

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Johnathan Portela da Silva Galdino

**SEDIMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA CULTURA DE AVALIAÇÃO
DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS: PANORAMA MUNDIAL E
NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília-DF

2020

Johnathan Portela da Silva Galdino

**SEDIMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA CULTURA DE AVALIAÇÃO
DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS: PANORAMA MUNDIAL E
NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Dissertação
apresentada à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Políticas Públicas em
Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e
Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Tavares Silva
Elias

Coorientadora: Prof. Dra. Erika Barbosa
Camargo

Brasília-DF

2020

G149s Galdino, Johnathan Portela da Silva
Sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de
Tecnologias em Saúde em hospitais: panorama mundial e no Distrito
Federal / Johnathan Portela da Silva Galdino. – 2020

103f.: il; 30cm

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Tavares Silva Elias
Co orientadora: Prof. Dra. Erika Barbosa Camargo
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Tecnologia em saúde - Avaliação. 2. Hospitais. 3. Serviços de
saúde. 4. Gestão hospitalar – Estratégias. 5. Cuidados em saúde –
Processos e resultados. 6. Política por evidência. I. Galdino, Johnathan
Portela da Silva. II. FIOCRUZ Brasília. III. Título

CDD: 362.17

Bibliotecário Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

Johnathan Portela da Silva Galdino

**Sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde
em hospitais: panorama mundial e no Distrito Federal**

Dissertação apresentada à Escola de
Governo Fiocruz como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em
Políticas Públicas em Saúde, na linha de
pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 26 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Flávia Tavares Silva Elias. Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



p/

Profa. Dra. Erica Tatiane da Silva. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



p/

Dra. Claudia Cristina de Aguiar Pereira. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP



p/

Dra. Erika Barbosa Camargo. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Katia Miyuki Sasaki Zeredo. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dedico este trabalho à comunidade científica, tomadores de decisão e usuários do sistema de saúde, a fim de disseminar o conhecimento técnico-científico trabalhado ao longo dos últimos anos com muita intensidade e dedicação.

AGRADECIMENTOS

O processo para titulação de mestre em políticas públicas em saúde foi intenso. Terminar a dissertação em meio à pandemia do Coronavírus não foi fácil e me exigiu controle, comprometimento e dedicação. Isto somente foi possível por conta das pessoas que sempre me apoiaram e estimularam a seguir com meus objetivos. Dessa forma, agradeço:

Ao pessoal do Programa de Evidências para Políticas e Tecnologias em Saúde da Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz (PEPTS-GEREB-FIOCRUZ).

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha orientadora, professora e doutora Flávia Tavares Silva Elias, pelos momentos em que compartilhamos risos, aprendizado e conhecimento. Obrigado pelo momento em que deu oportunidades para um jovem, recém-formado, de trabalhar, estudar e vivenciar o mundo da ciência. Com toda certeza, um marco em minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional. À minha coorientadora, professora e doutora Erika Barbosa Camargo, pelos conhecimentos, sorrisos e alegrias que compartilhamos.

À Erica Tatiane da Silva, por sempre me incentivar e ser um exemplo de competência e dedicação. À Daniella Pereira, pelo apoio e compreensão sempre que precisei me ausentar ou tratar de assuntos da dissertação. Às demais mulheres da equipe do dia-a-dia, Ana Carolina Esteves, Flávia Salomon, Jakeline Barbosa, Juliana Girardi, Luciana Gallo, Maíra Ramos, Margarete de Oliveira, Mariana Verotti e Tianna Yamamoto pela amizade, atenção e suporte necessário. Vocês me ajudaram a crescer a cada dia, gratidão!

Aos colegas da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS) e da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), por toda experiência compartilhada ao longo desses anos.

À Diretoria da Fiocruz Brasília, Coordenação de Programas e Projetos e Escola de Governo da Fiocruz Brasília pela parceria e suporte.

À minha turma de mestrado do segundo semestre de 2018, obrigado por estes anos em que compartilhamos alegrias, tristezas e desafios. Desejo muito sucesso em suas vidas pessoais e profissionais.

À minha família, em especial aos meus pais Roberto e Wanda, por terem me dado condições para seguir em frente a cada dia e serem exemplo de força, caráter e determinação.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta os resultados do trabalho desenvolvido durante o processo de implementação de ações e estratégias do campo da ATS no Distrito Federal, ocorrido no período entre 2016 e 2020. O trabalho realizado apresenta três momentos. No primeiro, resultado de uma revisão de escopo realizada no período entre 2019 e 2020, foi possível identificar o nível de sedimentação da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) em 36 contextos hospitalares identificados. No segundo, resultado de um estudo descritivo e de base documental, foi possível descrever o desenvolvimento de ativação da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS) e comparar as atividades realizadas entre 2016 e 2019 com os objetivos da rede. No terceiro, questionário e roteiro dos grupos focais elaborados para mapeamento das capacidades instaladas dos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Como resultado final, o trabalho atendeu a dois objetivos previstos, com destaque para configuração dos marcos históricos que possibilitaram a conformação da ReDAPTS e reflexões acerca da ATS aplicada em contextos hospitalares, que servirão de base para elaboração de novas pesquisas no âmbito distrital. Espera-se que o terceiro objetivo seja adaptado e realizado em pesquisas oportunas.

RESUMO

Introdução: O rápido avanço tecnológico e a alta demanda por tecnologias nos hospitais aumentaram os custos dos serviços de saúde e criaram a necessidade de uma abordagem científica para melhoria no processo de incorporação e gestão das tecnologias em saúde. Considera-se tal processo como Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) hospitalar.

Objetivos: analisar níveis de sedimentação da cultura de ATS no contexto hospitalar mundial e descrever o desenvolvimento da estratégia de ATS com a Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS).

Métodos: revisão de escopo da literatura para analisar níveis de sedimentação da ATS em experiências de hospitais em âmbito mundial e análise documental dos registros do desenvolvimento da ReDAPTS.

Resultados: os níveis de sedimentação no contexto nacional e internacional, 36 hospitais foram identificados mundialmente, sendo 75% (27/36) classificados como sedimentados e 25% (9/36) como parcialmente sedimentados. As características predominantes para sedimentação da ATS hospitalar foram identificadas para subsidiar propostas de implementação de ATS em hospitais do DF. No desenvolvimento da ReDAPTS verificou-se que três dos seis objetivos da rede foram alcançados considerando o regimento interno da rede. No período de 2016 a 2019, 268 pessoas participaram dos eventos da rede, 26% representavam instituições do Distrito Federal (DF). Entre esses, os Hospitais públicos da rede assistencial foram a maioria dentre as instituições representadas nos seminários e reuniões da rede, mostrando um potencial para implementação de ações de ATS em nível hospitalar.

Conclusão: conhecimento do nível de sedimentação da ATS nos hospitais identificados mundialmente e do nível de participação de profissionais e instituições do DF na ReDAPTS. O estudo contribuiu para maior compreensão do campo da ATS hospitalar, uma vez que os estudos desta revisão apontaram sustentabilidade, crescimento e evolução da ATS hospitalar em países com e sem tradição com o tema.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Estratégias Locais; Hospitais; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Política Informada por Evidências.

ABSTRACT

Introduction: rapid technological advances and high technologies demand in hospitals have increased the health services costs and created the need for a scientific approach to improve the process of incorporating and managing health technologies. Such a process is considered as a Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA).

Objectives: to analyze sedimentation level of the Health Technology Assessment (HTA) culture in the global hospital context and describe the HTA strategy development with the District Network for Health Policy and Technology Assessment (ReDAPTS).

Methods: literature scoping review to analyze the HTA sedimentation level in hospital experiences worldwide and a documentary analysis of the records that contributed for ReDAPTS development.

Results: sedimentation levels in the national and international context, 36 hospitals were identified worldwide, 75% (27/36) being classified as sedimented and 25% (9/36) as partially sedimented. The predominant characteristics for HB-HTA sedimentation were identified to support proposals for HTA implementation in Federal District (DF) hospitals. In the ReDAPTS development it was found that three of the six network objectives were achieved considering the internal rules of the network. In the period from 2016 to 2019, 268 people were participated in the network meetings, 26% represented DF institutions. Among these, network health care public hospitals were the majority among the institutions represented in the network meetings, showing a potential for implementing HTA actions at the hospital level.

Conclusion: knowledge of the HTA sedimentation level in identified worldwide hospitals and the professionals and DF institutions participation level in ReDAPTS. This study contributed to a greater understanding of HB-HTA, since the studies in this review pointed to the HB-HTA sustainability, growth and evolution in countries with and without tradition with the theme.

Keywords: Technology Assessment, Biomedical; Local Strategies; Hospitals; Outcome and Process Assessment, Health Care; Evidence-Informed Policy.

LISTA DE SIGLAS

AdHopHTA: Adopting Hospital Based Health Technology Assessment

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde

ATS hospitalar: Avaliação de Tecnologias em Saúde em Hospitais

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisas

COVID-19: Corona Virus Disease

DF: Distrito Federal

EFG: Escola Fiocruz de Governo

ESCS: Escola Superior de Ciências da Saúde

EUnetHTA: European Network for Health Technology Assessment

EuroScan International Network: International Information Network on new or emerging, appropriate use and re-assessment needed Health Technologies

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Fiocruz Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília

GEREB-FIOCRUZ: Gerência Regional de Brasília - Fundação Oswaldo Cruz

HAB: Hospital de Apoio de Brasília

HB-HTA: Hospital-Based Health Technology Assessment

HCB: Hospital da Criança de Brasília – José Alencar

HMIB: Hospital Materno Infantil de Brasília

HRAN: Hospital Regional da Asa Norte

HRBZ: Hospital Regional de Brazlândia

HRC: Hospital Regional de Ceilândia

HRG: Hospital Regional do Gama

HRGU: Hospital Regional do Guará

HRPA: Hospital Regional do Paranoá

HRPL: Hospital Regional de Planaltina

HRS: Hospital Regional de Sobradinho

HRSAM: Hospital Regional de Samambaia

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria

HRT: Hospital Regional de Taguatinga
HSVP: Hospital São Vicente de Paulo
HTAi: Health Technology Assessment International
HUB: Hospital Universitário de Brasília
IHB: Instituto Hospital de Base
INAHTA: International Network of Agencies for Health Technology Assessment
ISQua: International Society for Quality in Health Care
LODF: Lei Orgânica do Distrito Federal
NATS: Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
MeSH: Medical Subject Headings
MS: Ministério da Saúde
PTC: Pareceres Técnico-Científicos
PEPTS: Programa de Evidências para Políticas e Tecnologias em Saúde
PIB: Produto Interno Bruto
PNGTS: Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PRISMA-ScR: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews Checklist
REBRATS: Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
ReDAPTS: Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde
REPATS: Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RC: Reunião Científica da ReDAPTS
RT: Reunião Técnica da ReDAPTS
SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SP: São Paulo
SUS: Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro. Esquadrinhamento dos hospitais terciários públicos da rede hospitalar da SES-DF para cada categoria do acrônimo ECLIPSE. Brasília-DF, 2020.....	22
Quadro. Nível de sedimentação dos hospitais identificados nos estudos incluídos. Brasília-DF, 2020.....	44
Quadro. Informações completas dos Hospitais identificados. Brasília-DF, 2020.....	57
Quadro. Lista de estudos excluídos após leitura completa. Brasília-DF, 2020.....	62
Quadro. Documentos analisados para mapeamento histórico e do perfil de participações na ReDAPTS. Brasília-DF, 2020.....	69
Quadro. Lista completa dos documentos analisados. Repositório de arquivos da ReDAPTS. Brasília-DF, 2020.....	82
Quadro. Guia para construção do questionário eletrônico e roteiro dos grupos focais. Brasília-DF, 2020.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura. Despesas líquidas anuais para saúde no Distrito Federal entre 2010 e 2020. Brasília/DF, 2020.....	12
Figura. Kit de ferramentas para configuração e funcionamento de uma Unidade de ATS hospitalar (<i>Toolkit for setting up and running an HB-HTA unit</i>). Brasília-DF, 2020.....	17
Figura. Modelos organizacionais de Avaliação de Tecnologias em Saúde hospitalar. Brasília-DF, 2020.....	18
Figura. Modelo para caracterização dos estudos incluídos. Brasília-DF, 2020.....	33
Figura. Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos estudos. Brasília-DF, 2020.....	34
Figura. Esquema de linha do tempo das atividades da ReDAPTS, Distrito Federal, Brasil.....	72

Figura. Distribuição dos Hospitais selecionados por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2020.....	86
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela. Características dos estudos incluídos e hospitais identificados. Brasília-DF, 2020.....	36
---	----

Tabela. Perfil das participações, tipo de instituição e formação nos Eventos técnico-científicos I, II e III realizados pela ReDAPTS entre 2016 e 2019. Brasília-DF, 2020.....	74
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. JUSTIFICATIVA	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1. Avaliação de Tecnologias em Saúde nos sistemas de saúde	6
3.2. Potencialidades da Avaliação de Tecnologias em Saúde no Distrito Federal	11
3.3. Rotas de implementação da Avaliação de Tecnologias em Saúde em hospitais	16
4. OBJETIVOS	20
4.1. Objetivo Geral	20
4.2. Objetivos Específicos	20
5. MATERIAIS E MÉTODOS	21
5.1. Atividades referentes ao Objetivo Específico 1	21
5.2. Atividades referentes ao Objetivo Específico 2	21
5.3. Atividades referentes ao Objetivo Específico 3	22
5.4. Aspectos éticos	24
6. RESULTADOS	25
6.1. Artigo 1 – SEDIMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO DE ESCOPO	26
6.2. Artigo 2 – DESENVOLVIMENTO DA REDE DISTRITAL DE AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE (REDAPTS)	67
6.3. Resultado do Objetivo 3 – INSTRUMENTOS E MÉTODOS ELABORADOS	85
a) Questionário Elaborado (autoria registrada na plataforma <i>Open Science Framework</i> sob número de identificação DOI 10.17605/OSF.IO/V426N, https://osf.io/v426n/)	90
b) Roteiro para Grupo Focal (autoria registrada na plataforma <i>Open Science Framework</i> sob número de identificação DOI 10.17605/OSF.IO/V426N, https://osf.io/v426n/)	92
8. CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	94
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO	96

1. INTRODUÇÃO

O cenário de transição demográfica (1) e epidemiológica (2) tem demandado uma alta densidade tecnológica nos serviços de saúde. Estas pressionam os sistemas de saúde com processos de incorporação e judicialização (3) que não consideram os valores das inovações dos produtos e processos, imprimindo uma ação reativa aos gestores e suas equipes (4). Como consequências, prejudica-se a inteligência avaliativa (5) das equipes gestoras, tanto para análise de desempenho das alternativas em uso, como para identificar e priorizar tecnologias novas e emergentes relevantes à situação de saúde local (6).

