

Incorporação das tecnologias em saúde no SUS e o alinhamento às necessidades de saúde

Jéssica Nacazume¹, Jaqueline Vilela Bulgareli²

¹Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. ²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

A CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) conduz o processo, a nível federal; que avalia a incorporação ou exclusão das tecnologias em saúde disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), porém, tem sido desafiado quanto à falta de clareza nos critérios de priorização para avaliar demandas, sem alinhamento às necessidades demográficas e epidemiológicas. Diante disso, buscou-se analisar os fatores que influenciam a ATS no Brasil e discutir se as necessidades em saúde do SUS são consideradas nesse processo. Foi feita uma revisão integrativa da literatura, com buscas realizadas nas bases de dados BVS, PubMed e SciELO, retornando 9.020 resultados. Após a remoção das duplicatas, aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura dos títulos e resumos, 116 artigos foram elegíveis para leitura completa, dos quais 7 foram selecionados para esta revisão integrativa. Nos estudos que analisaram os relatórios publicados pela CONITEC, de 2012 a 2019, avaliou-se como positiva a representatividade crescente de demandas internas, demonstrando que instituições vinculadas ao Ministério da Saúde seriam responsáveis por parte significativa das tecnologias incorporadas no SUS, demandando conforme suas necessidades. Já os estudos qualitativos aprofundaram outros fatores de influência no processo, como aspectos políticos, interesses privados e participação social. Entrevistas com membros da CONITEC reconheceram o risco de criação de necessidades por interesses externos e ressaltaram a importância da tomada de decisões com base na racionalidade técnico-sanitária. Concluiu-se que ainda não há um processo claro de prospecção e priorização na análise de tecnologias, dificultando o estabelecimento de um processo de ATS ativo em analisar demandas de acordo com as necessidades do SUS.

Palavras-chave: Avaliação da Tecnologia Biomédica; Sistema Único de Saúde; Tomada de Decisões; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Introdução

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) é um conjunto de mecanismos técnicos que investiga as consequências clínicas, econômicas, éticas e sociais da disponibilização de tecnologias em saúde nos sistemas e serviços de saúde. É uma ferramenta amplamente usada para orientar decisões de saúde individual e coletiva (1,2). Inicialmente as atividades de ATS se voltaram para a análise objetiva das evidências científicas e técnicas, trazendo uma perspectiva teoricamente neutra em relação a potenciais conflitos de interesse existentes. Com o tempo, houve o reconhecimento progressivo de que as decisões sobre a incorporação e uso de tecnologias nos sistemas de saúde não se sustentam apenas em pilares técnico-científicos, mas envolvem também dimensões éticas, políticas e culturais (3). Dessa forma, é feita uma análise sistemática e multidisciplinar com o propósito de informar este complexo processo decisório (2).

No Brasil, apesar de se considerar que a ATS foi institucionalizada no país em 2000 com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde (4), ela foi incluída apenas em 2004 na Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTS) como uma ferramenta para aprimorar a capacidade regulatória do Estado na incorporação de tecnologias. Em 2006, foi criada a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), o primeiro órgão responsável por gerenciar o processo de ATS e precursor da atual Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (3). Em 2009, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que aprimorou a gestão de tecnologias em saúde ao instituir processos articulados para produção, sistematização e difusão de estudos de ATS e um fluxo para incorporar, excluir ou alterar novas tecnologias no SUS (4). Subsequentemente, a CONITEC foi criada em 2011, através da lei nº 12.401/2011, que versa sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias no SUS, sendo atualmente o órgão nacional responsável por conduzir o processo de ATS para avaliar a incorporação ou exclusão das tecnologias em saúde disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

O estabelecimento da ATS no Brasil não é isento de desafios. O processo de ATS conduzido pela CONITEC tem sido questionado quanto a divergências entre os requerimentos de escopo pedidos na regulamentação e os efetivamente considerados na prática, quanto à centralização de decisões a nível federal, que acabam desconsiderando as diferenças regionais demográficas e epidemiológicas, e quanto à falta de clareza nos critérios de priorização utilizados para avaliar tecnologias em saúde (5,6). A CONITEC pode receber

demandas de avaliação de tecnologias através de um processo ativo e de um processo reativo. No primeiro caso, o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT / SCTIE) pode organizar reuniões com distintas áreas estratégicas do Ministério da Saúde ou ativamente buscar evidências para definir prioridades de avaliação, alinhadas às necessidades em saúde, metas sanitárias e ações programáticas das políticas de saúde (7).

