas de informação em saúde, bases de dados bibliográficos, bases de evidência em saúde, tipologia de evidências em saúde, bases de dados epidemiológicos;
- Incluir a menção das evidências em saúde na diretriz sobre produção e disseminação de informação em saúde na PNIIS para que fique clara quais são os pontos que as ações desejam atingir como podemos ver recorrentemente nas políticas inglesa (NATIONAL HEALTH SERVICE, 1998) e australiana (AUSTRALIA, 2001);
- Estimular a produção, seleção, síntese e disseminação, bem como o uso de evidências que possam ser adequadas ao contexto nacional ou de trabalho do profissional da saúde, conforme aborda Ricarte et al. (2015), a estratégia inglesa (NATIONAL HEALTH SERVICE, 1998) e Hansen (2014);
- Estimular a cultura da prática baseada em evidências nas esferas da produção de informação científica entre os profissionais e gestores de saúde, conforme abordado por Aarons (2004), Gudjonsdottir et al. (2017) e Mulimani (2017);
- Incluir a menção das evidências em saúde quando se referir ao acesso eletrônico da literatura especializada, bem como maximizar a utilização do *Portal Saúde Baseada em Evidências* através de divulgação e capacitação;
- Garantir a orientação, estimular a avaliação crítica da literatura e o treinamento de recursos humanos como aborda Pérez-Campos; Sánchez-García; Pancorbo-Hidalgo (2014), Hansen (2014), Thomas (2004) e Dols et al. (2016);

- Garantir recursos eletrônicos adequados para o acesso rápido às evidências no apoio à tomada de decisão e alcançar melhores resultados em saúde, abordado na revisão de literatura por Mulimani (2017) e pelas estratégias internacionais analisadas;
- Utilizar o conceito de Translação de Conhecimento no processo de educação continuada e atualização profissional (KNAPP; SIMON; SHARMA, 2015; LANG; JOHNSON, 2012);
- Desenvolver um mecanismo de disseminação de evidências aos profissionais de saúde através de ferramentas como a DSI e demais citadas na revisão de literatura (DUMBRELL; STEELE, 2013; KANDADAI et al., 2016; MACNAMARA; COLLINS, 2015; KNAPP; SIMON; SHARMA, 2015; LANG; JOHNSON, 2012) visando as principais necessidades informacionais e perfis dos profissionais de saúde.
- Promover a produção, disseminação e acesso a protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências de alto nível nas unidades de saúde, conforme afirmam LeBlanc e Abernethy (2013).

Considera-se as recomendações apresentadas acima como fundamentais para cobrir a agenda de uma política ou estratégia de seleção e disseminação de evidências em saúde.

5 CONCLUSÕES

Esta pesquisa objetivou explorar aspectos referentes à produção, seleção e disseminação de evidências em saúde no contexto nacional. Esse objetivo foi atingido através da análise da PNIIS e outras políticas e documentos que pudessem estar relacionados à mesma temática e linha de ação. Também foram analisados os comentários de enfermeiros e médicos provindos da pesquisa *Evid@SP*, através dos quais ficou aparente não somente quais são as principais necessidades informacionais desses profissionais da saúde, mas quais são as lacunas relacionadas aos recursos informacionais e tecnológicos presentes em seu contexto de prática. Outras áreas do conhecimento poderiam ser utilizadas para buscar mais respostas, como a psicologia, a educação, a informática e a saúde. Porém, os processos estudados foram apoiados pela revisão de literatura e pela abordagem CTS. Os resultados obtidos nas duas análises mencionadas acima foram comparadas com a revisão de literatura, com o objetivo de melhor embasar os pontos a serem citados como diretrizes de uma estratégia de produção, seleção e disseminação de evidências em saúde.

No decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, pôde-se confirmar a afirmação da PNCTIS, feita em 2008, sobre as lacunas na difusão de informações científicas e recursos tecnológicos no SUS e as poucas oportunidades de capacitação dos profissionais para lidar com as demandas relacionadas à Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, apesar dos esforços realizados por meio de políticas públicas e planos de saúde estaduais. Esses resultados reforçam a necessidade de fortalecer a prática baseada em evidências na prática profissional diária nas unidades de saúde brasileiras, seja ela em nível estadual ou nacional.

Diversas diretrizes foram identificadas como possíveis pontos de ação a serem contemplados em uma estratégia específica para a demanda das evidências em saúde ou mesmo em uma atualização da vigente política pública de informação em saúde nacional, a PNIIS, que vem se mostrando ainda pouco eficaz no que diz respeito ao processo de produção e disseminação de informação em saúde aos trabalhadores de todas as esferas do SUS.

Para que os subsídios observados e levantados neste trabalho tenham validade como estratégia de produção, seleção e disseminação de evidências em saúde, é necessário entender como ocorre processo de difusão de evidências sob a perspectiva da gestão da informação através de políticas públicas de saúde até a aplicação dessas evidências na prática clínica diária dos profissionais médicos e enfermeiros. Esse processo pode ser compreendido através da análise das políticas públicas que visam a difusão do conhecimento científico no campo da saúde para a identificação de conflitos de interesse na disseminação de informação em saúde; através do levantamento das temáticas das evidências em saúde mais disseminadas nas páginas institucionais de divulgação informacional dos órgãos responsáveis pela gestão em saúde brasileiras na web e em redes sociais e o mapeamento do comportamento informacional de médicos e enfermeiros inseridos na assistência à saúde. Esse será um dos objetivos de futuros trabalhos: buscar a validação dos subsídios levantados neste trabalho.

Embora apenas uma estratégia possua uma diretriz que visa estimular o uso de evidências e essa diretriz seja apenas na esfera da gestão, pode-se considerar um avanço para a prática baseada em evidências no campo da saúde e uma grande possibilidade dessa cultura se estender aos profissionais de saúde de médio a longo prazo. Portanto, para que a PBE se desenvolva no Brasil com as políticas, estratégias, ações e cenário longe do ideal que encontramos disponíveis hoje, será necessário muito diálogo entre profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e políticos. Para saber como este diálogo se daria, seria necessário estudos etnográficos, “pesquisa ação”, entre outros processos mais participativos de elaboração de ações voltadas para os profissionais de saúde, onde profissionais/pesquisadores inseridos na

esferas gerenciais do sistema de saúde tenha o real conhecimento das necessidades e da viabilidade de determinadas intervenções, suas implicações e custos.

Um futuro encaminhamento dos resultados apresentados – em formato de relatório, com apontamentos mais objetivos quanto aos resultados – são os Conselhos de Saúde, os tomadores de decisão em saúde e os participantes da pesquisa, pelo fato de profissionais de saúde terem contribuído com seus relatos sobre os problemas e necessidades, bem com a dificuldade de ter acesso e aplicar evidências confiáveis e de qualidade em sua prática diária. Tornar os resultados mais acessíveis a esse público-alvo seria uma contribuição exequível para que se possa alcançar – mesmo que timidamente – melhorias em certos setores da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. F. et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 302-316, mar., 2017.
- ALLEN, M. et al. The Classification of clinicians' information needs while using a clinical information system. **AMIA 2003 Annual Symposium Proceedings**, v. 2003.
- AMSTEL, F. V. **Otimizando o fluxo de informações nas empresas**. Webinsider. 01 nov. 2004. Disponível em: < <https://webinsider.com.br/2004/11/01/otimizando-o-fluxo-de-informacoes-nas-empresas/>>. Acesso em: 01 mar. 2016.
- ANDERMANN, A. et al. Evidence for Health II: Overcoming barriers to using evidence in policy and practice. **Health Research Policy and Systems**, v.14, n.1, p. 1-7, 2016.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n.60, p.63-76, 2017.
- AUSTRALIA, COMMONWEALTH OF. National Health Information Management Advisory Council. **Health Online: a health information action plan for Australia**. 2 ed. Canberra, 2001.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2015. p.138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps. 2011>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- BARBOSA, L.; PEREIRA NETO, A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 317-329, mar., 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAZZO et al. **Introdução aos estudos CTS**. Cadernos de Ibero-América, ed. OEI, n. 1, 2003. 172 p.
- BIRKLAND, T. A. Agenda setting in public policy. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy Analysis: theory, politics and methods**. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2007.
- BLYTHE, J; ROYLE, J. A. Assessing nurses' information needs in the work environment. **Bulletin of the Medical Library Association**, v. 81, n.4, p. 433-435, 1993.
- BORGES, M. E. N. O essencial para a gestão de serviços e produtos de informação. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v.5, n. 1, p. 115-128, 2007.
- BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ática, 1983.