Diversos problemas são elencados nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, como a má distribuição dos recursos humanos e tecnológicos que resulta na escassez ou inexistência de recursos mínimos para oferta de serviços de saúde seguros e de qualidade (7). Os recursos acabam sendo concentrados nos grandes centros e os municípios se tornam carentes de profissionais capacitados para gestão das necessidades e atuação local (7,8).

No Brasil, os gastos no setor saúde equivalem a 8% do Produto Interno Bruto (PIB) do país e, apesar de possuir um sistema de saúde público que abrange procedimentos médicos de diferentes graus de complexidade, o gasto do setor privado para o setor saúde tem sido maior que o gasto público (9), o que representa mais um desafio para sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 2016 e 2020, a área de assistência hospitalar e ambulatorial foi a que mais recebeu recursos, sendo que em 2019 cerca de 56% do PIB para saúde foi dispendido em hospitais (10). O rápido avanço tecnológico e a alta demanda por tecnologias nos hospitais aumentaram os custos dos serviços de saúde e criaram a necessidade de uma abordagem científica para melhoria no processo de incorporação e gestão das tecnologias em saúde (11,12).

Dessa forma, se faz necessário o uso da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), cujo foco requer análise das implicações clínicas – segurança, eficácia, efetividade, das implicações econômicas, e implicações éticas e sociais no uso das tecnologias em saúde (13). A ATS pode auxiliar o processo de tomada de decisão ao indicar as prioridades e tem papel fundamental no fortalecimento do uso racional de tecnologias em saúde, como medicamentos, vacinas, equipamentos, dispositivos médicos e procedimentos assistenciais na área da saúde (7,12,14), e alocação de recursos financeiros (15).

Em 2009, uma chamada pública do Ministério da Saúde (MS) incentivou a criação de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) em hospitais brasileiros, com

o objetivo de disseminar e implementar a cultura de ATS (16). Os NATS passaram por avaliação de desempenho (16–18) a qual apresentou desafios relacionados à sua estrutura e processo, o que compromete seus resultados. Nos últimos anos, os NATS ainda não possuem financiamentos direcionados ou orçamento próprio, o que os leva a buscarem alternativas para sua estruturação e desenvolvimento das capacidades em outras fontes de fomento, como editais e cartas-acordo (15). Apesar dos desafios impostos, a ATS tem se expandido de forma considerável nos países (19) e no Brasil (8).

Existem princípios de boas práticas de ATS (19) que podem auxiliar no processo de sedimentação (20) da cultura de ATS na atenção hospitalar. Quinze princípios norteiam o Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)*, agrupados em quatro dimensões: (i) processo de avaliação; (ii) liderança, estratégia e parcerias; (iii) recursos e ferramentas de suporte; (iv) análise e desempenho da Unidade de ATS hospitalar. Se aplicáveis, estes podem ser adaptados e aplicados no contexto dos hospitais brasileiros e do Distrito Federal.

Do ponto de vista da estruturação das unidades de ATS nos hospitais (20,21) quatro modelos organizacionais de ATS podem ser elencados: (i) ‘modelo embaixador ou grupo autônomo’, formadores de opinião que agem de maneira ainda individualizada e informal; (ii) ‘grupo matricial de ATS ou mini-ATS’, profissionais com experiência em ATS que utilizam evidências relevantes para informar tomadores de decisão, semelhante aos NATS (22); (iii) ‘comitê interno’, multidisciplinar com revisão de evidências, perspectivas e recomendações internas padronizadas; (iv) ‘unidade de ATS hospitalar’, estrutura formal dedicada à ATS com equipe própria em tempo integral, produção de material de alta qualidade sobre incorporação de tecnologias em saúde e interface externa com outras redes ou instituições.

No entanto, esses princípios e modelos organizativos são diversificados e dependentes de seus contextos de implementação. Conhecer a linha de base para sedimentação da ATS mostra-se relevante nos hospitais do DF, em especial nos hospitais públicos vinculados à SES-DF, pois poderá contribuir para a qualidade da assistência e para gestão das tecnologias e da inovação em saúde.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar níveis de sedimentação da cultura de ATS no contexto hospitalar mundial e descrever o desenvolvimento da estratégia de ATS com a Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS). Espera-se que esses achados possam orientar estratégias futuras para

identificar as capacidades instaladas dos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e a inserção de tais hospitais na ReDAPTS.

A elaboração de rotas e estratégias específicas para cada contexto institucional, contribuirá para fortalecimento de núcleos, grupos, comitês ou unidades de ATS, considerando estrutura, funcionamento e capacidades instaladas para produção e atuação no DF.

2. JUSTIFICATIVA

A aplicação da ATS no setor público está em consonância com a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) (12) que destaca a priorização da implementação de núcleos como forma de estimular vocações, capacidades instaladas e a otimização dos recursos disponíveis nos serviços de saúde, em especial, no contexto hospitalar e especializado. Esses núcleos possuem importante papel na melhoria da qualidade técnica de estudos e protocolos, de incentivos às boas práticas na gestão de tecnologias nos serviços de saúde e da conformação de redes colaborativas que definam estratégias para um processo mais efetivo de alocação de recursos que são cada vez mais escassos (23).

Segundo dados do Portal da Transparência do Distrito Federal (24), nos últimos cinco anos (2015-2020) houveram decréscimos anuais nas despesas com saúde pública no DF, o que pode ser um fator motivador para que profissionais e gestores conheçam e utilizem ATS para otimização dos recursos do setor saúde e qualidade da atenção.

Um diagnóstico situacional (25) sobre a capacidade instalada das instituições mostrou que o DF tem capacidade para consolidação da ATS. Em 2016, desenvolveu-se um projeto “*Contribuições da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS no Distrito Federal*” visando identificar o potencial das instituições do DF para realizar ATS. Quinze instituições, dentre elas instituições de ensino e pesquisa, hospitais e universidades, foram identificadas para iniciar a cooperação no DF e potencializar as capacidades locais e colaborações em projetos de natureza educacional de pesquisa aplicada, aumentando a capacidade de conexão para produção e disseminação dos estudos de ATS. Em relação aos hospitais públicos, oito demonstraram potencial para implementar a ATS na gestão da cobertura de procedimentos e tecnologias em saúde.

Benefícios foram relatados com a implementação das atividades de ATS nas instituições, como a inserção de professores e estudantes em políticas públicas de relevância para o SUS; possibilidade de realização de pesquisa em rede; articulação com outras instituições de ensino e centros tomadores de decisão; desenvolvimento tecnológico e científico baseado nas melhores práticas assistenciais, executado de forma planejada, equilibrada e com economia de recursos; melhoria da qualidade técnica de protocolos clínicos; melhoria do processo de incorporação de tecnologias realizado de forma racional; capacitação profissional e fomento à pesquisa.

Apesar dos desafios enfrentados para implementação de uma rede no DF, como o baixo comprometimento político-institucional, ausência de infraestrutura física e de

peçoal capacitado, os entes colaboradores das instituições elaboraram estratégias para discussão da ATS e continuidade da cooperação local. O mapeamento realizado (25) e a cooperação existente entre especialistas em ATS e profissionais das instituições possibilitaram a criação da ReDAPTS para o SUS do DF.

A proposta da criação de uma rede distrital colaborativa e formativa começou em 2016 para apoiar a implementação da ATS nas instituições do DF e sensibilizar os tomadores de decisão sobre a importância da produção de evidências qualificadas e contextualizadas para apoiar a tomada de decisão. A ativação da ReDAPTS se destacou como uma ação no território para dar suporte aos processos de incorporação de tecnologias, contribuindo para a qualidade da atenção em saúde prestada pelo SUS no DF (25), entretanto ainda expõe desafios e barreiras para sua sustentabilidade.

Nossa proposta está em consonância com o cenário internacional, no sentido de traçar rotas diferenciadas, por porte e perfil assistencial dos hospitais (26), para constituição de grupos, comitês ou unidades de ATS hospitalares que possam adaptar as ferramentas da ATS ao seu contexto e conduzir seus processos de avaliação e desempenho, frente ao alto custo financeiro e à alta densidade tecnológica presente em hospitais (26,27).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Avaliação de Tecnologias em Saúde nos sistemas de saúde

Segundo a PNGTS, as tecnologias em saúde compreendem os “medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população” (12).

As tecnologias em saúde podem ser classificadas em três categorias: (i) leves: tecnologias de (e das) relações entre o profissional de saúde e o usuário, como relações de acolhimento, criação de vínculos, produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia; (ii) leve-duras: se materializam em conhecimento técnico estruturado e saberes normatizados, como: saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; (iii) duras: são representadas pelas máquinas e instrumentos, como equipamentos médicos assistenciais, medicamentos, vacinas e estruturas organizacionais (28,29). As categorias leves e leve-duras podem ser combinadas e gerar modalidades assistenciais e novas práticas mais baratas e com maior eficiência no controle dos custos (28).

A ATS auxilia o processo de tomada de decisão ao indicar prioridades e tem papel fundamental no fortalecimento do uso racional de medicamentos, equipamentos e procedimentos assistenciais na área da saúde. É um campo multidisciplinar com foco na análise baseada em evidências científicas que avalia quesitos de segurança, efetividade, eficácia, eficiência e impacto clínico e social de intervenções em saúde para o sistema de saúde (7,14).

Existem três níveis para distribuição da informação em ATS para gestores, profissionais de saúde, associações de pacientes, indústria e usuários (30), seguindo a ordem citada: (i) difusão – implica na emissão da informação de qualidade e que esta possa chegar ao receptor-final, através da publicação por diferentes meios; (ii) disseminação – envolve todo o processo de transmissão dos conteúdos ao receptor, envolvendo a transparência, orientação e adaptação da informação à prática do tomador de decisão; (iii) implementação – que implica nas estratégias de aplicação das propostas ao contexto local e como traçar rotas para superação dos desafios impostos na prática profissional. Esta ação precisa ser dinâmica, ativa e permanente, requerendo esforços contínuos para estabelecimento de metas e adoção das evidências no processo decisório,

visto que o Brasil ainda é um país sem tradição na difusão da cultura de ATS e ainda apresenta limitações no uso de evidências para a tomada de decisão na atenção à saúde (4,17).

As informações e estudos de ATS podem ser distribuídos para diferentes públicos-alvo envolvidos com a prática profissional. A nível (i) *macro*, os gestores que utilizam os conhecimentos em ATS para desenvolvimento de melhores políticas de priorização e colaboração dos fóruns, comissões e redes transparentes de avaliação. No nível (ii) *meso*, as instituições que desenvolvem estudos com grandes centros de referência na produção do conhecimento científico e criam ligações entre os resultados de ATS e a tomada de decisão. E no nível (iii) *micro*, os profissionais de saúde, tendo em vista o conhecimento dos usuários, precisam aproximar os resultados de ATS à prática de gestão e tomada de decisão clínica (17,23,30).

Os grupos de trabalhos temáticos precisam envolver a opinião dos representantes das instituições, autoridades e lideranças para criar uma colaboração que possibilita maior acesso à informação e produção do conhecimento em ATS. As bases de dados permitem o compartilhamento e uso dessas informações e experiências sobre determinadas tecnologias em saúde incorporadas ou não nos sistemas de saúde. Uma rede de parcerias cria estratégias para superação dos desafios na implementação da ATS e permite compartilhamento das evidências, qualificação profissional, otimização dos recursos financeiros e construção de capacidades que sejam aplicados na realidade prática local (30,31).

Destaca-se a relevância de se incentivar a criação de NATS com equipes multiprofissionais capazes de potencializar a articulação entre ensino, pesquisa e gestão, promover maior incentivo na realização de capacitações de profissionais e técnicos e produzir estudos de ATS que atendam às necessidades locais e nacionais. Com base nos indicadores e nas evidências científicas, os NATS podem se tornar núcleos organizados que articularão ações para atender às demandas solicitadas e superar os desafios de implementação nas instituições, além de serem disseminadores da cultura de ATS (12,30). Portanto, o fortalecimento de áreas e núcleos, a integração e o adensamento em uma rede distrital pode ser uma experiência a ser expandida nacionalmente e se constitui numa tecnologia leve-dura (29), pois articula saberes estruturados com relações organizativas nos serviços hospitalares.

Apesar das instituições apresentarem capacidades institucionais heterogêneas, o esforço adicional pode conferir maior sustentabilidade na atuação dessas organizações (4).

Conforme o objetivo dezessete, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (32), é necessário fortalecer as parcerias e o desenvolvimento de propostas cada vez mais sustentáveis que buscam melhorar a capacidade nacional para arrecadação de impostos e outras receitas. O desenvolvimento das parcerias e colaborações em uma rede possibilita a construção de economias dinâmicas, sustentáveis e inovadoras que fortaleçam a mobilização de recursos internos, boas práticas locais, parcerias e apoio interinstitucional.