Neste processo, o DECIT criaria priorizações baseadas em critérios epidemiológicos, além de incluir a participação ativa de outras áreas técnicas do Ministério da Saúde, como a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), possibilitando uma sintonia entre a seleção de tecnologias para avaliação e as prioridades do SUS. Já no método reativo, a CONITEC recebe as solicitações de incorporação ou exclusão de novas tecnologias por parte dos proponentes, que podem incluir indústrias farmacêuticas, sociedades médicas, organizações de pacientes, entidades governamentais e outros órgãos do próprio Ministério da Saúde, devendo avaliar todas as demandas à medida que chegam, sem uma priorização estratégica (7).

Este método, no entanto, dificultaria o alinhamento das tecnologias avaliadas com a relevância das necessidades em saúde do SUS, já que não haveria um estudo prévio dimensionando o problema de saúde em termos de prevalência, morbidade ou mortalidade (6). Torna-se importante, portanto, investigar se o atual processo de ATS avalia e incorpora demandas que estejam de fato alinhadas aos critérios de priorização definidos pelo Ministério da Saúde com base nas necessidades do SUS. Desta forma, este trabalho analisou os fatores que influenciam o processo decisório guiado pela ATS e discutiu se as necessidades em saúde do SUS são consideradas no processo para avaliar a incorporação de tecnologias de saúde no sistema público brasileiro.

Método

Objetivo

O método proposto é uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de avaliar o conhecimento disposto na literatura sobre os fatores que influenciam o processo decisório guiado pela ATS, discutindo se as necessidades em saúde do SUS são consideradas nesse processo para avaliar a incorporação de tecnologias de saúde no sistema público brasileiro.

Estratégia de busca e base de dados

Para responder à pergunta de pesquisa “O que a literatura científica discute sobre a consideração das necessidades em saúde do SUS no processo de ATS?”, foram definidos os descritores e as estratégias de busca para pesquisa nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde Pública – BVS (<https://bvsalud.org/>), PubMed Medline (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) e Scientific Eletronic Library Online - SciELO (<https://www.scielo.br/>).

Para o desenvolvimento da sintaxe, partiu-se da pergunta de pesquisa previamente definida para a identificação de três pilares, correspondentes aos pólos de população, fenômeno e contexto, respectivamente, “necessidades em saúde”, “avaliação de tecnologias em saúde” e “Sistema Único de Saúde (SUS)”. Para cada pólo, foram definidos os descritores apropriados, conforme o DeCS - Descritores em Ciências da Saúde para as buscas na BVS e SciELO, e conforme o MeSH - Medical Subject Headings para a busca no PubMed. Para que as buscas abrangessem tanto um quanto outros descritores relevantes foram elaboradas sintaxes com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Após buscas iniciais, constatou-se que o uso do pólo “necessidades em saúde” restringia de forma significativa os resultados encontrados na BVS e SciELO. Assim, para estas duas bases uma estratégia de busca foi adotada uma sintaxe considerando apenas os descritores relativos aos pólos “fenômeno” e “contexto”. A estratégia final de busca para cada base de dados está descrita na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Estratégia de busca nas bases de dados

Base de Dados	Sintaxe de Busca
BVS	(mh:((mh:("Avaliação da Tecnologia Biomédica")) OR (mh:("Técnicas de Apoio para a Decisão")) OR (mh:("Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde")) OR (mh:("Tecnologia Biomédica")) OR (mh:("Tomada de Decisões")) OR (mh:("Tomada de Decisões Gerenciais")) OR (mh:("Formulação de Políticas")))) AND (mh:((mh:("Sistema Único de Saúde")) OR (mh:("Sistemas de Saúde")) OR (mh:("Sistemas Nacionais de Saúde")) OR (mh:("Medicina Estatal")) OR (mh:("Acesso Universal aos Serviços de Saúde")) OR (mh:("Sistemas Públicos de Saúde"))))

