



# Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira,<sup>1</sup> Andressa de Lucca Bento,<sup>2</sup> Gabriel Valdes,<sup>2</sup> Saú Tavares Pereira de Oliveira,<sup>2</sup> Albert Schiaveto de Souza<sup>1</sup> e Jorge Otávio Maia Barreto<sup>3</sup>

## Como citar

Oliveira SMVL, Bento AL, Valdes G, Oliveira STP, Souza AS, Barreto JOM. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.165>

## RESUMO

**Objetivo.** Avaliar capacidades, arranjos organizativos e barreiras à implementação dos Núcleos de Evidências (NEVs) da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) no Brasil.

**Métodos.** Realizou-se um estudo exploratório de casos múltiplos, descritivo-analítico, com abordagem mista. Os coordenadores dos NEVs em atividade no país responderam um instrumento com três partes: caracterização do respondente, avaliação da capacidade de “adquirir, avaliar, adaptar e aplicar” evidências (4A) e questões abertas abordando arranjos organizativos e barreiras à implementação dos NEVs.

**Resultados.** Participaram da pesquisa 15 NEVs, concentrados no Centro-Oeste; 73,3% estavam sediados em universidades e 20% em secretarias estaduais/municipais ou no Ministério da Saúde. Dos coordenadores participantes, 100% possuíam pós-graduação *lato e/ou strictu sensu* e 80% referiram experiência de 1 a 5 anos em políticas informadas por evidências (PIE) e proficiência em inglês. Nenhum coordenador atuava exclusivamente no NEV. As equipes incluíam profissionais de saúde, estudantes (graduação/pós-graduação), docentes de universidades e servidores efetivos em secretarias de saúde. Foram identificadas alta capacidade para “adquirir” e “avaliar” e baixa capacidade para “adaptar” e “aplicar” evidências. Quanto a atividades e produtos, prevaleceu a média de três por ano, com destaque para produtos de tradução do conhecimento (sínteses de evidência e diálogos deliberativos) e capacitação para profissionais de saúde, gestores e alunos de graduação/pós-graduação. Cinco categorias de barreiras foram descritas: 1) financiamento, 2) integração da rede, 3) institucionalização das demandas, 4) capacidade de adaptação e 5) habilidades de comunicação de pesquisa para recomendar ações no nível local.

**Conclusões.** Existem recursos humanos capacitados, vinculados a instituições de pesquisa e ensino, para apoiar as PIE. No entanto, a sustentabilidade dos NEVs depende de ações coordenadas para garantir a capacidade de adaptar e aplicar evidências.

## Palavras-chave

Tradução do conhecimento; políticas informadas por evidências; institucionalização; formulação de políticas; Brasil.

O uso de evidências científicas na formulação e implementação de políticas possibilita uma tomada de decisão bem informada, aumenta as oportunidades para o uso eficiente de recursos escassos e reduz incertezas acerca da implementação de diferentes opções para abordar problemas relevantes para as políticas de saúde. Mesmo assim, em todo o mundo, os

sistemas de saúde têm dificuldade de usar evidências de forma efetiva na tomada de decisão (1, 2).

As evidências têm influência positiva sobre o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas, podendo fortalecer os sistemas de saúde e aumentar a eficiência, a efetividade e a prestação de contas (*accountability*), com benefícios

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande (MS), Brasil. ✉ Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, [sandra.leone@ufms.br](mailto:sandra.leone@ufms.br)

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília (DF), Brasil.



para a população em países de alta, média e baixa renda (2–5). Para reduzir o distanciamento entre pesquisadores e tomadores de decisão, é preciso estabelecer um intercâmbio sustentado entre produtores e usuários do conhecimento científico, conhecido como tradução do conhecimento (1, 2). A tradução do conhecimento conecta processos de pesquisa e política (6) e favorece o desenvolvimento de um processo dinâmico e iterativo de síntese, assim como a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento (6).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2015, que suas recomendações eram produzidas sem a utilização de evidências científicas de forma sistemática e transparente. Essa constatação foi um passo importante para favorecer um clima internacional que buscasse fortalecer a integração entre pesquisa e política, levando à institucionalização do conceito de políticas informadas por evidências (PIE) e à criação de plataformas de tradução do conhecimento (3-5). A implementação de uma rede com abrangência global, denominada “Rede de Políticas Informadas por Evidências” [em inglês, *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet)], vem produzindo resultados positivos em todo o mundo, sendo considerada um sucesso no desenvolvimento e na implementação de PIE (6-9).

No Brasil, a EVIPNet iniciou em 2007 e foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 2009, integrada por Grupos de Trabalho (GT) localizados em estruturas denominadas Núcleos de Evidências em Saúde (NEv). Essa configuração foi adotada para garantir a institucionalidade dos processos de implementação dos grupos em nível local (10, 11). O primeiro NEv foi implantado em 2010, no município de Piripiri, estado do Piauí, como uma experiência local com o objetivo de apoiar a melhoria de resultados em saúde (10, 11). A partir dessa experiência, a EVIPNet Brasil ampliou a implementação dos NEvs, a fim de favorecer a disseminação das PIE no país. Até agora, as atividades da EVIPNet Brasil envolveram o suporte à expansão da rede, a capacitação de recursos humanos, a produção de sínteses de evidências e a organização de diálogos deliberativos, também conhecidos como diálogos de política (10, 11).

Asustentabilidade da rede depende do alinhamento de elementos organizacionais para apoiar as atividades críticas associadas à estratégia. Assim, podem ser consideradas como prioritárias para a sustentabilidade da EVIPNet as áreas de liderança e composição da equipe de coordenação, a definição dos arranjos de governança, financiamento, comunicação e o monitoramento permanentes, com vistas a uma melhor implementação (7, 12).

Após 12 anos de criação da EVIPNet Brasil, ainda há uma lacuna de conhecimento sistematizado sobre as características organizacionais dos NEvs e suas capacidades para adquirir, adaptar, avaliar e aplicar evidências científicas. Essas capacidades estão intrinsecamente relacionadas aos processos institucionais para adoção e implementação das PIE (10, 13).

