



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



APRIMORAMENTO  
DA GESTÃO DE  
TECNOLOGIAS NO SUS

PLATAFORMA DE  
TRADUÇÃO,  
INTERCÂMBIO E  
APROPRIAÇÃO SOCIAL  
DO CONHECIMENTO

## **Metodologias para produção de sínteses de evidências (revisões rápidas) Subprojeto RAPID - Relatório**

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta publicação foi desenvolvida pela Fiocruz Brasília, no âmbito do projeto 'Apoio ao aprimoramento da gestão de tecnologias no sus por meio da plataforma de tradução, intercâmbio e apropriação social do conhecimento', financiado pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), através do Termo de Execução Descentralizada no. 43/2016.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

*Coordenação-geral:*

Jorge Otávio Maia Barreto

*Autores:*

Jorge Barreto

Everton Nunes da Silva

Marcus Tolentino Silva

Michelle Haby

Evelina Chapman

Rachel Clark

Ludovic Reveiz

John Lavis

*Traduções:*

Jorge Barreto

## ■ Sumário

Modelo para um programa de Respostas Rápidas na região das Américas .....	3
Quais as melhores metodologias de revisões rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências nas políticas e práticas de saúde: uma revisão rápida .....	23
Respostas Rápidas no formato 'Revisão Rápida': etapas de elaboração .....	30
Anexo .....	47



## **Modelo para um programa de Respostas Rápidas na região das Américas**

### **Título original: A model for rapid response program for the Americas Region**

*(Referência: HABY, Michelle M. et al. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. Implementation Science, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2015)*

#### *Autores:*

Michelle Haby  
Evelina Chapman  
Rachel Clark  
Jorge Barreto

#### *Tradução:*

Jorge Barreto

## Resumo

**Introdução:** Um programa de Respostas Rápidas pode facilitar o uso das evidências em políticas e práticas relacionadas à saúde, mediante o provimento de sínteses sistemáticas das melhores evidências científicas disponíveis, que sejam oportunas, considerem os contextos e estejam direcionadas às necessidades dos tomadores de decisões em diferentes níveis, além de incluir mecanismos para favorecer a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão.

**Objetivo:** Propor um modelo metodológico para um programa de Respostas Rápidas para a tomada de decisão em saúde, considerando: i) um *overview* sobre metodologias de produção de Respostas Rápidas para tomada de decisão na política e prática de saúde; ii) a literatura relacionada à revisão de métodos e modelos; e iii) quatro estudos de caso de programas de Respostas Rápidas em atividade ao redor do mundo.

**Métodos:** Com métodos de revisão sistemática foi conduzido um *overview* sobre as metodologias de Respostas Rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências na saúde. Foram utilizados critérios de inclusão explícitos e uma estratégia de busca abrangente. Também foi buscada a literatura relacionada a métodos e modelos atuais. Finalmente, foram realizados quatro estudos de caso sobre programas de Respostas Rápidas, com base em entrevistas com informantes-chave, complementadas com informações de *sites* e na literatura publicada.

**Resultados:** O *overview* incluiu cinco revisões sistemáticas e um estudo controlado randomizado. Não foi identificado qualquer consenso quanto à definição ou metodologias para Respostas Rápidas, mas os autores em geral destacaram a importância da transparência dos métodos utilizados. Algumas comparações entre revisões completas e rápidas foram tomadas para estimar o impacto de ‘atalhos’ para obterem-se prazos mais curtos de elaboração. No que diz respeito ao impacto das Respostas Rápidas, nenhuma das revisões sistemáticas incluídas apresentou resultados sobre sua efetividade em aumentar o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Os quatro estudos de caso e a literatura identificada sugeriram considerar uma série de questões na implementação de um programa de Respostas Rápidas.

**Conclusões:** Um modelo ‘ideal’ de Respostas Rápidas não é suportado pelas melhores evidências hoje disponíveis. O modelo apresentado neste trabalho é flexível, mas ressalta a importância de tornar explícito o procedimento metodológico usado, a fim de permitir a avaliação de qualidade. Será importante avaliar a implementação, a fim de aprimorar o modelo e adicionar novos elementos à base de evidências sobre estratégias de tradução de conhecimento.

## Introdução

Há uma literatura ampla e crescente voltada à descrição das barreiras e facilitadores do uso das evidências científicas na tomada de decisão em saúde (1-5). As barreiras mais frequentemente relatadas são relacionadas ao pouco acesso às evidências de boa qualidade, relevantes e oportunas (1, 4, 6). Os fatores facilitadores mais frequentemente relatados são relacionados com a colaboração ou interação entre pesquisadores e tomadores de decisão e o aprimoramento das relações e habilidades (1, 4).

Uma variedade de programas ao redor do mundo promove a incorporação de evidências de científicas em políticas e práticas. Estas iniciativas incluem esforços para prover revisões sistemáticas (ex.: Colaboração Cochrane) e para sintetizar evidências (incluindo revisões sistemáticas), objetivado informar

as políticas e as práticas em saúde (ex.: Rede de Políticas Informadas por Evidências - EVIPNet). Embora extremamente bem sucedidos, estes programas ainda não forma capazes de garantir um acesso rápido às evidências, a partir dos diferentes contextos e necessidades.

Um programa de Respostas Rápidas que consiga prover sínteses sistemáticas de resultados de pesquisas científicas de alta qualidade, de forma contextualizada e direcionada para as necessidades dos tomadores de decisões, em tempo oportuno, incluindo a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão, poderia superar algumas das barreiras e facilitar o uso das evidências científicas na tomada de decisão em saúde.

## O que é um programa de Respostas Rápidas?

Não há uma só definição para as Respostas Rápidas na literatura, embora o número de programas que oferecem este serviço esteja crescendo em todo o mundo. Um aspecto fundamental dos serviços de Respostas Rápidas é o produto que é fornecido. Os produtos têm muitos nomes, incluindo Revisão Rápida (*Rapid Review*), Síntese de Evidências (*Evidence Brief*), Revisão Breve (*Brief Review*) e Revisão Sistemática Rápida (*Rapid Systematic Review*). Adotaremos o termo 'Revisão Rápida', dado que é o mais amplamente utilizado na literatura. Vale ressaltar que alguns programas existentes também oferecem também produtos simplificados, tais como: 1) lista de referências (geralmente de revisões sistemáticas) e 2) resumo de revisões sistemáticas – sem síntese ou avaliação crítica (7).

Outro aspecto fundamental de um serviço de Respostas Rápidas, talvez sua principal característica, é a estreita relação com o usuário final, a fim de atender a diferentes necessidades da tomada de decisão em um período de tempo limitado (7, 8). Diferentemente da maioria das revisões sistemáticas tradicionais, as Revisões Rápidas são geralmente realizadas por demanda de um tomador de decisões, que tem participação relevante na definição da questão de pesquisa, bem como nos parâmetros da análise e na definição do tempo a ser empregado. Esses parceiros também fornecem *feedback* ao logo do desenvolvimento do produto. Ao contrário de revisões sistemáticas tradicionais as Revisões Rápidas são elaboradas tendo em conta o contexto do demandante, para considerar a questão política ou prática que requer resposta (7, 8).

## Existe um modelo ideal de Resposta Rápida?

Uma revisão recente identificou 29 modelos de programas de Respostas Rápidas internacionalmente (9). Apesar da quantidade, não havia uma grande variação nos processos e métodos adotados (9). Isso levanta a questão – existe um modelo ideal? Se assim for, ele poderia ser aplicado para subsidiar um modelo para um programa de Respostas Rápidas no contexto das Américas? O objetivo deste trabalho é identificar elementos para responder a estas questões, considerando as melhores evidências disponíveis e apontar um modelo metodológico para um programa de Respostas Rápidas para a tomada de decisão em saúde.

## Objetivo

Propor um modelo metodológico para um programa de Respostas Rápidas para a tomada de decisão em saúde considerando:

1. um *overview* dos métodos de respostas rápidas para apoiar tomada de decisão informada por evidências na política e prática de saúde;
2. a literatura adicional de revisão de métodos e modelos e
3. quatro estudos de caso de programas de respostas rápidas atualmente em atividade.

## Métodos

Realizou-se uma revisão (*overview*) para identificar revisões sistemáticas que abordaram métodos de Respostas Rápidas para apoiar a tomada de decisão em saúde. O *overview* aderiu ao padrão definido pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (10). Os métodos da revisão foram guiados pelo manual da Colaboração Cochrane para revisões sistemáticas (11) e também aderiu aos critérios AMSTAR (12), na medida do possível. Devido a limitações de tempo e recursos que algumas restrições foram adotadas para garantir o prazo de realização do *overview*, como por exemplo, considerar a literatura dos últimos 10 anos. Além disso, apenas um revisor analisou títulos e resumos, mas dois revisores selecionaram os artigos a partir da leitura do texto completo, uma prática comum, inclusive em revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane (13). Uma meta-análise não foi possível devido à heterogeneidade nas populações, intervenções e resultados dos estudos, o que também impossibilitou a avaliação do viés de publicação (14).

Um protocolo de revisão sistemática foi escrito e registrado antes do início da pesquisa (15) e os detalhes sobre os métodos usados podem ser encontrados neste documento, bem como no relatório final (15, 16).

Dois questões foram abordadas separadamente, exigindo duas pesquisas complementares, com procedimentos de extração de dados e critérios de inclusão diversos.

As duas perguntas são:

1. Quais são os melhores métodos para a elaboração de sínteses rápidas de evidências, visando subsidiar a tomada de decisão relacionada às políticas de saúde?
2. Quais são as melhores estratégias para facilitar a incorporação das Respostas Rápidas como subsídio da tomada de decisão?

Para a pergunta 1, revisões sistemáticas e estudos primários com desenhos robustos foram incluídos (ensaio controlado e randomizado, estudo antes e depois, série de tempo interrompida, com medição antes e depois, e análises de custo-efetividade, custo-utilidade ou custo-benefício). Para a pergunta 2, apenas estudos de revisão sistemática foram incluídos.

Para orientar a síntese das evidências sobre estratégias para facilitar a incorporação das Respostas Rápidas como subsídio da tomada de decisão, foi adotado *framework* de vinculação da pesquisa científica à ação (*research to action*) (17, 18). As intervenções identificadas nas revisões sistemáticas foram classificadas, segundo seus objetivos, como: 'ambiente e contexto' (*climate and context*), 'produção de conhecimento' (*knowledge creation*), 'entrega de evidências' (*push*), 'melhoria da extração de evidências' (*facilitating pull*), 'extração de evidências' (*pull*), 'articulação e intercâmbio' (*linkage and exchange*) e 'esforços de avaliação' (*evaluation*) (17, 18).

**Tabela 1 – Aspectos do framework sobre a vinculação da pesquisa à ação (research to action) (17, 18)**

Domínio	Explicação
Ambiente e contexto ( <i>climate and context</i> ):	Para que elementos, características, circunstâncias e condições relacionadas à saúde, bem como às atividades de KT, do contexto local sejam considerados.
Produção de conhecimento ( <i>Knowledge creation</i> ):	Para que sejam sistematizados e disponibilizados novos conhecimentos científicos oportunos e relevantes
Esforços de entrega de evidências ( <i>push</i> ):	Para que o conhecimento científico chegue, em formatos adequados, aos grupos interessados.
Esforços para facilitar a extração de evidências ( <i>facilitating pull</i> ):	Para que os decisores políticos identifiquem pesquisas relevantes.
Esforços para extração de evidências ( <i>pull</i> ):	Para que os usuários possam recuperar evidências relevantes.
Esforços de articulação e intercâmbio ( <i>linkage and exchange</i> ):	Para que o relacionamento entre usuários e produtores de conhecimento científicos seja estabelecido e aprimorado.
Esforços de avaliação ( <i>evaluation</i> )	Para que os esforços de KT possam ser monitorados e avaliados.

KT: *Knowledge translation*, tradução de conhecimento.

### Literatura adicional relacionada à revisão de métodos e modelos existentes

Adicionalmente e com o uso de técnicas não sistemáticas, foi identificada literatura adicional relevante, para incluir artigos; pesquisas de bancos de dados dos próprios autores e recomendações de especialistas.

### Estudos de caso de serviços de resposta rápida atuais

Exemplos de modelos de serviços de Respostas Rápidas foram identificados, mediante técnicas não sistemáticas e oportunistas. Quatro casos foram selecionados visando contemplar a variedade dos serviços de Respostas Rápidas atualmente existentes em diferentes níveis de gestão (local, nacional, regional e global) (tabela 2). Sempre que possível, os estudos de caso foram desenvolvidos com base em uma entrevista estruturada com um informante-chave, complementada com as informações disponíveis em sites e na literatura publicada. Os informadores-chave receberam a lista de perguntas antes da entrevista e também foi dada a oportunidade de rever o respectivo relatório antes da finalização. Um informante-chave (Instituto Sax) forneceu respostas por escrito para a maioria das perguntas, sendo esta informação complementada na entrevista. As entrevistas foram realizadas usando o Skype. Para um estudo de caso (REACH-PI) a entrevista pode não ser agendada dentro do tempo disponível, tendo sido concluído com base em informações da literatura publicada e de *sites* apenas. Todas as entrevistas foram realizadas nas duas primeiras semanas de junho de 2015.

**Tabela 2 – Serviços de Respostas Rápidas, selecionados para estudos de caso**

Serviço de resposta rápida	Razão para a seleção	Referências
<i>Cochrane Response by Cochrane Innovations, Colaboração Cochrane</i> . Multinacional.	Tem potencial alcance global e é suportado pelo conhecimento e experiência acumulados pela Colaboração Cochrane.	
<i>McMaster Health Forum Rapid Response Program, McMaster University, Canadá</i>	Representante de um país desenvolvido com uma longa história na tradução do conhecimento.	(8, 19, 20)
<i>Sax Institute Evidence Check Program, NSW, Austrália</i>	Tem uma longa história (desde 2007), é um programa implementado no nível subnacional (estado).	(21, 22)
<i>The Regional East African Community Health (REACH) Policy Initiative, Uganda</i>	Representante de uma economia de baixa renda e tem estudos de avaliação publicados.	(23)



# Resultados

## Métodos para Respostas Rápidas

Cinco revisões sistemáticas, apresentadas em sete artigos (24-30), e um ensaio controlado randomizado (ECR) (31), que investigou metodologias para sínteses rápidas de evidências (também conhecidas como Revisões Rápidas), preencheram os critérios de inclusão para a pergunta 1.

Os estudos apontaram que não existe ainda uma definição única para Revisão Rápida na literatura ou sobre a metodologia para sua elaboração. No entanto, as revisões sistemáticas foram consistentes em afirmar que uma Revisão Rápida é geralmente realizada em um período de tempo mais curto e pode ter um escopo reduzido. Uma ampla gama de ‘atalhos’ (*shorcuts*) são usados para fazer estas revisões mais ‘rápidas’ do que uma revisão sistemática completa. Enquanto os autores das revisões sistemáticas tendem a concordar que recortes de escopo ou de prazo podem introduzir vieses, poucas evidências empíricas apoiam ou refutam explicitamente essa afirmação. Além disso, algumas comparações disponíveis entre revisões completas e rápidas ajudam a considerar o potencial impacto dos ‘atalhos’ nos métodos. Há evidências de boa qualidade que as sínteses rápidas podem melhorar o acesso às evidências para os tomadores de decisão (31).

Os autores das revisões sistemáticas sugerem que, ao invés de se concentrar no desenvolvimento de uma metodologia formalizada, a qual pode não ser devidamente apropriada, pesquisadores e usuários deveriam concentrar-se em garantir a transparência dos métodos utilizados em cada revisão (25, 27, 30).

## Estratégias para facilitar a Tradução do Conhecimento

Quarenta revisões sistemáticas, que abordaram a eficácia de estratégias de Tradução do Conhecimento preencheram os critérios de inclusão para a pergunta 2, das quais 27 tiveram os dados extraídos. No que diz respeito às Revisões Rápidas, nenhuma das revisões sistemáticas incluídas encontraram estudos específicos sobre a eficácia deste modelo para incrementar o uso das evidências científicas na tomada de decisão em políticas de saúde. No entanto, há evidências de que a divulgação de materiais educativos impressos (32) e resumos de revisões sistemáticas (33, 34) são eficazes para melhorar o conhecimento e/ou a prática de quem toma decisão em saúde. Ainda não há nenhuma avaliação de boa qualidade sobre o impacto na utilização de diferentes formatos de síntese dos achados de revisões sistemáticas, tais como resumos de revisões sistemáticas ou sínteses de evidências, baseadas em revisões sistemáticas (33, 35).

Em relação a outras estratégias de Tradução de Conhecimento, há evidências da eficácia de alguns esforços de ‘extração’ (*push*), ‘entrega’ (*pull*), e para facilitar a extração (*facilitating pull*) de evidências sobre as atividades de tomada de decisão na política e/ou prática em saúde. Somente uma intervenção (*toolkits*) incluída nas revisões sistemáticas considerou ‘ambiente e contexto’ (*climate and context*) como um domínio de intervenção (17, 36). Não foram avaliadas intervenções que visam impactar na ‘produção do conhecimento’ (*knowledge creation*) ou nos esforços de Tradução de Conhecimento (*Knowledge Translation*). Para ‘articulação e intercâmbio’ (*linkage and exchange*) – a atuação dos ‘promotores do conhecimento’ (*knowledge brokers*) e a interação entre usuários e produtores de pesquisas científicas foram as únicas intervenções avaliadas, mas os estudos incluídos não forneceram evidências conclusivas sobre a eficácia destas intervenções (37, 38), no entanto, mais estudos sobre estas intervenções serão necessários antes que conclusões definitivas sejam tomadas, especialmente devido a limitações no alcance e intensidade das intervenções avaliadas nos estudos.

## Principais conclusões de estudos de caso

Os modelos apresentados nos estudos de caso variaram quanto ao tempo de implantação, estágio de desenvolvimento, alcance do serviço e formas de financiamento. No Instituto Sax e na *Cochrane Response*, as Respostas Rápidas são pagas pelo demandante, enquanto no modelo do REACH-PI, os produtos são pagos com fundos advindos de doadores. No modelo do *Health Forum* da McMaster, as revisões solicitadas pelo governo de Ontário são financiadas por bolsas de pesquisa, enquanto os produtos solicitados por outros usuários são pagos pelos próprios demandantes. Nenhum dos modelos adota explicitamente alguma forma de priorização sobre os ‘clientes’ que serão recepcionados pelos serviços – foram aceitas todas as demandas que estiveram dentro do escopo dos serviços. O tempo necessário para elaborar uma Resposta Rápida variou de cerca de um mês (McMaster, REACH-PI) a 3-4 meses (Instituto Sax). A primeira revisão realizada pela *Cochrane Response* levou dez semanas, mas prevê-se que a maioria das revisões será realizada em até oito semanas.

Enquanto todos os programas têm alguma documentação para guiar a elaboração das Respostas Rápidas, os reais métodos utilizados podem variar entre as Revisões Rápidas elaboradas dentro de um mesmo programa, dependendo da questão e das necessidades do demandante. Os relatórios usados também variam, mas nenhum deles incluiu padrões metodológicos mínimos ou requisitos prévios que permitisse uma avaliação da qualidade da evidência apresentada.