O trabalho em rede colabora para criação de parcerias e otimização dos processos relacionados com a gestão, regulação e atenção à saúde no âmbito do SUS (33). O trabalho entre as instituições em uma rede cooperativa consistente possibilita a disseminação de informações e conhecimentos, a fim de promover a qualidade nos estudos de tecnologias em saúde. A decisão relacionada aos investimentos pode ser transparente utilizando a ATS. As experiências compartilhadas com pacientes, gestores e tomadores de decisão permitem a propagação da relevância da ATS nos sistemas de saúde. Através de uma rede de parceiros a melhor evidência pode ser encontrada nas bases de dados e debatidas em cooperação com os representantes das instituições. Todos os hospitais que melhor tomar a decisão poderão alocar mais recursos para futuros investimentos. O trabalho em rede possibilitará a escolha da melhor decisão a ser tomada e uso consciente dos recursos para capacitação em ATS (34).

A Lei n. 10.973 de 2004 (35) trabalha com o incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica de forma que essas atividades possam reforçar a capacidade produtiva e industrial do país de acordo com as prioridades das políticas públicas, inclusive do SUS. Segundo o artigo 3º:

[...] a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as respectivas agências de fomento poderão estimular e apoiar a constituição de alianças estratégicas e o desenvolvimento de projetos de cooperação envolvendo empresas, Institutos de Ciência e Tecnologias e entidades privadas sem fins lucrativos voltados para atividades de pesquisa e desenvolvimento, que objetivem a geração de produtos, processos e serviços inovadores e a transferência e a difusão de tecnologia. Parágrafo único. O apoio previsto no caput poderá contemplar as redes e os projetos internacionais de pesquisa tecnológica, as ações de empreendedorismo tecnológico e de criação de ambientes de inovação, inclusive incubadoras e parques tecnológicos, e a formação e a capacitação de recursos humanos qualificados.

A articulação dos países em uma rede internacional de ATS permite a otimização dos métodos e que estes possam ser confiáveis, fomenta a produção e disseminação de evidências científicas relevantes às políticas e serviços de saúde, destaca a aplicação da ATS em contextos mais equânimes de capacitação local e estadual, e possibilita a criação de iniciativas que aumentem a inteligência administrativa na gestão do sistema de saúde (4,12). Para isto, os serviços de saúde necessitam de tecnologias seguras e capacitações contínuas dos recursos humanos (2) que considerem em suas análises os modos e contextos em que o trabalhador e usuário se inserem (29).

Diversas organizações e grupos executivos internacionais disseminam a importância da ATS como ferramenta para a produção de estudos que subsidiam a tomada de decisão relacionada à incorporação de tecnologias em saúde aos sistemas de saúde (30).

O trabalho em rede desenvolvido pela *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA) contribui para difusão e disseminação mundial da ATS (30). A INAHTA se destaca por ser uma rede inovadora que amplifica o acesso às informações sobre ATS e que, por meio desse processo, as agências dos mais de trinta países desenvolvem iniciativas potencializadoras para implementar novas redes de ATS que atuem no processo decisório possibilitando a padronização dos métodos de gerenciamento e conscientizando sobre o uso racional de tecnologias em saúde no âmbito global, nacional, estadual e local (36,37).

A *European Network for Health Technology Assessment* (EUnetHTA) é uma importante rede de países, organizações e instituições, que presta suporte às organizações europeias de ATS trazendo contribuições nacionais e regionais por meio do uso eficiente dos recursos disponíveis para ATS, como a criação de um sistema sustentável de compartilhamento do conhecimento e promoção de boas práticas em métodos e processos de ATS (38).

A *International Information Network on new or emerging, appropriate use and re-assessment needed Health Technologies* (EuroScan International Network) (39) é uma rede colaborativa sem fins lucrativos que coleta e compartilha informações, desenvolve métodos para conscientização e uso apropriado das tecnologias em saúde. A associação abre o mundo das redes colaborativas às instituições científicas e acadêmicas. Cada representação tem papel fundamental na aplicação dos conceitos na prática profissional. Os executores da proposta precisam considerar a tecnologia em seu ciclo de vida e o conhecimento deve apoiar as áreas de avaliação e tomada de decisões nos níveis local,

regional, nacional e internacional. Em 2018, um plano estratégico da rede até 2020 foi discutido e desenvolvida uma primeira versão para aprovação dos membros.

Fundada em 1985, a *International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)* foi uma organização visionária, que atualmente foi transformada em *Health Technology Assessment International (HTAi)*, atuando de forma independente e sem fins lucrativos. Contribui para promoção da qualidade e segurança nos cuidados de saúde através da cooperação e colaboração internacional dos membros dos mais de 70 países. Alguns membros relatam que trabalham em hospitais que ainda não são conscientizados sobre a existência e uso da ATS (31,40).

A Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) estabelece conexões abertas entre pesquisa, política e gestão (33) que permitem viabilizar a elaboração e disseminação de estudos em ATS propondo temas a serem desenvolvidos e potencializando a criação de NATS no contexto brasileiro. Para articulação em rede, a REBRATS apoia a utilização adequada de tecnologias em saúde entre as instituições de ensino, pesquisa e gestão, com foco na produção de estudos que contribuem com as ações governamentais e subsidiam o processo de incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no SUS (4,25). Os produtos da REBRATS são revisões sistemáticas, pareceres técnico-científicos, avaliações econômicas, capacitação de profissionais, padronização de metodologias, construção e manutenção de banco de dados para avaliação de efetividade e sistema de alerta de tecnologias novas e emergentes e diretrizes metodológicas, tanto para elaboração de estudos, como para avaliação crítica dos mesmos (5).

A nível estadual, cita-se a Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REPATS) que atua na padronização dos estudos e multiplicação das experiências exitosas e capacidades de utilização da ATS no SUS de São Paulo (SP). Essa rede busca formalizar utilizar a melhor evidência disponível para aprimorar o planejamento das ações, aumentar as práticas assistenciais e a interação entre os NATS-SP (23).

Desde 2016, a ReDAPTS realiza reuniões com hospitais, serviços de referência da secretaria de saúde e instituições de ensino e pesquisa na propagação da cultura ATS no DF. A atuação em rede e implementação da cultura ATS pode promover a cooperação entre diversos atores criando os incentivos necessários para elaboração de produtos essenciais e aplicáveis em diversos contextos, evitando retrabalhos e permitindo maior agilidade no desenvolvimento de novos estudos (25,33).

A experiência dos diversos países em redes colaborativas pode multiplicar as experiências exitosas globais, nacionais e locais e novas propostas de estruturação da ATS

que considerem as características socioculturais, epidemiológicas e prioridades de avaliação poderão impulsionar o processo de ATS nos países e no Brasil (7).

Fundamentalmente, as redes estabelecidas no Brasil estão direcionadas a apoiar os processos de cobertura e qualidade assistencial do SUS. Frente aos contextos restritivos, às políticas de austeridade e à contenção da despesa pública, o SUS passou por diversos momentos em que as decisões poderiam “colocar em risco os avanços conquistados e o direito à saúde para a maioria da população brasileira” (41). Trata-se de um sistema considerado “patrimônio nacional, por ser uma política de Estado cujo compromisso é garantir acesso de toda população às ações e serviços de saúde” (41). Motivo pelo qual, os processos de gestão de tecnologias em saúde (12) podem apoiar na sustentabilidade desse sistema universal, preconizado nos instrumentos legais da Constituição Federal (42).

3.2. Potencialidades da Avaliação de Tecnologias em Saúde no Distrito Federal

Segundo o Ministério da Saúde (7), recursos financeiros e materiais para garantir o funcionamento de um sistema de saúde são em geral limitados. Citados no mesmo estudo, Panerai e Peña-Mohr (1989) relatam que para estabelecer um programa de ATS em países em desenvolvimento é preciso que o gestor de políticas públicas considere oito desafios. A seguir foi feito um panorama desses desafios aplicados ao contexto do DF.

Desafio 1. “As limitações dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos e outros essenciais para funcionamento do sistema de saúde”;

A Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) dispõe sobre o uso racional dos recursos para desenvolvimento socioeconômico e da qualidade de vida nas regiões do DF. A Lei deve disciplinar a aplicação dos recursos orçamentários para o desenvolvimento de programas de qualidade e produtividade, capacitação, modernização, reaparelhamento e racionalização do serviço público (43). Entretanto, no setor saúde, as pressões políticas e sociais obrigam o sistema a comprovar eficiência na prestação dos serviços mesmo com recursos cada vez mais escassos (23).

No período entre 2005 e 2014 houve um crescimento das despesas globais de saúde nos estados, sendo o crescimento no DF expressivo em relação aos estados do Brasil (44). O gasto com a manutenção da Assistência Hospitalar e Ambulatorial no DF apresentaram crescimento entre 2005 e 2014, centrados em serviços de alta complexidade que por sua vez são mais especializados e caros, requerendo maiores estratégias e boas práticas na utilização dos recursos (44). A partir de 2015, as despesas com saúde no SUS do DF (24) apresentaram decréscimo ao longo dos anos (Figura 1).

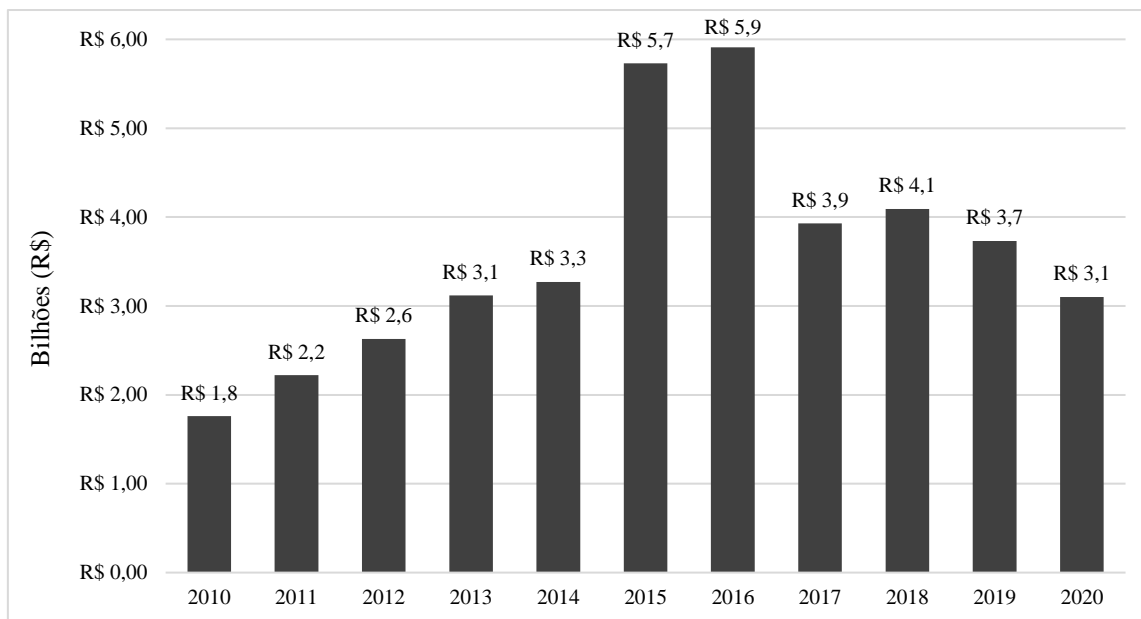


Figura 1. Despesas líquidas anuais para saúde no Distrito Federal entre 2010 e 2020. Brasília/DF, 2020.

Fonte: elaboração própria, com base nos dados disponíveis no Portal da Transparência do Distrito Federal (24). *Os dados foram coletados em 22 de outubro de 2020, não correspondendo às despesas finais do referido ano.

Diversas instituições e profissionais discutem a necessidade de políticas para gestão de tecnologias em saúde (4,6,23). Essas são importantes para criação de ferramentas disseminadoras de metodologias e estudos (23), como guias de ATS (45). Frente aos gastos em saúde, as ações de saúde no DF ainda sofrem com iniciativas descontínuas e desarticuladas da rede de atenção à saúde (44). Apesar disso, as despesas para formação de recursos humanos na área da saúde apresentaram crescimento nos últimos cinco anos (24).

Outro desafio é a judicialização em saúde presente no DF que gera ações reativas aos gestores e às suas equipes. Apesar da judicialização em saúde ter sido crescente entre 2005 e 2010, são necessários mais estudos e evidências para afirmar sobre o que reitera a literatura brasileira sobre o uso do judiciário para acessar medicamentos de alto custo (3).

Conforme o plano de governo (2019-2022) disponibilizado pelo Tribunal Superior Eleitoral (46), a gestão do DF destaca que são necessárias iniciativas para melhorar a gestão orçamentária, evitando desperdícios provocados por processos logísticos inadequados, descontroles de estoques e excessiva judicialização no Sistema de Saúde. Este documento expõe que o profissional da saúde necessita de recursos facilitadores para o desempenho de suas atividades. Com a eficiência na prestação dos serviços e otimização

do uso dos recursos disponíveis no setor saúde, aumenta-se a resolutividade do sistema. Sendo assim, são necessários modelos para alocação de recursos regionalizados e que realmente considerem os critérios trazidos no processo de decisão (23).

Desafio 2. “A diversidade no padrão de morbidade” e mortalidade;

O SUS é responsável por promover o acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, sendo promotor de equidade. A diversidade e coexistência das doenças que afetam as populações de baixa renda e envelhecidas demanda um enfoque de realocação de recursos mais equânimes e regionalizados, necessitando de uma avaliação mais voltada para o problema de saúde do que para determinada tecnologia (7,41).

Não diferente dos estados da federação, o DF também “sofreu mudanças importantes no crescimento e estrutura etária da população influenciados por fatores como a redução da fecundidade, envelhecimento e os movimentos migratórios ocasionando mudanças no perfil de morbimortalidade” (47). Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (48), os indicadores de mortalidade no DF foram doenças do aparelho circulatório, sendo as principais causas isquêmicas, cérebro vascular e hipertensivas. As demais taxas de mortalidade foram por neoplasias, causas externas e doenças parasitárias, segundo número de óbitos por grupos de causas em 2017.

