

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

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.

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

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.

**Descriptor:** 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.

1. Enfermera. Maestra y Doctora en Atención a la Salud. Epidemiologista Clínica del Sector de Investigación e Innovación Tecnológica del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triangulo Mineiro (UFTM) y Analista de Regulación en Salud de la Secretaría Municipal de Salud de Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1048-960X E-mail: fernandaccarmargo@yahoo.com.br

2. Enfermero. Mestre en Atención a la Salud. Doctorando en Atención a la Salud por la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciatpc@yahoo.com.br

## INTRODUCCIÓN

**E**l Sistema Único de Salud en Brasil (SUS) se presenta como una política de protección social universal, un derecho ciudadano expresado en la constituyente de 1988. Como resultado del movimiento social, en particular el movimiento de la Reforma Sanitaria, se congratuló con el proceso de redemocratización del país frente a los gobiernos de recesión dictatoriales, que perduraron de 1964 a 1985<sup>1,2</sup>.

El movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) constituido por sanitaristas, docentes, académicos y representantes políticos progresistas tenía en su proyecto la ordenación de un sistema de salud que superara las fragmentaciones del hasta entonces instituido<sup>3,4</sup>.

La RSB tenía como objetivo la implantación de un sistema de salud a nivel nacional que unificara la financiación de las acciones de salud por presupuesto público, y ya no dependía de la variación financiera de los contribuyentes. También, que proporcionase asistencia a los diferentes niveles de atención: de la atención primaria a los servicios hospitalarios, de forma integral<sup>3,4</sup>. Con innovaciones en la planificación y gestión de estos servicios: a ser normalizadas por el Ministerio de Salud, por la cual, la verticalidad (*up to down*) de las tomas de decisiones fueran sustituidas por una gobernanza Tripartita: estado (unión) gobiernos estatales y municipales – siendo la participación popular y la planificación estratégica participativa decisoria para la asignación de los recursos públicos a las acciones de salud<sup>1-4</sup>.

Como principios rectores del SUS, se tiene: universalidad: como derecho del ciudadano, acceso gratuito de provisión por el Estado (poder público) que busca la promoción, protección y recuperación a la salud; equidad: las acciones y servicios de salud estarían garantizadas según las necesidades de salud de las personas y poblaciones, con vistas a reducir las desigualdades; e integralidad: las acciones de salud no pueden ser compartimentadas, buscando satisfacer las necesidades generales de salud por una red de servicios

regionalizada, jerarquizada y complementar<sup>2,5</sup>. Estos principios están regulados por las Leyes Orgánicas de la Salud 8080/90 y 8142/90<sup>1,2,5,6</sup>. En 2011, la presidencia de la república de Brasil, decreta la regulación de la Ley Orgánica de Salud 8080/90 - Decreto 7508/2011, que dispone sobre la organización del Sistema Único de Salud - SUS, la planificación de la salud, la asistencia sanitaria y la articulación interfederativa<sup>5,6</sup>.

Se destaca en este decreto la concepción de Redes de Atención a la Salud (RAS), como el modo ordenador a ser implementado para la efectividad de los servicios de salud en el SUS, para garantizar la totalidad de la asistencia mediante un conjunto de acciones y servicios de salud articulados en niveles de creciente complejidad. En esta perspectiva, emerge el cuestionamiento: *¿Qué desafíos para la formación interprofesional/multidisciplinar para actuar en las Redes de Atención a la Salud?* Así, este trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre los desafíos para la formación crítica de los profesionales en salud para actuar en redes en el SUS.

## MÉTODO

Se trata de una reflexión sobre las exigencias contemporáneas para la formación multiprofesional en salud. El punto de partida fue actuación colaborativa a los programas de Residencia Integrada multiprofesional en Salud y de Residencia en Enfermería en Neonatología, ambos del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, a partir de 2017.

El interés en discutir la formación multiprofesional se relaciona con el documento de las Naciones Unidas de septiembre de 2015, en el que líderes mundiales reafirman compromisos con la Cobertura Universal de Salud, por medio del fortalecimiento de la cualificación profesional y valorización de los recursos humanos para la salud<sup>7,8</sup>. Además, al ser analizados los proyectos político-pedagógicos de los Programas de Residencia multiprofesional en Salud, investigación reveló un escenario heterogéneo con respecto a currículos,

organización didáctico-pedagógica, siendo necesarios estudios que se aproximen al currículo "vivo", de estos programas<sup>9</sup>.