Considerando esses elementos, este estudo teve como objetivo avaliar os avanços na institucionalização das PIE no âmbito da EVIPNet Brasil a partir do mapeamento das capacidades institucionais dos NEvs para adquirir, avaliar, adaptar e aplicar evidências, bem como pela identificação dos arranjos organizativos dos NEvs e das barreiras para sua atuação.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo descritivo-analítico, de caráter exploratório, abordou múltiplos casos e foi realizado de abril a novembro de 2019.

A amostra incluiu os NEvs da EVIPNet Brasil, considerando informações fornecidas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde. Os respondentes foram os coordenadores dos NEvs, que confirmaram previamente que o respectivo núcleo estava em atividade. A amostra final totalizou 15 respondentes.

A coleta de dados foi feita através de um questionário *on-line*, com três partes. A primeira parte consistiu em seis perguntas para caracterização do perfil dos respondentes; a segunda incluiu 40 questões, distribuídas em quatro seções, relacionadas às capacidades institucionais das organizações no âmbito de sistemas e políticas de saúde para “adquirir”, “avaliar”, “adaptar” e “aplicar” evidências (questões 4A), com respostas do tipo escala de Likert ascendente (1 a 5). Essas questões são uma tradução oficial do questionário autoavaliativo *Is research working for you?* (14), que integra estudo de validação transcultural da “Ferramenta 4A de Autoavaliação e Guia de discussão para a gestão de serviços de saúde e organizações formuladoras de políticas para o cenário brasileiro” (Eliane Maria Medeiros Leal Garibaldi e Dantas Gurgel Junior, Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, dados não publicados). Um pré-teste do questionário foi realizado com dois respondentes com experiência igual ou superior a 2 anos de atuação em um NEv, visando a identificar inconsistências relevantes para a aplicação na amostra completa. Não foi verificado nenhum aspecto relevante relacionado à falta de consistência das questões nessa etapa de pré-teste. A terceira parte versou sobre arranjos organizativos dos NEvs (governança, financeiro, arranjos de prestação de serviços e de implementação), com 22 questões abertas, adaptadas de Habby et al. (15), com tradução livre.

A análise foi feita a partir da leitura das respostas, com síntese interpretativa dos dados. Os dados quantitativos foram analisados e sistematizados da seguinte forma: 1) dados sobre o perfil dos participantes – agregados em frequência simples e apresentados em tabela; 2) respostas às questões 4A – cálculo da mediana para predição de tendência central e sistematização em *box plot* utilizando o programa STATA, versão 13.1. A consistência interna e a confiabilidade das respostas foram verificadas através do coeficiente alfa de Cronbach (16). Os dados de correlação e comparação foram obtidos com o *software* SPSS, versão 22.0, cruzando as variáveis do questionário 4A com as variáveis “tempo de criação”, “número de profissionais exclusivos” e “formação do coordenador do NEv”. Os dados qualitativos foram analisados, sistematizados e apresentados em um quadro de síntese, considerando as categorias previamente estabelecidas dos arranjos organizativos de interesse para este estudo, incluindo aspectos de governança, financiamento, prestação de serviços e implementação.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília, parecer 3 507 043) e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS, parecer 3 004 339). Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

No total, 15 coordenadores de NEvs ativos participaram deste estudo. Todos os participantes apontaram que o grupo havia optado pela denominação “Núcleo de Evidências” e todos constavam na lista previamente fornecida pelo Ministério

da Saúde. A caracterização dos participantes está detalhada na tabela 1. Observou-se que, entre os respondentes, 80% referiram experiência em PIE de 1 a 5 anos, 100% possuíam pós-graduação *lato e/ou strictu sensu* e 80% referiram proficiência em inglês. Os coordenadores não referiram exclusividade de atuação no NEV. As equipes atuantes incluíam profissionais de saúde, estudantes de graduação e pós-graduação, docentes de universidades e servidores efetivos em secretarias de saúde.

Quanto às atividades e aos produtos dos NEVs, prevaleceu a média de três por ano, com destaque para produtos de tradução do conhecimento, em especial sínteses de evidência e diálogos deliberativos sobre problemas regionais e locais. A formação de recursos humanos com foco em PIE e no uso de evidências

(capacitação para profissionais de saúde, gestores e alunos de graduação e pós-graduação) também foi referida de forma relevante pelos respondentes.

Quanto à distribuição geográfica, observou-se a concentração dos NEVs no Centro-Oeste do Brasil. Quanto à localização institucional, 73,3% estavam sediados em universidades e 20% em secretarias estaduais e municipais ou no Ministério da Saúde. Os resultados relativos aos arranjos organizativos estão apresentados na tabela 2. Vale notar que a agenda de prestação de serviços foi caracterizada como sendo “por demanda” em todos os NEVs, estando inativa (ou seja, sem produtos ou com produtos em desenvolvimento) em dois NEVs.

Os arranjos organizativos dos NEVs se assemelham em todo o Brasil em relação a governança, financiamento, prestação de serviços e implementação (barreiras e facilitadores), diferenciando-se, especialmente, pelo processo de formalização nas respectivas sedes e pela atuação de lideranças para sua estruturação. As barreiras de implementação descritas pelos respondentes referiram cinco categorias centrais: 1) financiamento, 2) integração da rede, 3) institucionalização das demandas e 4) capacidade de adaptação/5) habilidades de comunicação de pesquisa para recomendar ações no nível local. Os excertos a seguir exemplificam a presença das categorias de barreiras identificadas neste estudo.

No que se refere ao financiamento, foi apontada “instabilidade de recursos humanos e alta rotatividade de profissionais capacitados (incerteza do financiamento de bolsas para alunos de pós-graduação e graduação)”. Houve destaque para a insuficiência de financiamento para o desenvolvimento de produtos de tradução de conhecimento e a inexistência de financiamento para garantir o acesso a bases de dados pagas (por exemplo, bases de dados internacionais de literatura biomédica), além da indisponibilidade de recursos e de treinamento para a equipe do NEV.

No que se refere à integração da rede, relatou-se “ausência de eventos nacionais que discutam aspectos metodológicos e que possam contribuir para o fortalecimento dos NEVs, além do baixo nível de compartilhamento de atividades entre pesquisadores e gestores”. Em relação à institucionalização das demandas de produção, foi referida “baixa demanda de produtos por gestores; falta de envolvimento, interesse e conhecimento de gestores; e ausência de diagnóstico, suporte e monitoramento para desenvolvimento e implementação de produtos, além da influência de interesses políticos e econômicos”.