PubMed (Medline)	("Health Services Needs and Demand"[MeSH Terms] OR "Health Priorities"[MeSH Terms] OR "Needs Assessment"[MeSH Terms]) AND ("technology assessment, biomedical"[MeSH Terms] OR "Biomedical Technology"[MeSH Terms] OR "Decision Support Techniques"[MeSH Terms] OR "Decision Making"[MeSH Terms] OR "decision making, organizational"[MeSH Terms] OR "Policy Making"[MeSH Terms]) AND ("Universal Health Care"[MeSH Terms] OR "Health Policy"[MeSH Terms] OR "Public Health"[MeSH Terms] OR "National Health Programs"[MeSH Terms] OR "State Medicine"[MeSH Terms])
SciELO	((Avaliação da Tecnologia Biomédica) OR (Técnicas de Apoio para a Decisão) OR (Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde) OR (Tecnologia Biomédica) OR (Tomada de Decisões) OR (Tomada de Decisões Gerenciais) OR (Formulação de Políticas)) AND ((Sistema Único de Saúde) OR (Gestão em Saúde) OR (Política de Saúde) OR (Sistemas de Saúde) OR (Sistemas Nacionais de Saúde) OR (Medicina Estatal) OR (Acesso Universal aos Serviços de Saúde) OR (Sistemas Públicos de Saúde))

As buscas com a sintaxe final foram realizadas em 27 de fevereiro de 2022, retornando 3.376 resultados na BVS, 4.994 resultados no PubMed e 650 resultados na SciELO, totalizando 9.020 resultados. O conjunto de resultados da busca foi importado para o programa Zotero, por meio do qual foram removidos 629 registros por serem itens duplicados; posteriormente, outras 48 duplicatas foram removidas manualmente. Nas próximas etapas de seleção dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

Foram incluídos artigos científicos em português, inglês e espanhol, publicados a partir do ano 2000 (ou seja, posteriores à institucionalização de ações de ATS no SUS), que discutem os fatores envolvidos no processo decisório guiado pela ATS no SUS. Não foram incluídos artigos de revisão, publicações não-científicas (cartas, editoriais, livros, comentários, vídeos, entrevistas, notícias, reportes técnicos, relatórios, teses e anais de congressos), estudos in-vitro, pré-clínicos ou clínicos intervencionais, protocolos de estudo, artigos não disponíveis para leitura completa e estudos que se referiam exclusivamente a outros contextos fora do SUS ou exclusivamente a outros fenômenos não relacionados ao processo de ATS.

Dos 8.343 artigos restantes após a remoção de duplicatas, foram excluídos 264 registros em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol e 1.376 registros com data

de publicação anterior ao ano de 2000, por considerar-se que a institucionalização das ações de ATS no âmbito do SUS se iniciou apenas após a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde em 2000.

Uma primeira seleção foi feita pela leitura dos títulos, que resultou na exclusão de 4.603 itens, restando 2.100 resultados para leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos foram excluídos 1.984 registros, de acordo com os critérios de elegibilidade descritos, resultando em 116 artigos considerados elegíveis para leitura completa. Após a leitura integral dos textos, foram excluídas as publicações que não atenderam aos critérios de elegibilidade, selecionando-se 7 artigos para integrar a presente revisão, conforme apresentados na Figura 1.