Desafio 3. “A diversidade cultural”;

A construção da capital federal possibilitou a vinda de diversas culturas para o centro do país. Pessoas do Nordeste, Sudeste, Norte e Sul do país e até estrangeiros começaram a se instalar na área do DF (49). Atualmente, a maioria dos imigrantes vem da região Nordeste e demais estados do Centro-Oeste, trazendo suas crenças e costumes. Segundo dados do IBGE, planejada para receber 500 mil habitantes em 2000, Brasília nesta data possuía 2,05 milhões de habitantes, sendo 1,96 milhão na área urbana e cerca de 90 mil na área rural. Em 2020, são mais de 3 milhões de habitantes no Distrito Federal (50). Segundo o portal do Governo do Distrito Federal (51), Brasília é plural, com muitos sotaques, muitas caras e muitas cores. A mistura é a palavra de ordem porque a capital é a síntese de todo o Brasil.

Pode ser um fator facilitador ou limitador da efetividade, pois cabe ao profissional de saúde desenvolver novos métodos para mapear como será o uso ou rejeição das tecnologias em saúde em determinados contextos socioculturais. Existe a necessidade de

integrar a abordagem qualitativa na realidade local para maior respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas (7). A fim de desenvolver maiores parcerias e cooperações é preciso estabelecer confiança, vínculos e capacidades para dar respostas às demandas apresentadas pelos gestores locais (52).

Desafio 4. “O sistema político”;

O papel político em Brasília não cresceu com a mesma velocidade da capital. A luta para dar poder aos brasilienses se juntava à cobrança da redemocratização do país, visto que a autorização para eleger deputados federais e senadores foi concedida somente em 1985 (51). A ATS se desenvolveu em países com tradição democrática, com discussões e debates, e mostra-se relevante para influenciar nas decisões e evitar a perda de recursos (7), principalmente no centro do poder decisório federal. Com a Constituição Federal de 1988 (42), o DF passou a ter o próprio poder de decisão e, com sua Lei Orgânica, a preservação de sua autonomia como unidade federativa. Segundo a LODF (43), o DF integra a união indissolúvel da República Federativa do Brasil e tem como um de seus valores fundamentais o pluralismo político.

Países como Suécia, França, Reino Unido e Holanda veem a ATS como uma estratégia para libertá-los de decisões mais custosas e as diversas trocas desses atores políticos não impactaram do desenvolvimento da proposta. A estruturação de uma rede de ATS densa e com múltiplas agências em diferentes setores potencializam a proposta em nível nacional e local. São necessários mais pesquisadores, evidências sobre a prática da alocação de recursos e formuladores de políticas que compartilhem o processo decisório com outras agências de ATS (7).

Desafio 5. “A estrutura do sistema de saúde”;

A gestão do SUS no DF passa por problemas com a gestão dos recursos públicos, tendo em vista a escassez e o estabelecimento de recursos máximos para contenção das despesas públicas em saúde. Os recursos extras são essenciais para produção e disseminação das evidências (7). A estrutura inadequada irá influenciar diretamente na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, sendo os custos, resultados da baixa qualidade na atenção, maiores e mais penosos tanto ao sistema de saúde quanto à sociedade (41).

Desafio 6. “Acesso à informação e aos dados disponíveis”;

Um dos grandes desafios da ATS é identificar a melhor evidência disponível para utilização e aplicabilidade. Considerando as tecnologias novas e emergentes as informações podem ser mínimas ou escassas. As tecnologias em ampla utilização podem existir em diversos estudos, porém podem ser dispersos e com qualidade variável. Estudos em ATS que refletem sobre o impacto socioambiental são escassos, considerando o impacto do descarte inadequado das tecnologias em saúde (7).

Atualmente, a Controladoria Geral do Distrito Federal divulga diversas informações sobre o uso dos recursos públicos no Portal da Transparência do Distrito Federal (24).

No DF existem diversos cursos e iniciativas em que os profissionais acessam dados e utilizam o conhecimento em ATS para produção de estudos que avaliam criticamente o emprego das tecnologias em saúde ao sistema de saúde local.

Desafio 7. “Capacidade tecnológica”;

É fundamental que os gestores e tomadores de decisão do DF utilizem estratégias regionalizadas, métodos para alocação de recursos, fluxos e estímulos que aumentem a capacidade para desenvolver núcleos de ATS no DF. Segundo dados do Portal da Transparência (24), o DF apresentou despesas para fomento à formação de recursos humanos na área da saúde. É notável que o aperfeiçoamento dos profissionais possibilita maior aderência e implementação do conhecimento, com vistas a adaptações na cultura organizacional instalada (7).

Desafio 8. “Tecnologias Sociais”;

Tecnologias em saúde prioritárias que tenham papel fundamental na oferta de serviços mais equânimes, a fim de potencializar os benefícios e reduzir os riscos, tanto para o sistema quanto para a saúde dos usuários do SUS. A priorização de um dado programa de ATS no DF pode incluir critérios a serem usados, atribuir pesos relativos aos critérios estudados, avaliar a aplicabilidade da tecnologia no contexto social, quais são os determinantes sociais, discutir e pontuar os critérios de segurança, efetividade, eficácia, eficiência e impacto clínico e social, calcular o grau de prioridade e rever a consistência da proposta pela instituição solicitante (7).

3.3. Rotas de implementação da Avaliação de Tecnologias em Saúde em hospitais

Com foco na aplicação da ATS como ferramenta das decisões relacionadas à gestão e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde o projeto Avaliação de Tecnologias em Saúde em Hospitais (ATS hospitalar), traduzido livremente de *Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA)*, foi desenvolvido por diversos países e instituições parceiras que discutem sobre a aplicação das respostas em diferentes núcleos e contextos organizacionais que utilizam a ATS na tomada de decisões (31,53). Entender como os hospitais estão estruturados e compreender suas capacidades instaladas é de extrema importância para identificação do potencial das instituições em difundir, disseminar e implementar (30) novas práticas avaliativas na gestão do contexto de saúde local. Para tanto, são criadas parcerias para contribuir com esse processo e disseminar a proposta da ATS hospitalar.

O tomador de decisões precisa reunir as características individuais e potencialidades da instituição para desenvolver a proposta *HB-HTA* e implementar novas práticas de aprimoramento das capacidades avaliativas dos profissionais envolvidos no processo de incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde. A melhor evidência em ATS, disponível nas bases de dados, precisa ser parte das decisões gestoras, contribuindo para melhor uso dos recursos e futuros investimentos em novas tecnologias para o cuidado em saúde (31).

Produzido pela *EUnetHTA*, o *AdHopHTA Handbook* (20) destaca que os hospitais são uma das principais portas de entrada das novas tecnologias em saúde. O *AdHopHTA Handbook* destaca quatro dimensões para implementação de uma Unidade de ATS hospitalar:

Dimensão 1 - Processo de avaliação: as rotas definidas para essa dimensão são ter uma avaliação relevante, confiável, realizada de forma imparcial e transparente com o envolvimento das partes interessadas. Os resultados da avaliação e recomendações devem ser devidamente comunicados às partes interessadas do Hospital; Dimensão 2 - Liderança, estratégia e parcerias: rotas e ferramentas para viabilizar a liderança ativa, assegurando a relação estratégica tanto no Hospital quanto com os principais parceiros, bem como implementar uma clara estratégia de unidade *HB-HTA*. Dimensão 3 - Recursos: rotas e ferramentas para assegurar o suporte de todas as atividades desenvolvidas pela unidade hospitalar de ATS. Dimensão 4 - Impacto: rotas e ferramentas para mensurar o impacto da unidade hospitalar de ATS, frente a sua missão (20).

Um kit de ferramentas (54) foi elaborado pelo Projeto *AdHopHTA* para orientar e ilustrar princípios orientadores para a configuração e funcionamento de uma Unidade de ATS hospitalar (Figura 2).

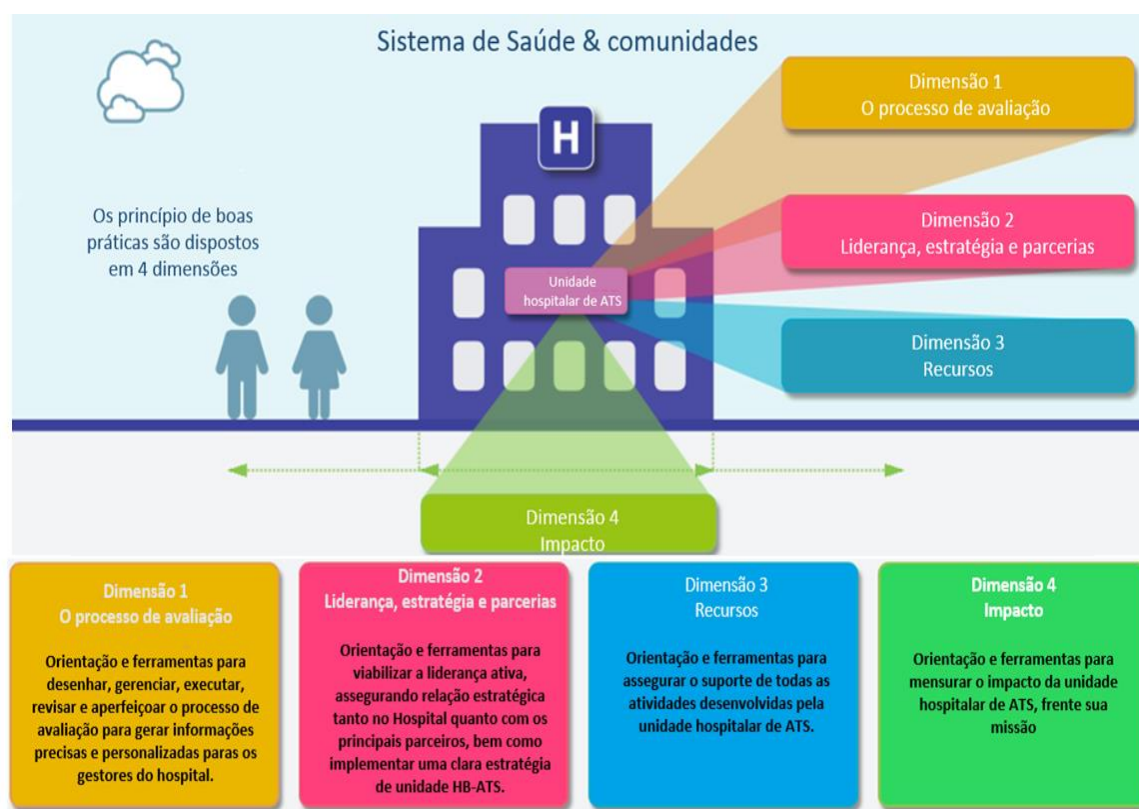


Figura 2. Kit de ferramentas para configuração e funcionamento de uma Unidade de ATS hospitalar (*Toolkit for setting up and running an HB-HTA unit*). Brasília-DF, 2020.

Fonte: Projeto *AdHopHTA*. Disponível em: <http://www.adhophta.eu/toolkit/>.

O uso racional das tecnologias em saúde está inserido na produção, publicação e utilidade de estudos, documentos, relatórios técnicos, informes, instrutivos, diretrizes, pareceres técnico-científicos, notas de revisão rápida, protocolos e demais estratégias aplicáveis que tragam maior qualidade na prática avaliativa do tomador de decisão. Nesse sentido, são necessárias melhores práticas organizacionais das gerências dos hospitais. O *AdHopHTA Handbook* inclui a cooperação na proposta *HB-HTA*. As boas práticas (19) podem ser construídas colaborativamente, por instituições e países que atuam na disseminação das rotas, guias e ferramentas necessárias para o início de uma Unidade de ATS hospitalar. Os profissionais necessitam conhecer a ATS aplicada ao contexto hospitalar e buscar aprimoramento de suas capacidades para implementação.

Utilizando os conceitos disponíveis no *AdHopHTA Handbook* (20) combinados com referências na literatura científica, foram definidos quatro modelos organizacionais de ATS encontrados no contexto hospitalar: (1) modelo embaixador ou grupo autônomo; (ii) grupo matricial de ATS ou mini-ATS; (iii) comitê interno; (iv) unidade de ATS hospitalar.

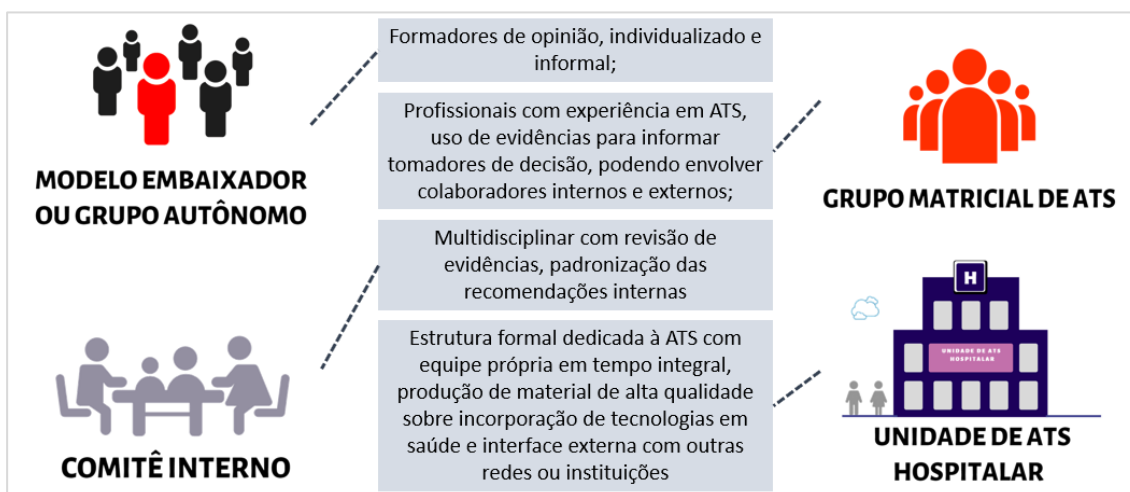


Figura 3. Modelos organizacionais de Avaliação de Tecnologias em Saúde hospitalar. Brasília-DF, 2020.