Quanto à capacidade de adaptação dos produtos e às habilidades de comunicação com gestores, foram apontadas dificuldades no “empacotamento” das respostas, no *design* das sínteses e respostas rápidas, na automação de métodos para o empacotamento e dificuldades relacionadas à baixa inovação para processos de disseminação de mensagem aos gestores ou políticos e à ausência de plataforma para repositório dos diferentes produtos. Os pesquisadores relataram ainda dificuldades de publicação dos produtos nos meios científicos.

Foram descritos como facilitadores da implementação a articulação com a Rede EVIPNet Brasil, a interação com alunos de universidades, a presença de lideranças nacionais de institutos de pesquisas e lideranças locais, a existência de equipes qualificadas e engajadas e a transparência na formulação e

**TABELA 1. Caracterização dos coordenadores dos Núcleos de Evidência em Saúde, Rede EVIPnet Brasil, 2019**

Características <sup>a</sup>	% (n)
<b>Sexo</b>	
Feminino	73,3 (11)
Masculino	26,7 (4)
<b>Faixa etária (anos)</b>	
< 41	26,7 (4)
41 a 50	33,3 (5)
≥ 51	40,0 (6)
<b>Tempo de atuação no NEV (anos)</b>	
< 1	6,7 (1)
1 a 5	80,0 (12)
6 a 10	13,3 (2)
<b>Nível educacional</b>	
Especialização	6,7 (1)
Mestrado	20,0 (3)
Doutorado	20,0 (3)
Pós-doutorado	53,3 (8)
<b>Proficiência em leitura de língua estrangeiras</b>	
Inglês	80,0 (12)
Espanhol	73,3 (11)
<b>Atividades dos coordenadores</b>	
Produtos de tradução do conhecimento	93,3 (14)
Ensino na graduação e/ou pós-graduação relacionado a PIE	73,3 (11)
Interlocução com gestores em instituições	73,3 (11)
Gestão de equipes e projetos	60,0 (9)
Demandas administrativas e operacionais	60,0 (9)
Atividades não relacionadas ao NEV/GT	60,0 (9)
Aulas, palestras e cursos fora da instituição	6,7 (1)
Oficinas da ferramenta SUPPORT	6,7 (9)
<b>Local de sede dos NEV</b>	
Sediados em universidades	60,0 (9)
Sediados no Ministério, secretarias estaduais e municipais	20,0 (3)
Unificado entre universidade e secretaria da saúde	13,3 (2)
Outros locais	6,7 (1)
<b>Região do Brasil</b>	
Centro-Oeste	40,0 (6)
Sudeste	33,3 (5)
Nordeste	26,7 (4)

<sup>a</sup> NEV: Núcleo de Evidência; GT: Grupo de Trabalho; PIE: Políticas Informadas por Evidências.

**TABELA 2. Arranjos de governança, prestação de serviços e arranjos financeiros descritos pelos coordenadores dos Núcleos de Evidência, EVIPNet Brasil, 2019**

NEv <sup>a</sup>	Como se dá a governança?	Qual a equipe envolvida?	Para quem o serviço é fornecido?	Quem financia o serviço?
1	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Profissionais de saúde, docentes, pós-graduandos e alunos de graduação	Demanda interna <sup>b</sup> e Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria municipal e universidade
2	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Profissionais de saúde contratados	Demanda externa de serviços públicos ou de chamadas públicas	Editais de agências nacionais e internacionais
3	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Profissionais de saúde, docentes e pós-graduandos	Demanda interna	Secretaria estadual de saúde
4	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Pesquisadores, pós-graduandos e bolsistas de graduação	Demanda externa de serviços públicos ou de chamadas públicas	Secretaria estadual de saúde, agências financiadoras nacionais/internacionais e parcerias com institutos de pesquisa
5	A partir da demanda, o coordenador toma decisão	Docentes e pesquisadores de outras instituições	Demanda interna	Universidade
6	A partir da demanda, o coordenador toma decisão	Docentes e pesquisadores de outras instituições	Demanda interna	Universidade e editais de agências nacionais e internacionais
7	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Docentes, pesquisadores, pós-graduandos e bolsistas de graduação	Demanda interna e externa de serviços públicos	Instituto de pesquisa e editais de agências nacionais e internacionais
8	Acordo entre equipe técnica do NEv e demandante	Profissionais do quadro permanente	Demanda interna e externa	Ministério da Saúde
9	Acordo entre equipe técnica do NEv, instâncias da universidade e demandante	Docentes e pós-graduandos da universidade	Demanda interna e externa	Universidade e editais de agências nacionais e internacionais
10	Acordo entre equipe técnica do NEv e instâncias da secretaria de saúde municipal	Profissionais do quadro permanente	Demandas interna	Secretaria municipal e universidade federal
11	Acordo entre equipe técnica do NEv e instâncias da universidade	Docentes, pesquisadores, pós-graduandos e bolsistas de graduação	Demandas interna e externa de serviços públicos	Secretaria Estadual de Saúde
12	Acordo entre equipe técnica do NEv e instâncias da Secretaria Municipal de Saúde	Profissionais da secretaria municipal	Demanda interna	Secretaria Municipal de Saúde
13	Acordo entre a equipe técnica do NEv e coordenação	Docentes, profissionais de saúde, pós-graduandos e graduandos	Demanda interna	Universidade
14	Acordo entre a equipe técnica do NEv e áreas técnicas	Profissionais contratados e de carreira do Ministério da Saúde	Demanda interna	Ministério da Saúde e editais de agências nacionais e internacionais
15	Acordo entre coordenador e vice-coordenador do NEv	Docentes, pós-graduandos e bolsistas de graduação	Demanda interna e externa de serviços públicos	Secretaria estadual, editais do Ministério da Saúde

<sup>a</sup> NEv: Núcleo de Evidência.

<sup>b</sup> Demandas geradas na própria organização e não por ente externo (dissertações de mestrado, linha de pesquisa ou interesse da pós-graduação, e editais com fomento).

disseminação das evidências. Outro questionário (E9) apontou como “um fator de sucesso a compreensão de que a dinâmica de implementação de evidências é complexa e multifatorial, necessitando da construção de mecanismos de negociação para sua aplicação”. Os respondentes apontaram, ainda, como fatores que poderiam impulsionar os NEvs, ações para fortalecer a “interação de comunidades acadêmicas e compartilhamento de experiências, o financiamento de ações, a disponibilização de produtos e de inovações que envolvessem a redução do tempo-resposta dos produtos com ferramentas automatizadas e estímulo a ações que fortaleçam o envolvimento dos gestores e o monitoramento das atividades” (E14), mencionando que “ainda estamos caminhando na disseminação desse serviço e na apresentação da melhor forma possível ao gestor/político” e que “é preciso manter um quadro de colaboradores mais estável” (E15).