Para todos os modelos, o processo envolvido na condução da Resposta Rápida requer a interação e comunicação regular entre os pesquisadores responsáveis e os tomadores de decisão demandantes, incluindo o contato pessoal, que consiste um fator conhecido como facilitador da incorporação de evidências à tomada de decisão (1, 4, 39). O processo também pode potencialmente ajudar a construir habilidades (4) e confiança (39) entre pesquisadores e tomadores de decisão.

Cada um dos modelos é único de alguma maneira. O modelo da McMaster foi o único que relatou o uso de outras estratégias de Tradução do Conhecimento associadas à condução da Resposta Rápida, com a divulgação e promoção ampla da revisão concluída, inclusive na mídia social, bem como a oferta de uma sessão de apresentação das conclusões da revisão para o demandante e grupos interessados. O Instituto Sax é o único modelo em que os responsáveis pelo desenvolvimento da Resposta Rápida são externos à instituição, sendo selecionados a partir de um banco de dados de pesquisadores ou identificados por outros meios. Este modelo tem a vantagem de contar com pesquisadores com experiência e conhecimentos no tópico específico da Resposta Rápida demandada. As desvantagens são o trabalho adicional exigido para garantir que os prazos sejam cumpridos e para garantir suporte a novos pesquisadores (atualmente é feito por meio de um processo de *mentoring* informal). O modelo da *Cochrane Response* é o único a contar com um grande grupo de colaboradores permanentes altamente qualificados. O modelo REACH-PI é o único exemplo conhecido desenvolvido em um país de baixa renda e é suportado pelo trabalho anterior feito pela EVIPNet, bem como é o único com resultados de avaliação publicados.

As questões mais relevantes a considerar, a partir dos estudos de caso foram:

1. o uso de contratos, se é um modelo de “utilizador-pagador”;
2. a propriedade intelectual;
3. a publicação das Respostas Rápidas;
4. a inclusão de revisores externos;
5. a disponibilidade de recursos humanos capacitados;
6. a disponibilidade de acesso à internet;
7. o acesso a bancos de dados e ao textos completos dos estudos necessários; e
8. a avaliação do modelo (quadro 1).

## Quadro 1 – Questões destacadas nos estudos de caso

- i) O uso de contratos, quando se é um modelo de “usuário-pagador” pode retardar o processo, mas o impacto pode ser minimizado quando a confiança e o princípio da boa fé permitem iniciar a revisão antes de se assinar o contrato (*Cochrane Response, Instituto Sax*).
- ii) Quando se usa um contrato, a propriedade intelectual é geralmente do financiador, mas parece haver aceitação geral de publicação conjunta das revisões concluídas.
- iii) No modelo do Instituto Sax, nem todos os produtos são disponibilizados publicamente, cabendo ao financiador decidir se quer manter em segredo a revisão, sendo este o caso apenas em uma pequena porcentagem das Respostas Rápidas elaboradas. Para a McMaster e a Cochrane Response, todas as revisões são disponibilizadas publicamente. A maioria dos modelos inclui um período de atraso antes da publicação, a fim de permitir que a agência comissionada se prepare para qualquer publicidade resultante ou para permitir publicações relacionadas.
- iv) A revisão externa ou ‘revisão de mérito’ é adotada em todos os modelos, exceto no modelo do Instituto Sax. Enquanto isso tem o potencial para desacelerar o processo, se os revisores não respondem, os diferentes serviços parecem ter encontrado formas eficientes de gerenciar isso, por exemplo, convidando outro revisor se o primeiro não se compromete em atuar no prazo requerido.
- v) Recrutamento de pessoal com a combinação certa de competências e qualificações foi observado como um problema para o modelo do REACH-PI – o que poderia também ser um problema particular para os países de baixa e média renda, requerendo, por isso, atenção. Os outros três modelos usam formas de tutoria (*mentoring*) ou formação interna para abordar esta questão. O informante-chave do Instituto Sax apontou que a instituição tem planos de desenvolver um programa de treinamento formal para seus pesquisadores.
- vi) Ter uma conexão de internet rápida e confiável foi observado como um problema para o modelo do REACH-PI – o que poderia também ser um problema particular para os países de baixa e média renda, requerendo atenção.
- vii) Acesso a bancos de dados e texto completo de documentos foi observado como um problema para o modelo do REACH-PI – o que poderia ser também um problema particular para os países em de baixa e média renda, requerendo atenção.
- viii) Nenhum dos modelos adotou uma avaliação formal do impacto do serviço na incorporação das evidências no âmbito da política e/ou prática em saúde – embora existam planos de fazer isso para o serviço da McMaster (8).

## Uma proposta de modelo de resposta rápida

A melhor evidência de pesquisa disponível não se mostrou suficiente para sugerir um modelo ‘ideal’ para um programa de Respostas Rápidas. Ao contrário, as revisões sistemáticas publicadas sobre este tema sugerem que, ao invés de se concentrar no desenvolvimento de uma metodologia formalizada, que poderia não ser devidamente apropriada, pesquisadores e usuários deveriam concentrar-se em aumentar a transparência dos métodos utilizados para cada revisão (25, 27, 30). A literatura publicada também suporta a necessidade para o uso de abordagens variadas, a depender do contexto do serviço – tanto na sua implantação como no seu funcionamento (8, 19, 20). Os modelos de resposta rápida incluídos como estudos casos mostraram que os modelos atuais não efetivamente adotaram uma metodologia formalizada. Além disso, eles não relataram consistentemente e em detalhes suficientes os métodos utilizados no desenvolvimento das suas Respostas Rápidas.

O padrão ouro para sínteses de evidências continua a ser a revisões sistemáticas de alta qualidade. Assim, é importante que os autores das Respostas Rápidas sejam transparentes quanto aos métodos utilizados, para que os ‘atalhos’ tomados sejam explicitados e possam se submeter ao escrutínio externo, possibilitando a avaliação da qualidade do produto resultante. Isso também permitiria que os pesquisadores avaliassem o impacto das escolhas metodológicas sobre os resultados das revisões (revisões rápidas ou revisões sistemáticas completas).

Dado que Revisões Rápidas são elaboradas de forma concisa para satisfazer as necessidades de tempo dos demandantes, uma lista de verificação poderia ser desenvolvida para abordar os principais aspectos da metodologia de revisão sistemática e indicar ou que foi não feito (por exemplo, dois revisores

selecionando títulos e resumos). Para alguns aspectos, uma resposta mais curta seria apropriada, como por exemplo, quais bancos de dados foram revistados. Além disso, é conveniente avaliar as Revisões Rápidas a partir de critérios compatíveis com as revisões sistemáticas, por exemplo, usando o AMSTAR (12), o que permitiria melhores comparações com as revisões sistemáticas completas sobre a validade dos resultados.

Áreas onde os ‘atalhos’ poderiam ser considerados para reduzir o tempo necessário para completar as críticas são mostradas na tabela 3. Para cada ‘atalho’ a literatura de suporte foi incluída (quando ela existia) e feita uma avaliação, sempre que possível, quanto ao provável impacto do ‘atalho’ sobre a validade dos resultados. É importante observar que estas conclusões não derivam de uma busca sistemática de evidências, embora a maioria das referências provenientes da revisão sistemática por Ganann e seus colegas (27) e são complementados por referências a partir do Cochrane *Handbook* (11) e outras literaturas incluídas no decorrer deste projeto.

É plausível dizer que o número de ‘atalhos’ para reduzir o tempo necessário para concluir a revisão, introduz maior risco, portanto, o equilíbrio precisa ser encontrado entre a qualidade e pontualidade ao decidir-se que é necessária uma Resposta Rápida (Revisão Rápida *versus* revisão sistemática completa).

Algumas abordagens podem ser usadas para fazer uma revisão mais rapidamente do que uma revisão sistemática completa, que não teriam necessariamente um impacto importante sobre a validade dos resultados (24):

- Reduzir o escopo e usar perguntas de pesquisas mais específicas;
- Tornar o processo mais eficiente – um dos programas de resposta rápida usa um *software* especializado (DistillerSR);
- Usar uma equipe maior e mais qualificada; e
- Atualizar uma revisão sistemática completa existente.

**Tabela 3 – Áreas onde os ‘atalhos’ poderiam ser considerados para reduzir o tempo de conclusão de revisões rápidas**

Etapa	Possível ‘atalhos’	Impacto potencial sobre a validade dos resultados
Formulação da pergunta	Limitar o número de perguntas Limitar o escopo da pergunta/s	Nenhum esperado
Critérios de inclusão e de seleção	Restringir os tipos de estudo para revisões sistemáticas (e avaliações econômicas). Restringir os tipos de estudos para ensaios randomizados controlados (e avaliações econômicas) Rever os critérios de inclusão depois da busca e seleção	Nenhum esperado (40-43)
Estratégia de busca	Limitar de número bancos de dados pesquisados Limitar ou omitir a procura em listas de referências e periódicos relevantes Eliminar a consulta com especialistas para encontrar estudos adicionais	Pode aumentar a eficiência sem comprometer a validade (44-49) especialmente se combinado com alguma estratégia de busca manual e contato com especialistas (50-55)
	Reduzir o período da busca para, por exemplo, 5 ou 10 anos	Nenhum esperado
	Usar estratégia de busca não interativa	Desconhecido

Continua

## Conclusão

Etapa	Possível 'atalhos'	Impacto potencial sobre a validade dos resultados
Status de publicação	Limitar ou omitir literatura cinzenta	Pode introduzir o viés de publicação, mas a evidência sobre isso é dúbia (12, 56-58)
	Apenas texto completo disponível	Desconhecido
Língua / Idioma	Apenas em inglês	Os efeitos podem variar, dependendo da pergunta (48, 59-66)
Seleção de estudos	Apenas um revisor para títulos e resumos	Desconhecido, embora usar apenas um revisor poderia levar a perda de até 9% de estudos elegíveis (67)
	Apenas um revisor para os textos completos	
Extração de dados	Apenas um revisor para extração de dados	Pode aumentar o número de erros, mas não se sabe o impacto nos resultados (68-70)
	Apenas um revisor para extração de dados, com verificação por um segundo revisor	Desconhecido
	Extração de dados limitada a atributos-chave (objetivo, métodos, conclusões preliminares, principais conclusões, limitações (se aplicável))	Desconhecido
Avaliação da qualidade	Limitar ou omitir a avaliação da qualidade	Não recomendado. Vários autores sugerem que onde os recursos são limitados deve ser dada prioridade a avaliação da qualidade, ao invés de busca extensa (49, 71)
	Avaliação da qualidade feita por um revisor	Desconhecido
Síntese dos resultados	Síntese narrativa apenas (sem meta-análise)	Desconhecido – a meta-análise pode aumentar a potência e precisão, mas também tem potencial para induzir em erro se não for aplicada adequadamente (11)
Relatório	Sintético, mas incluindo detalhes sobre os métodos, a fim de permitir a avaliação da sua qualidade	Isso ajudará o revisor a avaliar a validade dos resultados (27, 25, 30) e possibilitará o escrutínio externo sobre as conclusões

No que diz respeito ao processo e arranjos organizacionais para um serviço de Respostas Rápidas, um documento de síntese sobre questões relevantes (*issue brief*), um artigo publicado e um diálogo de *stakeholders* destacaram alguns tópicos e algumas abordagens de implementação (8, 19, 20). As seguintes sugestões levantadas por Wilson e colegas podem ser consideradas na implantação de um serviço de Respostas Rápidas no contexto das Américas:

- Administração do programa através de uma instituição independente do governo;
- Representação de alto nível de todas as partes interessadas em um comitê para a governança do serviço;
- Financiamento de longo prazo, abrangendo a implantação do programa e sua avaliação permanente; e
- Operacionalização da definição de prioridades e do processo administrativo institucionalizado.

No que diz respeito à operacionalização do serviço, as seguintes questões levantadas nos estudos de caso devem ser consideradas:

- Se o modelo 'usuário-pagador' for adotado o processo de contratação pode retardar o processo e necessita de uma gestão específica;
- Se um contrato for usado, é necessário decidir se o produto será feito apenas se o financiador se compromete formalmente com a publicação conjunta das revisões concluídas;
- Deve-se decidir se todas as revisões serão tornadas públicas (e onde) ou se algumas poderão ser mantidas em confidencialidade, quando as razões se mostrarem adequadas e forem apresentadas pela agência de comissionamento;

- Deve-se decidir sobre a adoção de um intervalo de tempo adequado antes da publicação, para garantir que a agência de comissionamento se prepare para qualquer publicidade resultante e / ou para permitir publicações em periódicos;
- Deve-se decidir se as revisões serão submetidas à avaliação externa antes da sua finalização. Se assim for, faz-se necessária a adoção de processos para gerenciar esta etapa e evitar possíveis atrasos;
- Deve-se garantir o recrutamento de pessoal com a combinação certa de competências e qualificações, especialmente se o serviço está configurado em um país de baixa e média renda. Um programa formal de treinamento para os pesquisadores envolvidos pode ser necessário, juntamente com orientação e suporte de pessoal mais experiente.
- Deve-se garantir que uma conexão rápida e confiável de *internet* esteja disponível, especialmente nos países de baixa e média renda.
- Deve-se garantir o acesso a bases de dados e aos textos completos necessários, especialmente nos países de baixa e média renda.
- Deve-se planejar e garantir uma avaliação do serviço - incluindo as medidas de processo e de impacto.

Dado que não existe suporte para a eficácia das Respostas Rápidas isoladamente na promoção do uso das evidências científicas na tomada de decisão, será extremamente importante a adoção simultânea de outras estratégias de Tradução do Conhecimento como parte do modelo. Também será importante avaliar o impacto destas estratégias para melhorar a base de evidência disponível para a tomada de decisões futura. Estratégias de Tradução do Conhecimento que, em particular, necessitam de mais evidências de avaliação incluem:

- Criação de um mandato para financiadores, com vistas a vincular a pesquisa à ação;
- Desenvolver parcerias entre pesquisadores e tomadores de decisão como parte do modelo;
- Articulação e intercâmbio entre pesquisadores e tomadores de decisão.

## ■ Conclusão

Um modelo 'ideal' para respostas rápidas não é suportado pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. Não há nenhum método ou processo explicitamente sugerido pelas evidências encontradas e avaliadas neste *overview*, bem como na literatura relacionada ou estudos de caso feitos. O padrão ouro para sínteses de evidências continua sendo as revisões sistemáticas de alta qualidade, no entanto, a literatura e a experiência nos dizem que as decisões precisam ser tomadas e não muitas vezes não é possível esperar até que a melhor evidência esteja disponível. Nestes casos, há o risco real de que nenhuma evidência ou evidências de baixa qualidade sejam usadas. Neste caso, é melhor que os pesquisadores busquem acomodar as necessidades dos decisores, mediante a produção de sínteses de evidências que equilibrem pontualidade e qualidade. O modelo sugerido aqui é flexível, mas aponta a necessidade de dar maior atenção à transparência sobre os métodos adotados, a fim de permitir a avaliação de qualidade. Finalmente, será importante avaliar o modelo a fim de possibilitar seu aprimoramento e adicionar elementos relevantes à base de evidências para estratégias adequadas de tradução de conhecimento.



## Referências

1. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2005;10 Suppl 1:35-48.
2. Liverani M, Hawkins B, Parkhurst JO. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS One*. 2013;8:e77404.
3. Nutley S. Bridging the policy/research divide. Reflections and lessons from the UK. Keynote paper presented at “Facing the future: Engaging stakeholders and citizens in developing public policy”. National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia 23/24 April 2003. <http://www.treasury.govt.nz/publications/media-speeches/guestlectures/nutley-apr03>. 2003.
4. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*. 2014;14:2.
5. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One*. 2011;6:e21704.
6. Wallace J, Nwosu B, Clarke M. Barriers to the uptake of evidence from systematic reviews and meta-analyses: a systematic review of decision makers’ perceptions. *BMJ Open*. 2012;2.
7. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Aronson N, Belinson S, et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Research White Paper. (Prepared by the Scientific Resource Center under Contract No. 290-2012-00004-C.) AHRQ Publication No. 15-EHC008-EF. AHRQ Methods for Effective Health Care. Rockville (MD)2015.
8. Wilson MG, Lavis JN, Gauvin FP. Developing a rapid-response program for health system decision-makers in Canada: findings from an issue brief and stakeholder dialogue. *Systematic Reviews*. 2015;4:25.
9. Polisen J, Garrity C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*. 2015;4:26.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097.
11. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]: The Cochrane Collaboration; 2011.
12. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007;7:10.
13. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9:CD009401.
14. Song F, Parekh S, Hooper L, Loke YK, Ryder J. Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technology Assessment*. 2010;14 (8).
15. Haby M, Chapman E, Reveiz L, Barreto J, Clark R. Methodologies for rapid response for evidence-informed decision making in health policy and practice: an overview of systematic reviews and primary studies (Protocol). PROSPERO: CRD420150159982015. Available from: [http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.asp?ID=CRD42015015998](http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42015015998).
16. Haby M, Chapman E, Reveiz L, Barreto J, Clark R, Lavis JN. Methodologies for rapid response for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid overview. Report submitted to the World Health Organization, Brazil. 2015.
17. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:620-8.

18. WHO. Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization, 2012.
19. Wilson MG, Lavis JN, Gauvin FP. Issue brief: Developing a 'rapid-response' program for health system decision-makers in Canada. 7 March 2014. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 2014.
20. Wilson MG, Lavis JN, Gauvin FP. Dialogue summary: Developing a 'rapid-response' program for health system decision-makers in Canada. 7 March 2014. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 2014.
21. Campbell D, Donald B, Moore G, Frew D. Evidence Check: knowledge brokering to commission research reviews for policy. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*. 2011;7:97-107.
22. Redman S, Jorm L, Haines M. Increasing the use of research in health policy : the Sax Institute model. *Australasian Epidemiologist*. 2008;15:15-8.
23. Mijumbi RM, Oxman AD, Panisset U, Sewankambo NK. Feasibility of a rapid response mechanism to meet policymakers' urgent needs for research evidence about health systems in a low income country: a case study. *Implementation Science*. 2014;9:114.
24. Abrami PC, Borokhovski E, Bernard RM, Wade CA, Tamim R, Persson T, et al. Issues in conducting and disseminating brief reviews of evidence. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate & Practice*. 2010;6:371-89.
25. Cameron A, Watt A, Lathlean T, Sturm L. Rapid versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in Health Technology Assessment. ASERNIP-S Report No. 60. Adelaide, South Australia: ASERNIP-S, Royal Australasian College of Surgeons, 2007.
26. Featherstone RM, Dryden DM, Foisy M, Guise JM, Mitchell MD, Paynter RA, et al. Advancing knowledge of rapid reviews: an analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. *Systematic Reviews*. 2015;4:50.
27. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Science*. 2010;5:56.
28. Harker J, Kleijnen J. What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in Health Technology Assessments. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2012;10:397-410.
29. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Aronson N, Belinson S, et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Research White Paper. (Prepared by the Scientific Resource Center under Contract No. 290-2012-00004-C.) AHRQ Publication No. 15-EHC008-EF. Rockville (MD): 2015.
30. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2008;24:133-9.
31. Opiyo N, Shepperd S, Musila N, Allen E, Nyamai R, Fretheim A, et al. Comparison of alternative evidence summary and presentation formats in clinical guideline development: a mixed-method study. *PloS One*. 2013;8:e55067.
32. Giguere A, Legare F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;10:CD004398.
33. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;Issue 9:Art. No. CD009401.
34. Wallace J, Byrne C, Clarke M. Improving the uptake of systematic reviews: a systematic review of intervention effectiveness and relevance. *BMJ Open*. 2014;4:e005834.
35. Chambers D, Wilson PM, Thompson CA, Hanbury A, Farley K, Light K. Maximizing the impact of systematic reviews in health care decision making: a systematic scoping review of knowledge-translation resources. *Milbank Quarterly*. 2011;89:131-56.