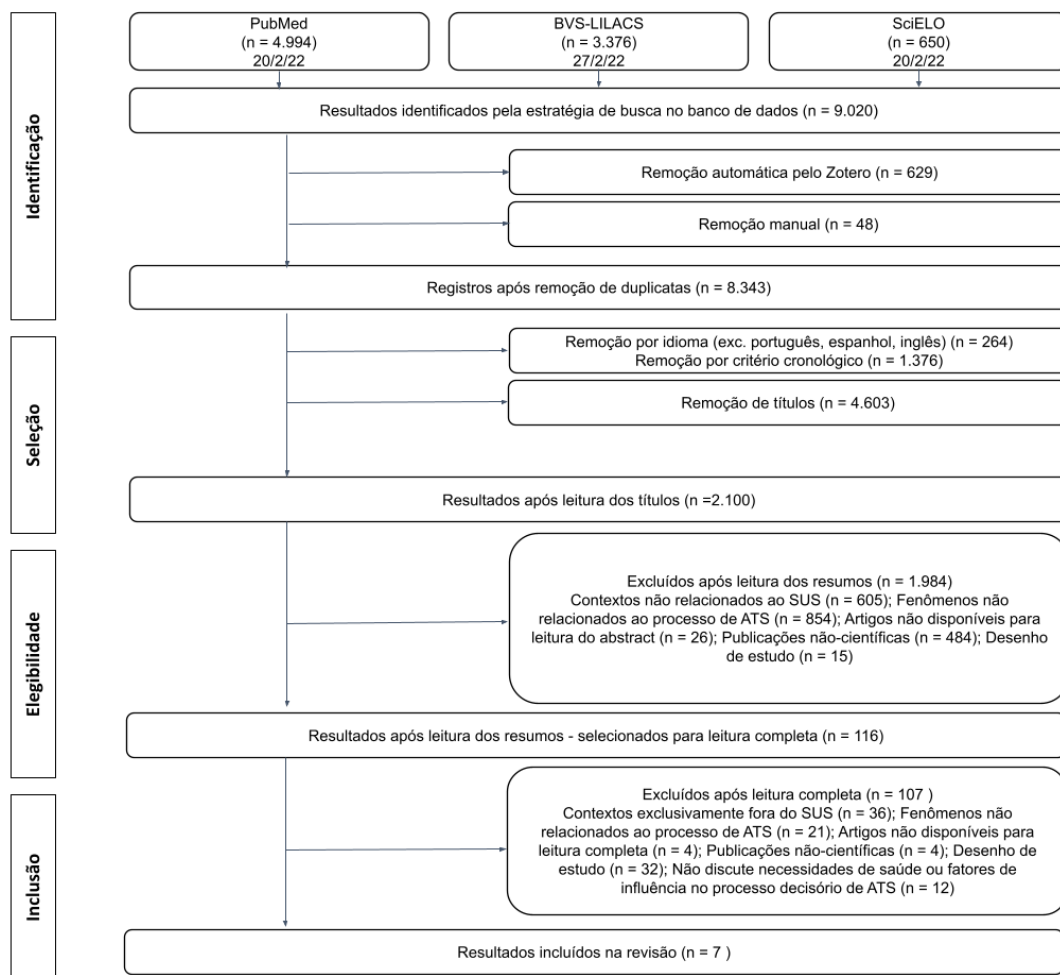


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão

Os artigos analisados encontram-se descritos na Tabela 2 segundo informação de autores, ano, título e local de publicação.

Tabela 2. Lista completa dos artigos incluídos segundo nome dos autores, ano, título e local de publicação

#	Autores	Ano	Título	Local de Publicação
1	Rodrigues Filho, F. J.; Pereira, M. C. (8)	2021	O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes?	Saúde debate
2	Vieira, F. S.; Servo, L. M. S.; Piola, S. F. (9)	2020	Uso de evidências científicas na avaliação da incorporação de tecnologias em saúde no SUS: uma análise preliminar	Bol. Anál. Político-Instít.
3	Souza, K. A. de O.; Souza, L. E. P. F. de (10)	2018	Incorporação de tecnologias no Sistema único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema único de Saúde	Saúde debate
4	Caetano, R.; Silva, R. M. da; Pedro, E. M.; Oliveira, I. A. G. de; Biz, A. N.; Santana, P. (11)	2017	Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016	Ciênc. Saúde Coletiva
5	Araujo, D. V.; Distrutti, M.; Elias, F. (7)	2017	Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro	J. Bras. econ. saúde (Impr.)
6	Nunes, L. M. N.; Fonteles, M. M. de F.; Passos, A. C. B.; Arrais, P. S. D. (12)	2017	Evaluation of demands of inclusion, exclusion and alteration of technologies in the Brazilian Health System submitted to the National Committee on Technology Incorporation	Braz. J. Pharm. Sci. (Online)
7	Ferraz, M. B.; Soárez, P. C. de; Zucchi, P. (13)	2011	Health technology assessment in Brazil: what do healthcare system players think about it?	Sao Paulo Med. J.

Resultados

Após a leitura dos artigos na íntegra, os dados foram sumarizados em um quadro síntese com os seguintes parâmetros: período de avaliação do estudo, tipo de estudo, público-alvo do estudo, nível do ente federativo do estudo, fatores de influência envolvidos no processo de ATS e a abordagem do estudo acerca de necessidades em saúde no SUS (Quadro 1). Dentre os 7 artigos selecionados para compor esta revisão, foram identificadas 4 análises puramente documentais dos relatórios publicados pela CONITEC, 2 estudos que integraram análise documental com entrevistas com gestores do SUS, e 1 estudo puramente

qualitativo. Os estudos que analisaram as avaliações da CONITEC se referiram ao processo de ATS a nível federal (8–12), enquanto dois dos estudos qualitativos incluíram também entrevistas com gestores do SUS a nível estadual e/ou municipal e outros membros da rede colaborativa de ATS (7,13).