Os respondentes ressaltaram também que ações em rede e a adoção de mecanismos de sensibilização vêm contribuindo

para melhorar a corresponsabilização de gestores e que o monitoramento de resultados poderia contribuir para melhorar o reconhecimento da importância de evidências no planejamento em saúde. O mapeamento das capacidades institucionais dos NEvs, conforme a aplicação do questionário 4A, é apresentado na tabela 3.

Depreende-se que as respostas implicam no reconhecimento de alta capacidade dos NEvs para os componentes “adquirir” e “avaliar” e baixa capacidade para o componente “aplicar”, em especial no item 3.1.4 (“Nossa organização possui pessoal suficientemente qualificado com tempo disponível, incentivos e recursos e que usa habilidades de comunicação de pesquisa para recomendar ações aos nossos tomadores de decisão”), que envolve acordos com especialistas externos para sintetizar, vincular, comunicar e recomendar resultados de pesquisa aos tomadores de decisão. Para o componente “adaptar” evidências, a mediana mais baixa está relacionada à integração da equipe que produziu evidências com as partes interessadas



e à implementação das evidências (isto é, como as evidências influenciaram as escolhas feitas pelas organizações).

Na análise de correlação entre “dispor de colaboradores exclusivos” e a capacidade de “adaptar” evidências, houve significância estatística ( $r = 0,610$  e  $P = 0,016$ ), ou seja, quanto maior o número de profissionais com dedicação exclusiva, maior a capacidade de adaptação. O tempo de estruturação do NEv e a formação dos coordenadores não mostrou significância estatística relacionada a nenhuma das capacidades.

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avaliou os avanços e mapeou as capacidades institucionais para a institucionalização das PIE no âmbito da EVIPNet Brasil, uma iniciativa que se integra a um esforço global sob incentivo e coordenação da OMS. Este estudo também identificou arranjos organizativos e barreiras relacionadas para a atuação dos grupos da rede, os NEVs.

Alguns achados deste estudo merecem ser destacados. Primeiro, as capacidades institucionais referidas são heterogêneas, mas convergem para reconhecer que as capacidades de “adquirir” e “avaliar” evidências científicas tiveram maior desenvolvimento. Em segundo, as capacidades para “adaptar” e “aplicar” evidências também são heterogêneas, mas permitiram reconhecer que o atual estágio de desenvolvimento apresenta baixa capacidade institucional para esses componentes, essenciais na implementação de PIE. Por fim, os arranjos organizativos adotados na implementação dos NEVs foram similares, mas as barreiras compartilhadas na visão dos respondentes implicam o reconhecimento de que esses elementos devem ser abordados e superados caso a EVIPNet Brasil pretenda aprimorar seu desenvolvimento.

A utilidade das evidências científicas está em ênfase no cenário global e nacional, especialmente pelos novos desafios da pandemia de COVID-19, a qual enfatizou e aprofundou as contradições e disputas entre o conhecimento científico (17). Nesse

**TABELA 3. Mapeamento das capacidades institucionais dos Núcleos de Evidência, EVIPNet Brasil, 2019**

Itens do 4A (Adquirir, Avaliar, Adaptar e Aplicar evidências)		Distribuição das respostas					Mediana	Intervalo interquartil	
		1	2	3	4	5			
Adquirir	1.1.1 Temos PESSOAL QUALIFICADO para a realizar busca de evidências científicas.					█	5	1 [4-5]	
	1.1.2 Nossa equipe tem TEMPO SUFICIENTE para realizar busca de evidências científicas.			█	█	█	4	1 [3-4]	
	1.1.3 Nossa equipe tem INCENTIVO para buscar evidências científicas (ela é usada em nosso processo de tomada de decisão).			█	█	█	4	3 [2-5]	
	1.1.4 Nossa equipe tem OS RECURSOS para buscar evidências científicas.	●	●	█	█	█	4	1 [4-5]	
	1.1.5 Temos ACORDOS COM ESPECIALISTAS EXTERNOS que localizam e monitoram evidências científicas ou conduzem pesquisas para nós.			█	█	█	3	2 [2-4]	
	1.2.1 Buscamos evidências científicas em REVISTAS CIENTÍFICAS através de assinatura, acesso à internet ou biblioteca.	●	●			█	5	0	
	1.2.2 Buscamos evidências científicas em relatórios não periódicos (LITERATURA CINZENTA).	●			█	█	5	1 [4-5]	
	1.2.3 Buscamos evidências científicas em BANCOS DE DADOS por assinatura ou por meio de acesso à internet.	●		●	●	█	5	0	
	1.2.4 Buscamos informações em SITES NA INTERNET do tipo que agrupam e/ou avaliam as fontes de informação.	●			█	█	5	1 [4-5]	
	1.2.5 Trabalhamos com PESQUISADORES por meio de reuniões formais e informais com nossa equipe.	●	●		█	█	5	1 [4-5]	
	1.2.6 Nos ENVOLVEMOS COM PESQUISADORES como anfitriões, parceiros no processo de tomada de decisão ou patrocinadores.			█	█	█	4	2 [3-5]	
	1.2.7 APRENDEMOS COM COLEGAS através de redes informais e formais para trocar ideias, experiências e melhores práticas.			█	█	█	5	2 [3-5]	
	Avaliar	2.1.1 A equipe em nossa organização possui HABILIDADES DE AVALIAÇÃO CRÍTICA E FERRAMENTAS para avaliar a QUALIDADE da metodologia usada na evidência científica.				█	█	5	1 [4-5]
		2.1.2 A equipe em nossa organização possui as HABILIDADES DE AVALIAÇÃO CRÍTICA para avaliar a CONFIABILIDADE de uma pesquisa específica, identificando evidências relacionadas e comparando métodos e resultados.			█	█	█	5	1 [4-5]
2.1.3 Nossa organização possui ACORDOS COM ESPECIALISTAS EXTERNOS que usam HABILIDADES DE AVALIAÇÃO CRÍTICA E FERRAMENTAS para avaliar a metodologia e a confiabilidade das evidências e para comparar métodos e resultados.				█	█	█	4	3 [2-5]	
2.2.1 Nossa equipe pode mostrar a relevância do conteúdo das evidências científicas FRENTE AOS PRINCIPAIS OBJETIVOS DE NOSSA ORGANIZAÇÃO e apontar semelhanças e diferenças.					█	█	5	1 [4-5]	
2.2.2 Nossa organização possui ACORDOS COM ESPECIALISTAS EXTERNOS para IDENTIFICAR AS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS RELEVANTES ENTRE o que praticamos o que indicam as evidências científicas.				█	█	█	3	3 [2-5]	