El marco teórico-metodológico para el desarrollo de esta reflexión fue la Epidemiología Crítica Social - el acto de investigar, en esta perspectiva, precede el reconocimiento de una relación interactiva entre investigador y fenómeno estudiado. Se pretende, por este enfoque, una construcción narrativa que comprenda la realidad, frente a la perspectiva dialéctica del proceso<sup>10,11</sup>.

## RESULTADOS

El enfoque utilizado en la formación para actuar en redes en el SUS junto a los residentes ha sido la metodología activa - como proceso de realización de diversas operaciones mentales, en un creciente de complejidad del pensamiento, teniendo como punto de partida la práctica social.

En este proceso de formación se han señalado algunos retos como:

a) necesidad de transmutación del sistema preventivo- curativo hacia un modelo que alcance acciones en el ámbito de la determinación social del proceso salud-enfermedad;

b) actuación interprofesional que sea transformadora a los servicios de salud para eliminar el carácter discriminatorio y clasista del trabajo, relaciones multiprofesionales y oferta de servicios;

c) solapamiento de relaciones en el acceso que induzcan producciones de consumo o de empresarios de la salud, así como el control del poder infiriendo en desigualdades;

d) operacionalización de proyectos pedagógicos orientados a las redes de atención con centralidad en el nivel primario de cuidado, por la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

En el ámbito del SUS, la reorientación de la formación profesional requiere fomentar la integración enseñanza-servicio que asegure enfoque integral en las prácticas de la atención a la salud, como: perfeccionar las habilidades del trabajo en equipo, orientar la gestión de los casos, además de producir prácticas de salud de mejor calidad para

individuos y colectividades. En esa perspectiva, las producciones identificadas apoyaron reflexiones sobre la superación de estos desafíos para actuar en redes de salud, teniendo como perspectiva la estructuración de una atención a la salud basada en evidencias.

## DISCUSIÓN

### *La organización de Redes de Atención de Salud pautadas en evidencias*

Las RAS están concebidas como organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculadas entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofrecer una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria a la salud prestada en el momento adecuado, en el lugar correcto, con el coste correcto, con la calidad correcta y de forma humanizada y, con responsabilidades sanitarias y económicas por esta población<sup>12</sup>.

Implican en un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario; por intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas. El cuidado oportuno, en tiempo y lugar ciertos son características esenciales de la RAS<sup>12</sup>, con acción coordinadora de la demanda ejercida por la atención primaria a la salud.

Los equipos multiprofesionales de la atención básica (AB)/ESF deben reconocer las necesidades ampliadas de salud de la población adscrita, proporcionar diagnósticos adecuados e identificar recursos y equipos locales, o puntos (terapéuticos y diagnósticos) de RAS, o incluso servicios intersectoriales para lograr respuestas resueltas a las demandas<sup>12,13</sup>.

Los equipos de AB/ESF son responsables de la información y seguimiento de las personas en los diferentes servicios, con el objetivo de proporcionar la continuidad del cuidado y su retaguardia por búsqueda activa, orientaciones, encaminamientos, intercambio de información y vigilancia de la salud.

El centro de comunicación de la RAS se presenta por la coordinación del cuidado en

ABS/ESF – a ser espacio coordinador de los flujos y contraflujos, por lo tanto, los sistemas de salud con mayor orientación al nivel primario de atención presentan mayor resolución de las demandas de salud de la población<sup>13</sup>, con destaque a: reducción de procedimientos más caros solicitados indebidamente; hacer hincapié en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y, sobre todo, mejorar el reconocimiento de la situación epidemiológica y socio sanitaria a la que están sometidas distintas poblaciones.

Por lo tanto, emprenden un manejo más cualificado de los riesgos y vulnerabilidades en salud que sufren las poblaciones. Sin embargo, al considerar la efectividad de la RAS como organizadora del sistema de atención a la salud, uno de los mayores problemas, reconocidos internacionalmente, incoherencias entre la práctica clínica prestada en los servicios de salud– incluido el nivel primario de atención, la situación social y epidemiológica de la población adscrita, el conocimiento tecnológico propiciado por las investigaciones científicas y su incorporación en la práctica clínica. Estas brechas afectan al sistema de salud a costos crecientes<sup>12-15</sup>.