36. Yamada J, Shorkey A, Barwick M, Widger K, Stevens BJ. The effectiveness of toolkits as knowledge translation strategies for integrating evidence into clinical care: a systematic review. *BMJ Open*. 2015;5:e006808.
37. Dobbins M, Hanna SE, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer SL, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*. 2009;4:61.
38. Moore G, Redman S, Haines M, Todd A. What works to increase the use of research in population health policy and programmes: A review. *Evidence & Policy*. 2011;7:277-305.
39. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002;7:239-44.
40. Becker LA, Oxman AD. Chapter 22: Overviews of reviews. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011) Available from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org): The Cochrane Collaboration; 2011.
41. The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition / Supplement*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2014.
42. Lee E, Dobbins M, Decorby K, McRae L, Tirilis D, Husson H. An optimal search filter for retrieving systematic reviews and meta-analyses. *BMC Medical Research Methodology*. 2012;12:51.
43. Westphal A, Kriston L, Holzel LP, Harter M, von Wolff A. Efficiency and contribution of strategies for finding randomized controlled trials: a case study from a systematic review on therapeutic interventions of chronic depression. *Journal of Public Health Research*. 2014;3:177.
44. Royle P, Milne R. Literature searching for randomized controlled trials used in Cochrane reviews: rapid versus exhaustive searches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003;19:591-603.
45. Sampson M, Barrowman NJ, Moher D, Klassen TP, Pham B, Platt R, et al. Should meta-analysts search Embase in addition to Medline? *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003;56:943-55.
46. Royle P, Waugh N. Literature searching for clinical and cost-effectiveness studies used in health technology assessment reports carried out for the National Institute for Clinical Excellence appraisal system. *Health Technology Assessment*. 2003;7:iii, ix-x, 1-51.
47. Topfer LA, Parada A, Menon D, Noorani H, Perras C, Serra-Prat M. Comparison of literature searches on quality and costs for health technology assessment using the MEDLINE and EMBASE databases. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1999;15:297-303.
48. Egger M, Juni P, Bartlett C, Holenstein F, Sterne J. How important are comprehensive literature searches and the assessment of trial quality in systematic reviews? Empirical study. *Health Technology Assessment*. 2003;7:1-76.
49. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4:20.
50. Doust JA, Pietrzak E, Sanders S, Glasziou PP. Identifying studies for systematic reviews of diagnostic tests was difficult due to the poor sensitivity and precision of methodologic filters and the lack of information in the abstract. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58:444-9.
51. Gartlehner G, West SL, Lohr KN, Kahwati L, Johnson JG, Harris RP, et al. Assessing the need to update prevention guidelines: a comparison of two methods. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16:399-406.
52. Hopewell S, Clarke M, Lefebvre C, Scherer R. Handsearching versus electronic searching to identify reports of randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007:MR000001.
53. Langham J, Thompson E, Rowan K. Identification of randomized controlled trials from the emergency medicine literature: comparison of hand searching versus MEDLINE searching. *Annals of Emergency Medicine*. 1999;34:25-34.

54. McManus RJ, Wilson S, Delaney BC, Fitzmaurice DA, Hyde CJ, Tobias RS, et al. Review of the usefulness of contacting other experts when conducting a literature search for systematic reviews. *BMJ*. 1998;317:1562-3.
55. Savoie I, Helmer D, Green CJ, Kazanjian A. Beyond Medline: reducing bias through extended systematic review search. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003;19:168-78.
56. Hopewell S, McDonald S, Clarke M, Egger M. Grey literature in meta-analyses of randomized trials of health care interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007:MR000010.
57. McAuley L, Pham B, Tugwell P, Moher D. Does the inclusion of grey literature influence estimates of intervention effectiveness reported in meta-analyses? *Lancet*. 2000;356:1228-31.
58. Sterne JA, Gavaghan D, Egger M. Publication and related bias in meta-analysis: power of statistical tests and prevalence in the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53:1119-29.
59. Egger M, Zellweger-Zahner T, Schneider M, Junker C, Lengeler C, Antes G. Language bias in randomised controlled trials published in English and German. *Lancet*. 1997;350:326-9.
60. Moher D, Pham, Klassen TP, Schulz KF, Berlin JA, Jadad AR, et al. What contributions do languages other than English make on the results of meta-analyses? *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53:964-72.
61. Moher D, Pham B, Lawson ML, Klassen TP. The inclusion of reports of randomised trials published in languages other than English in systematic reviews. *Health Technology Assessment*. 2003;7:1-90.
62. Juni P, Holenstein F, Sterne J, Bartlett C, Egger M. Direction and impact of language bias in meta-analyses of controlled trials: empirical study. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31:115-23.
63. Lawson ML, Pham B, Klassen TP, Moher D. Systematic reviews involving complementary and alternative medicine interventions had higher quality of reporting than conventional medicine reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58:777-84.
64. Pham B, Klassen TP, Lawson ML, Moher D. Language of publication restrictions in systematic reviews gave different results depending on whether the intervention was conventional or complementary. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58:769-76.
65. Moher D, Fortin P, Jadad AR, Juni P, Klassen T, Le Lorier J, et al. Completeness of reporting of trials published in languages other than English: implications for conduct and reporting of systematic reviews. *Lancet*. 1996;347:363-6.
66. Vickers A, Goyal N, Harland R, Rees R. Do certain countries produce only positive results? A systematic review of controlled trials. *Controlled Clinical Trials*. 1998;19:159-66.
67. Edwards P, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Roberts I, Wentz R. Identification of randomized controlled trials in systematic reviews: accuracy and reliability of screening records. *Statistics in Medicine*. 2002;21:1635-40.
68. Buscemi N, Hartling L, Vandermeer B, Tjosvold L, Klassen TP. Single data extraction generated more errors than double data extraction in systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2006;59:697-703.
69. Gotsche PC, Hrobjartsson A, Maric K, Tendal B. Data extraction errors in meta-analyses that use standardized mean differences. *JAMA*. 2007;298:430-7.
70. Jones AP, Remington T, Williamson PR, Ashby D, Smyth RL. High prevalence but low impact of data extraction and reporting errors were found in Cochrane systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005;58:741-2.
71. Juni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*. 2001;323:42-6.
72. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*. 2012;1:10.

## ■ Apêndice – Estudos de caso

Perguntas utilizadas para orientar as entrevistas estruturadas:

1. Como o serviço começou?
2. Para quem é o serviço (escala geográfica, organizações/profissões alvo)?
3. Como e por quem o serviço é financiado?
4. Quem paga as avaliações individuais? Se “usuário-pagador”, isso representa um elemento de atraso do processo?
5. Você poderia descrever a governança do serviço (atores-chave, processo de tomada de decisão)?
6. Você usa alguma configuração de prioridade para determinar quais clientes serão atendidos? Se, sim, quais são os critérios?
7. Quanto tempo leva para conduzir uma revisão do início ao fim (incluindo organização de contratos e acordos, se aplicável)?
8. Você usa um método padrão ou um protocolo para a realização de revisões? Você pode me enviar uma cópia? Se não, como são decididos os métodos para cada revisão?
9. Você usa um modelo para uma avaliação final? Você pode me enviar uma cópia e/ou uma revisão de exemplo? Você usa algum *software* especial para produzir uma revisão?
10. Os produtos concluídos são disponibilizados publicamente? Se não, por que não? Em caso afirmativo, onde (por exemplo, o site, o repositório) e como?
11. Você poderia falar sobre as pessoas que conduzem as revisões – quem são, como você os encontra, como eles são pagos (por exemplo: efetivos, ou contratados para cada revisão), que competências eles têm?
12. Foi ou é difícil encontrar pessoas suficientemente qualificadas para conduzir as revisões? Você optou por treiná-los diretamente?
13. Quais outras estratégias de Tradução do Conhecimento você desenvolve como parte do serviço para aumentar as chances de que as revisões sejam efetivamente usadas na política e/ou prática? Você pode me dar alguns exemplos?
14. Como você realiza o monitoramento e avaliação do serviço? Se aplicável você poderia compartilhar métodos, resultados e/ou publicações relacionadas a isto?
15. Quais são os principais fatores de sucesso do serviço?
16. Quais são as maiores questões / problemas a serem considerados (passado, presente)?
17. O que poderia ser melhorado?
18. Haveria mais alguma coisa que nós deveríamos saber em relação ao serviço de Respostas Rápidas que já não tenha sido abordado pelas questões anteriores?

### Respostas da Cochrane Response Rapid Reviews by Cochrane Innovations

Cochrane Response Rapid Reviews are one of the products offered by Cochrane Innovations, the business arm of the Cochrane Collaboration, which was set up in part, in order to generate income for the Collaboration. In 2012-2013, it became a newly established program of the Cochrane Collaboration with the primary goal of providing a mechanism by which Collaboration can respond to requests for commissioned reviews. At the time of its inception, a small global consortium of ‘Cochranites’ with an interest in rapid reviews had been assembled to develop materials to assist in the conduct of Cochrane Responses – which relied heavily on the Knowledge to Action (KTA) approach of the Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Canada <http://www.ohri.ca/kta/> (72). Authors of Cochrane Responses were to be experienced Cochrane contributors. Each Response would require at least two reviewers, one

information retrieval specialist, content expertise, and the necessary input of the client. The process added in 24-hour peer review periods with access to input from across the many content and methods experts that make up the Collaboration (which at the time was Cochrane's 55 Review Groups, 14 Fields, and 12 Methods Groups). Each rapid review was to be placed on an 8-week schedule with intermediate deliverables scheduled throughout this period.

The first rapid review was produced by the Knowledge Synthesis Group (under the leadership of Dr. David Moher) at the Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) team in 2013 and took 10 weeks to conduct. No further Cochrane Rapid Responses have been commissioned since. Reviews are conducted on a user-pays basis with the need for a contract/agreement as determined by Cochrane Innovations. The service is potentially available to any health-related organization in the world. A draft procedures manual is available to those active within the Collaboration to guide the rapid reviews but methods will vary, depending on the topic. Completed reviews are published on the Cochrane Innovations website.

Other documents available to guide the reviews are:

A PICOTS Framework (Population, Intervention/Exposure, Comparison, Outcomes, Timing, Study Designs) – to help in formulation of the question and inclusion criteria

Rapid Review 'Evidence Summary' Proposal [Template] – to guide the preparation of a protocol.

A template for reporting – see the completed review for an example report.

Strengths:

Strengths of the program include the support of the Cochrane Collaboration, which includes its expertise and experience in conducting full systematic reviews.

Challenges:

It is very important to spend time with the funder of the review at the beginning to:

Ensure that they understand the product they will receive at the end.

Get the question right so that it meets the funder's needs and can be answered within the time and resources available.

Future work:

To publish rapid reviews in the Cochrane Library.

Sources: Chantelle Garrity, Senior Operations Manager, Ottawa Methods Centre, Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Ottawa, Canada – was involved in the first completed review.

Website: <http://innovations.cochrane.org/response>; <http://innovations.cochrane.org/about>

## Respostas do McMaster Health Forum Rapid Response Program – McMaster University

The McMaster Health Forum's Rapid Response Program provides responses to urgent requests from Canadian policymakers and stakeholders for evidence about health-system challenges based on a systematic search for information about problems, options and/or implementation considerations. The service can be requested in a three-, 10- or 30-day time frame, with details of the product provided detailed in a table on their website. Current funding from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care through a Health System Research Fund grant allows the Forum's Rapid Response Program to conduct four rapid syntheses per year for policymakers and stakeholders in Ontario. For policymakers and stakeholders in other parts of Canada, requests can be taken on a user-pays basis. At this stage a prioritization process has not been necessary and all relevant reviews are accepted.

Rapid syntheses produced by the Forum focus on searching for relevant systematic reviews and economic evaluations using key databases (e.g. Health Systems Evidence), as well as for primary research when evidence from reviews is limited. Syntheses conducted in 30-business days provide a detailed synthesis of

the key findings from systematic reviews and economic evaluations (and primary research where needed). This is supplemented with appendices that outline the key findings from each included document, quality assessments of the systematic reviews, and the countries in which studies included in the reviews were conducted. The rapid synthesis is also merit reviewed within the 30-business day timeline.

The syntheses are prepared by a team of staff with skills in systematic reviews and/or policy analysis with support of a research assistant. Generally, one reviewer assesses the search results and conducts data extraction for each of these products, and quality appraisals of included reviews are extracted from Health Systems Evidence where the appraisals are conducted by two independent reviewers. All completed reviews are published on the program's website and disseminated widely, including through social media. A briefing to the requestor can also be completed where needed. Eight completed reviews are available on the forum website and others will be published as they are completed, with more posted as they are completed.

Documents available to guide the reviews are:

Summary of service timelines – what can be done in 3, 10 and 30 business days

Examples of completed rapid syntheses.

Available at: [www.mcmasterhealthforum.org/policymakers/rapid-response-program](http://www.mcmasterhealthforum.org/policymakers/rapid-response-program)

Strengths:

Reviews are supported by the Health Systems Evidence database ([www.healthsystemsevidence.org](http://www.healthsystemsevidence.org)), which include AMSTAR quality assessments.

Providing a very clearly defined scope of what can be done in the available time.

Challenges:

All 10-day and 30-day reviews undergo a 'merit review', which can slow the process down.

Balancing the workload in times of high demand – having staff available to come in when needed.

Future work:

To build a pan-Canadian Rapid Response network for policymakers and stakeholders that removes some, or all, of the user-pay requirement outside of Ontario.

To include rapid syntheses conducted by the McMaster Health Forum and other groups as a new type of document in the Health Systems Evidence database.

To conduct an evaluation of the service.

Sources: Dr Mike Wilson, Assistant Director, McMaster Health Forum, McMaster University, Hamilton, Canada

Website: <https://www.mcmasterhealthforum.org/policymakers/rapid-response-program>

References: (8, 19, 20)

## Respostas do Sax Institute Evidence Check program

The Sax Institute is a not-for-profit organization that is independent of any one university or research group. An Evidence Check rapid review is a concise summary of evidence that answers specific policy questions presented in a policy-friendly format. The Evidence Check program began in 2006 and was a joint initiative with the NSW Ministry of Health. The service is available to any health-related organizations, though the majority of work has been with government departments and NGOs in Australia. Reviews are conducted on a user-pays basis and usually take 3-4 months to complete.

The Sax Institute knowledge brokers work with the commissioning agency to clarify the review questions, scope and format, from which the research questions and proposal is prepared and agreed by the agency. Then researchers with expertise in the topic are recruited through several methods including: seeking expressions of interest through the Sax Institute website; emailing the Sax Institute members;



and identifying researchers with relevant expertise through the RADAR database of researchers. The agency selects their preferred research team from all researchers who submit expressions of interest. Two separate contracts are used for each review: one with the government agency and one with the researchers (or university). The Sax Institute Knowledge Exchange staff provide project oversight – which involves regular contact with the research team and liaison between the policy agency and researchers. Knowledge Exchange staff work with the research team throughout the process to ensure that the review meets the needs of the agency and review the draft and final reports before sending them to the commissioning agency.

Final reports are produced in the Sax Institute format but standard headings are not used. Completed reviews are published on the Sax Institute website if the agency provides consent – most (but not all) do. Regular quality assurance interviews are conducted with policy makers and researchers at six months after the final review has been submitted. Over 180 Evidence Check reviews have been commissioned to date, with over 60 Evidence Check reviews published <https://www.saxinstitute.org.au/category/publications/evidence-check-library/>.

Documents available to guide the reviews are:

A commissioning tool, which is completed by the agency to start the process.

Guidelines to support the knowledge broker and reviewers.

A detailed project brief with review questions, scope and format (prepared by the knowledge broker).

All processes and templates are contained within the Evidence Check standard operating procedures.

Strengths:

Extensive network of researchers through the Sax Institute members and through the Sax Institute's RADAR database. This ensures that reviews are prepared by reviewers with expertise in the topic who are able to interpret evidence and provide recommendations on applicability to the local setting if required: <https://www.saxinstitute.org.au/our-work/knowledge-exchange/radar/>.

The knowledge brokering process is well received by the commissioning agency and produces clearer review questions.

Skilled staff to manage the process

Challenges:

There is always a difference in perspective of 'rapid' between policy agencies and reviewers.

Time and expertise is required to manage this process. If it is a new research team more support is usually needed from Sax Institute staff.

Future work:

Developing a formal training program for researchers.

Sources: Ms Sian Rudge, Head, Knowledge Exchange Division, Sax Institute, Sydney, NSW, Australia

Website: <https://www.saxinstitute.org.au/our-work/knowledge-exchange/evidence-check/>

## Respostas da Regional East African Community Health Policy Initiative (REACH-PI), Uganda

This rapid response program is supported by the SURE project<sup>1</sup> and is based at Makerere University in Kampala, Uganda. It was set up in 2010 as a donor-funded project but will be absorbed into the Uganda National Health Research Organization at the end of the project period to ensure its sustainability. The first 28 months of operation of the service has been evaluated and the program was shown to be feasible and acceptable to policymakers in a low-income country (23). The service is coordinated by hired research staff that keep in regular contact with policymakers and health systems stakeholders. They are supported by a wide network of researchers in and outside the region.

1 Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for policy in African health systems – a collaborative project that builds on and supports the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Africa and the Regional East African Community Health (REACH) Policy Initiative. SURE is funded by the European Commission's 7th Framework Programme. [www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure).



Staff receive questions from policy makers and take them through a process of question clarification to ensure that the question is clear and answerable within 28 days. Staff then search for evidence related to the query, appraise it, contextualize and summarize it. This summary is then reviewed by local and international experts on the given subject. Following this, staff prepare a short brief of usually four pages maximum, with clear key messages to submit to the policy maker. A response can also be prepared in a shorter timeframe (e.g. less than five days using a modified process). The scope of the service is limited to health systems questions and health technology assessments. The service was offered to policy and decision makers at ministries of health, districts or local governments, civil society organizations, health-related agencies, the private sector, and legislators. In practice, it has been most used by the Ministry of Health at the central headquarters (possibly due to its proximity to the service), agencies and NGOs; with no response from the districts. In the first 28 months of operation 60 questions were answered.

Other documents available to guide the reviews are:

SURE guides for preparing evidence-based policy briefs: <http://www.who.int/evidence/sure/guides/>

SURE template for rapid responses: <http://www.who.int/evidence/sure/rapidresponses/en/>

Other guides, checklists and resources: see additional file from Mijumbi and colleagues (23).

Strengths:

This is one of few services that has published an evaluation of its activities. The service has been shown to increase the confidence of policy makers involved in the policy making process. Users have been satisfied with the service. Regular contact between the policy makers and the researchers at the service was an important factor in response to, and uptake of the service.

Challenges:

Getting the policy makers to use the service at the start but users often later referred colleagues.

The absence of reliable and fast internet connections, or access to databases and full text papers.

Requires investment in human and other resources.

Getting staff with the right mix of skills and qualifications to work on the service.

Future work:

Institutionalizing the service and ensuring its sustainability following the end of the project period.