BRAMAN, S. **Change of State: Information, Policy and Power**. Londres: MIT Press, 2009. 576 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de informação e informática em saúde: proposta versão 2.0** (inclui deliberações da 12^a. Conferência Nacional de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Informação e Informática do SUS, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2008. 44p.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Evidências científicas: informação para a gestão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1084–5, 2009.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. **Diretrizes para a definição da Política e Elaboração de Planos Municipais e Regionais de Saneamento Básico**. 2010. Brasília: Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. 2010. Disponível em: < http://web-resol.org/textos/diretrizes_para_elaboracao_do_planos_regionais_e_municipais_de_saneamento_basico.pdf >. Acesso em: 01 maio 2017.

_____. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – 2012-2015**. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e seu plano operativo**. Brasília: CONASS – Progestores, 2013. (Nota Técnica 44/2013).

_____. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Portaria nº589, de 20 de maio de 2015. **Diário Oficial**, n.96, 22 maio, 2015a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Rede de informação e conhecimento**. São Paulo: Secretaria de São Paulo. 2015b. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/acesso-rapido/rede-de-informacao-e-conhecimento>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

_____. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – 2016-2019**. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Saúde Baseada em Evidência**. 2016a. Disponível em: <http://www.psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101>. Acesso em: 17 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de informação e informática em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, 2016b.

CANADA HEALTH INFOWAY. **Infoway's 2003/04 Business Plan**. Montreal, 2003.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **About us - Knowledge Translation, definition**. 2016. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>>. Acesso em: 24 maio 2017.

CASE, D. O. **Looking for information: a survey of research on information seeking, needs and behavior**. Bingley: Emerald Group Publishing, 2012. 491p.

CARVALHO, H. M. **Introdução à teoria do planejamento**. 2. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1978.

CASTRO, A. A. Avaliação da qualidade da informação. In: _____. **Fiat lux**. Maceió: UNCISAL, 2006. cap. 4. Disponível online em: <<http://www.metodologia.org/livro/>>. Acesso em: 12 abr. 2007.

CAVALCANTE, R. B. et al. Direito a informação em saúde no Brasil: em busca da legitimação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 1, p. 1004-1018, 2014.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Contexto atual da construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB), 14, 2013. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CLARK, O.; CLARK, L. Medicina baseada em evidências: elemento fundamental para a tomada de decisão médica. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Uro-oncologia baseada em evidências**. São Paulo, 2001. p. 5-11.

COCHRAN, C. E. et al. Public policy: an introduction. In: _____. **American Public Policy: an introduction**. Boston: Wadsworth Cengage Learning, 2009. p. 1-19.

COOK, D. J. et al. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agentes. **Chest**, v.108, n.4, p.227s-230s, 1995.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, M. B.; EIRÃO, T. G. A atualidade e utilidade da disseminação seletiva da informação e da tecnologia RSS. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 17, n. 33, p. 59-78, 2012.

DERR, R. L. A conceptual analysis of information need. **Information Processing and Management**, v. 19, n. 5, p. 273-278, 1983.

DOLS, J. D. et al. A unique approach to dissemination of evidence-based protocols. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 32, n. 1, p. 53-54, 2016.