(Continua)

**TABELA 3. Mapeamento das capacidades institucionais dos Núcleos de Evidência, EVIPNet Brasil, 2019 (Continuação)**

	Itens do 4A (Adquirir, Avaliar, Adaptar e Aplicar evidências)	Distribuição das respostas					Mediana	Intervalo interquartil
		1	2	3	4	5		
Adaptar	3.1.1 Nossa organização possui pessoal suficientemente qualificado com tempo disponível, incentivos e recursos e que USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA APRESENTAR AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DE FORMA CONCISA E COM LINGUAGEM ACESSÍVEL.						4	3 [2-5]
	3.1.2 Nossa organização possui pessoal suficientemente qualificado com tempo disponível, incentivos e recursos E QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA SINTETIZAR EM UM DOCUMENTO TODAS AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS RELEVANTES, JUNTAMENTE COM INFORMAÇÕES E ANÁLISES DE OUTRAS FONTES.						4	2 [2-4]
	3.1.3 Nossa organização possui pessoal suficientemente qualificado e com tempo disponível, incentivos e recursos que FAZEM USO DE HABILIDADES NA COMUNICAÇÃO DE PESQUISA ÀS PRINCIPAIS QUESTÕES ENFRENTADAS POR AQUELES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO.						4	1 [3-4]
	3.1.4 Nossa organização possui pessoal suficientemente qualificado com tempo disponível, incentivos e recursos E QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA RECOMENDAR AÇÕES AOS NOSSOS TOMADORES DE DECISÃO.						4	1 [3-4]
	3.1.5 Nossa organização possui acordos com especialistas externos QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA APRESENTAR RESULTADOS DE PESQUISA DE FORMA CONCISA E COM LINGUAGEM ACESSÍVEL.						4	2 [2-4]
	3.1.6 Nossa organização possui acordos com especialistas externos QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA SINTETIZAR EM UM DOCUMENTO TODAS AS PESQUISAS RELEVANTES, JUNTAMENTE COM INFORMAÇÕES E ANÁLISES DE OUTRAS FONTES.						2	3 [1-4]
	3.1.7 Nossa organização possui acordos com especialistas externos QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA VINCULAR OS RESULTADOS DA PESQUISA ÀS PRINCIPAIS QUESTÕES ENFRENTADAS POR NOSSOS TOMADORES DE DECISÃO.						2	3 [1-4]
	3.1.8 Nossa organização possui acordos com especialistas externos QUE USAM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE PESQUISA PARA RECOMENDAR AÇÕES AOS NOSSOS TOMADORES DE DECISÃO.						2	3 [1-4]
Aplicar	4.1.1 Usar evidências científicas é UMA PRIORIDADE EM NOSSA ORGANIZAÇÃO.						5	1 [4-5]
	4.1.2 Nossa organização alocou RECURSOS para garantir que evidências científicas SEJAM ACESSADAS, ADAPTADAS E APLICADAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO.						4	3 [2-5]
	4.1.3 Nossa organização garante que a EQUIPE esteja ENVOLVIDA EM DISCUSSÕES A RESPEITO DE COMO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS se relacionam com nossas principais metas.						4	2 [3-5]
	4.1.4 A GERÊNCIA de nossa organização COMUNICA CLARAMENTE NOSSAS ESTRATÉGIAS E PRIORIDADES para que aqueles que criam ou monitoram pesquisas saibam o que é necessário para apoiar nossas metas.						4	3 [2-5]
	4.1.5 Nós nos COMUNICAMOS INTERNAMENTE de forma a garantir a troca de informações em toda a organização.						4	3 [2-5]
	4.1.6 Nossa cultura organizacional VALORIZA E RECOMPENSA A FLEXIBILIDADE, A MUDANÇA E A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE COM RECURSOS PARA APOIAR ESSES VALORES.						4	2 [2-4]
	4.2.1 Quando tomamos decisões importantes, geralmente, disponibilizamos TEMPO SUFICIENTE para identificar perguntas de pesquisa, criar, obter, analisar e considerar evidências científicas e outras evidências.						4	2 [3-5]
	4.2.2 Nossa equipe gerencial AVALIA A VIABILIDADE de cada opção, inclusive o impacto potencial em toda a organização, bem como em usuários, parceiros e outras partes interessadas.						4	3 [2-5]
	4.2.3 Os envolvidos no processo de tomada de decisão em nossa organização CONSIDERAM, FORMALMENTE, QUAISQUER RECOMENDAÇÕES de membros da equipe que desenvolveram ou identificaram evidências científicas relevantes e de alta qualidade.						4	2 [3-5]
	4.2.4 A equipe e as partes interessadas sabem QUANDO E COMO AS PRINCIPAIS DECISÕES SERÃO TOMADAS.						4	1 [3-4]

(Continua)

TABELA 3. Mapeamento das capacidades institucionais dos Núcleos de Evidência, EVIPNet Brasil, 2019 (Continuação)

	Itens do 4A (Adquirir, Avaliar, Adaptar e Aplicar evidências)	Distribuição das respostas					Mediana	Intervalo interquartil
		1	2	3	4	5		
Aplicar	4.2.5 A equipe e as partes interessadas CONTRIBUEM COM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E SABEM COMO ESSAS INFORMAÇÕES SERÃO USADAS.						4	3 [2-5]
	4.2.6 A equipe que forneceu evidências científicas e análises geralmente PARTICIPA DAS DISCUSSÕES QUE ENVOLVEM A TOMADA DE DECISÃO.						3	2 [2-4]
	4.2.7 A equipe que forneceu as evidências científicas importantes FAZ PARTE DAS DISCUSSÕES QUE ENVOLVEM A TOMADA DE DECISÃO.						3	2 [2-4]
	4.2.8 A equipe e as partes interessadas recebem FEEDBACK (resposta) sobre as decisões, com uma justificativa sobre o que foi decidido.						3	2 [2-4]
	4.2.9 A equipe e as partes interessadas são INFORMADAS DE COMO AS EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS INFLUENCIARAM AS ESCOLHAS feitas em nossa organização.						3	2 [2-4]

cenário, as PIE se inserem como um elemento consolidado de suporte à visão positiva do uso de evidências científicas para melhorar os resultados das políticas de saúde, mediante a implementação e o fortalecimento de plataformas de tradução do conhecimento, a exemplo da EVIPNet Brasil.