Source: Mijumbi and colleagues (23)

## **Quais as melhores metodologias de revisões rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências nas políticas e práticas de saúde: uma revisão rápida**

**Título original: What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review**

*(Referência: HABY, Michelle M. et al. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. Health research policy and systems, v. 14, n. 1, p. 83, 2016)*

*Autores:*

Michelle Haby  
Evelina Chapman  
Rachel Clark  
Ludovic Reveiz  
Jorge Barreto  
John Lavis

*Tradução:*

Jorge Barreto



## Resumo

**Introdução:** Revisões rápidas têm o potencial de superar uma barreira chave para o uso de evidências na tomada de decisão, ou seja, o acesso a evidências oportunas e relevantes. Esta revisão rápida de revisões sistemáticas e estudos primários procurou responder à pergunta: quais são as melhores metodologias para produzir uma rápida síntese de evidências para tomada de decisão informada por evidências na política e prática em saúde?

**Métodos:** Esta revisão rápida utilizou métodos de revisão sistemática e foi conduzida de acordo com um protocolo previamente definido, incluindo critérios explícitos de inclusão (PROSPERO: CRD42015015998). Utilizou-se uma estratégia de busca abrangente, incluindo a literatura publicada e cinzenta, em inglês, francês, português ou espanhol, a partir de 2004. Onze bancos de dados e dois sites foram revistados. A seleção dos estudos foi realizada por dois autores independentes, aplicando-se os critérios de elegibilidade. A extração de dados foi feita por um revisor e verificada por um segundo revisor. A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada independentemente por dois revisores. Os resultados são apresentados em uma síntese narrativa.

**Resultados:** Cinco revisões sistemáticas e um ensaio controlado randomizado (ECR) que investigou metodologias de revisões rápidas preencheram os critérios de inclusão. Nenhuma das revisões sistemáticas alcançou qualidade suficiente para permitir conclusões definitivas. Assim, os resultados apresentados precisam ser tratados com cautela. Não há nenhuma definição consensual para revisões rápidas na literatura ou sobre as metodologias para sua realização. Enquanto uma ampla gama de ‘atalhos’ são usados para tornar revisões rápidas mais rápidas do que uma revisão sistemática completa, os estudos incluídos apresentaram pouca evidência empírica do impacto destas restrições sobre as o poder das conclusões apresentadas. Há alguma evidência do ECR incluído (que tinha um baixo risco de viés) de que revisões rápidas podem melhorar o acesso às evidências de pesquisa para os tomadores de decisão.

**Conclusões:** Maior cuidado deve ser tomado em melhorar a transparência dos métodos utilizados nas revisões rápidas. Não há nenhuma evidência disponível para sugerir que revisões rápidas não devem ser feitas ou que são de qualquer modo enganosas. Oferecemos uma melhor definição de revisões rápidas para guiar pesquisas futuras, bem como uma orientação mais clara para a política e a prática.

**Palavras-chave:** Revisões rápidas; Tradução de Conhecimento; Tomada de decisões informada por evidências; Incorporação de evidências; Política de saúde.

## Introdução

Em maio de 2005, a Assembleia Mundial da Saúde conclamou os estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) para “estabelecer ou fortalecer os mecanismos para transferência de conhecimento para apoiar a saúde e sistemas de prestação de cuidados e políticas de saúde baseados em evidências” [1]. Tradução de Conhecimento foi definida pela OMS como: “a síntese, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento pelas partes interessadas pertinentes para acelerar os benefícios da inovação global e local no fortalecimento dos sistemas de saúde e para melhorar a saúde das pessoas” [2]. A Tradução de Conhecimento pretende abordar os desafios para o uso de evidências científicas para a lacuna entre as evidências científica e a tomada de decisão.

Para alcançar a melhor tradução das evidências de pesquisa na política e prática em saúde, é importante conhecer as barreiras e facilitadores que influenciam o uso de evidências nestes campos [3-8]. As barreiras para o uso das evidências mais frequentemente relatadas estão relacionadas com o acesso limitado aos resultados de pesquisas de boa qualidade, relevantes e oportunas [7, 9]. Entre os fatores facilitadores, a colaboração entre pesquisadores e formuladores de políticas e o aprimoramento dos relacionamentos e habilidades, são os mais relatados [7], mas também foi identificado que a compatibilidade entre a pesquisa e o sistema de crenças, valores, interesses ou objetivos práticos e estratégias dos tomadores de decisão, constitui um fator facilitador importante [10].

Em relação ao acesso às evidências de boa qualidade, as revisões sistemáticas são consideradas o padrão ouro e são usadas como base para outros produtos, tais como guias de prática clínica (*guidelines*), avaliações de tecnologias em saúde e síntese de evidência para política (*evidence brief for policy*) [11-14]. No entanto, há uma crescente necessidade de fornecer estas evidências mais rapidamente, em face das necessidades dos tomadores de decisões, mantendo também a credibilidade e qualidade técnica. Isso pode ajudar a superar a barreira do baixo acesso a evidências oportunas e relevantes, facilitando a sua utilização na tomada de decisão. Com isto em mente, uma gama de métodos de revisões rápidas de evidências foi desenvolvida e colocada em prática [15-18]. Frequentemente estas iniciativas incluem modificações nos métodos de revisões sistemáticas, a fim de torná-las mais rápidas. Alguns exemplos de modificações no método incluem: i) questão de investigação mais específica / redução de escopo; ii) redução das fontes pesquisadas, incluindo a limitação a fontes especializadas (por exemplo, revisões sistemáticas e avaliações econômicas); iii) inclusão de artigos apenas na língua inglesa; iv) redução do tempo usado na busca; v) exclusão da literatura cinzenta; vii) uso de ferramentas de busca que facilitam encontrar a literatura buscada; e viii) o uso de apenas um revisor para seleção de estudos e extração de dados. Tendo em conta o surgimento desta abordagem, é importante desenvolver uma base de conhecimento sobre as implicações de tais 'atalhos' na força da evidência apresentada aos tomadores de decisão. No momento da realização desta revisão não estávamos cientes de quaisquer revisões sistemáticas de alta qualidade sobre revisões rápidas e seus métodos.

É importante observar que uma gama de termos têm sido utilizados para referir as revisões rápidas, incluindo sínteses de evidência, avaliações rápidas, sínteses rápidas e revisões breves, com nenhuma definição especialmente explícita [15, 16, 18-22]. Neste artigo, adota-se o termo 'revisão rápida', que é o mais amplamente utilizado termo na literatura [23], apesar de ter sido usado o termo 'síntese rápida de evidências' no protocolo da pesquisa. Considerou-se uma ampla gama de revisões rápidas, incluindo revisões rápidas de eficácia, sobre a definição do problema, etiologia, diagnósticos e avaliações de custo-efetividade.

A revisão rápida apresentada neste artigo é parte de um projeto maior que visa o desenvolvimento de metodologias de revisões rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências em políticas e práticas de saúde. A expectativa é que uma revisão rápida facilitará a absorção das evidências como subsídio da tomada de decisão. Rotulamos este estudo como uma revisão rápida porque foi conduzido em um período de tempo limitado e com as necessidades dos tomadores de decisão em mente.

O objetivo desta revisão rápida foi usar a melhor evidência disponível para responder a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as melhores metodologias para revisões rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências na política e prática em saúde?

## Métodos

Utilizou-se a metodologia de revisão sistemática e aderiu-se ao PRISMA *statement* para reporte de resultados de revisões sistemáticas e meta-análise [24]. Um protocolo de revisão sistemática foi escrito e registrado antes de iniciar-se a pesquisa [25].

### Critérios de inclusão para os estudos

Tipos de estudos: Revisões sistemáticas e estudos primários foram buscados. Para inclusão, foi dada prioridade para revisões sistemáticas e estudos primários que usaram métodos robustos (ensaios controlados randomizados (ECR) e quase randomizados; estudos antes e depois controlados; séries de tempo interrompidas com medições antes e depois com pelo menos três medições; estudos de custo-efetividade / custo-utilidade / custo-benefício). Outros tipos de estudos foram identificados e considerados para inclusão no caso de não serem existirem revisões sistemáticas ou estudos primários com desenhos robustos. Estes estudos complementares foram selecionados quando descreviam algum tipo de avaliação de metodologias de revisão rápida.

Tipos de participantes: Os tipos de participantes não eram restritos, e o nível de análise pode ser a nível do indivíduo, organização, sistema ou área geográfica.

Tipos de artigos/intervenções: Estudos que avaliaram metodologias ou abordagens para revisões rápidas para política e/ou práticas em saúde, incluindo revisões sistemáticas, *guidelines*, avaliações de tecnologias e sínteses de evidência para a política.

Tipos de comparações: Comparações adequadas (quando relevante para o tipo de artigo incluído): sem intervenção, outra intervenção ou prática corrente.

Tipos de desfechos: Desfechos relevantes incluídos: tempo necessário para concluir; recursos necessários para concluir (por exemplo, custos, pessoal); medidas de qualidade; medidas de eficiência dos métodos; satisfação com os métodos e produtos; e implementação. Durante o processo de seleção de estudo os autores concordaram em incluir dois desfechos adicionais não incluídos no protocolo publicado, mas que foram considerados importantes para esta revisão: comparação de resultados entre os métodos de síntese diferentes (por exemplo, revisão rápida vs. revisão sistemática completa); e custo-efetividade.

Publicações em inglês, francês, português ou espanhol, de qualquer país e publicados a partir de 2004, foram incluídas. O ano de 2004 foi escolhido por ser o marco de lançamento do *Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities* [26]. A literatura cinzenta também foi procurada e incluída.

### Métodos de busca para identificação dos estudos

Foi realizada uma pesquisa abrangente de onze bancos de dados e dois sites. As bases de dados pesquisadas foram: CINAHL, Biblioteca Cochrane (que inclui *Cochrane Reviews*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness- DARE*, a *Health Technology Assessment Database*, *NHS Economic Evaluation Database*, e *Database of Methods Studies*), EconLit, EMBASE, Health Systems Evidence - HSE, LILACS e Medline. Os sites de busca revistados foram o Google e o Google Acadêmico.

## Literatura cinzenta e busca manual

Alguns estudos não publicados foram identificados nas bases indexadas revistas (por exemplo, teses de doutorado, resumos de conferências e relatórios não publicados). Além disso, Google e Google Acadêmico também foram consultados. Os bancos de dados pessoais dos próprios autores sobre a literatura de Tradução de Conhecimento também foram revistados manualmente em busca de estudos relevantes. A lista de referências de cada estudo incluído foi pesquisada. Foi feito contato com nove autores principais e especialistas na área para novos estudos, dos quais cinco responderam.

## Estratégia de busca

As buscas foram realizadas entre 15 de Janeiro e 3 de fevereiro de 2015 e pesquisas complementares (listas de referência, contato com autores) foram realizadas em maio de 2015. Os bancos de dados foram revistados usando as palavras-chaves: *“rapid literature review\*” OR “rapid systematic review\*” or “rapid scoping review\*” OR “rapid review\*” OR “rapid approach\*” OR “rapid synthesis” OR “rapid syntheses” OR “rapid evidence assess\*” OR “evidence summar\*” OR “realist review\*” OR “realist synthesis” OR “realist syntheses” OR “realist evaluation” OR “meta-method\*” OR “meta method\*” OR “realist approach\*” OR “meta-evaluation\*” OR “meta evaluation\*”*. As palavras-chaves foram procuradas no título e resumo, exceto onde indicado o contrário no arquivo adicional 2. Os resultados foram baixados para o *EndNote* (versão X7) e as duplicatas removidas. A pesquisa nos sites de internet utilizou os termos de pesquisa: *‘rapid review’; ‘rapid systematic review’; ‘realist review’; ‘rapid synthesis’; and ‘rapid evidence’*.

## Triagem e seleção dos estudos

As buscas foram conduzidas e os estudos selecionados de acordo com os critérios de seleção por um autor de revisão (MH). O texto completo dos documentos potencialmente relevantes foi objeto de uma análise mais aprofundada. Onde havia alguma dúvida sobre a inclusão de um estudo, se decidiu pela inclusão para leitura completa, a fim para garantir que nenhum documento potencialmente relevante foi perdido. Os critérios de inclusão foram então aplicados contra a versão integral dos documentos (quando disponível) de forma independente por dois revisores (MH e RC). Para os estudos em português e espanhol, outros autores (CE, LR ou JB) desempenharam o papel de segundo revisor. Desentendimentos com relação à elegibilidade dos estudos foram resolvidos por discussão e consenso. Quando os dois revisores ainda permaneceram incertos sobre a inclusão, os outros revisores (CE, LR, JB, JL) foram convidados a fornecer *insights* e chegar a um consenso. Todos os estudos que inicialmente satisfizeram os critérios de inclusão, mas na leitura do texto completo não satisfaziam a inclusão de critérios foram detalhados em uma tabela ‘Características dos estudos excluídos’, apresentados juntamente com razões para a sua exclusão.

Aplicação dos critérios de inclusão por dois avaliadores foi feita da seguinte forma. Primeiramente, todos os estudos que preencheram os critérios de inclusão quanto aos participantes, intervenções e os resultados foram selecionados. Nesta fase o tipo de estudo foi avaliado e categorizado por dois avaliadores como sendo: 1) revisão sistemática; 2) estudo primário com um desenho robusto, ou seja, um dos quatro tipos identificados anteriormente; ou 3) ‘outro’ desenho metodológico (que forneceu algum tipo de avaliação sobre metodologias de síntese rápida de evidências. Após discussão entre todos os coautores foi decidido que era provável que evidências suficientes poderiam ser fornecidas pelas duas primeiras categorias de estudo. Assim, o terceiro grupo foi excluído da extração de dados, mas encontra-se listado no arquivo complementar 3.

## Extração de dados

Informações extraídas dos estudos incluídos: objetivos, população-alvo, método avaliado, resultados relatados, país de realização do(s) estudo(s) e resultados. Para revisões sistemáticas, foram extraídos também os seguintes dados: data da última busca, desenho metodológico e número de estudos. Para estudos primários também extraímos: ano de estudo, desenho metodológico do estudo e tamanho da amostra. A extração de dados foi feita por um revisor (MH) e verificada por um segundo revisor (RC). As divergências foram resolvidas através de discussão e consenso.

## Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada independentemente por dois revisores usando o AMSTAR [27] para revisões sistemáticas e a Ferramenta de avaliação do risco de viés da Cochrane para ECR [28]. As divergências na pontuação foram resolvidas por discussão e consenso. Para esta revisão, as revisões sistemáticas que alcançaram pontuações AMSTAR de 8 a 11 foram consideradas de alta qualidade; escores de qualidade média, de 4 a 7; e pontuações de 0 a 3, baixa qualidade. Estes cortes são comumente usados em *overviews* da Colaboração Cochrane. A avaliação da qualidade dos estudos foi usada para interpretar seus resultados quando sintetizado nesta revisão e na formulação das conclusões.

## Análise de dados

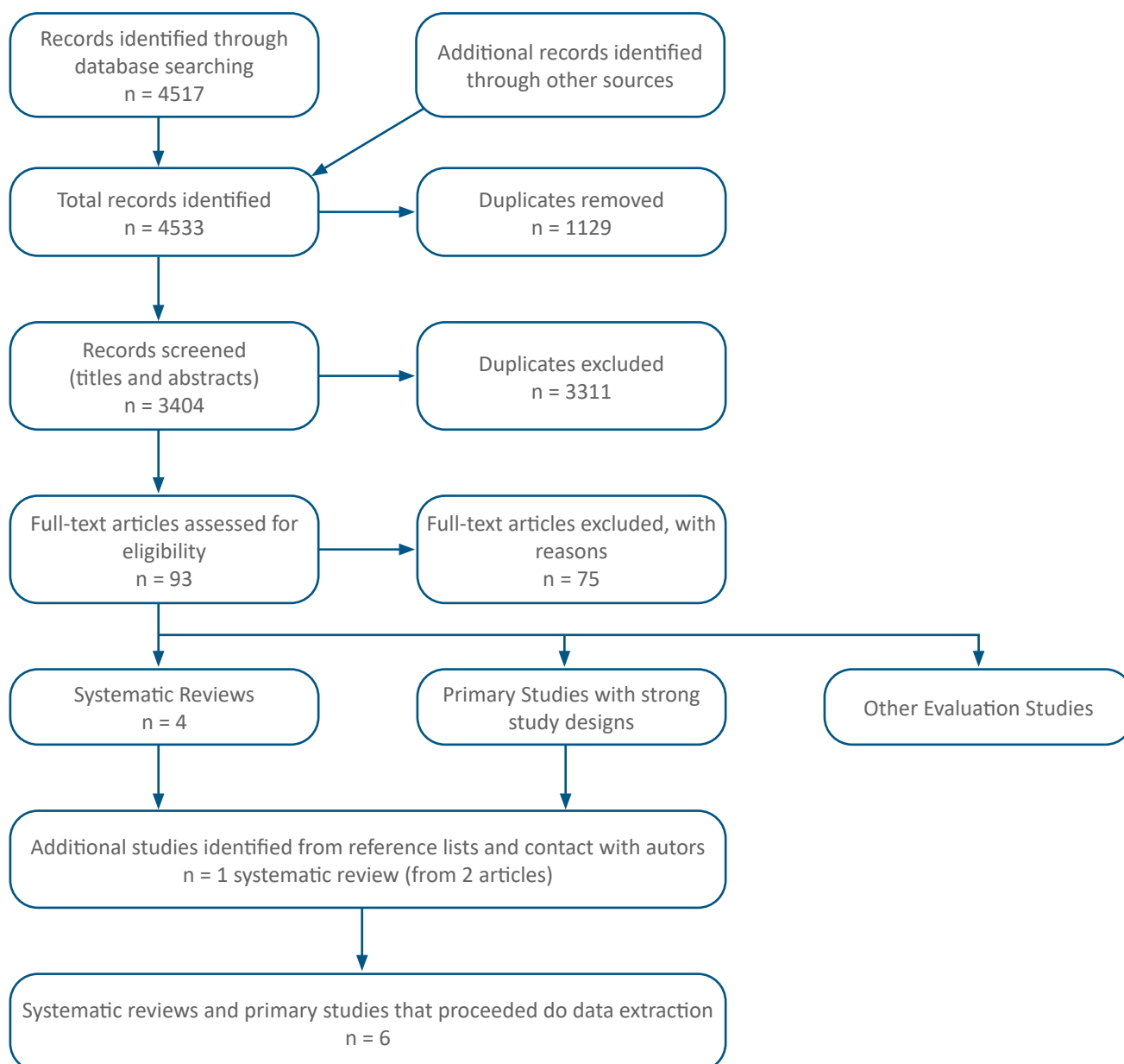
Conclusões das publicações incluídas foram sintetizadas usando tabelas e uma síntese narrativa. A meta-análise não foi possível porque os estudos incluídos foram muito heterogêneos em termos de populações, métodos e resultados testados.

# Resultados

## Resultados da pesquisa

Cinco revisões sistemáticas (em 7 artigos) [18, 19, 21, 29-32] e um estudo primário (ensaio controlado randomizado) [33] preencheram os critérios de inclusão para esta revisão. O processo de seleção dos estudos é mostrado na Figura 1. As razões para a exclusão dos 75 artigos na fase de leitura do texto completo são expostas no documento complementar 3 (tabela 1). Os 12 estudos excluídos durante a extração de dados em face de possuírem desenhos metodologicamente frágeis também estão listados no final do documento complementar 3.