Fonte: elaboração própria.

Modelo embaixador ou grupo autônomo: opera dentro do hospital de forma individualizada ou independente que pode fornecer apoio às decisões de gestão de uma forma bastante informal. Em geral, esta é a primeira etapa do desenvolvimento de uma unidade de ATS no contexto hospitalar. Nesse cenário, hospital, profissionais e alta gerência, geralmente, não estão plenamente cientes da utilidade da ATS como suporte para a tomada de decisões e alguns “pioneiros” agem de forma voluntária; eles não são dedicados em tempo integral à ATS, mas trabalham para demonstrar como a ATS pode ser útil à gestão hospitalar.

Grupo matricial de ATS ou Mini-ATS: unidades com número limitado de funcionários, mas que são capazes de envolver colaboradores em suas atividades, como as universidades e centros de pesquisa (pesquisadores). O levantamento de informações clínicas, econômicas e demais aspectos relevantes são apresentados por um profissional, com experiência em ATS, para subsidiar a gestão. Quando necessário, organizações externas estão envolvidas nos trabalhos.

Comitê interno: comitê ou grupo multidisciplinar que representa várias perspectivas internas da instituição, revisando as evidências e emitindo recomendações

internas. São unidades aperfeiçoadas de ATS hospitalar com uso de procedimentos padronizados.

Unidade de ATS hospitalar: estrutura formal dedicada à ATS com equipe própria em tempo integral e que produz material de alta qualidade sobre incorporação de tecnologias em saúde. Podem apresentar interface externa com outras redes ou instituições.

Baseados nas experiências internacionais e nacionais, traçar rotas para os modelos organizacionais de ATS disponíveis no DF podem evitar retrabalhos, melhorar a cooperação das atividades, alocação dos recursos, identificação das vantagens e competências e remodelar o jeito de fazer a cobertura e a obtenção da qualidade assistencial (30,31,53).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar níveis de sedimentação da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no contexto hospitalar mundial e no Distrito Federal com o desenvolvimento da estratégia de ATS na Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS).

4.2. Objetivos Específicos

1. Analisar o nível de sedimentação da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) hospitalar em experiências internacionais e nacionais a partir da combinação Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian e das dimensões do Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)*;
2. Descrever as principais atividades para desenvolvimento da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS), considerando a relação com os objetivos da Rede e o perfil de participação de indivíduos e instituições no período entre 2016 e 2019;
3. Estruturar os instrumentos e métodos para mapear e analisar capacidades instaladas dos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para sedimentação da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na atenção hospitalar e inserção na Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de escopo da literatura e uma análise documental, cujo objetivo foi identificar e analisar as práticas hospitalares relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde (ATS) no mundo e no Distrito Federal.

5.1. Atividades referentes ao Objetivo Específico 1

Analisar o nível de sedimentação da ATS hospitalar em experiências internacionais e nacionais a partir da combinação Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian (55,56) e das dimensões do Projeto AdHopHTA (19,20): foi realizada uma revisão de escopo para responder qual o nível de sedimentação da ATS hospitalar em contexto nacional e internacional, a partir do Manual de Revisores do Instituto Joanna Briggs e sua ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist (57,58)*. O protocolo inicial desta revisão foi registrado em 25 de novembro de 2019 (*registration DOI 10.17605/OSF.IO/JTMSC*) e encontra-se disponível na *Open Science Framework*, <https://osf.io/jtmisc>. As seguintes bases de dados bibliográficas eletrônicas foram utilizadas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medline/PubMed*, *Web of Science*, *SciVerse Scopus (Elsevier)* e *Embase*. Utilizou-se o termo *Medical Subject Headings (MeSH) ‘hospital’* em consonância com o termo livre e *‘Hospital-Based Health Technology Assessment’*. Referências adicionais foram encontradas nas referências bibliográficas dos artigos incluídos. O modelo de análise do nível de sedimentação da ATS hospitalar foi composto pela combinação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian e das dimensões do Projeto *AdHopHTA*.

5.2. Atividades referentes ao Objetivo Específico 2

Descrever as principais atividades para desenvolvimento da ReDAPTS, considerando a relação com os objetivos da Rede e o perfil de participação de indivíduos e instituições no período entre 2016 e 2019: foi analisado o acervo de arquivos da ReDAPTS para identificação dos principais acontecimentos históricos e do perfil das participações individuais e institucionais nos eventos técnico-científicos e reuniões da rede. Foram identificadas as principais estratégias realizadas para implementação de uma rede colaborativa no DF, ocorridas entre 2016 e 2019. Caracterizou-se como uma pesquisa descritiva a partir de análise documental contextualizada pelo relato de experiência com a participação do mestrando e das orientadoras que estiveram presente no período do desenvolvimento da referida rede. O relato de experiência descreve as estratégias metodológicas utilizadas e os principais acontecimentos durante o processo de

implementação de um projeto, programa ou situação (59). Para análise documental (60–62), buscou-se a credibilidade dos documentos em reportarem o acontecimento, a autenticidade dos documentos e a cautela do avaliador em saber compor as informações encontradas.

5.3. Atividades referentes ao Objetivo Específico 3

Estruturar os instrumentos e métodos para mapear e analisar capacidades instaladas dos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para sedimentação da cultura de ATS na atenção hospitalar e inserção na ReDAPTS: para definição da pergunta de pesquisa e detalhamento dos critérios de inclusão e exclusão da amostra de hospitais, aplicou-se o acrônimo ECLIPSE (63), conforme o quadro a seguir.

Quadro 1. Esquadrinhamento dos hospitais terciários públicos da rede hospitalar da SES-DF para cada categoria do acrônimo ECLIPSE. Brasília-DF, 2020.

Acrônimo ECLIPSE	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
<i>E (expectativa)</i> Estruturação de Unidades de ATS hospitalar	Hospitais com ou sem Unidade de ATS	Hospitais com ou sem unidade de ATS hospitalar que se recusarem participar
<i>C (população)</i> Hospitais da SES-DF	Hospitais públicos e terciários da SES-DF	Atenção primária e secundária; Unidades Básicas de Saúde; entidade sem fins lucrativos com ou sem atendimento hospitalar; entidades filantrópicas; hospitais privados; instituições com fins lucrativos; instituições de ensino e pesquisa públicas ou privadas sem fins lucrativos
<i>L (localização)</i> Distrito Federal	Hospitais regionais da rede pública do DF	Hospitais do entorno do DF
<i>I (impacto)</i> Fortalecimento das capacidades instaladas em ATS (mapeamento/estruturação)	Gestores, coordenadores, profissionais, equipes e núcleos com ou sem capacidades instaladas em ATS	Profissionais que se recusarem a participar
<i>P (profissionais)</i> Profissionais e entes colaboradores (gestores e atores estratégicos)	Gestores e atores estratégicos do hospital capazes de desenvolver a área de ATS no contexto hospitalar	Profissionais não pertencentes ao hospital especificado
<i>SE (serviço)</i> Promoção do uso e/ou da cultura de ATS no contexto hospitalar e cooperação em rede	Hospitais que possuem ou não a cultura de ATS nas atividades hospitalares	Aqueles que se recusarem a participar

Fonte: elaboração própria.

Foi realizada uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (64), para identificação dos hospitais terciários públicos pertencentes ao território do DF, vinculados à SES-DF e que atendem ao SUS.

Devido às regras de distanciamento social por conta da pandemia da *Coronavirus Disease* (COVID-19), não foi possível avançar para realização de visitas e grupos focais previstos. No entanto, foi possível organizar instrumentos de coleta para implementação de um projeto aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulado “Estratégias para sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde nos hospitais públicos do Distrito Federal”, fruto da chamada pública conjunta entre o CNPq e a Fiocruz Brasília.

No sentido de conhecer a capacidade instalada, as ações em desenvolvimento e se as evidências produzidas contribuem para tomada de decisão no contexto hospitalar, foi elaborado um questionário eletrônico (Apêndice 1 do Objetivo 3), semiestruturado, para os representantes vinculados às áreas de ATS nos hospitais constituintes da amostra.

Para segunda etapa, serão realizados dois grupos focais, conforme roteiro elaborado (Apêndice 2 do Objetivo 3). A realização dos grupos focais objetiva compreender o contexto político-organizacional das unidades hospitalares (65). O primeiro grupo focal será voltado aos informantes-chaves das unidades hospitalares que atuam no campo da ATS. O segundo grupo focal será voltado aos informantes-chaves das unidades hospitalares que compõem essa amostra e que não possuem ATS no contexto hospitalar. Neste caso, seria solicitado à diretoria da unidade hospitalar que indicasse um representante. A expectativa com esse grupo é identificar a predisposição desses hospitais para estruturar uma unidade de ATS e desenvolver colaborações em rede.

Para análise dos dados obtidos nos grupos focais será utilizado o *software IRAMUTEQ* versão 0.6. Trata-se de um programa, gratuito, que realiza diferentes tipos de análise de dados textuais, como a lexicografia básica que faz o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente e análise de sentidos das falas dos participantes (66).

5.4. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz Brasília (CEP/EFG/Fiocruz Brasília). Parecer consubstanciado n. 3.834.956, aprovado em 12 de fevereiro de 2020.

Para aplicação *in loco* nos hospitais públicos e por ter como público-alvo profissionais que atuam na SES-DF, esta pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). A FEPECS tem responsabilidade pela avaliação do mérito e da relevância do desenvolvimento de pesquisas no âmbito da SES-DF e entidades vinculadas. Os aspectos legais e éticos desta pesquisa estão de acordo com a Resolução 196/96 e 466/2013 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas).

Os métodos previstos neste estudo podem envolver riscos causadores de danos, desconfortos e constrangimentos quando há falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação. Também se observa que, dependendo do tipo de questão, a aplicação do questionário ou a condução do grupo focal podem provocar níveis incomuns de constrangimento, causando experiências negativas, cansaço ou aborrecimento ao responder.

6. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma de artigos correspondendo aos objetivos específicos da dissertação.

O primeiro artigo, “Sedimentação da Avaliação de Tecnologias em Saúde em hospitais: uma revisão de escopo”, trata-se de uma revisão da literatura acerca do tema *Hospital-Based Health Technology Assessment*, traduzido livremente para Avaliação de Tecnologias em Saúde hospitalar. Trata-se de uma revisão de escopo para categorizar níveis de sedimentação da cultura de ATS nos hospitais em âmbito mundial. O Artigo 1 corresponde ao Objetivo Específico 1, “analisar o nível de sedimentação da ATS hospitalar em experiências internacionais a partir da combinação Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian e das dimensões do Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)*”, desta dissertação.

O segundo artigo “Desenvolvimento da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS)” corresponde ao Objetivo Específico 2. Trata-se de um estudo descritivo e documental comparando atividades de capacitação realizadas entre 2016 e 2019 e os objetivos da ReDAPTS.

A última seção foi composta pelos resultados correspondentes ao Objetivo Específico 3, ou seja, apresentou os instrumentos e métodos elaborados para mapear e analisar capacidades instaladas dos hospitais públicos da SES-DF.

6.1. Artigo 1 – SEDIMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO DE ESCOPO

SEDIMENTATION OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HOSPITALS: A SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: analisar o nível de sedimentação da ATS hospitalar em diversos contextos. **Método:** revisão de escopo segundo metodologia do Instituto Joanna Briggs, cujo modelo de análise dos dados foi composto pela combinação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian e das dimensões do Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)*. **Resultados:** 270 estudos foram identificados, após remoção de duplicatas e leitura de textos completos, 36 referências atenderam critérios de elegibilidade. Trinta e seis hospitais foram identificados, sendo 24 Hospitais de Grande Porte com capacidade extra de leitos (HGPE). Vinte e três hospitais tinham vínculos universitários. Destaque ao Canadá com cinco hospitais universitários, sendo quatro com financiamento público. Metade dos hospitais identificados tinham Unidades de ATS hospitalar (18/36). Hospitais com nível sedimentado corresponderam a 75% (27/36) e parcialmente sedimentado a 25% (9/36). Não houve hospital com sedimentação incipiente. **Conclusão:** mensurar o nível de sedimentação da ATS nos hospitais identificados contribui para maior compreensão do campo da ATS hospitalar, uma vez que os estudos desta revisão apontam sustentabilidade, crescimento e evolução da ATS hospitalar em países com e sem tradição com o tema.

Palavras-chave: Avaliação da Tecnologia Biomédica; Hospitais; Gestão em Saúde; Tomada de decisão; Governança.

ABSTRACT

Objective: to analyze the Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA) sedimentation level in different contexts. **Method:** scoping review according to the Joanna Briggs Institute methodology, whose data analysis model was composed by the combination of the Donabedian's dimensions (Structure, Process and Result), and the Project Adopting Hospital-Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA) dimensions. **Results:** 270 studies were identified, and after removing duplicates and reading full texts, 36 references met eligibility criteria. Thirty-six hospitals

were identified, 24 of which were large Hospitals with extra beds capacity (HGPE). Twenty-three hospitals had university ties. Canada stands out with five university hospitals, four with public funding. Half of the identified hospitals had hospital HTA Units (18/36). Hospitals with a sedimented level corresponded to 75% (27/36) and partially sedimented level to 25% (9/36). There was no hospital with incipient sedimentation. **Conclusion:** measuring the HTA sedimentation level in the identified hospitals contributes to a better understanding of the hospital HTA field, since the studies in this review point to the sustainability, growth and evolution of hospital HTA in countries with and without tradition with the theme.

Keywords: Technology Assessment, Biomedical; Hospitals; Health Management; Decision Making; Governance.

O artigo será submetido na Cadernos de Saúde Pública (dezembro de 2020).