En la protección universal en salud, la temática cobra mayor relevancia frente a la imposición al poder público de prestar atención equívoca y universal. El enfrentamiento de esta coyuntura ha exigido prudencia a los profesionales de la salud, ya que toman decisiones (en particular los médicos) en los sistemas de salud como un todo sobre las internaciones, los medicamentos que se prescriben, qué exámenes deben solicitarse. Hay una tendencia universal de que la parte más significativa de los gastos de los sistemas de atención a la salud estén relacionados por solicitudes y autorizaciones médicas - La Ley de la Pluma del Médico<sup>12-16</sup>.

Sucede que la mayoría de las profesiones en salud son entrenadas bajo la tradición Hipocrática de ofrecer todo tipo de intervenciones, a todas las personas. Esa ética individual o Hipocrática se contradice con una ética social que deriva de la necesidad de

ofrecer solamente servicios necesarios y de comprobada efectividad y seguridad a aquellas personas que más se beneficiarán con los escasos recursos del sistema de atención a la salud.

Sin embargo, el efecto acumulativo de las micro decisiones clínicas es un aspecto importante que conduce al descontrol de costes del sistema de salud. Por ejemplo, la introducción de un nuevo medio de diagnóstico o de nuevas tecnologías de tratamiento, que a menudo no presentan evidencias científicas robustas de que hacen más bien que mal, sin embargo su prescripción conlleva costos razonables al sistema<sup>14-16</sup>.

El abordaje de esta problemática ha exigido una nueva lógica decisoria a la atención a la salud que se expresa por la Práctica Basada en Evidencias (PBE). Históricamente, el término PBE se originó por la Medicina Basada en Evidencias. A pesar de ser una concepción discutida por la epidemiológica Clínica, desde la década de 1970, las primeras publicaciones ocurrieron en la década de 1990, con Guyatt y colaboradores, en la Universidad de McMaster y Sackett por un editorial en el *British Medical Journal*<sup>17-19</sup>.

El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos en su informe “*Crossing the Quality Chasm: New Health System for the 21st Century*” apunta a la obligatoriedad de la enseñanza de dicha práctica en la formación en salud. Esta iniciativa emerge frente al número de errores de los profesionales de la salud, con énfasis en los errores médicos que han repercutido en la muerte de personas<sup>17-19</sup>.

La actuación basada en pruebas interferiría con la mayor seguridad del paciente. En general, las decisiones clínicas se toman sobre la base de valores presentes en una sociedad, contextos de expresiones ideológicas y recursos disponibles. Los grupos de presión, grupos de presión y asesores influyen mucho en este proceso de toma de decisiones.

Se añade además como factores de influencia: los medios de comunicación, la información de fácil acceso disponible en Internet y otros grupos de interés. Por otra

parte, inducir las decisiones en el sistema de salud ancladas por PBE posibilita una relación más armoniosa entre el coste-efectividad de ese sistema<sup>19</sup>.

Sin embargo, PBE supone: la producción de pruebas científicas- por estudios rigurosos, siendo por ello imprescindible la inversión frente a la definición de las áreas temáticas de investigación y desarrollo tecnológico que se presentan como cruciales a la actuación en SUS<sup>15,19</sup>.

Otro aspecto crucial es la disponibilidad de pruebas. Esta práctica es esencial para los servicios de salud en la garantía de acceso a publicaciones científicas, revistas especializadas, principalmente a la base de datos científicos electrónicos. Se agrega la pericia, la competencia del profesional de salud para la utilización de la evidencia en su práctica: eso requiere su actualización constante<sup>15,19</sup>.

Para ello, el sistema de salud debe prescindir de instancias de control de riesgo, de seguridad del paciente y de evaluaciones sobre la incorporación, adecuación o sustitución de tecnologías. De modo que, en la observancia de que una evidencia hace más mal que bien, no se introduce o, si ya se introduce, se interrumpe. La transferencia del conocimiento producido por investigadores, oportunamente, a los profesionales de la salud también se presenta como un desafío. Usualmente, el conocimiento generado presenta tránsito lento a las prácticas cotidianas de salud<sup>15,19,20</sup>.