**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos**



### Características dos estudos incluídos e avaliação da qualidade

As características das revisões sistemáticas incluídas estão resumidas na tabela 1, maiores detalhes podem ser encontrados no documento complementar 4. Todas as sínteses rápidas foram endereçadas para tomadores de decisão de saúde e/ou agências de realização revisões rápidas (incluindo avaliações de tecnologias em saúde rápida). Somente duas revisões sistemáticas ofereceram uma definição de “revisão rápida” para orientar seus clientes [19, 29, 32]. Três das revisões sistemáticas obtidas abordaram produtos de revisão rápida – embora não necessariamente – e examinaram aspectos dos métodos utilizados na sua produção [18, 19, 21]. Três das revisões sistemáticas eram sobre métodos de revisão rápida [18, 29, 31]. Duas destas também incluíram uma comparação dos resultados das revisões rápidas e revisões sistemáticas completas realizadas para o mesmo tema [18, 31]. Não é possível dizer quantos estudos originais estão incluídos nestas revisões sistemáticas, porque apenas uma revisão disponibilizou uma lista de estudos incluídos [29] e uma outra incluiu uma tabela com as características

dos estudos incluídos [21]. No entanto, é provável que haja uma sobreposição significativa em estudos entre as revisões incluídas. Por exemplo, a revisão sistemática a mais recente, de Hartling e colegas [30, 31], também incluiu quatro das revisões sistemáticas incluídas nesta revisão rápida [18, 19, 21, 29, 32].

**Tabela 1 – características das revisões sistemáticas incluídas**

Revisão sistemática	População-alvo	Método/s testado	Projetos de estudo incluído & número	Resultados relatados	AMSTAR
Featherstone <i>et al</i> 2015[30]; Hartling <i>et al</i> 2015[31]	Tomadores de decisão de saúde	RR - não claramente definida	53 artigos: 8 artigos de background; 3 estudos com dados empíricos; 12 revisões dos tipos de RR; 30 artigos sobre métodos de RR.	Tipo de produto Métodos utilizados Comparação de RR e RS	4
Harker & Kleijnen 2012[21]	Aqueles fazendo avaliações de ATS na área da saúde	RR de ATS	46 RR completo; 3 sínteses de RR	Métodos utilizados Tempo para completar	2
Abrami <i>et al</i> 2010 [19]	Profissionais e formuladores de políticas	RR – definidas como uma revisão concluída em tempo hábil (ou seja, dentro de seis meses) ou definido pelos autores como tal.	42 RR	Métodos utilizados	2
Ganann <i>et al</i> 2010 [18]	Os decisores políticos e planejadores do sistema de saúde	RR – indefinido	25 RR; 45 artigos sobre métodos	Nomenclatura Métodos utilizados Comparação de RR e RS Implicações dos métodos utilizados	2
Cameron <i>et al.</i> 2007 [29]; Watt <i>et al</i> 2008 [32]	Usuários e agências ATS	RR, definido como um relatório ATS ou RS que tomou entre 1 e 6 meses de produção, que contém os elementos de uma pesquisa de literatura abrangente.	12 estudos: 1 guideline (resumo); 3 avaliações de programa; 2 estudos comparativos; 2 estudos de métodos; 3 comentários; 1 survey.	Lógica e iniciação de RR Métodos utilizados Conteúdo Tempo para completar Divulgação e impacto Procedimentos de revisão pelos pares Avaliação da qualidade da RR	2

ATS – avaliação das tecnologias da saúde; RR – revisão rápida; RS – revisão sistemática.

O ECR foi voltado para profissionais da saúde envolvidos no desenvolvimento de *guidelines* [33]. Isso teve como objetivo avaliar a eficácia dos diferentes formatos de sínteses de evidências para uso no desenvolvimento de diretrizes clínicas. Testaram-se três pacotes diferentes: a) uma revisão sistemática sozinha; b) uma revisão sistemática com tabelas de resumo de conclusões; e c) uma síntese de evidências e revisão sistemática. Bloco C é descrito pelos autores do estudo como: “um relatório preparado localmente, curto, contextualmente emoldurado, narrativo em que os resultados da revisão sistemática (e outras evidências, quando relevantes) foram descritos. Fatores localmente relevantes que poderiam influenciar a implementação baseada em evidências e recomendações de orientação (por exemplo, capacidade de recursos ) foram destacados” [33]. Interpreta-se o pacote C como sendo uma ‘revisão rápida’ para efeitos desta análise, como os autores afirmam que é baseado em uma pesquisa abrangente e avaliação crítica dos melhores atualmente literatura disponível, que incluía uma revisão Cochrane, um *overview* de revisões sistemáticas e ECR adicionais, mas era susceptível de ter sido feito em um curto espaço de tempo. Também foi conduzido para ajudar a melhorar o processo decisório. O principal



resultado medido foi: proporção de respostas corretas para questões-chave clínicas; e o desfecho secundário: um escore composto de clareza da apresentação e a facilidade de julgar a qualidade das evidências [33]. Este estudo não foi incluído em qualquer das revisões sistemáticas anteriores.

Quatro das revisões sistemáticas obtiveram escores AMSTAR 2 (baixa qualidade) e 4 (qualidade média). Como não foram encontradas revisões sistemáticas de alta qualidade, as conclusões devem ser tomadas com cautela e nenhuma conclusão definitiva pode ser oferecida. O ECR foi classificado como baixo risco de vies. As avaliações de qualidade podem ser encontradas no documento complementar 5 (tabelas 1 e 2).

### Definição de ‘revisão rápida’

As cinco revisões sistemáticas são consistentes em afirmar que não há nenhuma definição ou metodologia acordada para as revisões rápidas [18, 19, 21, 29-32]. De acordo com os autores, “o termo ‘revisão rápida’ não parece ter uma única definição, mas é enquadrado na literatura como relacionado a prazos estipulados entre 1 e 6 meses” [21, p. 398]. Nas definições ofertadas por Abrami e colegas [19] e Cameron e colegas [29], o prazo usado é de até 6 meses (tabela 1). Cameron e colegas [29] também incluiu na sua definição a exigência de que a revisão contenha elementos de uma busca abrangente – embora não ofereça critérios para avaliar o que seria isto.

Abrami e colegas [19] usaram o termo ‘revisão breve’ ao invés de ‘revisão rápida’ para enfatizar que o prazo e o escopo podem ser afetadas. Eles escrevem que “uma revisão breve é um exame de evidência empírica que é limitado em seu período de tempo (por exemplo, seis meses ou menos) e/ou seu escopo, onde se pode incluir [19, p. 372]:

- a amplitude da questão está sendo explorada (por exemplo, uma revisão dos programas de inclusão digital em escolas contra uma avaliação da integração das tecnologias nas escolas);
- a atualidade das evidências incluídas (por exemplo, recorte temporal na busca contra sem limite de tempo);
- os limites geográficos das evidências (por exemplo, estudos regionais ou nacionais apenas versus estudos internacionais);
- a profundidade e o detalhe das análises (por exemplo, conclusões gerais versus explorar a variabilidade entre os resultados); ou
- critérios de inclusão mais restritivos do que pode ser encontrado em uma revisão abrangente.

Todas as outras revisões sistemáticas incluídas usaram o termo ‘revisão rápida’ ou ‘avaliação de tecnologia de saúde rápida (ATS)’ para descrever as sínteses rápidas de evidências.

### Métodos utilizados com base em exemplos de sínteses rápidas

Enquanto a palavra ‘rápida’ indica que ele será realizado rapidamente, não há nenhuma consistência sobre como e em que parte, ou partes, estas revisões são realizadas em um ritmo mais rápido do que uma revisão sistemática completa [18, 19, 21]. Uma complexidade adicional é o relato dos métodos utilizados na revisão rápida, já que cerca de 43% das revisões rápidas examinadas por Abrami e colegas não descreveram a metodologia de forma explícita [19]. Três exemplos de ‘atalhos’ tomados são: 1) não usar dois revisores para seleção dos estudos e/ou extração de dados; 2) não realizar uma avaliação da qualidade dos estudos incluídos; e 3) não procurar a literatura cinzenta [18, 19, 21]. No entanto, é importante notar que as revisões rápidas analisadas nestas três revisões sistemáticas não foram necessariamente selecionadas aleatoriamente e, assim, não é possível quantificar com precisão a proporção de revisões rápidas que utilizou os vários ‘atalhos’ e quais ‘atalhos’ seriam mais comuns. O



tempo necessário para as revisões examinadas variou de vários dias a um ano [19]; 3 semanas a 6 meses [18]; e 7-12 (média 10,4, DP 7,1) meses [21].

## Métodos utilizados com base em estudos de métodos de revisão rápida

As abordagens metodológicas, ou ‘atalhos’, usadas em revisões rápidas, para torná-las mais rápidas do que uma revisão sistemática completa incluem [18, 19, 31]: limitar o número de perguntas; limitar o escopo das perguntas; buscar em menos bancos de dados; limitar o uso da literatura cinzenta; restringir os tipos de estudos incluídos; usar revisões sistemáticas existentes; eliminar ou limitar a busca manual em listas de referência listas e periódicos específicos; reduzir o prazo para a busca de artigos usando estratégias de pesquisa não interativas (eliminando consulta com especialistas); limitar a revisão do texto completo; limitar a revisão em pares para a seleção de estudo, extração de dados e/ou avaliação da qualidade; limitar a extração de dados; limitar a avaliação do risco de viés ou classificação; sínteses mínimas de evidências; fornecimento de conclusões ou recomendações mínimas; e limitar a revisão por pares externos. Harker e seus colegas descobriram que com o aumento de ‘atalhos’ usados torna mais provável o risco de viés nos resultados apresentados em uma revisão rápida [21].

Nenhuma das revisões sistemáticas incluídas oferece diretrizes firmes para uma metodologia de revisões rápidas. Em vez disso, eles relatam que muitos artigos escritos sobre revisões rápidas oferecem apenas exemplos e discussão em torno da complexidade da área [29].

## Transparência no uso de ‘atalhos’

Enquanto autores das revisões sistemáticas incluídas tendem a concordar que as alterações de escopo ou prazo podem introduzir vieses (de seleção, de publicação, de publicação), também encontraram pouco empíricos para apoiar ou refutar essa afirmação [18, 19, 21, 29, 31].

A revisão por Ganann e colegas incluiu 45 estudos metodológicos, que considera questões como o impacto de ‘atalhos’, tais como: limitar o número de bancos de dados pesquisados e a busca manual em listas de referência e periódicos relevantes, omitir a literatura cinzenta, incluir apenas estudos publicados em inglês e omitir a avaliação da qualidade [18]. No entanto, os autores não foram capazes de fornecer orientações metodológicas claras com base nos resultados destes estudos.

## Comparação de resultados – revisões rápidas vs. revisões sistemáticas

A pergunta-chave é se as conclusões de uma revisão rápida são fundamentalmente diferentes de uma revisão completa sistemática, ou seja, se elas são suficientemente diferentes para alterar a decisão resultante. Esta é uma área onde a pesquisa é extremamente limitada. Existem algumas comparações de revisões completas e rápidas disponíveis na literatura, que podem ajudar a determinar o impacto das alterações metodológicas acima referidas – apenas dois estudos primários foram relatados nas revisões sistemáticas incluídas [34, 35]. É importante notar que nenhum desses estudos atendeu aos critérios de inclusão para esta revisão, dado que eles não tiveram um desenho suficientemente robusto. Estes estudos estão incluídos na lista de 12 estudos excluídos da extração de dados (Figura 1 e documento complementar 3). Assim, eles fornecem um nível muito baixo de evidência.

Um dos principais estudos de comparação entre revisões completas e rápidas tratou dos temas de *stents* revestidos, cirurgia de redução de volume pulmonar, sobrevida após transplante de fígado e *resurfacing* do quadril [29, 35]. Não houve nenhuma instância em que se opuseram as conclusões essenciais das

revisões rápidas e completas [31]. Outro estudo que comparou uma revisão rápida com uma revisão sistemática completa abordou a utilização de cascas de batata para queimaduras [34]. Os resultados e conclusões dos dois relatórios foram diferentes. Os autores da revisão rápida sugerem que isto se deu porque a revisão sistemática não possuía boa qualidade – dados que perdeu dois ensaios importantes em sua busca [34]. No entanto, detalhes limitados sobre os métodos utilizados para realizar a revisão sistemática torna este estudo de caso de valor limitado. É necessária mais investigação nesta área.

## Impacto de revisões rápidas na compreensão dos tomadores de decisão

O ECR incluído por Leona e colegas examinou o impacto de diferentes formatos de síntese no conhecimento sobre evidências. Cada participante recebeu um pacote contendo três sínteses diferentes. Eles não encontraram nenhuma diferença entre os pacotes nas probabilidades de respostas corretas para questões-chave clínicas [33]. O pacote C (a revisão rápida) foi associado com uma maior pontuação média quanto à clareza e acessibilidade de informações sobre a qualidade da evidência acerca de eventos neonatais críticos, em comparação com revisões sistemáticas isoladamente (pacote A) (ajustada diferença média 0,52, 95% CI 0,06 para 0,99). Os resultados de entrevistas com 16 painelistas indicaram a preferências de relatórios de evidências com narrativa curta (bloco C), para a maior clareza de apresentação das informações e facilidade de uso. Os autores concluíram que “os resultados sugerem que os formatos de síntese de evidências com entradas graduadas podem melhorar a clareza e acessibilidade de evidências de pesquisas no desenvolvimento de diretrizes clínicas” [33, p. 1].

## Discussão

Esta revisão é a primeira revisão de alta qualidade (usando revisões sistemáticas como o padrão ouro para revisões bibliográficas) que fornece uma visão abrangente do estado da literatura sobre revisões rápidas. Destaca-se a lacuna quanto a uma definição única, bem como quanto a métodos definidos e evidências de pesquisa, mostrando as implicações das escolhas metodológicas (atalhos) sobre os resultados de revisões rápidas vs. revisões sistemáticas. Este estudo também adiciona à literatura, oferecendo mais clara orientação para a política e a prática do que foi oferecido em avaliações anteriores (ver ‘Implicações para a política e prática’).

Enquanto cinco revisões sistemáticas sobre métodos para revisões rápidas foram encontradas, nenhuma tinha qualidade suficiente para permitir conclusões definitivas. Assim, as conclusões precisam ser consideradas com cautela. Não há nenhuma definição ou metodologia acordada para revisões rápidas na literatura [18, 19, 21, 29-32]. No entanto, as revisões sistemáticas incluídas nesta revisão são consistentes em afirmar que uma revisão rápida é geralmente realizada em um período de tempo mais curto e pode ter um escopo reduzido. Uma ampla gama de ‘atalhos’ são usados para fazer revisões rápidas mais rápidas do que uma revisão sistemática completa. Enquanto os autores das revisões sistemáticas incluídas tendem a concordar que as alterações de escopo ou prazo podem introduzir viesamentos (viés de seleção, viés de publicação, viés de publicação) encontraram pouco suporte empírico para essa afirmação [18, 19, 21, 29, 31]. Além disso, existem algumas comparações disponíveis entre revisões completas e rápidas para determinar o impacto do uso de ‘atalhos’ metodológicos. Um ECR com baixo risco de viés apontou que revisões rápidos podem melhorar a clareza e acessibilidade das evidências de pesquisa para os tomadores de decisão [33], que é uma descoberta única desta revisão.

Uma *scoping review* publicada depois de nossa pesquisa encontrou mais de 20 nomes diferentes para revisões rápidas, com o termo mais frequente sendo ‘revisão rápida’, seguindo-se ‘síntese rápida de evidências’ e ‘revisão sistemática rápida’ [23]. Um *survey* internacional associado realizado junto a

produtores de revisões rápidas, usando uma abordagem Delphi modificada, contabilizou 31 diferentes denominações [36]. No que diz respeito aos métodos de revisões rápidas e definições, a revisão encontrou 50 métodos exclusivos, com 16 deles ocorrendo mais de uma vez [23]. Para sua revisão e pesquisa internacional, Tricco e colegas utilizaram a definição de trabalho: “uma revisão rápida é um tipo de síntese do conhecimento no qual os componentes do processo de revisão sistemática são simplificados ou omitidos para produzir informações em um curto período de tempo” [23, 36].

Os autores da mais recente revisão sistemática sobre métodos de revisão rápida sugerem que: “a semelhança entre as revisões rápidas encontra-se em sua estreita relação com o usuário final para atender às necessidades de tomada de decisão em um período de tempo limitado” [31, p. vii]. Eles sugerem que este recurso impulsiona outras diferenças, incluindo a vasta gama de produtos, muitas vezes produzidos por grupos de Respostas Rápidas (Rapid Response) e a grande variação nos métodos usados [31] – mesmo dentro do mesmo tipo de produto produzido pelo mesmo grupo. Sugerimos que esse recurso de revisão rápida precisa fazer parte da definição no futuro da pesquisa, especialmente se ele realmente leva à melhor absorção das evidências. Para ajudar a pesquisa futura, propomos a seguinte definição: “uma revisão rápida é um tipo de revisão sistemática no qual os componentes do processo são simplificados, omitidos ou realizados mais eficientemente, para produzir informações em um curto período de tempo, de preferência com o mínimo de impacto sobre a qualidade. Além disso, eles envolvem uma estreita relação com o usuário final e são realizados considerando as necessidades dos tomadores de decisão.”

Ao comparar revisões rápidas com revisões sistemáticas completas devem ser considerados os efeitos de confundimento de qualidade dos métodos utilizados. Se sínteses rápidas de evidências são vistas como revisões sistemáticas feitas mais rapidamente e se revisões sistemáticas são vistas como o padrão-ouro para a síntese de evidências, a qualidade da revisão depende provavelmente de quais ‘atalhos’ foram usados e como isso pode ser avaliado através de medidas de qualidade disponível, como por exemplo, o AMSTAR [27]. Enquanto as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane são consistentemente de altíssima qualidade (alcançam em geral 10 ou 11 na escala AMSTAR, em face da nossa própria experiência) o mesmo não pode ser dito para todas as revisões sistemáticas encontradas na literatura publicada ou em bancos de dados de revisões sistemáticas – como é demonstrado por esta revisão onde os escores AMSTAR foram bastante baixos (documento complementar 5) e por um *overview* relacionado, onde as pontuações AMSTAR variaram entre dois e dez. Este fato não tem sido reconhecido em sínteses anteriores da literatura sobre revisões rápidas. Também é possível que revisões rápidas alcancem altas pontuações AMSTAR se bem realizadas e bem relatadas. Portanto, pode ser facilmente argumentado que uma revisão rápida de alta qualidade é susceptível de fornecer uma resposta mais perto da ‘verdade’ do que uma revisão sistemática de baixa qualidade. É também um argumento para usar a mesma ferramenta para avaliar a qualidade das revisões sistemáticas e rápidas.

Autores sugerem que, ao invés de se concentrar no desenvolvimento de uma metodologia formalizada, que pode não ser devidamente apropriada, pesquisadores e usuários devem buscar conferir maior transparência aos métodos utilizados para cada revisão [18, 29, 32]. Com efeito, diversos critérios AMSTAR são altamente dependentes da transparência apresentada no relatório, em vez da metodologia em si, por exemplo, quando os autores da revisão sistemática ou rápida não informam que usaram um protocolo, quando, na verdade, eles usaram – levando a uma perda de 1 ponto na escala AMSTAR. Outro exemplo é uma revisão sistemática não fornecer uma descrição adequada do processo de seleção dos estudos e extração de dados – tornando-se difícil avaliar a qualidade da revisão para determinar se isto foi feito de forma duplicada, que é novamente uma perda de 1 ponto na escala AMSTAR.