Os resultados deste estudo devem ser vistos em uma perspectiva ampla, de modo a contribuir com a discussão nacional e internacional sobre a institucionalização das plataformas de tradução do conhecimento, que requerem capacidades específicas para levar as evidências até as práticas e políticas de saúde (1, 17-19). Da mesma forma, os arranjos organizativos que apoiam os processos de PIE e as barreiras à sua implementação precisam ser considerados, ensejando abordagens positivas e superação (7, 18-20).

Os resultados deste estudo implicam no reconhecimento de que o desenvolvimento da EVIPNet Brasil pode ter concentrado esforços para apoiar ou incentivar o desenvolvimento parcial das capacidades institucionais necessárias à efetivação das PIE (10, 14). Essa constatação é especialmente importante, pois aponta potenciais fatores para o desenvolvimento sustentável da rede.

Enquanto o papel das lideranças é um aspecto fundamental para a sustentabilidade da EVIPNet (7, 9, 12), as lideranças locais da rede precisam estar articuladas e receber suporte da liderança nacional, de forma atuante e comprometida, a fim de que possam advogar as atividades da plataforma de tradução do conhecimento junto a políticos e líderes locais de outros setores, que são considerados vitais (13).

A EVIPNet Brasil tem expandido seu alcance por mais de uma década, com o incremento da capacidade nacional de produzir sínteses de evidência e realizar diálogos deliberativos como parte do pacote de atividades proposto pela rede. Essas atividades são diretamente relacionadas com os NEVs, especialmente para informar políticas locais (7, 10, 11). As limitações nas capacidades para adaptar e aplicar evidências, apontadas neste estudo, podem estar relacionadas a lacunas de coordenação e articulação da rede para abordar esses aspectos e fortalecer a atuação dos NEVs, inclusive mediante

o enfrentamento das barreiras que potencialmente impediram avanços equivalentes nas diferentes dimensões da capacidade institucional para PIE.

Os arranjos organizativos também possuem alta relevância no contexto da implementação e consolidação dos NEVs como componentes de uma plataforma nacional de tradução do conhecimento. Aspectos como a competição pelo tempo e prioridades da equipe dos NEVs, em especial seus coordenadores, efetivamente prejudicam a proteção do tempo necessário para o desenvolvimento das atividades dos NEVs, as quais muitas vezes podem requerer uma dedicação superior para que os produtos e processos estejam disponíveis em tempo oportuno. Essa condição certamente tem impactado o reconhecimento local e nacional da atuação dessas equipes, provavelmente configurando um ciclo no qual o resultado é a baixa disponibilidade do tempo a ser dedicado às atividades relacionadas com as PIE (1, 6, 7, 19, 20).

Se, por um lado, a formação acadêmica dos coordenadores e das equipes dos NEVs é coerente com o desenvolvimento mais avançado das capacidades institucionais para “adquirir” e “avaliar” evidências, por outro, a prevalência dos ambientes institucionais mais favoráveis a produtos técnico-científicos e capacitações metodológicas, como as universidades, também pode explicar o avanço menor nas capacidades para “adaptar” e “aplicar” evidências.

As barreiras descritas pelos coordenadores também coincidem com os achados sobre as capacidades para “adaptar” e “aplicar” evidências, sugerindo que a integração dos NEVs com tomadores de decisão e seus apoiadores ainda é limitada e focalizada em demandas de prestação de serviço de forma eventual, muitas vezes vinculadas à área de *expertise* do coordenador do NEV. A percepção de que existe baixa integração dos NEVs com os potenciais beneficiários de suas atividades é corroborada pela ausência de *feedback* dos tomadores de decisão sobre o uso efetivo das evidências. Tal achado converge com as barreiras à institucionalização do uso de evidências reportadas na literatura, que, em geral, remetem à falta de conexão entre os produtores do conhecimento científico e a comunidade de usuários

desses conhecimentos (1, 2, 13, 21, 22). Estratégias específicas podem ser endereçadas a essa questão, como acordos formais, atividades conjuntas, diálogos deliberativos e produção de respostas rápidas, as quais têm sido implementadas pelos NEVs. O reconhecimento do papel local dos políticos eleitos, as decisões baseadas em evidências locais e o empacotamento de evidências direcionadas para gestores podem contribuir para reverter esse cenário de distanciamento (10, 12, 13).

A descentralização dos NEVs da EVIPNet Brasil pode ser vista como uma fortaleza que possibilita a ênfase nas políticas locais e é reforçada como um modelo que atrai o tomador de decisão, potencialmente gerando maior chance de os envolvidos serem expostos a novas ideias e evidências, resultando em decisões políticas mais bem informadas (1, 2, 18, 21-24).

A institucionalização é um processo que enfatiza a estabilidade e a durabilidade e depende de arranjos organizativos bem estruturados e do engajamento dos atores envolvidos, ou seja, depende da possibilidade de infusão de valor além dos requisitos técnicos da tarefa em questão, em que os marcos reguladores, normativos e cultural-cognitivos, juntamente com atividades e recursos associados, proporcionam estabilidade e significado à vida social e à estrutura (21). O financiamento e os recursos humanos apareceram como as principais barreiras na implementação e ações de monitoramento. Tais barreiras não diferem significativamente do que foi relatado pela EVIPNet Europa e, provavelmente, devem ser a maior fonte de preocupação para a sustentabilidade da rede em qualquer país (7, 12).