### ***La Revisión realista como método de síntesis de evidencias para actuar en redes***

La Revisión Realista (*Realist Review*) ha sido presentada como un método sistemático de revisión diseñado para síntesis de evidencias sobre intervenciones que puedan apoyar demandas políticas complejas - como la actuación en RAS.

Ha sido usualmente empleada en diferentes campos como las ciencias sociales, psicología y economía. Para el área de la salud, el uso de este método es aún reciente, presentando escasas publicaciones internacionales sobre su emprendimiento<sup>21-25</sup>. Corresponde la síntesis cualitativa de las

producciones científicas para apoyar el desarrollo de modelos teóricos, políticas y prácticas de intervención. Sobre todo, la revisión realista aborda la síntesis de evidencias para comprender mecanismos sobre cómo funcionan los programas complejos en contextos específicos<sup>21,22</sup>.

Más que evaluar los efectos de una intervención determinada, la revisión realista tiene como objeto de análisis las circunstancias que llevan determinada intervención o programa a alcanzar sus resultados. La ejecución efectiva de una intervención o programa - para que cada vez más pueda corresponder en la práctica al modelo esperado - depende de factores circunstanciales como infraestructura disponible, participación de los legitimadores del proceso, relaciones interpersonales y las expectativas de aquellos a los que la intervención está destinada<sup>23-25</sup>. En este sentido, la revisión realista se presenta como un método que propone captar en las particularidades de diferentes contextos, puntos de contención y aspectos influyentes al desenlace de la implementación<sup>21</sup>.

Se fundamenta en el presupuesto ontológico de que la realidad existe, pero sólo podría ser captada por los sentidos y percepciones de las personas. Representa, de esta manera, el reconocimiento de una realidad o fenómeno por una interpretación impregnada de subjetividad<sup>24</sup>. Por lo tanto, denota la intervención como una interferencia sobre un proceso o un fenómeno que busca modificarlo, y considera el contexto social complejo como escenario poseedor de propiedades que no pueden reducirse a sus elementos constitutivos de manera aislada. Con esto, los resultados de la revisión realista pretenden contribuir para la acción transformadora de la investigación, aunque mínimamente, mediante la realidad investigada<sup>21-25</sup>.

Los procedimientos de revisión realista comprenden etapas que corresponden a otros métodos de revisión. Aunque los pasos deben presentarse de forma secuencial, pueden solaparse o interactuar en el desarrollo del proceso. Se comienza por identificar la cuestión del estudio; por lo tanto,

denotar la naturaleza de la intervención y sus hipótesis conceptuales o teóricas, así como la estructura de funcionamiento esperada, o bien políticas, directrices, objetivos y metas a los que se pretende alcanzar. La búsqueda de evidencias comprende un análisis no lineal de estudios primarios, en el cual puede ser complementada en cualquier momento del desarrollo de la investigación<sup>21-23</sup>.

Los estudios primarios incluidos en la revisión realista componen una muestra intencional, hasta que el investigador identifica un punto de saturación. Distintos nichos de literatura científica pueden ser delimitados. La extracción de los datos de los estudios primarios implica el uso de hojas de ruta existentes o la elaboración de formularios propios. Sin embargo, la propuesta es que puedan ser extraídos de diferentes delineamientos y tipos de producción científica, para contribuir con un esquema analítico en la generación de evidencias<sup>21-23</sup>.

En este método, la calidad de las evidencias se distancia de la evaluación jerárquica propuesta para las revisiones sistemáticas. Relevancia y rigor metodológico de los estudios primarios son aspectos a ser considerados a partir de la denotación del investigador lo que permite la inclusión de estudios primarios que sean metodológicamente suficientes para garantizar su contribución en análisis de las particularidades de la intervención. El análisis de los estudios primarios no pretende discriminar la eficacia de un programa o intervención, sino proporcionar explicaciones de procedimiento y desvelos de coyunturas, sobre cómo programas e intervenciones son aprehendidos en circunstancias específicas<sup>21-23</sup>.

