

**Desafios formativos para a prática em redes: atenção à saúde baseada em evidências****Training challenges for the network practice: evidence-based health care****Desafios formativos para la práctica en redes: atención a la salud basada en evidencias****Recebido: 02/10/2018****Aprovado: 13/05/2019****Publicado: 07/10/2019****Fernanda Carolina Carmargo<sup>1</sup>****Luan Augusto Alves Garcia<sup>2</sup>**

O objetivo deste artigo é refletir sobre os desafios para a formação crítica dos profissionais em saúde para atuação em redes no Sistema Único de Saúde. Trata-se de ensaio reflexivo cujo arcabouço teórico-metodológico foi pautado na Epidemiologia Crítica Social realizado a partir de 2017. Como categorias discursivas apresenta: *A organização de Redes de Atenção à Saúde pautadas em evidências e, A Revisão Realista como método de síntese de evidências para atuação em redes*. Na contemporaneidade emerge como desafio a busca pelo compromisso com a cobertura universal de saúde, por meio do fortalecimento da qualificação profissional e valorização dos recursos humanos para a saúde. Torna-se essencial a formação em saúde direcionada a efetivação das redes em saúde, de forma a permitir uma aproximação precoce às estruturas do sistema de saúde que dialoguem tanto com a complexidade dos cenários, a diversidade dos modos de vida das comunidades e a prática baseada em evidências, de modo que a revisão realista se mostra como uma das estratégias metodológicas para incorporação das evidências no cenário complexo vivido pela Atenção Primária.

**Descritores:** Atenção primária à saúde; Capacitação profissional; Prática clínica baseada em evidências.

The objective of this paper is to discuss the challenges for the critical training of health professionals to work in networks in the Unified Health System. It is a reflective essay whose theoretical and methodological framework was founded on the Social Critique Epidemiology, conducted from 2017. The discursive categories presented were: *The organization of Healthcare networks guided by evidence* and *The realistic review as evidence synthesis method for performance in networks*. In contemporary, the search for the commitment to universal health coverage emerges as a challenge, through the strengthening of professional training and development of human resources for health. It is essential the education of health professionals directed to the realization of health networks, so to allow an early approximation to the structures of the health system that dialog both with the scenario complexity, the diversity of the way of life of the communities and the practice based on evidences, in order that the realistic review shows itself as one of the methodological strategies to the incorporation of the evidences in the complex scenario experienced by the Primary Health Care.

**Descriptors:** Primary health care; Professional training; Evidence-based practice.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los desafíos para la formación crítica de los profesionales en salud para actuar en redes en el Sistema Único de Salud. Se trata de un ensayo reflexivo cuyo marco teórico-metodológico fue pautado en la Epidemiología Crítica Social realizado a partir de 2017. Como categorías discursivas presenta: *La organización de Redes de Atención de Salud pautadas en evidencias y, La Revisión realista como método de síntesis de evidencias para actuar en redes*. En la contemporaneidad emerge como desafío la búsqueda del compromiso con la cobertura universal de salud, a través del fortalecimiento de la cualificación profesional y valorización de los recursos humanos para la salud. La formación en materia de salud dirigida a la efectividad de las redes en materia de salud es esencial para permitir una aproximación temprana a las estructuras del sistema sanitario que dialoguen tanto con la complejidad de los escenarios, la diversidad de los modos de vida de las comunidades y la práctica basada en evidencias, de modo que la revisión realista se muestra como una de las estrategias metodológicas para la incorporación de las evidencias en el escenario complejo vivido por la Atención Primaria.

**Descriptores:** Atención primaria de salud; Capacitación profesional; Práctica clínica basada en la evidencia.

1. Enfermeira. Mestre e Doutora em Atenção à Saúde. Epidemiologista Clínica do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Analista de Regulação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1048-960X E-mail: fernandaccarmargo@yahoo.com.br

2. Enfermeiro. Mestre em Atenção à Saúde. Doutorando em Atenção à Saúde pela UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) apresenta-se como uma política de proteção social universal, um direito cidadão expresso na constituinte de 1988. Como resultante de movimento sociais, em especial o movimento da Reforma Sanitária, coadunou-se com o processo de redemocratização do país frente aos governos de recessão ditatoriais, que perduraram de 1964 a 1985<sup>1,2</sup>.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) constituído por sanitaristas, docentes, acadêmicos e representantes políticos progressistas tinha em seu projeto a ordenação de um sistema de saúde que superasse as fragmentações do até então instituído<sup>3,4</sup>.