DUMBRELL, D.; STEELE, R. The changing nature of health information dissemination through the role of social media. **Applied Mechanics and Materials**, v. 411-414, n. 2013, p. 110-114, 2013.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. **Relatório sobre a “Carta dos direitos dos utentes”**. Porto, 2011. Disponível em:

<https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/209/Relatorio_Carta_Direitos_Utentes.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ERAUT, M. Practice-based evidence. IN: THOMAS, G.; PRING, R. **Evidence-Based Practice in Education**. New York: Open University Press, 2004. p.91-101.

ESPANHA, R. **Informação e Saúde**. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, 2013. 79 p.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORK CLUSTER. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, nov. 4, v. 269, n. 17, p. 2420-5,1992.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

FERREIRA S. M. G. Sistemas de informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. **Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde**. NESCON/FM/UFMG, 1999.

FERREIRA, E. G. A.; SANTOS, E. S.; MACHADO, M. N. Políticas de informação no Brasil: a lei de acesso à informação em foco. **Múltiplos Olhares em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v.2, n.1, 2012.

FRANÇA, L. D. **O comportamento informacional dos profissionais médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) – Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação. Universidade Federal de Minas, 2002.

FRITZ et al. Improving the dissemination of evidence-based treatments: facilitators and barriers to participating in case consultation. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 44, n.4, 225-230, 2013.

GALDINO, J. S. **Análise e avaliação do serviço de disseminação seletiva da informação da biblioteca da Faculdade de Tecnologia do SENAI de Desenvolvimento Gerencial de Goiânia**. 2008. 46 F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) – Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2008.

GALVAO, M. C. B. **Informação clínica: do prontuário do paciente às bases de dados de evidências**. 23 de agosto de 2012. In: Almeida Junior, O.F. Infohome [Internet]. Londrina: OFAJ, 2012. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=701>. Acesso em: 12 maio 2017.

GALVAO, M. C. B. et al. **Projeto Evid@SP: avaliando as evidências em saúde com foco na prática clínica**. 27 de novembro de 2014. In: Almeida Junior, O.F. Infohome [Internet]. Londrina: OFAJ, 2014. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=873>. Acesso em: 31 out. 2016.

GALVAO, M. C. B. et al. Seleção, síntese e disseminação de evidências para profissionais de saúde por meio de correio eletrônico. In: XII Jornadas da Associação Portuguesa de Documentação e Informação em Saúde, 2016, Coimbra. **Anais...** Lisboa: APDIS, 2016. p. 102:1-13.

GOMEZ DE LA CAMARA, A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión em los resultados em salud. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v.25, n.3, p.11-26, 2002.

GUYATT, G. et al. **Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice**. 2º ed. New York: McGraw Hill; 2008. 836p.

HANSEN, H. F. Organisation of evidence-based knowledge production: Evidence hierarchies and evidence typologies. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 42, n. 13 suppl, p. 11-17, 2014.

HARDI, A; FOWLER, S. Evidence-based medicine and systematic review services at Becker Medical Library. **Missouri Medicine**, v.111, n.5, p.416-418, 2014.

HEALTH SCIENCES LIBRARY. **Clinical Data**. University of Washington, University Libraries, Health Sciences Library. 2017. Disponível em: <<http://guides.lib.uw.edu/c.php?g=99209&p=642709#12207216>>. Acesso em: 12 maio 2017.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems**. DonnMills: Oxford University Press, 2003.

JACOBS, J. A. et al. Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. **Preventing chronic disease**, v.9, n.1, p.1-9, 2012.

JANN, W.; WEGRICH K. Theories of the Policy Cycle. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy Analysis: theory, politics and methods**. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2007.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil e América Latina: apontamentos conceituais, considerações metodológicas e reflexões sobre as práticas**. Estudo Técnico n.º 7/2013. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação & Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2013. 56p.

JARDIM, M. J.; SILVA, S. C. A.; NHARREGULA, R. S. Análise de políticas públicas: uma abordagem em direção às políticas públicas de informação. **Perspectivas da Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v.14, n. 1, p. 2-22, 2009.