INTRODUÇÃO

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem criado diferentes processos de incorporação para cobertura de tecnologias nos serviços de saúde (1). Cada um dos diversos países tem experimentado mecanismos de ATS de forma adaptada (2,3) aos seus contextos, tendo em vista a transição demográfica e epidemiológica (4), as pressões econômicas e tecnológicas (5), a expansão da oferta de tecnologias e os escassos investimentos financeiros (1,6,7).

Devido à grande quantidade de tecnologias em saúde demandadas para introdução em ambientes hospitalares (8), evidências científicas e demais informações orientadoras que contribuem com o processo decisório são necessárias para otimizar o uso dos avanços tecnológicos (8). Muitos fatores influenciam esse processo, como expectativas da sociedade por novas tecnologias e alta demanda por cuidados, aumento dos custos relacionados à falta de racionalidade técnica na aquisição de tecnologias e, conseqüentemente, impacto orçamentário e organizacional, ao curto e longo prazo, sobre as finanças hospitalares e para a assistência ao paciente (9).

A utilização da ATS em hospitais contribui para subsidiar a tomada de decisão, capacitação profissional, aproximação do conhecimento técnico ao científico, economia de recursos e parcerias (10–14). A implementação da ATS colocou os hospitais em um local estratégico no campo da gestão clínica e qualidade do cuidado (9), aberto a parcerias com agências e grupos nacionais e internacionais (3), como o subgrupo *Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA)*, criado em 2006 pela Sociedade Internacional de ATS (*Health Technology Assessment International*) (4). Reconhecer o hospital nesse local estratégico fez com que as redes de agências de ATS mobilizassem conhecimento e ferramentas para melhorar a gestão hospitalar.

Traduzida livremente do termo internacional *HB-HTA*, o uso da ATS hospitalar é expressivo em todo o mundo (1) pois permite desenvolver processos, lideranças, ferramentas e métodos de boas práticas em ATS adaptados ao contexto hospitalar (2,3) para melhoria de tratamentos, diagnósticos, serviços e otimização dos recursos hospitalares (2).

Em que pese o movimento *HB-HTA*, a aplicação incipiente da ATS no processo de decisão hospitalar está ligada ao incipiente planejamento (6) e mundialmente ainda existem fragilidades (1). Destacam-se a escassez de recursos e orçamento próprio para atividades de ATS, falta de equipe qualificada para gestão de evidências úteis aos processos decisórios, bloqueio à utilização das evidências e resistência à mudança por

parte de gestores e profissionais (1,2,8,9,15). (4). Para minimizar estas barreiras, a exploração de modelos organizacionais (2) pode ser uma estratégia de reorganização da *HB-HTA*.

A combinação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian (16,17) e das dimensões do Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)* (2,3) podem apoiar a definição de modelos propícios para o contexto de países como o Brasil, cujas barreiras também são observadas, apesar de algumas regiões brasileiras apresentarem alta capacidade de produção. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar o nível de sedimentação da ATS hospitalar no contexto nacional e internacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo para responder qual o nível de sedimentação da ATS hospitalar em experiências nacionais e internacionais. O modelo de análise foi composto pela combinação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian (16,17) e das dimensões do Projeto *Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in European Union (AdHopHTA)* (2,3).

Para fins deste estudo, entende-se como ‘sedimentação’ a disposição de recursos, processos, métodos e ações para implementação efetiva da ATS no contexto hospitalar, considerando as características que definem uma Unidade de ATS hospitalar, ou seja, sedimentadas na formalização, especialização, integração, autoridade e profissionalização (2,18).

Esta revisão segue as orientações do Manual de Revisores do Instituto Joanna Briggs e sua ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* (19,20). O protocolo inicial desta revisão foi registrado em 25 de novembro de 2019 (*registration DOI 10.17605/OSF.IO/JTMSC*) e encontra-se disponível na *Open Science Framework*, <https://osf.io/jtmisc>.

Crítérios de elegibilidade

Foram considerados artigos completos com dados quantitativos ou qualitativos sobre experiências específicas, relacionadas à gestão, governança, estrutura e organização da ATS em hospitais. A busca não foi limitada por país, ano de publicação ou idioma. Foram excluídos resumos e artigos que não abordavam contextos específicos de hospitais

e com ênfase em resultados de eficácia e segurança de tecnologias específicas, salvo quando apresentavam experiências com critérios e modelos de avaliação utilizados pelos hospitais identificados.

Fontes de informação e estratégia de busca

As seguintes bases de dados bibliográficas eletrônicas foram utilizadas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medline/PubMed*, *Web of Science*, *SciVerse Scopus (Elsevier)* e *Embase*. Utilizou-se o termo *Medical Subject Headings (MeSH)* ‘hospital’ em consonância com o termo livre e ‘*Hospital-Based Health Technology Assessment*’. A busca foi executada em 23 de novembro de 2019, conforme estratégia de busca completa por base de dados (Apêndice 1). Referências adicionais foram encontradas nas referências bibliográficas dos artigos incluídos.

Elegibilidade e processos de seleção

Remoção de duplicatas, utilizando o *software Mendeley* (<https://www.mendeley.com/>). Processo de seleção com leitura de título e resumo realizado por dois revisores (JPSG, FTSE) utilizando o *software Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)* (<https://rayyan.qcri.org/welcome>). Leitura de texto completo realizada por um revisor (JPSG) e um outro para resolução de dúvidas (EBC).

Extração de dados

A extração de dados foi realizada por um revisor (JPSG) e outras duas revisoras (FTSE, EBC) foram consultadas em caso de dúvidas sobre a classificação dos hospitais identificados. Utilizou-se o *software Microsoft Excel* (2016) para construção da tabela de extração.

Oito variáveis de interesse foram definidas: título, autor, ano, país, tipo de estudo, hospital identificado, porte e perfil assistencial do hospital, modelo organizacional de ATS hospitalar e outras dimensões de análise.

A identificação do porte e perfil assistencial foi realizada através de buscas nos sítios eletrônicos dos hospitais identificados. O porte do hospital (21) foi identificado a partir da quantidade de leitos disponibilizada. Hospitais com até 50 leitos foram identificados como de pequeno porte; com capacidade de 51 a 150 leitos de médio porte; capacidade de 151 a 500 leitos de grande porte; e com 500 leitos ou mais de grande porte

com capacidade extra de leitos. Para o perfil assistencial dos estabelecimentos (21), utilizou-se hospital universitário, especializado ou de ensino e pesquisa, conforme descrições nos sítios eletrônicos dos hospitais identificados.

A variável modelo organizacional de ATS hospitalar, baseou-se na estrutura do *The AdHopHTA Handbook* (2,22), correspondendo às categorias: ‘modelo embaixador ou grupo autônomo’ formadores de opinião que agem de maneira ainda individualizada e informal; ‘grupo matricial de ATS ou mini-ATS’ profissionais com experiência em ATS que utilizam evidências relevantes (clínicos, econômicos, epidemiológicos e organizativos) para informar tomadores de decisão, podendo envolver colaboradores internos e externos; ‘comitê interno’ multidisciplinar com revisão de evidências, perspectivas e recomendações internas padronizadas; ‘unidade de ATS hospitalar’ estrutura formal dedicada à ATS com equipe própria em tempo integral, produção de material de alta qualidade sobre incorporação de tecnologias em saúde e interface externa com outras redes ou instituições.

Vinte e uma dimensões de análise foram identificadas e distribuídas nos eixos Estrutura, Processo e Resultado. Foram considerados no eixo Estrutura os aspectos financeiros, legais e normativos, sistemas para compartilhamento de informações, modelos vigentes, governança e parcerias para desenvolvimento da ATS hospitalar. No eixo Processo as ferramentas para pesquisa, desenvolvimento e monitoramento da ATS. E no eixo Resultado os indicadores financeiros, capacitações, mudanças na organização clínica e gerencial e desafios para sustentabilidade da ATS nos serviços de saúde (16,17).

As vinte e uma dimensões de análise foram classificadas em consonância às dimensões para boas práticas em ATS hospitalar do Projeto *AdHopHTA* (2,3): Processo avaliativo (D1); Liderança, estratégia e parcerias (D2); Recursos (D3); e Impacto (D4), conforme Modelo Teórico (Figura 1).

Análise dos dados

Os hospitais identificados nas referências selecionadas receberam um ponto para cada uma das vinte e uma dimensões de análise (Figura 1), caso apresentassem a informação correspondente. Em casos de apresentarem mais de um hospital identificado, o ponto da dimensão de análise foi dividido pelo número de hospitais identificados. Um grupo focal de três especialistas na área de ATS por meio de consenso harmonizou os vinte e um pontos das dimensões de análise entre os eixos, Estrutura, Processo e Resultado, resultando em até sete pontos para cada eixo. Se o eixo resultou em 1 ou 2 foi

caracterizado como incipiente (pontuação 0,0); de 3 a 5 como parcial (pontuação 0,5); e 6 ou 7 como sedimentado (pontuação 1,0). Após análise e somatório dos dados, foi verificada a sedimentação das ações de ATS nos hospitais identificados em três níveis (2): ‘sedimentação incipiente’ (0,0 ou 0,5 pontos finais) que corresponde à incipiente ou baixa sustentação da proposta da ATS nos hospitais identificados; ‘parcialmente sedimentado’ (1,0 ou 1,5 pontos finais) que não apresenta estrutura ou processo de ATS hospitalar totalmente amadurecido, mas apresenta resultados; e ‘sedimentado’ (2,0, 2,5 ou 3,0 pontos finais) com estrutura, processo e resultados definitivos e formalizados (Figura 1).

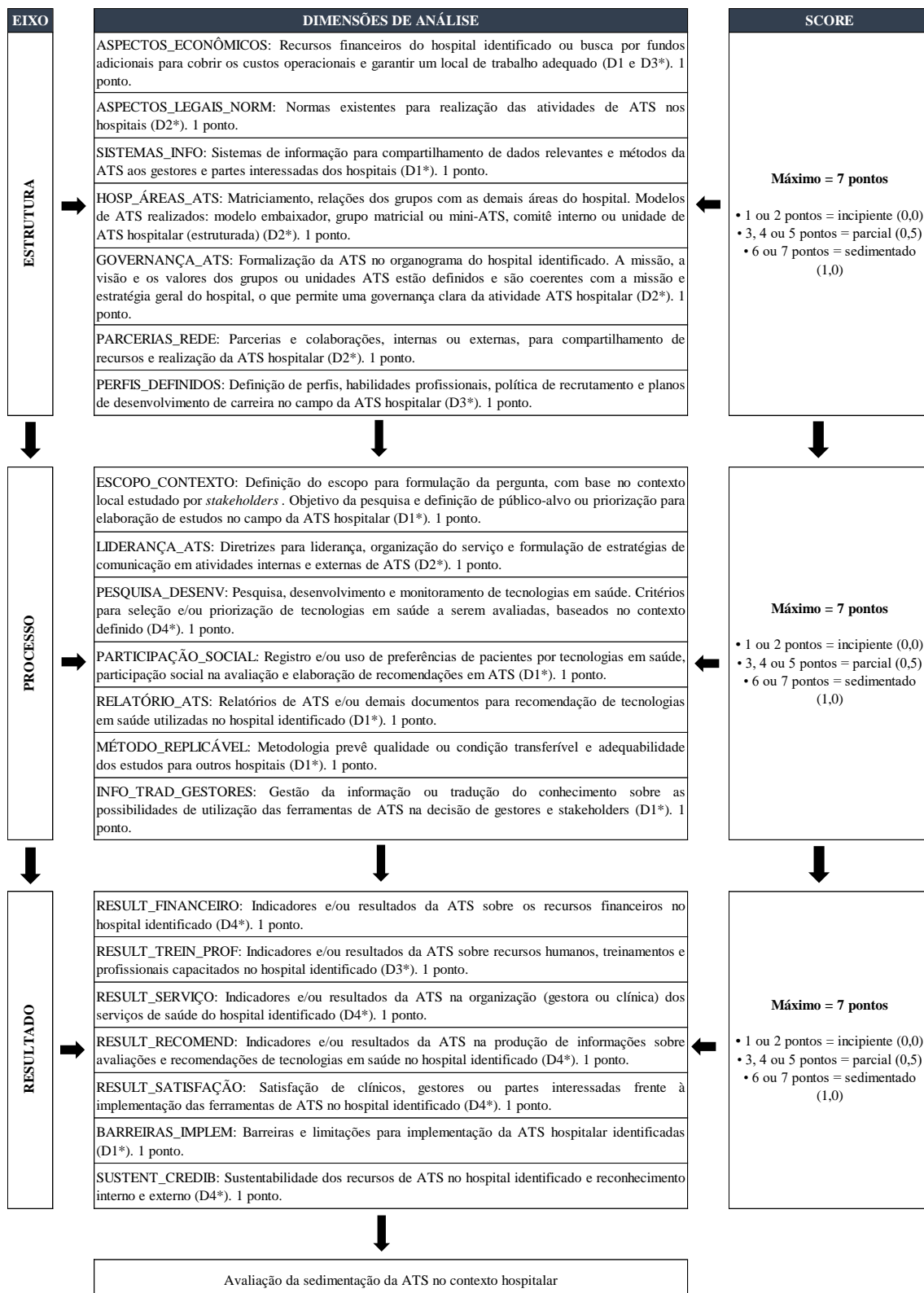


Figura 1. Modelo para caracterização dos estudos incluídos. Brasília-DF, 2020.

* Dimensões do Modelo AdHopHTA (2,3).

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

Busca e seleção dos estudos

No total, a busca identificou 270 estudos, restando 74 estudos para leitura completa, sendo elegíveis 14. Uma busca manual nas referências dos artigos elegíveis foi realizada e 22 estudos foram incluídos na pesquisa, totalizando 36 referências (Figura 2).