A RSB visou a implementação de um sistema de saúde em âmbito nacional que unificasse o financiamento das ações de saúde por orçamento público, e não mais estivesse dependente da variação financeira de contribuintes. Também, que proovesse assistência aos diferentes níveis de atenção: da atenção primária a aos serviços hospitalares, de forma integral<sup>3,4</sup>. Com inovações no planejamento e gestão desses serviços: a serem normatizados pelo Ministério da Saúde, pela qual, a verticalidade (*up to down*) das tomadas de decisões fossem substituídas por uma governança tripartite: estado (união), governos estaduais e municipais – sendo a participação popular e o planejamento estratégico participativo decisórios para a destinação dos recursos públicos às ações de saúde<sup>1-4</sup>.

Como princípios norteadores do SUS, tem-se: universalidade: como direito do cidadão, acesso gratuito de provimento pelo Estado (poder público) que visa a promoção, proteção e recuperação à saúde; equidade: as ações e serviços de saúde seriam garantidas conforme as necessidades de saúde das pessoas e populações, com vistas a reduzir as desigualdades; e integralidade: as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas, buscando atender as necessidades amplas de saúde por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e complementar<sup>2,5</sup>. Esses princípios são regulamentados pelas Leis

Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90<sup>1,2,5,6</sup>. Em 2011, a presidência da república do Brasil, decreta a regulamentação da Lei Orgânica de Saúde 8080/90 - Decreto 7508/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa<sup>5,6</sup>.

Destaca-se, neste decreto, a concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), como o modo ordenador a ser implementado para a efetivação dos serviços de saúde no SUS, para garantir a integralidade da assistência por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente. Nesta perspectiva, emerge o questionamento: *Quais desafios para a formação interprofissional/multidisciplinar para atuação nas Redes de Atenção à Saúde?* Assim, este trabalho tem como objetivo refletir sobre os desafios para a formação crítica dos profissionais em saúde para atuação em redes no SUS.

## MÉTODO

Trata-se de uma reflexão sobre as demandas contemporâneas para a formação multiprofissional em saúde. O ponto de partida foi atuação colaborativa aos programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e de Residência em Enfermagem em Neonatologia, ambos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a partir de 2017.

O interesse em se discutir a formação multiprofissional relaciona-se ao documento das Nações Unidas de setembro de 2015, em que líderes mundiais reafirmam compromissos com a Cobertura Universal de Saúde, por meio do fortalecimento da qualificação profissional e valorização dos recursos humanos para a saúde<sup>7,8</sup>. Ainda, ao serem analisados os projetos político-pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, pesquisa revelou um cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-pedagógica, sendo necessários estudos que se aproximem ao currículo “vivo”, desses programas<sup>9</sup>.

O arcabouço teórico-metodológico para o desenvolvimento desta reflexão foi a

Epidemiologia Crítica Social - o ato de pesquisar, nesta perspectiva, precede o reconhecimento de uma relação interativa entre pesquisador e fenômeno estudado. Pretende-se, por essa abordagem, uma construção narrativa que compreenda a realidade, frente a perspectiva dialética do processo<sup>10,11</sup>.

## RESULTADOS

A abordagem utilizada na formação para atuação em redes no SUS junto aos residentes tem sido a metodologia ativa - enquanto processo de realização de diversas operações mentais, num crescente de complexidade do pensamento, tendo como ponto de partida a prática social.

Alguns desafios têm sido apontados nesse processo de formação como:

- a) necessidade de transmutação do sistema preventivo- curativo para um modelo que alcance ações no âmbito da determinação social do processo saúde-doença;
- b) atuação interprofissional que seja transformadora aos serviços de saúde para eliminar o caráter discriminatório e classista do trabalho, relações multiprofissionais e oferta de serviços;
- c) sobreposição de relacionamentos no acesso que induzam produções de consumo ou dos empresários da saúde, bem como, o controle do poder inferindo em desigualdades;
- d) operacionalização de projetos pedagógicos orientados para as redes de atenção com centralidade no nível primário de cuidado, pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

No âmbito do SUS, a reorientação da formação profissional requer fomentar integração ensino-serviço que assegure abordagem integral nas práticas da atenção à saúde, como: aperfeiçoar as habilidades do trabalho em equipe, orientar o gerenciamento dos casos, além de produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades. Nessa perspectiva, as produções identificadas apoiaram reflexões sobre a superação desses desafios para atuação em redes de saúde, tendo como perspectiva a estruturação de uma atenção à saúde baseada em evidências.