KANDADAI, V. et al. Measuring health information dissemination and identifying target interest communities on Twitter: methods development and case study of the @SafetyMD network. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 2, e50, 2016.

KNAPP, J. F.; SIMON, S. D.; SHARMA, V. Does active dissemination of evidence result in faster knowledge transfer than passive diffusion? An analysis of trends of the management of

pediatric asthma and croup in US Emergency Departments from 1995 to 2009. **Pediatric Emergency Care**, v. 31, n. 3, p. 190-196, 2015.

KELLY, T. F.; BRANDON, D. Development of an observational tool to measure nurses' information needs. **NI2012: 11th International Congress on Nursing Informatics**, Montreal, 2012.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. New York: Longman, 1995. 254p.

KOSTAGIOLAS, P. et al. Information seeking behaviour of parents of paediatric patients for clinical decision making: the central role of information literacy in a participatory setting. **Information Research**, v. 18, n. 3, 2013.

LANG, E.; JOHNSON, D. How does "knowledge translation" affect my clinical practice? **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 14, n.3, p. 182-186, 2012.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2011. 422 p.

LEBLANC, T. W.; ABERNETHY, A. P. Defining Quality, Disseminating Evidence, and Enforcing Guidelines for Cancer Treatment. **Virtual Mentor**, v.15, n. 8, p. 713-717, 2013.

LECKIE, G. J.; PETTIGREW, K. E.; SYLVAIN, C. Modeling the information seeking of professional: a general model derived from research on engineers, health care professionals and lawyers. **Library Quarterly**, v. 66, n. 2, p. 161-193, 1996.

LIEBHERZ, S. et al. Information and decision-making needs among people with affective disorders – results of an online survey. **Patient Preference and Adherence**, Auckland, v. 4, n. 9, p. 627-638, 2015.

LUCAS, E. R. O; SOUZA, N. A. Disseminação seletiva da informação em bibliotecas universitárias sob o prisma do customer relationship management. **Informação & Informação**, Londrina, v.12, n. 1, 2007.

LYNCH, M. Ethnomethodology and the logic of practice. In: SCHATZKI, T. R.; CETINA, K. K.; SAVIGNY, E. V. **The practice turn in contemporary theory**. London: Routledge, 2001, p. 131-148.

MCKIBBON, A. Evidence-based practice. **Bulletin of Medical Library Association**, Chicago, v. 86, n. 3, p. 396-401, 1998. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=226388&blobtype=pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

MACNAMARA, A.; COLLINS, D. Twitterati and Paperati: evidence versus popular opinion in science communication. **British Journal of Sports Medicine**, v. 49, n.19, p.1227-1229, 2015.

MARQUES, R. M. **Política de Informação Nacional e Assimetria de Informação no Setor de Telecomunicações Brasileiro**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da

Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MATTOS R. A.; BAPTISTA T. W. F. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2015. p.138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps. 2011>. Acesso em: 15 fev. 2016.

MENY, Y.; THOENIG, J. C. **Politique publiques**. Paris: Presses universitaires de France, 1989. 391p.

MERTON, R. K. **The sociology of science: theoretical and empirical investigations**. Chicago: University of Chicago Press, 1979. 605 p.

MIRANDA, S. V.; TARAPANOFF, K. Information needs and information competencies: a case study of the off-site supervision of financial institutions in Brazil. **Information Research**, Lund, n. 13, v. 2, 2008.

MORAES, I. H. S., VASCONCELLOS, M. M. Política nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.69, p.86-98, 2005.

MORENO, A. B.; COELI, C. M.; MUNCK, S. **Informação em saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html> >. Acesso em: 20 ago. 2015.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Information for Health: An Information Strategy for the Modern NHS 1998-2005**. West Yorkshire: NHS Executive, 1998.

NOBRE, M. R. et al. A prática clínica baseada em evidências: parte III avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 221-228, 2004.