Por fim, o monitoramento e a avaliação dos resultados da EVIPNet Brasil, com a efetiva mensuração de seus impactos na tomada de decisão e na formulação e implementação de políticas de saúde, permanece como um importante componente a ser implementado pela rede no Brasil, sendo reforçado por outras experiências na América Latina (7, 11, 13, 19).

### Limitações do estudo

Este estudo possui limitações a serem consideradas na interpretação e no uso de seus resultados. A primeira e mais importante é que o questionário 4A, utilizado na segunda parte da coleta, ainda não teve sua validação transcultural finalizada, apesar de ser uma tradução oficial, implicando no reconhecimento de que os resultados apresentados podem ter sido influenciados por fatores ainda desconhecidos para o uso desse instrumento no contexto brasileiro. Segundo, a aplicação dos questionários *on-line* pode ter refletido sobre o padrão das respostas, especialmente na terceira parte do questionário. No entanto, entendemos que essa limitação específica pode ter sido contornada pelo reconhecimento que, tanto o questionário 4A quanto as questões sobre arranjos organizativos, foram adaptações de instrumentos validados em estudos prévios. Em terceiro lugar, o número de NEVs ativos e a volatilidade dos vínculos das suas equipes, incluindo os coordenadores, desautoriza extrapolações sobre as correlações entre as características e as capacidades verificadas. Por fim, a interpretação dos resultados deve ser feita de forma cautelosa, uma vez que não existem outros estudos que corroborem ou contrariem os achados apresentados.

### Considerações finais

Este estudo mostrou aspectos importantes do avanço da institucionalização das PIE a partir da EVIPNet Brasil. Essa rede é composta por equipes focadas em processos de tradução do conhecimento para apoiar o uso de evidências na tomada de decisão em diferentes contextos do território brasileiro. Esses grupos são formados por pessoas capacitadas, em geral instaladas em instituições de pesquisa e ensino, com alta capacidade para adquirir e avaliar evidências.

Os desafios para o desenvolvimento equivalente das capacidades para adaptar e aplicar evidências devem ser considerados como de alta relevância para o avanço sustentável da rede. Da mesma forma, as barreiras relacionadas aos arranjos organizativos precisam ser abordadas mediante ações coordenadas e articuladas em nível nacional, como forma de contribuir para a integração entre produtores e usuários das evidências científicas.

A sustentabilidade de plataformas de tradução do conhecimento, como a EVIPNet Brasil, requer a compreensão e o fortalecimento dos arranjos organizativos determinantes, a fim de direcionar esforços para a ampliação das capacidades institucionais para adaptar e aplicar evidências nos diferentes contextos de atuação da rede.

**Contribuição dos autores.** SMVLO e JOMB conceberam o estudo e participaram igualmente das demais etapas. ALB, GV, STO e ASS analisaram os dados e contribuíram com a interpretação dos resultados e com a redação do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

**Conflitos de interesse.** JOMB é membro do Conselho Consultivo Global da EVIPNet, participou da criação da rede e coordenou a EVIPNet Brasil de 2013 a 2014. JOMB recebe salário da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e já teve ou tem projetos de tradução do conhecimento e PIE financiados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil. SMVL recebe salário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e foi supervisionada por JOMB durante o seu pós-doutorado, que originou esta pesquisa. Também é coordenadora de um NEV implementado posteriormente à realização da coleta de dados desta pesquisa. Os autores declaram que as condições acima referidas não interferiram na interpretação e apresentação dos resultados deste estudo.

**Agradecimentos.** Agradecemos à equipe da Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Ministério da Saúde (COEVI/DECIT/SCTIE), em especial a Aurelina Aguiar e Janaina Sallas. Agradecemos a Eliane Maria Medeiros Leal, pesquisadora que generosamente forneceu o questionário com a validação da tradução transcultural brasileira do 4A. Agradecemos também aos coordenadores dos NEV da EVIPNet Brasil que responderam a esta pesquisa.

**Declaração.** As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPS/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).



## REFERÊNCIAS

1. Kneale D, Rojas-García A, Thomas J. Obstacles and opportunities to using research evidence in local public health decision-making in England. *Health Res Policy Syst.* 2019;17(1):61. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0446-x>
2. Andrade KRC, Pereira MG. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Rev Saude Publica.* 2020;54(72):1-7. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>
3. World Health Organization (WHO). Alliance for Health Policy and Systems Research. Genebra: WHO; 2019. Disponível em: <http://www.who.int/alliance-hpsr/en/> Acessado em 12 de junho de 2017.
4. World Health Organization (WHO). 58th World Health Assembly guidelines and information for media. Genebra: WHO; 2005. Disponível em: [https://www.who.int/mediacentre/events/advisories/2005/ma\\_wha01/en/](https://www.who.int/mediacentre/events/advisories/2005/ma_wha01/en/) Acessado em 12 de junho de 2019.
5. Canadian Institute of Health Research. Knowledge translation. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html> Acessado em 26 de outubro de 2020.
6. Uneke CJ, Sombie I, Keita N, Lokossou V, Johnson E, Ongolo-Zogo P, et al. Assessment of policy makers' individual and organizational capacity to acquire, assess, adapt and apply research evidence for maternal and child health policy making in Nigeria: A cross-sectional quantitative survey. *Afr Health Sci.* 2017;17(3):700-11. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.12>
7. Chapman E. Report: Evaluation of the Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet), August 2010-July 2012. Washington (DC): Pan-American Health Organization, World Health Organization; 2013. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8382:2013-report-evaluation-evidence-informed-policy-networks-evipnet-august-2010-july-2012&Itemid=40301&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8382:2013-report-evaluation-evidence-informed-policy-networks-evipnet-august-2010-july-2012&Itemid=40301&lang=en) Acessado em 26 de outubro de 2020.
8. Berman J, Mitambo C, Matanje-Mwagomba B, Khan S, Kachimanga C, Wroe E, et al. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Res Policy Syst.* 2015;13:73. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0061-4>
9. Poldrugovac M, Kuchenmüller T, Dobrin PT, Ivanuša M. The evidence-informed policy-making context in Slovenia: Groundwork for a Knowledge Translation Platform. *Public Health Panor.* 2016;2(3):313-18.
10. Wichmann RM, Carlan E, Barreto JOM. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. *BIS, Bol Inst Saúde.* 2016;17(1):18-31.
11. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;36(1):50-6.
12. Lester L, Haby MM, Chapman E, Kuchenmüller T. Evaluation of the performance and achievements of the WHO Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe. *Health Res Policy Syst.* 2020;18:109. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00612-x>
13. Koon AD, Windmeyer L, Bigdeli M, Charles J, Jardali F, Uneke J, et al. A scoping review of the uses and institutionalisation of knowledge for health policy in low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2020;18:7. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0522-2>
14. Kothari A, Edwards N, Hamel N, Judd M. Is research working for you? validating a tool to examine the capacity of health organizations to use research. *Implement Sci.* 2009;4:46. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-46>
15. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: Using the best available evidence and case studies. *Implement Sci.* 2016;11(1):117. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0472-9>
16. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Prod Prod.* 2010;11(2):85-103. <https://doi.org/10.22456/1983-8026.9321>
17. Lancaster K, Rhodes T, Rosengarten M. Making evidence and policy in public health emergencies: Lessons from COVID-19 for adaptive evidence-making and intervention. *Evid Policy.* 2020;16(3):477-90. <https://doi.org/10.1332/174426420X15913559981103>
18. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Res Policy Syst.* 2009;7:Sl. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S1>
19. Mansilla C, Herrera CA, Basagoitia A, Pantoja T. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: Lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e36.
20. Mihalicza P, Leys M, Borbás I, Szigeti S, Biermann O, Kuchenmüller T. Qualitative assessment of opportunities and challenges to improve evidence-informed health policy-making in Hungary - an EVIPNet situation analysis pilot. *Health Res Policy Syst.* 2018;16(1):50.
21. Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Cienc Saude Colet.* 2004;9(2):261-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200002>
22. World Health Organization (WHO). Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: [https://www.who.int/ageing/publications/knowledge\\_translation.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation.pdf?ua=1) Acessado em 26 de outubro de 2020.
23. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(Suppl 1):S2. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>
24. Shearer JC, Lavis J, Abelson J, Walt G, Dion M. Evidence-informed policymaking and policy innovation in a low-income country: does policy network structure matter? *Evid Policy.* 2018;14(3):381-401. <https://doi.org/10.1332/174426418X15330477583836>