## DISCUSSÃO

### *A organização de Redes de Atenção à Saúde pautadas em evidências*

As RAS são concebidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população<sup>12</sup>.

Implicam em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; por intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. O cuidado oportuno, em tempo e lugar certos são características essenciais da RAS<sup>12</sup>, com ação coordenadora da demanda exercida pela atenção primária à saúde.

As equipes multiprofissionais da atenção básica (AB)/ESF devem reconhecer as necessidades ampliadas de saúde da população adscrita, prover diagnósticos adequados e identificar recursos e equipamentos locais, ou pontos (terapêuticos e diagnósticos) da RAS, ou ainda, serviços intersetoriais para alcançar respostas resolutivas as demandas<sup>12,13</sup>.

As equipes de AB/ESF são responsáveis pelas informações e acompanhamento das pessoas nos diferentes serviços, visando disponibilizar a continuidade do cuidado e sua retaguarda por busca ativa, orientações, encaminhamentos, compartilhamento de informações e vigilância da saúde.

O centro de comunicação da RAS apresenta-se pela coordenação do cuidado na ABS/ESF - a ser espaço coordenador dos fluxos e contrafluxos, isto pois, os sistemas de saúde com maior orientação para o nível primário de atenção apresentam maior resolução das demandas de saúde da população<sup>13</sup>, com destaques a: redução de procedimentos mais caros solicitados indevidamente; ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e; sobretudo

apresentam melhor reconhecimento da situação epidemiológica e sócio sanitária a que distintas populações estão submetidas.

Por conseguinte, empreendem manejo mais qualificado dos riscos e vulnerabilidades em saúde que as populações estejam submetidas. Entretanto, ao se considerar a efetivação da RAS como organizadora do sistema de atenção à saúde, um dos maiores problemas, reconhecidos internacionalmente, tangem incoerências entre a prática clínica prestada nos serviços de saúde – incluindo o nível primário de atenção, a situação social e epidemiológica da população adscrita, o conhecimento tecnológico propiciado pelas pesquisas científicas e sua incorporação na prática clínica. Essas brechas impactam ao sistema de saúde custos crescentes<sup>12-15</sup>.

Na proteção universal em saúde, a temática ganha maior relevância frente a imposição ao poder público em prestar atenção equânime e universal. O enfrentamento desta conjuntura tem exigido prudência aos profissionais de saúde uma vez que tomam decisões (em especial os médicos) nos sistemas de saúde como um todo sobre as internações, os medicamentos a serem prescritos, quais exames a serem solicitados. Há uma tendência universal de que a parte mais significativa dos gastos dos sistemas de atenção à saúde estejam relacionadas por solicitações e autorizações médicas - A Lei da Caneta do Médico<sup>12-16</sup>.

Ocorre que a maioria das profissões em saúde são treinadas sob a tradição hipocrática de oferecer todos os tipos de intervenções, a todas as pessoas. Essa ética individual ou hipocrática se conflita com uma ética social que deriva da necessidade de somente ofertar serviços necessários e de comprovada efetividade e segurança àquelas pessoas que mais se beneficiarão com os escassos recursos do sistema de atenção à saúde.

Não obstante, o efeito acumulativo das micro-decisões clínicas é aspecto importante que leva ao descontrole de custos do sistema de saúde. Por exemplo, a introdução de um novo meio diagnóstico ou de novas tecnologias de tratamento, que muitas vezes, não apresentam evidências científicas robustas de que fazem mais bem do que mal,

entretanto sua prescrição acarreta custos razoáveis ao sistema<sup>14-16</sup>.

O enfrentamento dessa problemática tem exigido uma nova lógica decisória à atenção à saúde que se expressa pela Prática Baseada em Evidências (PBE). Historicamente, o termo PBE originou-se pela Medicina Baseada em Evidências. Apesar de ser uma concepção discutida pela Epidemiológica Clínica, desde a década de 1970, as primeiras publicações ocorreram na década de 1990, com Guyatt e colaboradores, na Universidade de McMaster e Sackett por um editorial no *British Medical Journal*<sup>17-19</sup>.