NOCETTI, M. A. **Disseminação seletiva da informação: teoria e prática**. Brasília: ABDF, 1980. 60 p.

NORONHA, I. M. H.; GOMES, S. L. R. As políticas públicas de informação e o acesso livre à informação científica em saúde sobre as doenças negligenciadas: um estudo exploratório. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB), 12, 2011. Brasília. **Anais...** Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n.3, p.113-117, 2015.

OLIVEIRA, D. A. L. **Práticas clínicas baseadas em evidências**. Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS, UNIFESP. 2010.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of evidence**. Oxford: CEBM, 2011. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> Acesso em: 01 jun. 2012.

PALACIOS, E. M. G. et al. **Ciencia, Tecnología y Sociedad: una aproximación conceptual**. OEI, Cuadernos de Iberoamérica, Madrid, 2001.

PARCEY, A. **The culture of technology**. MIT Press, 1983. 210p.

PUUSTJÄRVI, J.; PUUSTJÄRVI, L. Selective dissemination of clinical guidelines in healthcare communities. In: IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management, 2016. Bali. **Anais...** p. 706-720, 2015.

RABAN, M. Z.; DANDONA, R.; DANDONA, L. Essential health information available for India in the public domain on the internet. **BMC Public Health**, Londres, v. 9, n. 208, 2009.

RICARTE, I. L. M. et al. **Impacto das informações disponibilizadas no portal Saúde Baseada em Evidências na prática clínica dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo**. Limeira; Ribeirão Preto; Montreal: UNICAMP; USP, MCGILL, 2015. 51 p. [Relatório Técnico]

ROWLANDS, I.; EISENSCHITZ, T.; BAWDEN, D. Frame analysis as a tool for understanding information policy. **Journal of Information Science**, v. 28, n.1, p. 31–38, 2002.

ROTH DEUBEL, A. N. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. Bogotá: Ediciones Aurora, 2006. 232p.

RUA, M. G. **Para Aprender Políticas Públicas**. Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.

SACKETT, D. L. et al. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

SAVI, G. M.; SILVA, E. L. O Uso da informação na prática clínica na perspectiva da medicina baseada em evidências. **Informação e Sociedade: Estudo**, João Pessoa, v. 20, n. 2, p. 37-50, maio/ago. 2010.

SEBRAE. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. 48 p.

SENADO FEDERAL. **CPMF**. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em 03 fev. 2018.

SHEN, J. et al. Visualization studies on evidence-based medicine domain knowledge (series 1): mapping of evidence-based medicine research subjects. **Chinese Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 11, n. 6, p. 613-621, 2011.

SILVA, R. E.; SANTOS, P. L.; FERNEDA, E. Modelos de recuperação de informação e Web Semântica: a questão da relevância. **Informação & Informação**, Londrina, v. 18, n.3, p.27-44, 2013.

- SOUTO, L. F. Disseminação seletiva da informação na área da saúde: o caso do web site Amedeo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, p. 4-13, 2006.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
- STRAUS, E. S.; TETROE, J. M.; GRAHAM, I. D. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.64, n. 1, p.6-10, 2011.
- TARGINO, M. G. Informação em saúde: potencialidades e limitações. **Informação & Informação**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52-81, 2009.
- THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p.1168-1173, 2008.
- THOENIG, J. C. Politiques publiques et cycles de vie: le bébé et l'eau du bain. **Politiques et Management Public**, Paris, v. 26, n. 3, 2008.
- THOMAS, G. Introduction: evidence and practice. In: THOMAS, G.; PRING, R. **Evidence-Based Practice in Education**. New York: Open University Press, 2004, p. 1-18.
- TORRE, T. L. V. **Comprensión**. Dicionario Crítico de Ciencias Sociales, Madrid, 2009. Disponível em:
<<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/compression.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- VOGT, C. **A espiral da cultura científica**. ComCiência, n.45, jul. 2003. Disponível em:
<<http://www.comciencia.br/reportagens/cultura/cultura01.shtml>>. Acesso em: 23 jun. 2017.
- WEIJTS, W. et al. Patients' information seeking actions and physician' responses in gynecological consultations. **Qualitative Health Research**, v. 3, n. 4, p. 398-429, 1993.
- WILSON, T. D. On user studies and information needs. **Journal of Documentation**, v. 31, n. 1, p. 3-15, 1981.
- WOOLGAR, S. Reflexivity is the ethnographer of the text. In: WOOLGAR, S. (ed.). **Knowledge and reflexivity: new frontiers in the sociology of knowledge**. London: Sage Publications, 1988, p.14-34.