Os estudos de análise documental revisaram os relatórios publicados pela CONITEC entre 2012 e 2019 e avaliaram as recomendações de incorporação e de não incorporação de tecnologias de saúde à luz de diversos critérios constantes nos relatórios, como tipo de demandante, tipo de tecnologia avaliada, cumprimento dos requisitos técnicos, nível de evidência clínica e econômica apresentada, realização de consulta pública e indicação clínica da tecnologia solicitada (8,9,11,12), sendo estes os principais fatores de influência no processo de ATS analisados nestes estudos. Os estudos qualitativos também abordaram alguns fatores comuns aos da análise documental, como a influência da participação social através das consultas públicas e a sistematização da evidência disponível para permitir uma avaliação técnica robusta, mas também exploraram a influência de outros fatores. Estes incluem o nível de capacitação técnica das equipes para fazer as avaliações de forma imparcial, o nível de transparência do processo e a influência de interesses pessoais, políticos e de pressões externas, como os dos fabricantes de tecnologias de saúde (7,10,13).

Em relação à abordagem do estudo acerca de necessidades em saúde no SUS no processo de ATS, quatro análises documentais fazem uma abordagem indireta, com a observância das necessidades de saúde sendo relacionada à representatividade das demandas internas ou entre o alinhamento do perfil epidemiológico da população com a indicação clínica das solicitações de avaliação incorporadas (8,10–12). Apenas um estudo qualitativo (7) faz uma abordagem mais direta acerca do alinhamento do processo de ATS às necessidades de saúde do SUS, trazendo uma discussão sobre a possibilidade de se criar uma etapa de priorização para a análise de demandas, baseada em critérios estabelecidos com bases nas necessidades da população atendida pelo SUS.

Quadro 1. Síntese dos artigos selecionados para a revisão

#	Período de Avaliação do estudo	Tipo de Estudo	Público-alvo do estudo	Ente federativo	Fatores de influência no processo de ATS	Abordagem de necessidades em saúde do SUS
1	2012 a 2019	Análise documental	N/A	Federal	Tipo de tecnologia avaliada; Tipo de demandante; Consulta Pública; Indicação clínica / Doenças	Indireta. As necessidades de saúde estariam sendo observadas pela representatividade das demandas internas.
2	2019	Análise documental	N/A	Federal	Nível de evidência científica considerada nos relatórios; Fatores políticos; Evidências econômicas; Consulta Pública; Ações Judiciais	Não aborda
3	2010 a 2015	Análise documental, entrevistas e observação não participante das reuniões do plenário da CONITEC	Membros da CONITEC	Federal	Sistematização da Evidência disponível; Capacitação técnica da equipe para considerar os critérios técnicos (parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade); Fatores econômicos; Fatores políticos; Consultas públicas; Interesses da indústria	Indireta. As necessidades de saúde seriam consideradas ao se observar o perfil epidemiológico da população dentro da racionalidade técnico-científica.

4	2012 2016	a	Análise documental	N/A	Federal	Tipo de tecnologia avaliada; tipo de demandante; Indicação clínica / Doenças	Indireta. As necessidades de saúde estariam sendo observadas pela representatividade das demandas internas.
5	N/A		Revisão, análise documental e entrevistas	Gestores do SUS e pesquisadores da rede colaborativa de ATS	Todos	Robustez técnica; Consulta Pública; Transparência do processo	Direta. A necessidade do SUS no processo de ATS deveria ser relacionada a critérios de priorização para análise de demandas pela CONITEC
6	2012 2015	a	Análise documental	N/A	Federal	Tipo de tecnologia avaliada; Tipo de demandante; Consulta Pública; Indicação clínica / Doenças	Indireta. As necessidades de saúde estariam sendo observadas pela representatividade das demandas internas.
7	2006 2008	a	Estudo observacional transversal	Gestores do SUS	Todos	Avalia critérios que os gestores consideram desejáveis para o processo de ATS	Apesar de questionar diretamente se o processo de ATS atende às necessidades do sistema de saúde, o tema não é aprofundado.