O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos em seu relatório “*Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*” aponta para a obrigatoriedade do ensino dessa prática na formação em saúde. Essa iniciativa emerge frente ao número de erros dos profissionais de saúde, com destaque aos erros médicos que repercutiram na morte de pessoas<sup>17-19</sup>.

A atuação pautada em evidências interferiria na maior segurança do paciente. Em geral, as decisões clínicas são tomadas com base em valores presentes em uma sociedade, contextos de expressões ideológicas e recursos disponíveis. Os lobistas, grupos de pressão e consultores influenciam fortemente esse processo decisório.

Acrescenta-se ainda como fatores de influência: a mídia, as informações de fácil acesso disponíveis na internet e outros grupos de interesse. Por outro lado, induzir as decisões no sistema de saúde ancoradas pela PBE possibilita uma relação mais harmoniosa entre o custo-efetividade desse sistema<sup>19</sup>.

Todavia, a PBE pressupõe: a produção das evidências científicas – por estudos rigorosos, sendo por isso imprescindível o investimento frente a definição das áreas temáticas de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico que se apresentam como cruciais à atuação no SUS<sup>15,19</sup>.

A disponibilização das evidências, apresenta-se como outro aspecto crucial. Essa prática é essencial aos serviços de saúde na garantia de acesso a publicações científicas, revistas especializadas, principalmente à base de dados científicas eletrônicas. Acrescenta-se

a perícia, a competência do profissional de saúde para a utilização da evidência em sua prática: isso requer sua atualização constante<sup>15,19</sup>.

Para tanto, o sistema de saúde deve prescindir de instâncias de controle de risco, de segurança do paciente e de avaliações sobre a incorporação, adequação ou substituição de tecnologias. De modo que, na observância de que uma evidência faça mais mal do que bem, que ela não seja introduzida ou, caso já introduzida, ser interrompida. A transferência do conhecimento produzido por pesquisadores, oportunamente, aos profissionais de saúde também se apresenta como desafio. Usualmente, o conhecimento gerado apresenta transito lento às práticas cotidianas de saúde<sup>15,19,20</sup>.

### ***A Revisão Realista como método de síntese de evidências para atuação em redes***

A Revisão Realista (*Realist Review*) tem sido apresentada como um método sistemático de revisão concebido para síntese de evidências sobre intervenções que possam apoiar demandas políticas complexas – como a atuação em RAS.

Tem sido usualmente empregada em diferentes campos como as ciências sociais, psicologia e economia. Para a área da saúde, a utilização desse método ainda é recente, apresentando escassas publicações internacionais sobre o seu empreendimento<sup>21-25</sup>. Corresponde a síntese qualitativa das produções científicas para apoiar o desenvolvimento de modelos teóricos, políticas e práticas de intervenção. Sobretudo, a revisão realista aborda a síntese de evidências para compreender mecanismos sobre como programas complexos funcionam em contextos específicos<sup>21,22</sup>.

Mais do que avaliar os efeitos de determinada intervenção, a revisão realista tem como objeto de análise as circunstâncias que levam determinada intervenção ou programa a alcançar seus resultados. A efetiva implementação de uma intervenção ou programa - para que cada vez mais possa corresponder na prática ao modelo esperado - depende de fatores circunstanciais como infraestrutura disponível, engajamento dos legitimadores do processo, relações

interpessoais e as expectativas daqueles à qual a intervenção se destina<sup>23-25</sup>. Neste sentido, a revisão realista apresenta-se como um método que propõe captar nas particularidades de diferentes contextos, pontos de contenção e aspectos influenciadores ao desfecho da implementação<sup>21</sup>.

Fundamenta-se no pressuposto ontológico de que a realidade existe, porém só poderia ser apreendida por meio dos sentidos e percepções das pessoas. Representa, dessa maneira, o reconhecimento de uma realidade ou fenômeno por uma interpretação impregnada de subjetividade<sup>21</sup>. Assim, denota a intervenção como uma interferência sobre um processo ou um fenômeno visando modifica-lo, e considera o contexto social complexo como cenário possuidor de propriedades que não podem ser reduzidas aos seus elementos constituintes de modo isolado. Com isso, os resultados da revisão realista visam contribuir para a ação transformadora da pesquisa, ainda que minimamente, mediante a realidade pesquisada<sup>21-25</sup>.