GLOSSÁRIO

Educação continuada em saúde. É um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde, buscando proporcionar ao indivíduo a aquisição de novos conhecimentos, atingindo sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social⁸.

Estudos CTS. Campo de trabalho de caráter crítico e interdisciplinar, onde se estuda a dimensão social da ciência e da tecnologia, tanto no que diz respeito aos seus antecedentes sociais como no que corresponde a suas consequências sociais e ambientais⁹. Uma diversidade de orientações acadêmicas, como a sociologia do conhecimento científico ou a história da tecnologia, e de âmbitos de reflexão e de propostas de mudança institucional, como a ética engenheril ou os estudos de avaliação de tecnologias, convergem neste heterogêneo campo de trabalho⁹.

Indicadores epidemiológicos. Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde¹⁰. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde¹⁰. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer¹⁰.

Inovação. Introdução de uma técnica, produto ou processo no âmbito produtivo, seguido frequentemente de um processo de difusão⁹. Duas características da inovação são a novidade e o benefício gerado⁹. Existem três tipos: inovação de produtos; inovação de processo (método de produção); inovação organizativa. As inovações podem ser incrementais, quando são menores, contínuas e acumulativas; ou maiores ou radicais, que resultam em novas tecnologias que são origem a novos produtos, processos ou serviços⁹.

Interoperabilidade em saúde. Permite “o compartilhamento de dados em saúde, além da cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na

⁸ SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p.362-6, 2009.
Bezerra AL. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.

⁹ BAZZO et al. **Introdução aos estudos CTS**. Cadernos de Ibero-América, ed. OEI, n. 1, 2003. 172 p.

¹⁰ BRASIL. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Intergerencial de Informação para a Saúde - Ripsa, 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, em meio seguro e com respeito ao direito de privacidade”¹¹.

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Objetiva estabelecer claramente os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento das doenças, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis reações adversas, também visa criar mecanismos para a conscientização do uso racional de medicamentos¹².

Recurso informacional. “O termo recurso informacional refere-se a informação objetivada no contexto de um campo do conhecimento podendo ser apresentado em uma estrutura analógica e/ou digital, com valor informacional que caracteriza a sua concepção intelectual expressa na corporificação de manifestações estruturadas na forma de itens. O recurso informacional também é nominado de: ‘item informacional’, ‘informação registrada’, ‘coisa física, ou uma coisa não-física’ e ‘artefato’”¹³.

Subsídio. Informação importante para que um assunto seja entendido; que pode ser utilizado numa análise ou estudo; dados ou informações¹⁴.

Tecnologias em saúde. Medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população¹⁵.

Telessaúde. A telessaúde é o uso das modernas tecnologias da informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário)¹⁶.

¹¹ DATASUS. **Interoperabilidade.** DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 2018. Acesso em: 20 jan. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/interoperabilidade>>.

¹² GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.** Governo do estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, 2018. Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em 22 jan. 2018.

¹³ SANTOS, P. L. V. A. C.; SIMIONATO, A. C.; ARAKAKI, F. A. Definição de metadados para recursos informacionais: apresentação da metodologia beam. **Informação & Informação**, v. 19, n. 1, p. 146-163, 2014.

¹⁴ DICIO. **Significado de subsídio.** Dicionário online de português, 2018. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/subsidio/>>. Acesso em 26 jan. 2018.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde/ Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.