Sobre todo, los resultados de la revisión realista culminan en un modelo teórico general, o conjeturas, o incluso racionalizaciones sobre cómo funciona una determinada intervención. Es posible formalizar hipótesis o explicaciones sobre el objeto analizado. En el proceso de conducción de la revisión realista el investigador no se encuentra con personas o grupos para el desarrollo de una investigación cualitativa. En

dicho enfoque metodológico el investigador se encuentra con las producciones científicas<sup>23-25</sup>.

Las finalidades de la revisión realista integran síntesis de evidencias incluyen: revisión de la integridad del programa o intervención; revisar para evaluación entre teorías de programas o intervenciones rivales; revisión para comparar estructuras conceptuales de programas o intervenciones desarrolladas en contextos diferentes; revisión de las expectativas oficiales de programas o intervenciones en relación con la práctica real<sup>21-25</sup>.

## CONCLUSIÓN

En lo cotidiano, la implantación de la RAS Basada en Evidencias para los profesionales de la salud debe considerar que, además de las características contextuales del territorio de la red y, estudios válidos científicamente, la propia experiencia profesional y las preferencias de las personas asistidas sean tenidas en cuenta. En ese sentido, cada vez más, es invertir en métodos que posibiliten la aproximación en el uso de la investigación como apoyadura efectiva en la toma de decisiones.

Al considerar esta realidad en la formación interprofesional para el SUS, asociaciones junto a las universidades - que tengan en su composición consolidados grupos de investigaciones, o también, la disponibilidad de asesorías técnicas especializadas para orientar cómo utilizar investigaciones en la práctica - se hace crucial. Por encima de todo, invertir en la ampliación de las competencias de los profesionales para actuar pautada en evidencias debería configurarse como una responsabilidad, además de la formación académica, pero también del sistema de salud en sí.

Mediante la composición de métodos para la síntesis de evidencias que apoyen la toma de decisiones, la Revisión realista - aún poco difundida en Brasil, se presenta como potencial para apoyar la actuación con base en evidencias en las RAS/SUS.

Esto permite, pues, la evaluación crítica de iniciativas, intervenciones o programas y las circunstancias que llevaron al

resultado alcanzado. Con ello se hace cada vez más esencial la formación para esta nueva lógica, que permita una aproximación temprana a las estructuras del SUS y dialoguen tanto con la complejidad de los escenarios, la diversidad de los modos de vida de las comunidades, y la práctica basada en la evidencia. Estas cuestiones son eminentes para ser efectiva el SUS – en defensa de la ciudadanía.

## REFERENCIAS

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 [acceso el 13 mayo 2018]; 22(64):55-66. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 22(4):1155-64. Disponible en: [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 [acceso el 13 mayo 2018]; 14(3):743-52. Disponible en: [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 [acceso el 13 mayo 2018]; 33(81):27-37. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 1(2):83-90. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 25:e2864. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 68(4):502-9. Disponible en: [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 [acceso el 13 mayo 2018]; 17(4):1001-13. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 18(4):990-4. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00990.pdf>. DOI: 10.1590/1980-5497201500040028
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2010 [acceso el 13 mayo 2018]; 15(5):2297-2305. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 22(3):713-24. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0713.pdf>. DOI: 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 [acceso el 13 mayo 2018]; 21(62):601-13. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 32(8):e00183415 Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 19(11):4427-38. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 26(4): e2070017. Disponible en: [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 [acceso el 13 mayo 2018]; 12(2):302-20. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 10(Suppl 1):21-34. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 46(1):89-96. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 40(3):425-38. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 183:19-27. Disponible en: <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 [acceso el 13 mayo 2018]; 6:168. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0566-8> DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0566-8>

**CONTRIBUCIONES**

**Fernanda Carolina Camargo y Luan Augusto Alves Garcia** tuvieron iguales contribuciones.

**Como citar este artículo (Vancouver)**

Camargo FC, Garcia LAA. Desafíos formativos para la práctica en redes: atención a la salud basada en evidencias. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 7(4): 548-555. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

**Como citar este artículo (ABNT)**

CAMARGO, F. C.; GARCIA, L. A. A. Desafíos formativos para la práctica en redes: atención a la salud basada en evidencias. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 4, p. 548-555, 2019. Disponible en: *insertar link de acceso*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

**Como citar este artículo (APA)**

Camargo, F.C. & Garcia, L.A.A. Desafíos formativos para la práctica en redes: atención a la salud basada en evidencias. *REFACS*, 7(4), 548-555. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.