Os procedimentos para a revisão realista compreendem etapas com correspondência à outros métodos de revisão. Embora as etapas devam ser apresentadas de forma sequencial, elas podem se sobrepor ou interagir no desenvolvimento do processo. Inicia-se por identificar a questão do estudo; por conseguinte, denotar a natureza da intervenção e seus pressupostos conceituais ou teóricos, como também, a estrutura de funcionamento esperada, ou ainda, políticas, diretrizes, objetivos e metas a que se pretende alcançar. A busca pelas evidências compreendem uma análise não linear de estudos primários, no qual pode ser complementada a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa<sup>21-23</sup>.

Os estudos primários incluídos na revisão realista compõem uma amostra intencional, até o pesquisador identificar um ponto de saturação. Distintos nichos de literatura científica podem ser delimitados. A extração dos dados dos estudos primários implica na utilização de roteiros existentes ou elaboração de formulários próprios. Contudo,

a proposição é que possam ser extraídos achados de diferentes delineamentos e tipos de produção científica, para contribuir com um esquema analítico na geração de evidências<sup>21-23</sup>.

Neste método, a qualidade das evidências distancia-se da avaliação hierárquica proposta para as revisões sistemáticas. Relevância e rigor metodológico dos estudos primários são aspectos a serem considerados a partir da denotação do pesquisador o que permite a inclusão de estudos primários que sejam metodologicamente suficientes para garantir sua contribuição na análise das particularidades da intervenção. A análise dos estudos primários não pretende discriminar a eficácia de um programa ou intervenção, e sim prover explicações processuais e desvelamentos de conjunturas, sobre como programas e intervenções são apreendidos em circunstâncias específicas<sup>21-23</sup>.

Sobretudo, os resultados da revisão realista culminam em um modelo teórico geral, ou conjecturas, ou ainda racionalizações sobre como uma determinada intervenção funciona. Sendo possível formalizar hipóteses ou explicações sobre o objeto analisado. No processo de condução da revisão realista o pesquisador não se encontra com pessoas ou grupos para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa. Na referida abordagem metodológica o pesquisador se encontra com as produções científicas<sup>23-25</sup>.

As finalidades da revisão realista integram síntese de evidências incluem: revisão da integridade do programa ou intervenção; revisar para avaliação entre teorias de programas ou intervenções rivais; revisão para comparar estruturas conceituais de programas ou intervenções desenvolvidas em contextos diferentes; revisão das expectativas oficiais de programas ou intervenções em relação à prática real<sup>21-25</sup>.

## CONCLUSÃO

No cotidiano, a implantação da RAS Baseada em Evidências para os profissionais de saúde deve considerar que, além das características contextuais do território da rede e, estudos válidos cientificamente, a própria expertise

profissional e as preferências das pessoas assistidas sejam levadas em conta. Nesse sentido, cada vez mais, é investir-se em métodos que possibilitem a aproximação na utilização da pesquisa como apoiadora efetiva na tomada de decisões.

Ao se considerar essa realidade na formação interprofissional para o SUS, parcerias junto às universidades - que tenham em sua composição consolidados grupos de pesquisas, ou ainda, a disponibilização de assessorias técnicas especializadas para orientar como utilizar pesquisas na prática - se faz crucial. Acima de tudo, investir na ampliação das competências dos profissionais para atuação pautada em evidências deveria se configurar como uma responsabilidade, além da formação acadêmica, mas também do sistema de saúde em si.

Mediante a composição de métodos para a síntese de evidências que apoiem a tomada de decisões, a Revisão Realista - ainda pouco difundida no Brasil, apresenta-se como potencial para apoiar a atuação com base em evidências nas RAS/SUS.

Isto pois, permite a avaliação crítica de iniciativas, intervenções ou programas e as circunstâncias que levaram ao resultado alcançado. Com isso, cada vez mais, torna-se essencial a formação para essa nova lógica, que permita uma aproximação precoce às estruturas do SUS e dialoguem tanto com a complexidade dos cenários, a diversidade dos modos de vida das comunidades, e a prática baseada em evidências. Essas questões são eminentes para se efetivar o SUS - em defesa da cidadania.