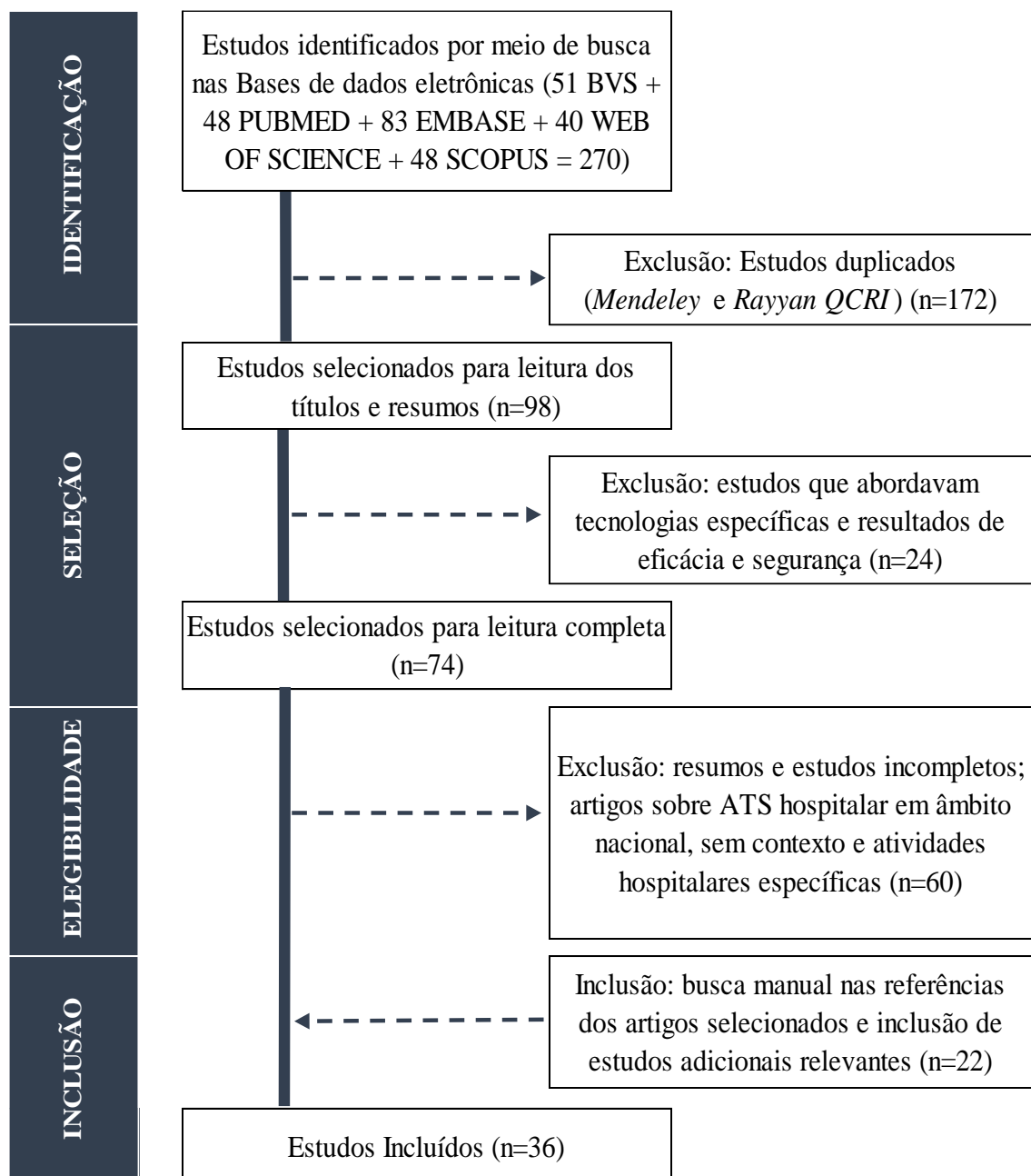


Figura 2. Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos estudos. Brasília-DF, 2020.

Fonte: Elaboração própria, conforme *PRISMA-ScR Checklist* (19,20).

Características dos estudos incluídos

Os 36 estudos incluídos foram publicados entre 2005 e 2019, com 58,3% publicados em 2016. A referência especializada para extração dos estudos adicionais foi o livro *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment* (1), o que resultou no maior quantitativo de estudos publicados no ano de 2016. Dezenove países foram identificados. Artigos e capítulos de livro compuseram os estudos incluídos na pesquisa e cinco estudos (23–27) contextualizaram mais de um hospital por estudo.

Foram identificados 36 hospitais nos estudos incluídos. Cinco hospitais canadenses, *Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke* (H11), *McGill University Health Centre* (H12), *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal* (H13), *Centre Hospitalier Universitaire de Québec – Université Laval* (H14) e *Hospital for Sick Children Peter Gilgan Centre for Research and Learning* (H15), foram maioria dentre os identificados, totalizando 13,9% (5/36).

Quanto ao porte hospitalar, Hospitais de Grande Porte com capacidade extra de leitos (HGPE) foram maioria e corresponderam a 66,7% (24/36), seguidos de Hospitais de Grande Porte (HGP) com 25% (9/36) e Hospitais de Médio Porte (HMP) com 8,3% (3/36). Não foram identificados Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

Quanto ao perfil assistencial, 23 hospitais tinham vínculos universitários, com destaque para HGPE com 82,6% (19/23). Nove hospitais eram especializados e a maioria era HGP com 44,4% (4/9). Quatro hospitais de ensino e pesquisa que não possuíam ou não especificaram vínculo com universidades foram identificados, sendo a maioria HGPE com 75% (3/4). Do total de hospitais identificados, 19 eram HGPE com vínculos universitários e 89,5% (17/19) tinha financiamento público. Destaque ao Canadá com quatro hospitais universitários de financiamento público.

Quanto ao modelo organizacional de ATS, metade dos hospitais identificados tinham Unidades de ATS hospitalar (18/36), seguidos por Grupo matricial de ATS ou Mini-ATS com 19,4% (7/36), Unidade de ATS hospitalar combinada ao modelo Comitê interno com 16,7% (6/36), Comitê interno com 11,1% (4/36) e Modelo embaixador ou grupo autônomo com 2,8% (1/36).

Tabela 1. Características dos estudos incluídos e hospitais identificados. Brasília-DF, 2020.

PAÍS	ESTUDO/ FONTE/ANO	AUTOR	HOSPITAL IDENTIFICADO	PORTE E PERFIL ASSISTENCIAL	MODELO ORGANIZACIONAL DE ATS HOSPITALAR		
África do Sul	E1 (28)/2016	Mueller e Govender	Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital (H1)	Hospital público universitário de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar		
Argentina	E2 (8)/2015	Demirdjian	Hospital de Pediatria Garrahan (H2)	Hospital público especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar		
	E3 (23)/2016	Demirdjian et al.	Hospital de Pediatria Garrahan (H2)				
Austrália	E4 (24)/2011	Saaid et al.	Hospital El Cruce (H3)	Hospital público especializado de médio porte	Comitê Interno		
			Hospital A (H4)	Hospital privado sem fins lucrativos especializado de grande porte	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS		
			Hospital B (H5)	Hospital privado sem fins lucrativos especializado de médio porte	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS		
			Hospital C (H6)	Hospital privado sem fins lucrativos especializado de médio porte	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS		
Brasil	E5 (4)/2013	Nunes et al.	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (H8)	Hospital público universitário de grande porte	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS		
			E6 (25)/2016	Santos et al.	Instituto Nacional de Cardiologia (H9)	Hospital público de ensino e pesquisa de grande porte	Unidade de ATS Hospitalar
					Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (Grupo Hospitalar Conceição) (H10)	Hospital público de ensino e pesquisa de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar

Canadá	E7 (29)/2016	Bellemare et al.	Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (H11)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E8 (30)/2017	Poder			
	E9 (31)/2018	Poder et al.			
	E10 (32)/2019	Poder et al.			
	E11 (10)/2005	McGregor e Brophy	McGill University Health Centre (H12)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E12 (11)/2016	McGregor			
	E13 (12)/2019	Almeida et al.			
	E14 (33)/2016	Lepanto	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (H13)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno
	E15 (34)/2016	Rhains, Asselin e Coulombe	Centre Hospitalier Universitaire de Québec–Université Laval (H14)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E16 (35)/2016	Ungar	Hospital for Sick Children Peter Gilgan Centre for Research and Learning (H15)	Hospital público universitário e especializado de grande porte	Unidade de ATS Hospitalar
Cazaquistão	E17 (15)/2016	Kosherbayeva et al.	First General City Hospital of Astana (H16)	Hospital privado especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E18 (36)/2018	Avdeyev et al.	Medical Centre Hospital of the President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan (H17)	Hospital privado especializado de grande porte	Unidade de ATS Hospitalar

Dinamarca	E19 (37)/2016	Kidholm e Ølholm	Odense University Hospital (H18)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
Espanha	E20 (26)/2016	Sampietro-Colom et al.	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (H19)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
			Hospital Universitario Virgen del Rocío (H20)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno
			Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (H21)	Hospital público universitário e especializado de grande porte	Comitê Interno
Estados Unidos da América	E21 (38)/2010	Mitchell et al.	Penn Presbyterian Medical Center (H22)	Hospital privado sem fins lucrativos especializado de grande porte	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno
Finlândia	E22 (39)/2016	Roine e Pasternack	Helsinki University Central Hospital (H23)	Hospital privado sem fins lucrativos universitário especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS
França	E23 (40)/2016	Barna et al.	Paris University Hospital (H24)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
Holanda	E24 (41)/2016	Wilt et al.	Radboud University Medical Center (H25)	Hospital público universitário de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
Israel	E25 (42)/2019	Tal, Booch e Bar-Yehuda	Yitzhak Shamir Medical Center - Assaf Harofeh (H26)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno
Itália	E26 (13)/2005	Catananti, Cicchetti e Marchetti	Agostino Gemelli University Hospital (H27)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E27 (14)/2016	Marchetti e Cicchetti			
	E28 (43)/2014	Miniati et al.	Florence Teaching Hospital - Careggi University Hospital AOUC (H28)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E29 (44)/2015	Manzi et al.	Siena University Hospital (H29)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno

Nova Zelândia	E30 (45)/2014	Munn	Auckland District Health Board - Auckland City Hospital (H30)	Hospital público de ensino e pesquisa e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno
	E31 (46)/2016	Fitzgerald et al.			
Singapura	E32 (47)/2016	Pwee e Chow	Changi General Hospital (H31)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Comitê Interno
Suécia	E33 (48)/2016	Jivegård et al.	Sahlgrenska University Hospital (H32)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS
Suíça	E34 (49)/2016	Grenon, Pinget e Wasserfallen et al.	Lausanne University Hospital (H33)	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar
	E35 (27)/2016	Wasserfallen e Pinget	Lausanne University Hospital (H33); Geneva University Hospital (H34);	Hospital público universitário e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Comitê Interno
			Estabelecimentos do Hospital Northern Vaudois (H35)	Hospital privado especializado de grande porte	Modelo Embaixador ou Grupo Autônomo
Turquia	E36 (50)/2016	Kahveci et al.	Ankara Numune Training and Research Hospital (H36)	Hospital público de ensino e pesquisa e especializado de grande porte com capacidade extra de leitos	Unidade de ATS Hospitalar

Legenda: E1 a E36: estudos incluídos na revisão. H1 a H36: hospitais identificados.

Fonte: elaboração própria.

Nível de sedimentação e perfil das ações de Avaliação de Tecnologias em Saúde nos hospitais identificados

Constatou-se, nos estudos analisados (Tabela 1), que dos hospitais identificados, 75% (27/36) foram caracterizados como hospitais com nível sedimentado e 25% (9/36) com nível parcialmente sedimentado da ATS. O estudo não identificou hospitais com o nível de sedimentação incipiente (Quadro 1).

Hospitais sedimentados

Dentre os 27 hospitais que apresentaram o nível sedimentado (Quadro 1), nove somaram maior pontuação na análise final (H2, H3, H13, H18, H19, H20, H21, H27 e H36) e apresentaram Unidades de ATS hospitalar ou Comitês internos apoiados financeiramente pela administração para desenvolverem relatórios e emitir recomendações. As equipes eram multidisciplinares e contavam com capacitação profissional. Todos informaram a presença de um processo formal para solicitar relatórios e recomendações acessíveis e traduzidas ao tomador de decisão. O método de relatórios e recomendações, adaptado ao contexto do hospital, foi caracterizado como replicável a outros hospitais. Com a implementação da ATS houve redução de custos e mudanças no processo de incorporação de tecnologias, com reconhecimento e suporte de profissionais e gestores.

Os hospitais com nível sedimentado de ATS tiveram representação de 14 países. O Canadá apresentou o maior quantitativo de estudos e hospitais identificados. Dez estudos do Canadá destacaram quatro HGPE e um HGP, universitários com Unidades de ATS hospitalar (H11-H15). Todos os hospitais canadenses identificados (H11-H15) apresentaram o nível sedimentado. A Itália apresentou quatro estudos que corresponderam ao contexto de três HGPE universitários com Unidades de ATS hospitalar. H27 e H28 apresentaram o nível sedimentado, sendo que H27 era parcialmente sedimentado e tornou-se sedimentado ao longo do tempo. No H29 foi identificada uma colaboração entre o Comitê interno de ATS e a Unidade de ATS hospitalar.

Dos seis hospitais com mais de um modelo organizacional de ATS, 83,3% (5/6) apresentaram o nível sedimentado (H13, H20, H22, H26 e H30).

Todos os hospitais de nível sedimentado identificados da Argentina, Brasil, Canadá, Cazaquistão, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, França, Israel, Itália, Nova Zelândia, Suécia, Suíça e Turquia apresentaram a utilização de relatórios de forma breve

ou completa, podendo ser combinado com outros estudos para emissão de recomendações à gestão hospitalar.