Discussão

Esta revisão buscou reunir o que a literatura apresenta a respeito dos fatores motivadores na tomada de decisão do atual processo de ATS estabelecido no SUS, trazendo perspectivas sobre como se daria o alinhamento entre as demandas avaliadas e as reais necessidades de saúde do SUS. No tocante ao último ponto, no entanto, encontra-se literatura limitada, não havendo muitas abordagens diretas sobre a consideração de necessidades de saúde da população no processo de ATS atual.

Nos estudos de análise documental das demandas avaliadas pela CONITEC, os autores avaliaram as solicitações através de critérios constantes nos relatórios publicados pela agência. Em relação ao tipo de tecnologia avaliada, os autores categorizam as tecnologias de saúde de forma semelhante, dividindo-as em medicamentos (incluindo vacinas e imunobiológicos), procedimentos (preventivos, assistenciais, clínicos e cirúrgicos), produtos (aparelhos, equipamentos e dispositivos), e protocolos clínicos (incluindo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia (DDT), Diretrizes Nacionais e protocolos de uso) (8,11,12). Já a divisão por tipo de demandante varia um pouco com cada estudo, sendo usualmente dividida entre demanda de origem interna (i.e., solicitação proveniente de secretarias, órgãos e instituições públicas das três esferas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde) e de origem externa (de outros órgãos do governo federal, além de pessoas físicas e/ou jurídicas de direito privado, como indústria, instituições de saúde e de ensino e pesquisa, sociedades médicas, associação de pacientes e outras organizações não governamentais). Rodrigues Filho e colaboradores (8) ainda adicionam uma terceira categoria de demanda de origem interna e externa, para as poucas situações em que a mesma tecnologia é solicitada por demandante interno e externo. Por outro lado, Nunes e colaboradores fazem a análise dividida por entidades públicas governamentais, indústria farmacêutica e associações privadas ligadas à sociedade civil (12). Considerou-se, para fins de comparação na presente revisão, que a definição Nunes e colaboradores para “demanda governamental” é similar ao que os outros autores definiram como “demanda interna”.

Dadas estas considerações, observou-se que, de 2012 a 2019, a maioria das solicitações para avaliação de tecnologias de saúde foi de origem interna. O tipo de tecnologia mais demandada foram os medicamentos e, mesmo analisando apenas os medicamentos, a maior parte das solicitações foram demandas internas. Verificou-se ainda que, nesse período de sete anos, as demandas de órgãos públicos foram os que obtiveram mais sucesso em alcançar uma recomendação de incorporação positiva, principalmente as

secretarias vinculadas ao Ministério da Saúde, como a Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos, a Secretaria de Atenção em Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota-se ainda que, embora estes estudos não façam uma discussão direta sobre a consideração de necessidades em saúde da população do SUS na decisão de incorporação de tecnologias, os autores avaliam como positiva a representatividade crescente de demandas internas dentre as solicitações avaliadas pela CONITEC, uma vez que isso demonstraria que a maioria das tecnologias analisadas e incorporadas provém de demandas feitas por instituições vinculadas ao MS, refletindo, a priori, as necessidades de saúde identificadas pelos gestores no SUS. Assim, considera-se que esta tendência crescente de demandas internas atenuaria a influência das indústrias farmacêuticas, movidas pelo interesse econômico, no mercado de consumo público (8,9,11,12).

Em relação às indicações atendidas, as doenças infecciosas e parasitárias foram a categoria mais beneficiada com incorporações de tecnologias em saúde no acumulado de sete anos de análise, com ênfase para tratamentos para a infecção por HIV; em segundo lugar, ficaram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, seguidas por neoplasias. Apesar de doenças crônicas não transmissíveis serem atualmente muito prevalentes na população brasileira, as doenças infecciosas ainda são um problema de saúde pública no Brasil, o que justificaria, do ponto de vista de necessidades da população, o alto volume incorporado de tecnologias incorporadas nessa categoria (8,11,12). No entanto, considerando que as tecnologias de saúde não se limitam a medicamentos, é interessante notar o baixo volume de intervenções preventivas ou de promoção da saúde (7).