Enquanto se poderia argumentar que nenhuma das revisões incluídas descreveu sua revisão como uma revisão sistemática, acreditamos que foi apropriado avaliar sua qualidade usando a ferramenta AMSTAR. Esta é a melhor ferramenta disponível para o nosso conhecimento para avaliar e comparar a qualidade dos métodos de avaliação e considera as principais fontes potenciais de viés nas revisões de literatura [27, 37]. Ainda mais, as cinco revisões incluídas claramente não eram revisões narrativas, cada uma conforme seus métodos, incluindo fontes de estudos, pesquisas e critérios de inclusão utilizados.

## Pontos fortes e limitações

Um ponto forte desta revisão rápida é o uso da metodologia de revisão sistemática de alta qualidade, incluindo a consideração da qualidade científica dos estudos incluídos na formulação de conclusões. Uma meta-análise não foi possível devido à heterogeneidade das intervenções e das populações estudadas nas revisões sistemáticas incluídas. Como resultado, o viés de publicação também não pode ser avaliado quantitativamente e ainda não estão disponíveis métodos para avaliar qualitativamente o viés de publicação [38]. ‘Atalhos’ foram tomados para tornar essa revisão mais rápida, bem como uma avaliação AMSTAR da revisão, são mostrados no documento complementar 6. O AMSTAR se baseia em uma ferramenta validada e publicada [27] e a orientação adicional sobre seu uso pode ser encontrado no site AMSTAR ([http://amstar.ca/Amstar\\_Checklist.php](http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php)).

A atual revisão rápida apresenta evidências de que uma revisão pode incluir vários ‘atalhos’ para ser produzida em um tempo relativamente curto, sem sacrificar a qualidade – como indicado pela pontuação elevada AMSTAR (documento complementar 6). O tempo necessário para concluir esta revisão foi de 7 meses, a partir da assinatura do contrato (novembro de 2014) até a apresentação do relatório final para o financiador (junho de 2015). Como alternativa, se a publicação do protocolo no PROSPERO e o início da busca da literatura (de janeiro de 2014) são tomadas como ponto de partida, o tempo gasto foi de 5 meses.

Limitações desta revisão incluem: 1) a baixa qualidade das revisões sistemáticas encontradas, com três das quatro revisões sistemáticas incluídas avaliadas como sendo de baixa qualidade, segundo os critérios AMSTAR, e a quarta revisão sendo considerada de qualidade média (documento complementar 5); 2) o fato de que alguns estudos primários foram conduzidos em países em desenvolvimento, que é um problema para a generalização dos resultados; e 3) A restrição da busca de artigos em inglês, francês, espanhol ou português (línguas com as quais os autores de revisão são competentes) e para os últimos 10 anos. No entanto, isto foi feito para tornar mais ágil o processo de revisão e é improvável que tenham resultado na perda de evidências importantes.

## Implicações para a política e a prática

Usuários de revisões rápidas devem solicitar uma classificação AMSTAR e uma indicação explícita dos ‘atalhos’ tomados para acelerar o processo de revisão. Produtores de revisões rápidas devem dar maior importância ao relato de suas conclusões para tornar seus métodos mais transparente e permitir uma avaliação justa de qualidade. Isso poderia ser facilitado, incluindo os elementos apropriados em modelos e/ou orientações. Se um relatório mais curto é necessário, o detalhe necessário poderia ser colocado em apêndices.

Quando decidir sobre os métodos e/ou processos a serem usados para sua revisão rápida os elaboradores devem dar prioridade aos ‘atalhos’ que não são susceptíveis de produzir impactos sobre a qualidade ou de inserir riscos de vieses na revisão. Exemplos incluem: limitar o escopo da revisão [19], extração de dados limitada às principais características e resultados [31] e restringir os tipos de estudo incluídos

na revisão [31]. Ao planejar uma revisão rápida, deve-se explicar ao demandante as implicações de qualquer atalhos tomados para fazer a revisão rápida.

Os elaboradores de revisões rápidas deve considerar manter articulação com o maior número possível de pessoas altamente qualificadas e experientes, que possa ser rapidamente mobilizadas e que entendam o tipo de produto que pode satisfazer as necessidades do tomador de decisão [19, 31]. Deve-se também considerar tornar todo o processo mais eficiente [19]. Estas medidas podem auxiliar cronogramas sem comprometer a qualidade dos produtos.

### Implicações para a pesquisa

O impacto sobre os resultados de revisões rápidas (e revisões sistemáticas) de qualquer ‘atalho’ usado requer mais pesquisas, incluindo quais ‘atalhos’ têm o maior impacto sobre as conclusões da revisão. Tricco e colegas sugerem que isto pode ser examinado através de um estudo prospectivo que compare os resultados das revisões rápidas aos obtidos através de revisões sistemáticas sobre o mesmo tema [23, 36]. No entanto, para isso será importante considerar a qualidade como um fator de confundimento e certificar-se de uma seleção aleatória e que os elaboradores da revisão rápida estejam cegados. Se a seleção aleatória e o cegamento não puderem ser garantidos, sugerimos que comparações retrospectivas podem ser mais apropriadas. Outra abordagem relacionada seria comparar os resultados das revisões (sejam eles sistemáticas ou rápidas) para cada tipo de ‘atalho’, controlando a qualidade metodológica. Outras questões, tais como a amplitude dos critérios de inclusão utilizados e número de estudos incluídos que também precisam ser considerados como possíveis fatores de confusão.

O desenvolvimento de diretrizes para revisões rápidas, tais como as disponíveis para relatórios de revisões sistemáticas completas, também seriam úteis [18, 24]. Estas diretrizes devem ser fortemente baseadas nas diretrizes para revisões sistemáticas, mas também considerar as características específicas a revisões rápidas, tais como a relação com o usuário destes produtos.

## Conclusões

A interpretação dos resultados desta revisão rápida sobre as melhores metodologias de avaliação rápida deve ser tomada com cautela, dado o estado limitado da literatura. Há uma grande variedade de métodos atualmente usados para revisões rápidas e uma ampla gama de produtos disponíveis. No entanto, o maior cuidado deve ser para melhorar a transparência dos métodos utilizados em produtos de revisão rápida para permitir melhor análise das implicações metodológicas dos ‘atalhos’ tomados para a elaboração de revisões rápidas e revisões sistemáticas. Isto requer a participação dos usuários (decisores políticos e profissionais), bem como dos pesquisadores. Não há nenhuma evidência disponível para sugerir que revisões rápidas não devam ser feitas ou que são de qualquer maneira enganosas.

## Referências

1. World Health Assembly. Resolution on health research. Available from: [http://www.who.int/rpc/meetings/58th\\_WHA\\_resolution.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf) 2005.
2. WHO. Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health, 10–12 October 2005. World Health Organization, 2006 Contract No.: WHO/EIP/KMS/2006.2.
3. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services & Research Policy*. 2005;10 Suppl 1:35-48.
4. Liverani M, Hawkins B, Parkhurst JO. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2013;8:e77404.
5. Moore G, Redman S, Haines M, Todd A. What works to increase the use of research in population health policy and programmes: A review. *Evidence & Policy*. 2011;7:277-305.
6. Nutley S. Bridging the policy/research divide. Reflections and lessons from the UK. Keynote paper presented at “Facing the future: Engaging stakeholders and citizens in developing public policy”. National Institute of Governance Conference, Canberra, Australia 23/24 April 2003. <http://www.treasury.govt.nz/publications/media-speeches/guestlectures/nutley-apr03>. 2003.
7. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:2.
8. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2011;6:e21704.
9. WHO. Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization, 2012.
10. Lavis JN, Hammill AC, Gildiner A, McDonagh RJ, Wilson MG, Ross SE, et al. A systematic review of the factors that influence the use of research evidence by public policymakers. Final report submitted to the Canadian Population Health Initiative. Hamilton, Canada: McMaster University Program in Policy Decision-Making; 2005.
11. Chalmers I. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn’t work in theory? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*. 2005;1:227-42.
12. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Pol Syst*. 2009;7 Suppl 1:S13.
13. Stephens JM, Handke B, Doshi JA, On behalf of the HTA Principles Working Group - part of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) HTA Special Interest Group (SIG). International survey of methods used in health technology assessment (HTA): does practice meet the principles proposed for good research? *Comparative Effectiveness Research*. 2012;2:29-44.
14. WHO. WHO Handbook for Guideline Development. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*. 2012;1:10.
16. Khangura S, Polisena J, Clifford TJ, Farrah K, Kamel C. Rapid review: An emerging approach to evidence synthesis in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014;30:20-7.
17. Polisena J, Garrity C, Kamel C, Stevens A, Abou-Setta AM. Rapid review programs to support health care and policy decision making: a descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*. 2015;4:26.





18. Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci.* 2010;5:56.
19. Abrami PC, Borokhovski E, Bernard RM, Wade CA, Tamim R, Persson T, et al. Issues in conducting and disseminating brief reviews of evidence. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate & Practice.* 2010;6:371-89.
20. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews.* 2012;1:28.
21. Harker J, Kleijnen J. What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in Health Technology Assessments. *International Journal of Evidence-Based Healthcare.* 2012;10:397-410.
22. Wilson MG, Lavis JN, Gauvin FP. Developing a rapid-response program for health system decision-makers in Canada: findings from an issue brief and stakeholder dialogue. *Systematic Reviews.* 2015;4:25.
23. Tricco AC, Antony J, Zarin W, Strifler L, Ghassemi M, Ivory J, et al. A scoping review of rapid review methods. *BMC Med.* 2015;13:224.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6:e1000097.
25. Haby M, Chapman E, Reveiz L, Barreto J, Clark R. Methodologies for rapid response for evidence-informed decision making in health policy and practice: an overview of systematic reviews and primary studies (Protocol). PROSPERO: CRD42015015998. 2015.
26. WHO. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities. Mexico City, 16-20 November 2004. Available at: <http://www.who.int/rpc/summit>. World Health Organization, 2005 Nov. Report No.
27. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:10.
28. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]: The Cochrane Collaboration; 2011.*
29. Cameron A, Watt A, Lathlean T, Sturm L. Rapid versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in Health Technology Assessment. ASERNIP-S Report No. 60. Adelaide, South Australia: ASERNIP-S, Royal Australasian College of Surgeons, 2007.
30. Featherstone RM, Dryden DM, Foisy M, Guise JM, Mitchell MD, Paynter RA, et al. Advancing knowledge of rapid reviews: an analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. *Systematic Reviews.* 2015;4:50.
31. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Aronson N, Belinson S, et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Research White Paper. (Prepared by the Scientific Resource Center under Contract No. 290-2012-00004-C.) AHRQ Publication No. 15-EHC008-EF. Rockville (MD): 2015.
32. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2008;24:133-9.
33. Opiyo N, Shepperd S, Musila N, Allen E, Nyamai R, Fretheim A, et al. Comparison of alternative evidence summary and presentation formats in clinical guideline development: a mixed-method study. *PLoS One.* 2013;8:e55067.
34. Van de Velde S, De Buck E, Dieltjens T, Aertgeerts B. Medicinal use of potato-derived products: conclusions of a rapid versus full systematic review. *Phytother Res.* 2011;25:787-8.
35. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid versus full systematic reviews: validity in clinical practice? *Aust N Z J Surg.* 2008;78:1037-40.



36. Tricco AC, Zarin W, Antony J, Hutton B, Moher D, Sherifali D, et al. An international survey and modified Delphi approach revealed numerous rapid review methods. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015.
37. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62:1013-20.
38. Song F, Parekh S, Hooper L, Loke YK, Ryder J. Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technol Assess*. 2010;14 (8).





## **Respostas Rápidas no formato ‘Revisão Rápida’: etapas de elaboração**

*Elaboração:*

Jorge Barreto

Eventon Nunes da Silva

Marcus Tolentino Silva



# 1 Introdução

A finalidade da Revisão Rápida é identificar, avaliar e sintetizar as evidências científicas existentes sobre um tópico de saúde específico, a fim de prover suporte aos tomadores de decisão na área da saúde. Este produto é útil para fornecer uma visão geral das evidências existentes e das implicações para a tomada de decisão.

Materialmente, uma Revisão Rápida consiste em uma abordagem para a síntese das melhores evidências disponíveis sobre um tópico específico, a ser realizada em um período de tempo adequado às necessidades das partes interessadas. Por isso, as Revisões Rápidas geralmente são elaboradas em períodos mais curtos de tempo e têm escopo específico. Para tanto, as Revisões Rápidas adotam uma gama de ‘atalhos’, a fim de serem mais ‘rápidas’ do que uma revisão sistemática completa.

Um relatório de Revisão Rápida consiste, portanto, numa exposição sintética das evidências mais relevantes e confiáveis para prover uma resposta a uma pergunta específica. Também inclui as características e avaliação da qualidade dos estudos de onde se extraíram as evidências, os resultados mais relevantes em face da pergunta abordada e considerações sobre as implicações destes resultados para a tomada de decisão em relação às políticas e/ou práticas de saúde.

Há evidências de que estas modalidades de sínteses rápidas podem melhorar o acesso às evidências para os tomadores de decisão<sup>1</sup>. Este tipo de produto consiste numa estratégia de tradução do conhecimento do tipo ‘entrega de evidências’ (*push efforts*), segundo o *framework* de vinculação da pesquisa científica à ação (*Research to Action*)<sup>2,3</sup>, e contribuem para que o conhecimento científico chegue aos grupos interessados no formato e tempo adequados.

Os tópicos mais adequados para uma Revisão Rápida incluem as avaliações de tecnologias em saúde médicas, cirúrgicas e odontológicas, tais como:

- Drogas / medicamentos;
- Dispositivos;
- Testes de diagnóstico;
- Procedimentos médicos, cirúrgicos e odontológicos.

As Revisões Rápidas não devem, no entanto, ser interpretadas como uma recomendação a favor ou contra o uso de tecnologias em saúde, ainda que apresentem em seus relatórios a síntese das melhores evidências disponíveis sobre potenciais efeitos da intervenção analisada, mas como um subsídio adicional para informar a tomada de decisão, em face de contextos reais. Também é importante considerar que a ausência de evidências de boa qualidade não significa necessariamente o reconhecimento da ineficácia de uma tecnologia em saúde, em particular no caso das tecnologias novas, para as quais pouca informação geralmente está disponível.

O processo de elaboração de uma Revisão Rápida deve ser tão transparente quanto possível, sem deixar de atender as necessidades de tempo inerentes aos interesses dos demandantes. Assim, cada evidência utilizada poderá ser avaliada externamente, bem como as estratégias usadas para tornar o tempo de elaboração mais rápido, a partir dos relatórios de resultados tornados públicos.

A seguir são apresentados aspectos gerais das etapas de uma produção flexível e transparente de revisões rápidas. As etapas foram definidas partir dos resultados apresentados no overview de revisões

sistemáticas que embasaram os artigos “Quais as melhores metodologias de revisões rápidas para apoiar a tomada de decisão informada por evidências nas políticas e práticas de saúde: uma revisão rápida” e “Modelo para um programa de Respostas Rápidas na região das Américas”<sup>4</sup>. Os achados de Haby e colegas<sup>4</sup> quanto aos ‘atalhos’ a serem usados para reduzir o tempo de elaboração de revisões rápidas e seus potenciais ‘impactos’ sobre a validade dos resultados da síntese, estão descritos no quadro 1:

### Quadro 1 – Áreas onde os ‘atalhos’ poderiam ser considerados para reduzir o tempo de elaboração de revisões rápidas

Etapa	Possíveis ‘atalhos’	Potencial ‘impacto’ sobre a validade dos resultados
Formulação da pergunta	Limitar o número de perguntas Limitar o escopo da pergunta/s	Nenhum esperado
Critérios de inclusão e de seleção	Restringir os tipos de estudo para revisões sistemáticas (e avaliações econômicas).	Nenhum esperado
	Restringir os tipos de estudos para ensaios randomizados controlados (e avaliações econômicas) Rever os critérios de inclusão depois da busca e seleção	Nenhum esperado
Estratégia de busca	Limitar de número bancos de dados pesquisados. Limitar ou omitir a procura em listas de referências e periódicos relevantes. Eliminar a consulta com especialistas para encontrar estudos adicionais	Pode aumentar a eficiência sem comprometer a validade especialmente se combinado com alguma estratégia de busca manual e contato com especialistas.
	Reduzir o período da busca para, por exemplo, 5 ou 10 anos.	Nenhum esperado.
	Usar estratégia de busca não interativa.	Desconhecido.
Status de publicação	Limitar ou omitir literatura cinzenta.	Pode introduzir o viés de publicação, mas a evidência sobre isso é dúbia.
	Apenas texto completo disponível.	Desconhecido.
Língua / Idioma	Apenas em inglês.	Os efeitos podem variar, dependendo da pergunta.
Seleção de estudos	Apenas um revisor para títulos, resumos e textos completos.	Desconhecido, embora usar apenas um revisor poderia levar a perda de até 9% de estudos elegíveis.
Extração de dados	Apenas um revisor para extração de dados.	Pode aumentar o número de erros, mas não se sabe o impacto nos resultados.
	Apenas um revisor para extração de dados, com verificação por um segundo revisor.	Desconhecido.
	Extração de dados limitada a atributos-chave (objetivo, métodos, conclusões preliminares, principais conclusões, limitações, quando aplicável).	Desconhecido.
Avaliação da qualidade	Limitar ou omitir a avaliação da qualidade.	Não recomendado. Vários autores sugerem que onde os recursos são limitados deve ser dada prioridade a avaliação da qualidade, ao invés de busca extensa.
	Avaliação da qualidade feita por um revisor.	Desconhecido.
Síntese dos resultados	Síntese narrativa apenas, sem meta-análise.	Desconhecido – a meta-análise pode aumentar a potência e precisão, mas também tem potencial para induzir em erro se não for aplicada adequadamente.
Relatório	Sintético, mas incluindo detalhes sobre os métodos, a fim de permitir a avaliação da sua qualidade.	Ajudará na avaliação da validade dos resultados e possibilitará o escrutínio externo sobre as conclusões.

Adaptado de Haby et al.<sup>4</sup>

## 2 Etapas da elaboração da Revisão Rápida (prazo estimado: 33 dias úteis)

### Etapa 1 – Definição da pergunta da Revisão Rápida (prazo: 1 dia útil)

A etapa inicial da Revisão Rápida é a definição da pergunta e limites do seu escopo. A Revisão Rápida deve ter escopo limitado e abordar uma pergunta única e específica. A pergunta deve ser explicitada, e adotar a estrutura PICOS (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Study type*), quando possível, para incluir a **população** de interesse, a **intervenção** ou tecnologia avaliada, as opções de intervenção como **comparador** dos efeitos (em geral a tecnologia já disponível no âmbito do contexto analisado), os **resultados** clínicos e econômicos e o **tipo de estudo** a ser incluído na revisão<sup>5</sup>. Esta estrutura orientará a busca por evidências científicas.