## REFERÊNCIAS

1. Maranhão T, Matos IB. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimentos no campo da Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). [Internet]. 2018 [citado em 13 maio 2018]; 22(64):55-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160091.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0091>
2. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [citado em 13 maio 2018];

- 22(4):1155-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en\\_1413-8123-csc-22-04-1155.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1155.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>
3. Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [citado em 13 maio 2018]; 14(3):743-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_10.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>
4. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2009 [citado em 13 maio 2018]; 33(81):27-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>
5. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? *Interdiscip J Health Educ*. [Internet]. 2016 [citado em 13 maio 2018]; 1(2):83-90. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/107/14>. DOI: 10.4322/ijhe.2016.016
6. Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF; 28 jun 2011.
7. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2015.
8. Mendes IAC, Ventura CAA. Nursing protagonism in the UN Goals for the people's health. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2017 [citado em 13 maio 2018]; 25:e2864. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-02864.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2864>
9. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 13 maio 2018]; 68(4):502-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en\\_0034-7167-reben-68-04-0586.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0586.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>
10. Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2012 [citado em 13 maio 2018]; 17(4):1001-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a22.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400022>
11. Soares CB. Os desafios da epidemiologia crítica e as respostas do capitalismo às suas dificuldades de reprodução: o caso da esfera cibernética. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2015 [citado em 13 maio 2018]; 18(4):990-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00990.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040028>
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2010 [citado em 13 maio 2018]; 15(5):2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
13. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [citado em 13 maio 2018]; 22(3):713-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0713.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016>
14. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [citado em 13 maio 2018]; 21(62):601-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
15. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 13 maio 2018]; 32(8):e00183415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
16. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [citado em 13 maio 2018]; 19(11):4427-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>

17. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312(7023):71-2.
18. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice medicine. *JAMA*. 1992; 268:2420-5.
19. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet] 2018 [citado em 13 maio 2018]; 26(4): e2070017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en\\_0104-0707-tce-26-04-e2070017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e2070017.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
20. Freitas CCG, Segatto AP. Ciência, tecnologia e sociedade pelo olhar da tecnologia social: um estudo a partir da Teoria Crítica da Tecnologia. *Cad. EBAPE.BR* [Internet]. 2014 [citado em 13 maio 2018]; 12(2):302-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v12n2/09.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-39517420>
21. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2005 [citado em 13 maio 2018]; 10(Suppl 1):21-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16053581>
22. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Pawson R. Realist methods in medical education research: what are they and what can they contribute? *Med Educ*. [Internet] 2012 [citado em 13 maio 2018]; 46(1):89-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150200>. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04045.x
23. Tractenberg L, Struchiner M. Revisão realista: uma abordagem de síntese de pesquisas para fundamentar a teorização e a prática baseada em evidências. *Ci Inf*. [Internet]. 2011 [citado em 13 maio 2018]; 40(3):425-38. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1299/1477>
24. Schreuders M, Nuyts PAW, van den Putte B, Kunst AE. Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour: a realist review. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2017 [citado em 13 maio 2018]; 183:19-27. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28458071> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.031>
25. Coles E, Wells M, Maxwell M, Harris FM, Anderson J, Gray NM, et al. The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: what works, for whom and in what setting? Protocol for a realist review. *Systematic Reviews* [Internet] 2017 [citado em 13 maio 2018]; 6:168. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0566-8> DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0566-8>

### CONTRIBUIÇÕES

Fernanda Carolina Camargo e Luan Augusto Alves Garcia tiveram iguais contribuições.

### Como citar este artigo (Vancouver)

Camargo FC, Garcia LAA. Desafio da formação para atuação em redes de saúde: atenção à saúde baseada em evidências. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 7(4):548-555. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

### Como citar este artigo (ABNT)

CAMARGO, F. C.; GARCIA, L. A. A. Desafio da formação para atuação em redes de saúde: atenção à saúde baseada em evidências. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 4, p. 548-555, 2019. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

### Como citar este artigo (APA)

Camargo, F.C. & Garcia, L.A.A. Desafio da formação para atuação em redes de saúde: atenção à saúde baseada em evidências. *REFACS*, 7(4), 548-555. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.