A análise puramente documental de relatórios da CONITEC, no entanto, é restrita a essa avaliação de itens que obrigatoriamente constam nos documentos e reportes, limitando o entendimento de outros fatores subjetivos que possam eventualmente exercer alguma influência no processo decisório. Vieira e colaboradores (9), por exemplo, ao analisarem o nível de evidência embasando alguns relatórios de incorporação de medicamentos, notam casos em que houve a incorporação de medicamentos sem que as evidências existentes de eficácia, efetividade e custo-efetividade apoiassem tal recomendação. Além disso, foram levantados casos em que a comissão da CONITEC mudou seu posicionamento após a realização da consulta pública, mesmo sem que novas evidências científicas tivessem sido apresentadas, indicando que outros fatores podem ter influenciado essas decisões (9).

Nesse contexto, destaca-se a importância da contribuição dos estudos de análise documental integrada a entrevistas, que aprofundaram outros fatores de influência no processo, como aspectos políticos, interesses privados e participação social. O estudo de

Souza e colegas (10), por exemplo, analisaram o processo decisório da CONITEC sob três categorias, a racionalidade técnico-sanitária, a econômica e a política. Concluiu-se que predomina a racionalidade técnico-sanitária, com influência de aspectos econômicos, o que é coerente com os objetivos da ATS, porém as entrevistas com membros da CONITEC revelam que a racionalidade política também tem um papel importante no processo decisório. Nesse sentido, a composição heterogênea do comitê e o respaldo da transparência determinada por lei parecem auxiliar os membros da comissão a lidar com potenciais conflitos de interesse, ao se assegurar que os temas serão debatidos sob múltiplas perspectivas e que o processo decisório será disponibilizado ao público. Além disso, os membros da CONITEC reconhecem que existe o risco de criação de novas necessidades de saúde, movidas por interesses externos / da indústria farmacêutica, ressaltando a importância da tomada de decisões com base na racionalidade técnico-sanitária, para incorporar tecnologias realmente eficazes, seguras, custo-efetivas e que considerem o perfil epidemiológico da população e suas necessidades reais de saúde (10).

Ainda considerando as perspectivas dos tomadores de decisão envolvidos no processo de ATS, em 2006-2008, antes do estabelecimento da CONITEC, um estudo qualitativo (13) avaliou os critérios que esses agentes considerariam desejáveis para o estabelecimento da ATS no Brasil, pois, para a maioria dos entrevistados, o processo existente à época era incompleto e não satisfazia às necessidades do sistema de saúde. Apesar de o estudo não ter se aprofundado na discussão sobre o que seria necessário para atender a essas necessidades, é interessante notar a inclusão de questionamentos a respeito de um potencial processo de priorização de tecnologias para serem avaliadas e quem deveriam ser os atores envolvidos nessa priorização (13).

O processo atual de ATS da CONITEC acabou não estabelecendo um mecanismo explícito para priorização de tecnologias, de forma que todas as demandas submetidas à CONITEC no método passivo devem ser avaliadas à medida em que são solicitadas. Segundo entrevistas com gestores do SUS (7), esse processo pode estar causando ineficiências ao gerar um volume grande de trabalho que pode não representar o melhor uso dos recursos do sistema, pois a comissão pode estar examinando tecnologias obsoletas, redundantes ou desnecessárias, na ausência de um instrumento de priorização que alinhe as demandas com as reais necessidades de saúde da população. Embora a intenção do método passivo seja permitir a participação do maior número de interessados, ele pode causar tais inequidades, na medida em que pode promover o investimento de tempo e recursos da CONITEC na avaliação de tecnologias potencialmente desvinculadas do perfil epidemiológico (7). Apesar

de atualmente o Ministério da Saúde ter um processo de monitoramento tecnológico, a ausência de um processo de mais robusto impede que isso seja usado para auxiliar a priorização de temas para avaliação de ATS (14), ao contrario do que se observa nos processos de ATS conduzidos por outros países, como o Reino Unido, em que existe uma etapa de priorização de tecnologias a serem avaliadas, baseada em uma série de critérios definidos para este fim, o que confere maior transparência ao processo (15). Assim, a instituição de um processo de prospecção e priorização na análise de tecnologias permitiria que se houvesse um processo de ATS mais ativo e que se antecipasse em analisar demandas de acordo com as necessidades do SUS, ao invés de manter uma postura meramente reativa (4,16).