---

Manuscrito recebido em 27 de maio de 2019. Aceito em versão revisada em 2 de outubro de 2020.

---

## Institutionalizing evidence-based policies in Brazil

### ABSTRACT

**Objective.** To evaluate capacities, organizational arrangements, and barriers to the implementation of Evidence Centers (NEVs) as part of Brazil's Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet).

**Methods.** A mixed methods descriptive-analytical, multiple-case exploratory study was performed. Coordinators of active NEVs answered a questionnaire in three parts: participant characteristics, assessment of the capacity to “acquire, assess, adapt, and apply” evidence (4A), and open questions addressing organizational arrangements and barriers to the implementation of NEVs.

**Results.** The study included 15 NEVs, mostly from the Midwest; 73.3% were based in universities, while 20% were installed in state/city health departments or in the Ministry of Health. All coordinators had completed graduate training and 80% reported 1 to 5 years' experience with evidence-based policies as well as proficiency in English. None of the participants worked exclusively as NEV coordinator. NEV teams included health care professionals, students (undergraduate/graduate), professors, and civil servants from health departments. The data revealed high capacity to “acquire” and “assess” evidence, and low capacity to “adapt” and “apply” evidence. On average, three activities or products were developed yearly by each NEV, especially knowledge translation initiatives (systematic reviews and deliberative dialogues) and training for health care professionals, managers and undergraduate/graduate students. Five barrier categories were described: 1) financing, 2) network integration, 3) institutionalization of demands, 4) adaptive capacity, and 5) research communication skills to recommend actions at the local level.

**Conclusions.** Trained human resources associated with academic and research institutions are available to support evidence-informed policies. However, the sustainability of NEVs depends on coordinated action to ensure the capacity to adapt and apply evidence.

### Keywords

Evidence-informed policy; institutionalization; policy making; Brazil.

---

---

## Institucionalización de las políticas informadas por evidencia

### RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar la capacidad, los arreglos organizativos y los obstáculos existentes para la aplicación de los núcleos de evidencia (NEV) de la Red de Políticas Informadas por Evidencia (EVIPNet) en Brasil.

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, analítico y exploratorio de casos múltiples, con un enfoque mixto. Los coordinadores de los NEV activos en el país respondieron a un instrumento dividido en tres partes: caracterización de la persona encuestada, evaluación de la capacidad de “adquirir, evaluar, adaptar y aplicar” evidencia (conocidas como 4A por su sigla en portugués) y temas de discusión abierta en los cuales se abordaron los arreglos organizativos y los obstáculos existentes para la aplicación de los NEV.

**Resultados.** Participaron en la investigación 5 NEV concentrados en la región Centro-Oeste; 73,3% tenían su sede en universidades y un 20% en secretarías estatales/municipales o en el Ministerio de Salud. Todos los coordinadores participantes tenían título de posgrado en sentido amplio o estricto y 80% afirmaron que tenían experiencia de 1 a 5 años en políticas informadas por evidencia (PIE) y que dominaban el inglés. Ningún coordinador trabajaba exclusivamente en el NEV. Los equipos incluían profesionales de salud, estudiantes (de grado/posgrado), profesores universitarios y empleados en comisión de servicio en las secretarías de salud. Se determinó que tenían gran capacidad para “adquirir” y “evaluar” y poca capacidad para “adaptar” y “aplicar” evidencias. En cuanto a actividades y productos, prevaleció la media de tres al año, con hincapié en los productos de traducción del conocimiento (la síntesis de la evidencia y los diálogos deliberantes) y la capacitación para profesionales de salud, gestores y alumnos de grado/posgrado. Se describieron cinco clases de obstáculos: 1) financiamiento, 2) integración de la red, 3) institucionalización de las demandas, 4) capacidad de adaptación y 5) habilidades de comunicación de las investigaciones para recomendar la adopción de medidas en el nivel local.

**Conclusiones.** Existen recursos humanos capacitados, vinculados a instituciones de investigación y enseñanza, para apoyar las PIE. Sin embargo, la sostenibilidad de los NEV depende de la adopción de medidas coordinadas para garantizar que existe la capacidad de adaptar y aplicar evidencia.

### Palabras clave

Política informada por la evidencia; institucionalización; formulación de políticas; Brasil.

---