### Etapa 2 – Definição dos critérios de inclusão e de seleção (prazo: 1 dia útil)

Os critérios de inclusão de estudos poderão ser flexíveis e revistos gradualmente depois da busca e seleção inicial, mas devem inicialmente ser restritos. Deve-se inicialmente incluir as Revisões Sistemáticas (RS) completas e estudos de Avaliação Econômica (AE). Não sendo identificados estudos deste tipo que atendam à pergunta da Revisão Rápida, os critérios de inclusão poderão ser ampliados para abranger ensaios controlados e randomizados (ECR).

### Etapa 3 – Definição da estratégia e realização da busca (prazo: 1 dia útil)

A estratégia de busca estruturada a partir do 'PICOS' será direcionada a um número limitado de bancos de dados a serem revistados. A busca será realizada preferencialmente nos bancos de dados específicos para a pergunta ou o tipo de estudo (RS, AE e/ou ECR). Ex. 1: Cochrane Library, que inclui: *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), *Health Technology Assessment* (HTA) *Database*, *NHS Economic Evaluation Database* (NHSEED) e *Database of Methods Studies*; Ex. 2: NIHR Centre for Reviews and Dissemination (CRD) Databases; Ex. 3: PubMed Clinical Queries; Ex. 4: Bibliotec Virtual em Saúde (BVS). A Revisão Rápida não expandirá a busca para as referências dos estudos identificados inicialmente ou para periódicos específicos relevantes para a pergunta abordada, bem como não incluirá a consulta a especialistas, para a identificação de estudos adicionais. Por fim, o período da busca poderá ser limitado para, por exemplo, 5 ou 10 anos e a literatura cinzenta, em princípio, não será incluída.

### Etapa 4 - Seleção das evidências (prazo: 05 dias úteis)

A seleção dos estudos será realizada por um revisor apenas, pela leitura dos títulos e resumos dos estudos recuperados, seguindo-se a leitura dos textos completos.

### Etapa 5 - Avaliação da qualidade das evidências (prazo: 05 dias úteis)

A avaliação da qualidade metodológica e/ou riscos de viés dos estudos identificados será realizada utilizando-se as seguintes ferramentas: i) RS: AMSTAR<sup>6,7</sup>; ii) Avaliações Econômicas: Roteiro para Análise Crítica<sup>8</sup> e iii) ECR: Ferramenta de avaliação do risco de viés da Colaboração Cochrane<sup>9</sup>.

## Etapa 6 - Extração dos dados (prazo: 10 dias úteis)

A extração dos dados de interesse, limitados aos atributos-chave dos estudos (objetivo, métodos, conclusões preliminares e/ou principais, limitações) será realizada por apenas um revisor, com a verificação de um segundo revisor.

## Etapa 7 - Síntese das evidências (prazo: 05 dias úteis)

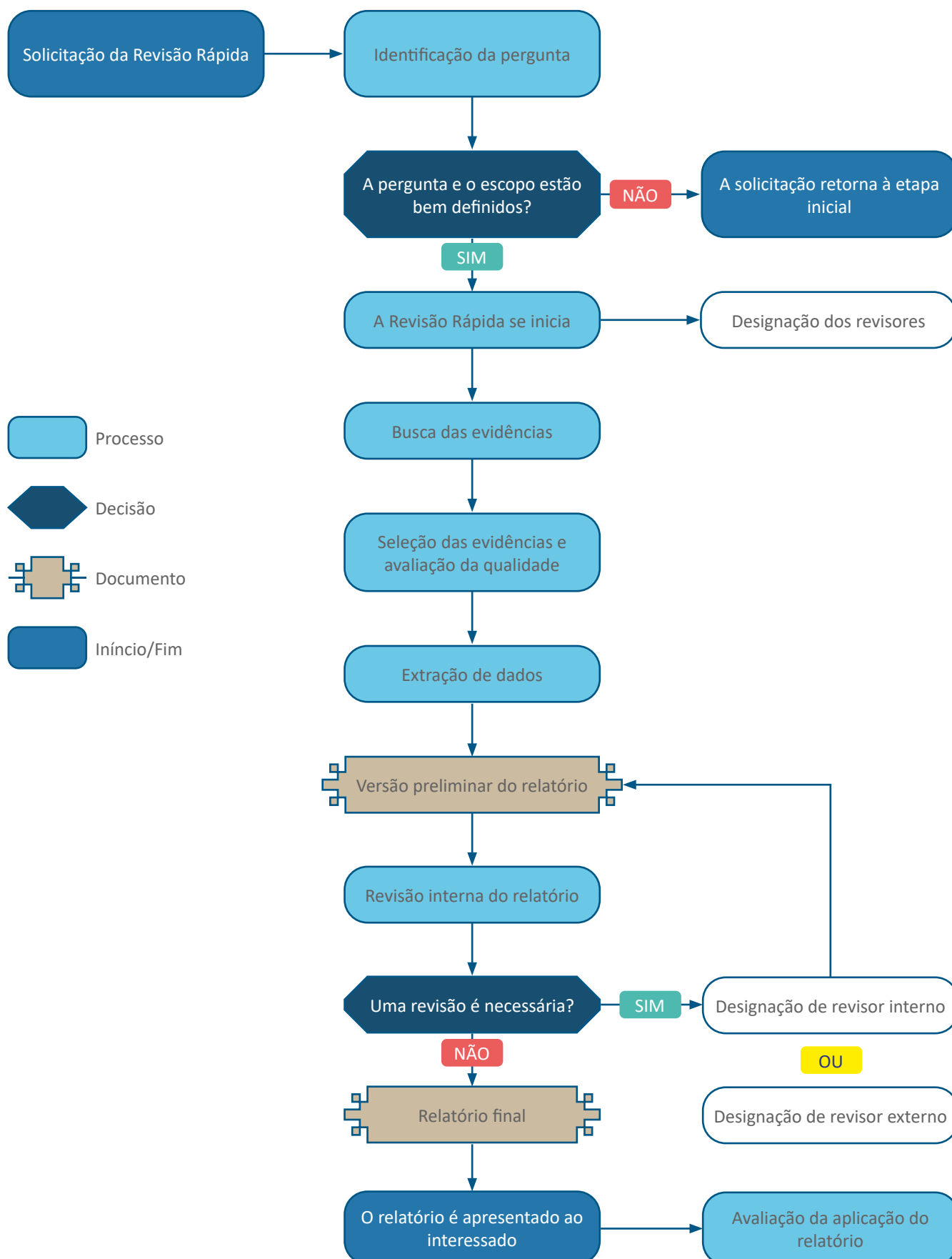
Os resultados da Revisão Rápida serão apresentados de forma narrativa, em relatório sintético incluindo os principais resultados dos estudos identificados. Quando existirem meta-análises, estas deverão ser incluídas. O relatório deverá incluir detalhes sobre os métodos usados na elaboração, a fim de para permitir uma avaliação da sua qualidade.

## Etapa 8 - Preparação do relatório preliminar e final (prazo: 05 dias úteis)

O relatório da Revisão Rápida incluirá basicamente:

- Título (Tecnologia X para indicação Y);
- Resumo Executivo: contendo informações sobre: tecnologia, indicação, pergunta, evidências recuperadas, principais resultados e conclusões (até 400 palavras);
- Contexto, incluindo os seguintes aspectos-chave: a) registro da tecnologia na Anvisa b) estágio de incorporação ao SUS; e c) inserção da tecnologia em protocolos clínicos nacionais (até 400 palavras);
- Pergunta: PICOS;
- Métodos: descrição dos 'atalhos' e procedimentos tomados (até 400 palavras);
- Evidências: descrição dos estudos recuperados (objetivo, métodos, conclusões preliminares e/ou principais, limitações) e respectiva avaliação da qualidade metodológica (quadro-síntese);
- Síntese dos resultados: descrição dos resultados de interesse para a pergunta da Revisão Rápida (até 600 palavras);
- Implicações para a tomada de decisão em relação às políticas e/ou práticas de saúde (até 200 palavras);
- Conclusão: síntese global dos resultados e face da pergunta (até 200 palavras);
- Referências (com links para o acesso, quando disponível): padrão Vancouver;
- Identificação dos responsáveis pela elaboração: nome, titulação, afiliação e contato;
- Declaração de conflito de interesses dos responsáveis pela elaboração;
- Link de acesso ao protocolo de Revisão Rápida utilizado.

## 3 Fluxo do processo de elaboração



## 4 Referências

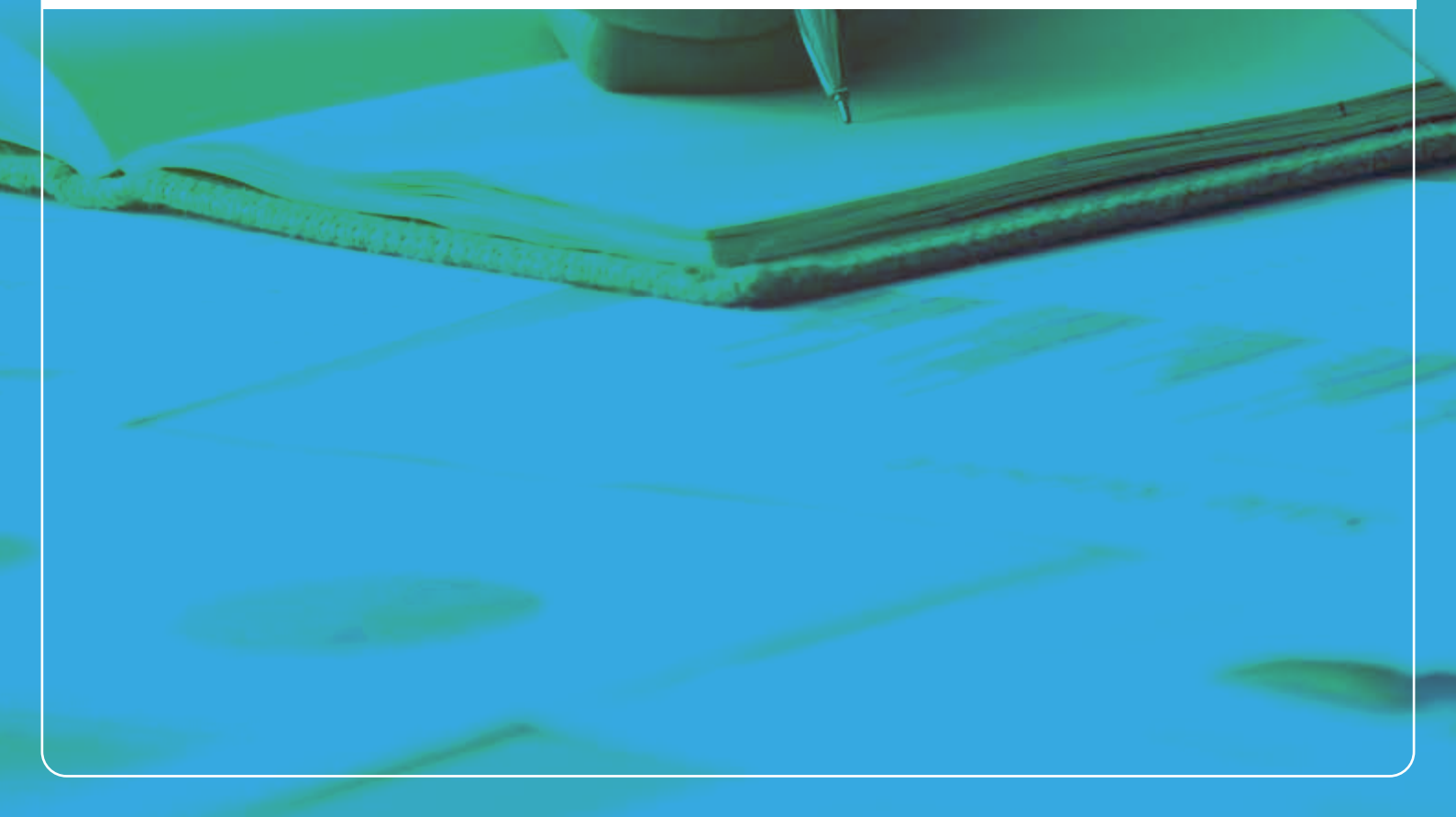
1. Opiyo, N. *et al.* Comparison of alternative evidence summary and presentation formats in clinical guideline development: a mixed-method study. *PLoS One*. n. 8, p. 55067, 2013.
2. Lavis, J.N. *et al.* Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, n. 8, p. 620-628, 2006.
3. WHO. *Knowledge Translation Framework for Ageing and Health*. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization, 2012.
4. Haby, M.M. *et al.* Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. *Implementation Science*, v. 11, n. 1, p. 117, 2016.
5. Methley, A.M. *et al.* PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC health services research*, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.
6. Shea, B.J. *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*, v. 7, n. 1, p. 1, 2007.
7. Kelly, S.E.; Moher, D.; Clifford, T.J. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Systematic reviews*, v. 5, n. 1, p. 1, 2016.
8. Silva, E.N. *et al.* Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde: roteiro para análise crítica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 35, n. 3, p. 219, 2014.
9. Higgins, J. *et al.* The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, v. 343, p. d5928, 2011.





## **Anexo**

Artigo 'Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline' (Referência: SILVA, Marcus Tolentino; DA SILVA, Everton Nunes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC Medical Research Methodology, v. 18, n. 1, p. 51, 2018)



RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline

Marcus Tolentino Silva<sup>1\*</sup> , Everton Nunes da Silva<sup>2</sup> and Jorge Otávio Maia Barreto<sup>3</sup>

## Abstract

**Background:** Rapid response in health technology assessment is a synthesis of the best available evidence prepared in a timely manner to meet specific demands. We build a consensus among Brazilian specialists in health technology assessment to propose guidelines for the development of rapid response.

**Methods:** Based on a systematic review that proposed eight methodological steps to conduct rapid response, we applied a modified Delphi technique (without open questions in the first round) to reach consensus among Brazilian experts in health technology assessment. Twenty participants were invited to judge the feasibility of each methodological step in a five-point Likert scale. Consensus was reached if the step had 70% positive approval or interquartile range  $\leq 1$ .

**Results:** The achievement of consensus was reached in the second round. Between the first and the second round, we scrutinized all points reported by the experts. The Delphi panel reached consensus of eight steps: definition of the structured question of rapid response (with a restricted scope); definition of the eligibility criteria for study types (preferably systematic reviews); search strategy (language and data limits) and sources of information (minimum two); selection of studies (independently by two responders); critical appraisal of the included studies and the risk of bias for the outcomes of interest; data extraction from the included articles; summary of evidence; and preparation of the report.

**Conclusions:** The guidelines for rapid response in health technology assessment may help governments to make better decisions in a short period of time (35 days). The adoption of methodological processes should improve both the quality and consistency of health technology assessments of rapid decisions in the Brazilian setting.

**Keywords:** Health technology assessment, Rapid response, Rapid reviews, Consensus, Delphi

## Background

Health managers are increasingly pressured to make quick decisions on the use of health technologies [1]. The information retrieval methods available in the health manager's perspective have been the subject of discussion [2]. Regardless of the approach adopted, a hierarchy of evidence directs the process to the most reliable publications [3].

In this scenario, systematic reviews are prioritized by their ability to disseminate the information on a well-structured question [4]. However, the time and

structure necessary for the creation of such systematic reviews could be impractical in health management [5]. Usually, a systematic review requires between 6 months and 2 years to be finished. On the other hand, a large body of systematic reviews—larger than that of clinical trials—has been produced [6]. Thus, systematic reviews may be used as first sources of information for answers about the use of health technologies.

Health technology assessment agencies are adopting rapid reviews to support decision in a timely manner [7]. Experiences from Canada [8] and Scotland [9] reveal that transparency and intensive user feedback increase the responsiveness. They also report a broad range of topics: since health service utilization to drugs

\* Correspondence: [marcusts@gmail.com](mailto:marcusts@gmail.com)

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Federal University of Amazonas, Manaus, Brazil  
Full list of author information is available at the end of the article



prescription. Normally, the shortcuts adopted show similar results with systematic reviews. These shortcuts include limited sources of information and critical appraisal tools for systematic reviews [10–12] and primary studies [13–16].

Such elements reinforce the need for a standardization of the steps for rapid reviews within the framework of health management [2]. Some institutions have already defined their strategy [17], like Brazil in the development of the Methodological Guideline ‘elaborating mini health technology assessment’ [18] and the World Health Organization [19]. However, information sources are sometimes inaccessible, or strategies can be time consuming (the Brazilian guideline suggests three months of preparation).

In this scenario, we build a consensus among Brazilian specialists in health technology assessment to propose guidelines for the development of a rapid response to be carried out in 35 days. This time frame was defined by the Ministry of Health, because their process of decision making about introduction of a health technology should be completed by end of 180 days.

## Methods

### Design and settings

This is a process of consensus performed by a modified Delphi technique sent by email [20]. In the first semester of 2017, researchers in health technology assessment (HTA) from Brazilian universities or research institutions were contacted.

The Delphi method consists of steps of semi-structured questionnaires applied remotely [21]. The items of the questionnaires are composed by consensus statements in the first round. On this basis, every item receives a numbered judgment scale and a comment space. Depending on the score obtained among several specialists, the affirmative is defined as consensus or is revised/corrected for a new round of questionnaire application. The steps are repeated until consensus is achieved in all statements.

In the present study, the Delphi technique was modified: the affirmatives in the first round are based on the literature review [2] rather than open questions to the participants.

### Participants

The Delphi technique does not require the inclusion of a random sample of specialists to ensure representativeness [20]. It is recommended that participants be homogeneous in their characteristics and that a sample size between 10 to 15 participants is enough to generalize the consensus [20]. So, at first—and considering possible losses—20 specialists in HTA were invited to participate in the consensus.

We identified 25 Brazilian researchers across the country who met our inclusion criteria (five refused to participate): (i) knowledge and practical experience in HTA in the last three years; (ii) ability and willingness to contribute; (iii) free time to dedicate to completing the questionnaires; (iv) good written communication skills; and (v) a PhD academic degree. All participants were invited by e-mail or by telephone. We balanced the representativeness of regions over the country. These criteria for selecting experts ensured that all participants had prior training and experience in review synthesis and were considered suitable for making accurate judgments. The experts worked anonymously and independently of each other.

### Processes

A semi-structured questionnaire composed of eight items was used based on a previous study [2, 22]. Each item makes up the content’s recommendation of the future guidelines for the development of rapid response in HTA. For the judgment, a Likert scale was chosen, assigning one point to total disagreement on the item and five points to full agreement. We have also provided space for comments for every item. A letter with instructions was sent with a fictional example that included a Likert scale and a comment box filled. Comments were open, independently of agreement or disagreement.

The questionnaire has also covered some attributes from the panel experts, such as gender, age, education, function, main activity at work, experience in HTA and the place of residence. The questionnaires were sent by email to participants, who had 10 days to return the information in each round.

### Statistical analysis

Questionnaire items were analyzed individually. In each round, consensus was defined if the item has [20]: (i) 70% positive approval or (ii) interquartile range  $\leq 1$ . Positive approval is calculated by the following formula based on the individual item Likert scores across respondents:

$$Approval = \frac{(\sum \text{obtained score}) - (n \times \text{minimum possible score})}{(n \times \text{maximum possible score}) - (n \times \text{minimum possible score})} \times 100$$

n: number of participants

The interquartile range was obtained by the difference between the third quartile and the first quartile. All items that presented an approval rate lower than 70% were modified according to the comments received by the experts for a new Delphi round. When an item reached consensus on its inadequacy (below 70% and interquartile range  $\leq 1$ ), the item was completely reformulated. We estimated three Delphi rounds to obtain consensus.