Além disso, os gestores do SUS entrevistados apontaram que falta articulação entre o processo de ATS a nível federal e as esferas estaduais e municipais, uma vez as secretarias estaduais e municipais pouco enviam à CONITEC suas solicitações de acordo com as necessidades locais (7). Essa falta de alinhamento às necessidades de saúde da população pode ser agravada pela participação ainda incipiente dos pacientes no processo de ATS. Apesar da obrigatoriedade das consultas públicas no processo de ATS atual, os pacientes desconhecem ou pouco conhecem sobre esse processo, tendo, na maioria dos casos, pouca participação ativa na decisão sobre tecnologias em saúde que serão oferecidas pelo SUS (7).

Por fim, observou-se uma limitação de artigos que discutam diretamente a consideração de necessidades de saúde da população no processo de ATS atual do SUS, sendo necessário outros estudos que pesquisem essa temática.

Conclusão

Os estudos encontrados discutem potenciais fatores motivadores da tomada de decisão, procurando abordar fatores objetivos (como requisitos técnico-científicos) e subjetivos (como fatores políticos e participação popular) com diferentes estratégias de estudo, como integração de análise documental com estudos qualitativos. De acordo com a análise documental de relatórios da CONITEC, observou-se uma tendência positiva de maior representatividade de solicitações provenientes de instituições e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, o que, teoricamente; poderia refletir uma maior priorização de demandas alinhadas às prioridades dos gestores do SUS de acordo com as necessidades de saúde da população. Apesar disso, outros estudos destacam desafios do processo atual e apontam como a postura majoritariamente reativa do processo de ATS no SUS, sem um mecanismo claro pré-seleção e/ou priorização de temas para avaliação, pode gerar

iniquidades na medida em que não se garante o alinhamento das demandas avaliadas com reais necessidades de saúde da população. Assim, estabelecer prioridades promoveria maior sintonia entre a seleção de tecnologias para avaliação e as necessidades em saúde do sistema, já que também considerariam as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e espaciais, além da capacidade de oferta dos serviços de saúde.

Referências

1. International Network of Agencies for Health Technology Assessment [INAHTA]. Health Technology Assessment. Em: HTA Glossary [Internet]. Disponível em: <http://htaglossary.net/health-technology-assessment>
2. Elias FTS. Avaliação de Tecnologias em Saúde: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país. In: Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências. Toma TS, Pereira T da V, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. 233 p. (Coleção Temas em saúde coletiva).
3. Novaes HMD, Soárez PCD. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(9):e00006820.
4. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. dezembro de 2012;46:83–90.
5. Yuba TY, Novaes HMD, de Soárez PC. Challenges to decision-making processes in the national HTA agency in Brazil: operational procedures, evidence use and recommendations. Health Res Policy Syst. dezembro de 2018;16(1):40.
6. Silva HP da, Elias FTS. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805007&lang=pt
7. Araujo DV, Distrutti M, Elias F. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. J Bras Econ Saúde Impr. 2017;9(Suplemento 1):4–40.

8. Rodrigues Filho FJ, Pereira MC. O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes? *Saúde Debate*. setembro de 2021;45(130):707–19.
9. Vieira FS, Servo LMS, Piola SF. Uso de evidências científicas na avaliação da incorporação de tecnologias em saúde no SUS: uma análise preliminar. *Bol Anál Político-Instit*. 2020;(24):49–56.
10. Souza KA de O, Souza LEPF de. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. outubro de 2018;42(spe2):48–60.
11. Caetano R, Silva RM da, Pedro ÉM, Oliveira IAG de, Biz AN, Santana P. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciênc Saúde Coletiva*. agosto de 2017;22(8):2513–25.
12. Nunes LMN, Fonteles MM de F, Passos ACB, Arrais PSD. Evaluation of demands of inclusion, exclusion and alteration of technologies in the Brazilian Health System submitted to the National Committee on Technology Incorporation. *Braz J Pharm Sci Online*. 2017;53(2):e16073–e16073.
13. Ferraz MB, Soárez PC de, Zucchi P. Health technology assessment in Brazil: what do healthcare system players think about it? *Sao Paulo Med J*. 2011;129(4):198–205.
14. Gomes PTC, Mata VE, Borges TC, Galato D. Horizon scanning in Brazil: outputs and repercussions. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019;53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100295&lang=pt
15. Lima SGG, Brito C de, Andrade CJC de. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2019;24(5):1709–22.
16. Nascimento A do, Vidal AT, Almeida RT de. Mapeamento das preferências de atores estratégicos sobre os critérios de priorização para o monitoramento do horizonte tecnológico em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(7). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705011&lang=pt