## Results

Twenty experts completed the first round. Most of them were physicians (60%) or pharmacists (15%). Females represented 70% of the expert panel. The mean age was 50.1 years old (standard deviation 10.0), and the mean experience in HTA was 12.1 years (standard deviation: 7.1). Most of the experts work in universities (50%), research institutes (25%) or hospitals (20%), and their main activities are teaching (50%) or research (40%).

Table 1 presents the consensus results for each Delphi round. Between the first and the second round, we wrote an introduction about the rapid response, which achieved 75% of consensus. Below we described each item of the rapid response, including the number of professionals involved and length of days for each step.

### Step 0. Why rapid response in health technology assessment?

Rapid response in the health technology assessment is a synthesis of the best available evidence prepared in a timely manner to meet specific demands. These documents weigh the methodological quality of scientific studies. Thus, professionals with experience in systematic reviews are qualified for this activity. The main aim of rapid response is to indicate the best scientific evidence available on the consequences of a health technology. It is outside the scope of the rapid review to provide recommendations, since additional elements involved in decision-making are difficult to consider in a short period of time. To increase the reproducibility and transparency and to minimize potential biases, it is suggested that the rapid response protocols (steps 1 to 3) be reviewed by an editor or supervisor. Such protocols should be registered in a separate repository.

To meet the request of the user, the product is expected to be elaborated within 35 days. On the other hand, according to the soliciting party's interest and complexity of the issue, this time limit may be flexible. It should be noted that consulting important documents,

such as clinical guidelines and evidence-based synopses, will facilitate the process. Finally, the scope of the rapid response should be agreed on by the soliciting party for greater adherence to the product.

### Step 1. Definition of the structured question (1 business day; 2 professionals)

Once the scope is defined by the soliciting party, the initial stage of rapid response is the definition of the structured question. Rapid response should have limited scope and address a single, specific issue. The question should be clarified and preferably adopt the PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcomes) structure. When applicable, the population of interest will consider potential subgroups. Some information about the intervention or the technology evaluated improves its specification, such as: (i) registration of technology in the Brazilian National Health Surveillance Agency (ANVISA), if applicable; (ii) stage of incorporation into the Unified Health System (SUS), which is the public health system in Brazil; and (iii) presence in national clinical protocols. The comparator, when available, will reflect the technology already available within the analyzed context. Clinically relevant outcomes for the target population will be prioritized, which may be reviewed by the editor or supervisor.

### Step 2. Definition of the eligibility criteria for study types (1 business day; 1 professional)

At this stage, the reviewer will specify which studies to consider in preparing the rapid response. Such criteria must be in accordance with the type of question (treatment, diagnosis, prognosis, etc.). In most cases, secondary studies will be prioritized, specifically the ones that evaluated the efficacy and safety of the target technology analyzed, with emphasis on the reports of health technology assessment and systematic reviews/meta-analysis. In some scenarios, there will be a need to retrieve primary studies (randomized clinical trials, cohorts,

**Table 1** Consensus results in the first and second round

Steps	Description	First round (n = 20)		Second round (n = 16)	
		Consensus (%)	IQR	Consensus (%)	IQR
1	Definition of the structured question	84.2	1.0	84.4	1.0
2	Definition of the eligibility criteria for study types	75.0	2.0	73.4	1.0
3	Search strategy and sources of information	56.6	2.0	76.6	1.0
4	Selection of studies	59.2	2.0	85.9	1.0
5	Quality assessment of the included studies and the risk of bias for the outcomes of interest	68.4	1.0	76.6	1.0
6	Extraction of data from the included articles	85.5	1.0	90.6	1.0
7	Summary of evidence	81.6	1.0	84.4	1.0
8	Preparation of the report	71.1	1.0	81.3	1.0

IQR interquartile range

case-control studies) due to the absence or need for an update in secondary studies (health technology assessment reports, systematic reviews, guidelines). When considering primary studies, a hierarchy of evidence will be considered according to the type of rapid response structured question. Date and language limits may also be specified, depending on the amount of studies and the ability of the team.

### **Step 3. Search strategy and sources of information (2 business days; 1 professional)**

This step consists in defining two parameters that allow the reproducibility of the rapid response: (i) terms to be used in databases according to the question in step 1; and (ii) search locations of the studies prioritized in step 2. Preferred terms are those used in the cataloging of biomedical studies (available in DeCS and MeSH). In the absence of this record, it is suggested to use the most commonly used synonymy or common denomination. Depending on the structure available, an expert will evaluate the strategy adopted. At least two sources of information must be consulted. Meta-search engines, such as NHS Evidence Search, tend to minimize the search time since there are filters for secondary and primary studies. It is suggested that Medline (via PubMed, Clinical Queries) is consulted to search for systematic reviews and evidence of potential primary studies. In some scenarios, it will be necessary to seek unusual sources (depending on available resources) or consult experts, who must be specified and justified.

### **Step 4. Selection of studies (5 business days; 2 professionals)**

In the best-case scenario, it is suggested that the search results are evaluated by two reviewers. Normally, the selection starts with titles and abstracts and moves forward to the reading of the full texts. Disagreements are resolved by discussion. The process tends to be faster through the use of specific software, such as reference management or electronic spreadsheets. These tools require importation of file results (in RIS, CSV, XML formats, etc.) and will reduce duplicate records.

### **Step 5. Critical appraisal of the included studies and the risk of bias for the outcomes of interest (5 business days; 2 professionals)**

This step consists of two phases: (i) assessment of methodological quality of the included studies; and (ii) analysis of the risk of bias on the effect of intervention in the analysis for the outcomes of interest. It is suggested that this step is performed by a professional and that it is reviewed by another. The data must be arranged in tables. At first, it is possible that secondary or primary studies are included. In case the secondary study is

included, using the tools AMSTAR [11], ROBIS [12] or similar is recommended for its appreciation. In the circumstance of including primary studies, its appreciation is suggested through the Cochrane Collaboration [13] tool for randomized controlled trials or New-Castle-Ottawa for observational studies [14]. Other critical evaluation tools are suitable [15], such as the diagnostic run through QUADAS [16], provided that they are justified.

The second stage is the assessment of potential risk of bias in the measurement of intervention performance for the outcomes of interest. The GRADE [23] approach is suggested for this purpose. Initially, the study delineation is identified in the research subjects (randomized controlled trial or observational study). Then, the potential problems of the studies identified are listed (according to critical evaluation of a systematic review of good quality or according to the judgement of the reviewer). Subsequently, inconsistency (heterogeneity), indirect evidence (population, intervention, comparator or outcome) and uncertainty (confidence intervals) are weighed. Thus, quality of evidence will be set as high (new studies are unlikely to change the estimates found), moderate (new studies may modify the estimates), low (new studies will modify the estimates) or very low (uncertainty as to the effect of the intervention on the outcome).

### **Step 6. Extraction of data from the included articles (10 business days; 2 professionals)**

This step involves the extraction of information from the studies through the development of tables. Thus, tabulation of the information regarding author, year, context (location and dates), delineation, research subjects (inclusion and exclusion criteria), sample size, evaluated interventions and outcomes is suggested. Such activities will be carried out by a professional and will be reviewed by a second one.

### **Step 7. Summary of evidence (5 business days; 1 professional)**

The rapid response results will be presented in tables containing the results by outcome. The following data will be tabulated: (i) the outcome; (ii) measurement of effect in relation to the comparator (relative risk, odds ratio, difference of averages, etc.) with a 95% confidence interval; (iii) number of participants and studies; and (iv) quality of evidence (reliability, according to step 5). If necessary, additional comments may be registered on the table or in the form of a note.

### **Step 8. Preparation of report (5 days; 1 professional)**

The rapid response report will include the following: Title (technology X for indication Y); Executive Summary: contains information about: technology,



indication, question, evidence recovered, main findings and conclusions (up to 400 words); Context, including the following key aspects: (a) record of technology in regulatory body, (b) stage of incorporation to the health system, and (c) technology insertion into national clinical protocols (up to 400 words); Question: population intervention, comparator, outcome; Methods: description of the procedures performed, with emphasis on (i) sources of information, search strategy, results found, and date of completion; (ii) the selection process; and (iii) critical evaluation (up to 400 words); Evidence: description of retrieved studies (objective, methods, preliminary and/or main findings, limitations) and respective assessment of methodological quality (summary table); Summary of results: description of results of interest to the Rapid Response structured question (up to 600 words); Conclusion: global synthesis of results on the issue (up to 200 words); References (with links to access, where available): Vancouver standard; Identification of those responsible for the preparation: name, title, affiliation and contact; Declaration of potential conflicts of interest of those responsible for the preparation; Link to access the rapid response protocol used.

## Discussion

### Main findings

We have developed a rapid response standard to be carried out in 35 days with eight steps, based on two rounds of a modified Delphi approach. All items reached consensus between 73 and 91%. Important insights from experts were included, like two reviewers in the selection of studies. This is the first consensus to our knowledge on methodological requirements on rapid response for HTA to endorse a decision-making process.

### Strengths and limitations

Our study supports a previous synthesis of shortcuts for rapid response [2, 22] with a recognized method of consensus [20] to generate potential standards for governments. A key strength was the wide range of expertise (professors, researchers and health managers, from public and private sectors) within our panel, though we acknowledge that we may not have encompassed all possible perspectives. On the other hand, the fact that all steps were confirmed in the first round indicates their expertise in the field. Between the first and the second round, we considered the comments and revised the rationale for each step. Despite our emphasis during recruitment and rounds, four participants dropped-out between the rounds.

Previous studies identified numerous definitions and process for rapid reviews in HTA agencies [7, 19]. We opted by 'rapid response' because the Brazilian Ministry of Health has a guideline for rapid HTAs [18] and a

demand for a more express return. These nomenclatures make it difficult to compare methods and results of different HTA processes [24]. Our emphasis is that each rapid response will increase the transparency of their methods [19, 25].

### Interpretation

Three steps were modified between the first and second round: (i) search strategy and sources of information; (ii) selection of studies; and (iii) quality assessment of the included studies and the risk of bias for the outcomes of interest. In the first step, the modifications reflect that important studies can be found within a narrow sum of databases [26] and the poor impact provided by gray literature [27]. In the second step, we made corrections about ascertainment of screening records that should be made by two professionals, whenever possible [28]. In the third step, we expanded the possibilities of critical appraisal tools [11–16] and the use of the GRADE approach [29] to provide transparency. All modifications were made based on the panel commentaries and the literature review.

An international survey indicates that decision makers can accept some concessions in validity in exchange for an accelerate synthesis of the evidence [30]. However, they also expect the results to be reliable and close to those obtained from systematic reviews. There is empirical evidence that rapid synthesis increases challenges with respect to robustness and that the responder will be challenged about health policy and system issues [19]. Nonetheless, conclusions between systematic reviews and rapid synthesis were generally consistent [31]. Future investigation may detect the impact of these shortcuts on the validity of our proposal and its importance on decision-making.

A previous Delphi study obtained consensus about core principles of rapid evidence synthesis methods [32]. Our proposal meets the main requirements [33]: a decision maker will be endorsing the methods and the timelines of the synthesis (less time than a systematic review), feasible shortcuts, and transparent reporting. Such products will support HTA decisions, so vigilance in regard to their quality is necessary and must be included in the editorial routine [34].

In comparison with others methods of rapid reviews [8], our proposal is distinguished by the use of GRADE core principles in the synthesis [23]. This may reflect that the panel is updated with new approaches.

Other consensus methods include the nominal group technique and the consensus conference [20]. To the best of our knowledge, these strategies were not adopted to obtain accordance in rapid evidence synthesis. Probably, HTA organizations consider the expensiveness of these processes and the risk of poor direction of discussions.



Rapid evidence synthesis has become extensively adopted by HTA agencies in response to the real-world appeal of evidence-based data to support decisions [9]. If systematic reviews or HTA reports are long-delayed and pricey [10], there will be no standard methods of rapid response [1]. The best approach needs to be resolved based on the feasible evidence, time pressure, contextual issues, and the urgency of decision-makers [35]. This work provides insight into the perspective of Brazilian experts, finding that the integrity of the response producer, purpose of key questions, and acceptable methodological trade-offs are particularly important factors.

## Conclusions

Systematic reviews are very hard to progress in health managers setting. We reached feasible shortcuts to obtain valuable and secure information by rapid response. The guidelines for rapid response in HTA may be useful for the health system managers to make decisions, including the Brazilian Ministry of Health. These standards were sustained by a formal consensus of Brazilian experts in HTA. The adoption of our methodological process should improve both the quality and consistency of HTA rapid decisions. We encourage research on the validity, acceptability and practicality of these methods, as well as an analogous analysis in another context to compare the results.

## Abbreviations

AMSTAR: Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews; ANVISA: Brazilian National Health Surveillance Agency; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; HTA: Health technology assessment; PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome; QUADAS: Quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews; ROBIS: Risk of bias in systematic reviews; SUS: Unified Brazilian Health System

## Acknowledgements

The authors thank all experts from the Delphi panel: Airton Stein; Gabriela Mosegui; Helena Cramer; Ivan Zimmermann; Luciana Rodrigues; Luciane Nascimento Cruz; Mabel Figueiró; Marcelo Nita; Mariângela Resende; Moacyr Nobre; Patrícia Coelho Soares; Regina El Dib; Regina Fernandes; Rosângela Caetano; Rosimary Almeida; Silvana Kelles; Suzana Silva; Tereza Toma; Tiago Veiga Pereira; and Ulysses Panisset.

## Funding

This study was supported by the Ministry of Health of Brazil. The founder did not performed any restriction in the design, collection, analysis or interpretation of data and in writing the manuscript.

## Availability of data and materials

The datasets used and analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

## Authors' contributions

MTS, ENS and JOMB designed the survey and analyzed the data. MTS collect the data and drafted the manuscript. ENS and JOMB made major revisions in the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

## Ethics approval and consent to participate

The participants were invited to participate in the survey and received the forms after completing the consent form. Participation was completely voluntary. The information collected was confidential and the identity of the

subjects was concealed in the results. Names were not registered in the questionnaires and the specialists remained anonymous to each other during the project. The Ethics committee from Oswaldo Cruz Foundation reviewed and approved the study (CAEE number 65703517.8.0000.8027).

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

## Author details

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Federal University of Amazonas, Manaus, Brazil. <sup>2</sup>Faculty of Ceilândia, University of Brasília, Brasília, Brazil. <sup>3</sup>Oswaldo Cruz Foundation, Brasília, Brazil.

Received: 28 November 2017 Accepted: 22 May 2018

Published online: 08 June 2018

## References

- Kaltenthaler E, Cooper K, Pandor A, Martyn-St James M, Chatters R, Wong R. The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):108.
- Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Health Res Policy Syst*. 2016;14(1):83.
- Garrity C, Stevens A, Gartlehner G, King V, Kamel C. Cochrane rapid reviews methods group to play a leading role in guiding the production of informed high-quality, timely research evidence syntheses. *Syst Rev*. 2016; 5(1):184.
- Bero LA, Jadad AR. How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making. *Ann Intern Med*. 1997;127(1):37–42.
- Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Sci*. 2010;5:56.
- Ioannidis JP. The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses. *Milbank Q*. 2016;94(3):485–514.
- Tricco AC, Zarin W, Antony J, Hutton B, Moher D, Sherfali D, Straus SE. An international survey and modified Delphi approach revealed numerous rapid review methods. *J Clin Epidemiol*. 2016;70:61–7.
- Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst Rev*. 2012;1:10.
- McIntosh HM, Calvert J, Macpherson KJ, Thompson L. The healthcare improvement Scotland evidence note rapid review process: providing timely, reliable evidence to inform imperative decisions on healthcare. *Int J Evid-Based Healthc*. 2016;14(2):95–101.
- Mattivi JT, Buchberger B. Using the AMSTAR checklist for rapid reviews: is it feasible? *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(4):276–83.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
- Whiting P, Savovic J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, Davies P, Kleijnen J, Churchill R. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225–34.
- Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration; 2011.
- The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [[http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)]. Accessed 3 June 2018.
- Viswanathan M, Ansari MT, Berkman ND, Chang S, Hartling L, McPheeters M, Santaguida PL, Shamlivan T, Singh K, Tsertsvadze A, et al. AHRQ Methods for Effective Health Care Assessing the Risk of Bias of Individual Studies in Systematic Reviews of Health Care Interventions. In: *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:25.

17. Harker J, Kleijnen J. What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in health technology assessments. *International journal of evidence-based healthcare*. 2012;10(4):397–410.
18. Silva MT. Avaliação de tecnologias em saúde: diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos. *BIS Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*. 2013;14(2):159–64.
19. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE. *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 2017.
20. Keeney S, McKenna H, Hasson F. *The Delphi technique in nursing and health research*. John Wiley & Sons; 2010.
21. Junger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on conducting and REporting DELphi studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med*. 2017;31(8):684–706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>. Epub 2017 Feb 13.
22. 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. *Implementation Sci*. 2016;11(1):117.
23. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6.
24. Kelly SE, Moher D, Clifford TJ. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Syst Rev*. 2016;5:79.
25. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, Facey K, Hailey D, Norderhaug I, Maddern G. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):133–9.
26. Hartling L, Featherstone R, Nuspl M, Shave K, Dryden DM, Vandermeer B. The contribution of databases to the results of systematic reviews: a cross-sectional study. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):127.
27. Hartling L, Featherstone R, Nuspl M, Shave K, Dryden DM, Vandermeer B. Grey literature in systematic reviews: a cross-sectional study of the contribution of non-English reports, unpublished studies and dissertations to the results of meta-analyses in child-relevant reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):64.
28. Edwards P, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Roberts I, Wentz R. Identification of randomized controlled trials in systematic reviews: accuracy and reliability of screening records. *Stat Med*. 2002;21(11):1635–40.
29. Thayer KA, Schunemann HJ. Using GRADE to respond to health questions with different levels of urgency. *Environ Int*. 2016;92-93:585–9.
30. Wagner G, Nussbaumer-Streit B, Greimel J, Ciapponi A, Gartlehner G. Trading certainty for speed - how much uncertainty are decisionmakers and guideline developers willing to accept when using rapid reviews: an international survey. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):121.
31. Reynen E, Robson R, Ivory J, Hwee J, Straus SE, Pham B, Tricco AC. A retrospective comparison of systematic reviews with same-topic rapid reviews. *J Clin Epidemiol*. 2017;
32. Kelly SE, Moher D, Clifford TJ. Defining rapid reviews: a modified Delphi consensus approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(4):265–75.
33. Abou-Setta AM, Jeyaraman M, Attia A, Al-Inany HG, Ferri M, Ansari MT, Garritty CM, Bond K, Norris SL. Methods for developing evidence reviews in short periods of time: a scoping review. *PLoS One*. 2016;11(12):e0165903.
34. Khangura S, Polisena J, Clifford TJ, Farrah K, Kamel C. Rapid review: an emerging approach to evidence synthesis in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014;30(1):20–7.
35. Lambert R, Vreugdenburg TD, Marlow N, Scott NA, McGahan L, Tivey D. Practical applications of rapid review methods in the development of Australian health policy. *Aust Health Rev*. 2016;

**Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:**

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)





Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



**APRIMORAMENTO  
DA GESTÃO DE  
TECNOLOGIAS NO SUS**

PLATAFORMA DE TRADUÇÃO, INTERCÂMBIO  
E APROPRIAÇÃO SOCIAL DO CONHECIMENTO