Hospitais parcialmente sedimentados

Nove hospitais de seis países apresentaram o nível parcialmente sedimentado (Quadro 1). Nos hospitais H4, H5, H6, H7 e H23 haviam Grupos matriciais de ATS ou mini-ATS sem financiamento fixo para produção de estudos e da ferramenta mini-ATS. Somente o H23 destacou a presença de um formulário padronizado com critérios formais para planejamento, determinação das prioridades e atenção à tradução do conhecimento de forma aplicada às demandas do tomador de decisão (39). Todos os hospitais destacaram ter equipes e partes interessadas incompletas e com a presença de médicos em sua maioria. Não houveram discussões aprofundadas sobre adaptabilidade do método utilizado ao contexto interno e nem sobre replicabilidade externa. Os hospitais destacados não apresentaram resultados significativos relacionados ao processo de incorporação de tecnologias em saúde.

Nos hospitais H1 e H25 haviam Unidades de ATS, sendo que H1 não especificou orçamento fixo, equipes capacitadas ou apoio administrativo para sua Unidade (28). Ambos apresentaram processo formalizado com critérios para planejar e determinar prioridades adaptadas às configurações locais dos departamentos clínicos e da administração hospitalar. Somente H25 apresentou redução de custos e melhoria do processo, o que resultou na qualidade das tecnologias implementadas (41).

No H29 havia uma Unidade de ATS hospitalar em parceria com Comitê interno sem especificação de organização estável ou orçamento fixo. O hospital apresentou uma comissão multidisciplinar com grupos de trabalhos, colaborativos com outras instituições, para comparação das necessidades do território e avaliação de compra, aluguel ou descarte de tecnologias em saúde. Possui processo formal para ATS e produção de estudos para apoio processual. Houve redução de custos e avaliação do preço médio de compra das tecnologias (44).

No H31 haviam Comitês internos com financiamento, mas sem processos integrados para apoiar a governança de novos serviços e tecnologias. Destacaram a presença de equipes multidisciplinares capacitadas para realizar treinamentos, revisões rápidas e apoiar outros comitês e departamentos hospitalares. Houveram buscas pela alocação de recursos eficientes do orçamento hospitalar e análise de evidências para formulação de políticas públicas sobre as tecnologias do hospital (47).

Todos os hospitais de nível parcialmente sedimentado identificados da África do Sul, Austrália, Finlândia, Holanda, Singapura e Itália apresentaram perspectivas para sustentabilidade da ATS, pois previram esforços na área. Na África do Sul foram previstos esforços coordenados a nível nacional, regional e local. Nos hospitais australianos as autoridades, organizações e empresas que supervisionam o setor privado devem promover fortemente a introdução da mini-ATS nos hospitais públicos e privados. Na Finlândia existem estratégias nacionais e locais sobre a efetividade na tomada de decisão do hospital, mas necessitam de maiores ações na prática hospitalar. Na Holanda existe uma grande demanda para ATS hospitalar na produção de informações importantes para apoiar departamentos clínicos e conselhos do hospital. No hospital de Singapura a ATS está em fase inicial, entretanto os profissionais estão envolvidos com a comunidade científica nacional e internacional de ATS. Na Itália existe uma organização das comissões do hospital, mas ainda não estável.

Características da sedimentação de processos nos hospitais

Todos os hospitais elaboraram critérios específicos resultando em ferramentas, sedimentadas e parcialmente sedimentadas, derivadas de relatórios, recomendações e/ou estudos de ATS, considerando a viabilidade, o conhecimento local e os critérios estabelecidos pela Unidade. H4, H5, H6, H7 (24) e H27 em sua fase inicial (13), possuíam critérios específicos, mas com processo em desenvolvimento e sem padronização.

O principal método utilizado pela maioria dos hospitais foi o relatório de ATS. Esta ferramenta pode ser baseada em aspectos técnicos ou ser fundamentada em evidências de revisões da literatura científica para avaliação da relevância e aplicabilidade local (29). São emitidas recomendações com subsídios simples, transparentes e acessíveis (4,8,43), para sustentação da prática clínica e tomada de decisão em hospitais. A versão curta da ferramenta possui uma breve avaliação das vantagens e desvantagens de uma tecnologia local (29). Os relatórios podem ser submetidos às reuniões nacionais e internacionais, revistas científicas e os resumos publicados no formato de boletins informativos (23,34,40).

De forma geral, acredita-se que essas ferramentas precisam ter papel consultivo a fim de oferecer recomendações à gestão hospitalar no processo de aquisição ou retirada de tecnologias em saúde. Um conhecimento mais específico e adaptado ao contexto local pode também não apresentar replicabilidade do método a outras instituições, como destacado pelo hospital canadense *Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke* (29–

32). Neste hospital, a utilização da ATS criou uma coerência organizativa específica ao processo local, que resultou em parcerias entre gestores, profissionais e representantes de usuários para produção de recomendações e desenvolvimento de políticas, mas que não é replicável a outros contextos por demandar recursos e habilidades específicas para condução dos estudos (32).

Barreiras para sedimentação da ATS hospitalar

Trinta e dois hospitais, mesmo aqueles classificados como sedimentados, reportaram como barreiras a capacidade para elaborar e manter o cumprimento das diretrizes e das formalidades locais para implementação da ATS hospitalar. Somente H1, H10, H24 e H25 não reportaram esta barreira (25,28,40,41). Contudo, os estudos apresentaram outros aspectos que limitavam e/ou dificultavam a sedimentação da ATS hospitalar, como a falta de transparência, planejamento e agilidade no processo de aquisição de tecnologias (27/36); inércia profissional e resistência à mudança (26/36); não adesão às ferramentas ATS ou outras derivações de apoio à decisão local (21/36); capacitações, orientações e habilidades técnicas insuficientes (21/36); falta de reconhecimento interno e externo (20/36); falta de apoio administrativo, financeiro ou governamental (16/36); garantia da decisão baseada em evidências, sem influências (13/36); gerência desacreditada sobre as decisões tomadas coletivamente (13/36); escassez de evidências qualificadas (11/36); e por fim, a falta de dedicação exclusiva, relacionada ao tempo e rotatividade de profissionais (8/36).

Os modelos organizativos presentes nos hospitais precisam de recursos constantes para que a prática da ATS hospitalar contribua para qualidade e segurança na adoção das tecnologias. O abandono de práticas inovadoras (33) pelo não financiamento, reconhecimento e/ou acompanhamento dos processos foi citado em um estudo (33).

Segundo os estudos selecionados, os gestores que não possuem financiamento interno podem optar, conforme o seu contexto, por outras fontes de financiamento, como reembolso de procedimentos (25); busca por apoio financeiro e orçamentos hospitalares (14); financiamento externo (29); subsídios competitivos (26,35); buscas de recursos em departamentos de saúde ou conselhos regionais (15,46) e financiamentos de organizações nacionais para área de ATS (37,41).

Quadro 1. Nível de sedimentação dos hospitais identificados nos estudos incluídos. Brasília-DF, 2020.

HOSPITAIS IDENTIFICADOS	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36
ESTRUTURA	0,5	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	1,0	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0
PROCESSO	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0
RESULTADO	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	1,0
NÍVEL DE SEDIMENTAÇÃO	1,5	3,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,5	2,5	2,0	2,5	3,0	2,5	2,5	2,5	2,5	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	1,5	2,0	1,5	2,0	3,0	2,5	1,5	2,0	1,5	2,5	2,0	2,0	2,0	3,0

Legenda: H1 a H36: hospitais identificados. Estrutura, Processo e Resultado: 21 pontos foram divididos entre os eixos, resultando em 7 pontos para cada eixo. Se pontuou 1 ou 2 = 0,0; de 3 a 5 = 0,5; 6 ou 7 = 1,0 para o eixo correspondente. Nível de Sedimentação: soma de todos os eixos. Se 0,0 ou 0,5 = Sedimentação Incipiente; 1,0 ou 1,5 = Parcialmente Sedimentado; 2, 2,5 ou 3 = Sedimentado.

Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo identificou níveis de sedimentação em trinta e seis hospitais, sendo a maioria classificada como sedimentada porque completou critérios de estruturação de modelos organizativos de ATS, apresentou etapas do processo da ATS e demonstrou os resultados práticos para o nível hospitalar.

Resultados práticos para gestão hospitalar estavam relacionados com a própria capacidade da equipe hospitalar conseguir mostrar valor ao campo da ATS no âmbito da gestão hospitalar e quando tais equipes também contribuía com as políticas gerais de cobertura adotadas em seus países. Hailey et al. (51) e Favaretti et al. (52) corroboram com esses achados ao apresentarem estudos sobre impactos da ATS em nível local e nacional. Novaes et al. (53) reportam que a adoção de processos deliberativos quando inseridos em estruturas de avaliação de valor podem imprimir mais legitimidade, tanto nas deliberações como na priorização de tecnologias.

A alocação de recursos fixos para os modelos organizativos presentes nos hospitais foi especificada em dezessete hospitais sedimentados. Esse achado pode ser corroborado por Attieh et al. (54), que em revisão sistemática reportou efeitos e repercussões da adoção de ATS por hospitais, mostrando que ao trazer economias para os hospitais, a ATS proporcionou permanência de profissionais dedicados e sustentação de modelos organizativos.

A sustentabilidade do apoio e do compromisso gerencial em manter as estruturas de ATS hospitalar foram fatores-chave para crescimento interno e externo segundo os estudos (8,23). Francisco e Malik (6) referem que a sustentação da ATS hospitalar ao longo do tempo está relacionada ao reforço da gestão estratégica do hospital.

O processo de elaboração dos critérios para solicitação de relatórios de ATS e a emissão de recomendações esteve presente em quatorze dos hospitais identificados. Entre os problemas apresentados estavam a ausência de formalização, cuja consequência foi abrir caminho para conflitos de interesses e desconfianças (39) e influências externas na emissão de recomendações (27). Grenon et al. (49) reportaram que esses problemas ocorrem quando não há procedimentos padronizados para desenvolvimento dos relatórios de ATS e que tais processos precisam ser desenvolvidos no contexto local e de maneira formalizada.

Limitações do estudo

Embora tenha se desenvolvido estratégia de busca sensibilizada, busca manual e buscas em anais de conferencias especializadas na área, muitos resumos publicados nos anais desses eventos científicos não puderam ser utilizados por não apresentarem informações completas dos hospitais a que se referiam. Somente foram selecionados nesta revisão de escopo estudos que abordavam a ATS especificamente em um contexto hospitalar e excluídos estudos que tratavam do tema em âmbito nacional ou de forma geral, sem citar as experiencias singulares de cada hospital. O processo de extração de dados dos artigos, embora realizado por um autor, foi revisado em reuniões com os demais autores para dirimir dúvidas de classificação em relação as dimensões de sedimentação. Alguns hospitais podem ter sido prejudicados na avaliação devido à falta de informações específicas sobre a estrutura, processo e resultados da ATS nos hospitais identificados, embora os autores buscassem informações em *websites*.

Implicações para a prática

O estudo contribuiu para estruturação de ações de ATS em hospitais do SUS. Conhecer as experiências e o nível de sedimentação da ATS hospitalar em contexto nacional e internacional, contribui para maior compreensão do campo, uma vez que os estudos da revisão de escopo apontam sustentabilidade, crescimento e evolução da ATS hospitalar em países com e sem tradição com o tema. Assim, o estudo apresentou dimensões que servirão de base para mapeamento de capacidades instaladas de hospitais e novos estudos sobre ATS em hospitais.

CONCLUSÕES

Esta revisão de escopo mostrou dimensões e níveis de sedimentação em trinta e seis hospitais identificados com a busca extensiva de experiências nacionais e internacionais de hospitais que adotaram ATS nos seus processos gestores. A maioria dos hospitais foi classificado como sedimentado porque completou critérios de estruturação de modelos organizativos de ATS, apresentou etapas do processo da ATS e demonstrou os resultados práticos para o nível hospitalar. Observou-se também que em todo o processo de sedimentação da ATS hospitalar existem desafios presentes desde a implementação de novas práticas clínicas e gerenciais até a sustentação das estruturas e processos ao longo do tempo.

Em hospitais com a ATS parcialmente sedimentada, as barreiras iniciais relativas aos aspectos estruturais, estavam relacionadas aos recursos financeiros, físicos e humanos

disponíveis e ao processo de adesão da ferramenta aplicada ao contexto da gestão estratégica do hospital. Nos hospitais com ATS sedimentada, a principal barreira foi imprimir impacto aos resultados, explicados pela própria escassez de evidências para tópicos avaliados, pela falta de capacitações contínua e pelo descumprimento de diretrizes estabelecidas no processo de avaliação e decisão, influenciando o reconhecimento interno e externo dos resultados obtidos com a ATS. Espera-se que as dimensões analisadas e os achados sirvam de base para criar estratégias de implementação da ATS em hospitais.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflito de qualquer natureza em relação a condição do estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as especialistas que participaram no grupo focal para criação da pontuação de classificação de nível de sedimentação – Luciana Gallo, Margarete Oliveira e Ana Carolina Pereira. Esta última apoiou nas buscas da literatura também.

FINANCIAMENTO

O estudo contou com apoio do Projeto de Cooperação da Fiocruz com a Anvisa - Ações para apoio à governança regulatória de produtos sujeitos à vigilância sanitária.

REFERÊNCIAS (ARTIGO 1)

1. Sampietro-Colom L, Martin J. Hospital-based health technology assessment: The next frontier. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment [Internet]. Assessment of Innovations and New Technology, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain; 2017. p. 3–11. Available from: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85028837541&doi=10.1007%2F978-3-319-39205-9_1&partnerID=40&md5=2693d762dd104838cd8526e8286f577d
2. Sampietro-Colom L LK, Cicchetti A KK, Pasternack I FB, Rosenmöller M WC, Kahveci R WJ, Kiivet RA et al. THE AdHopHTA HANDBOOK [Internet]. 2015. 222 p. Available from:

- http://www.adhophta.eu/sites/files/adhophta/media/adhophta_handbook_website.pdf
3. Sampietro-Colom L, Lach K, Pasternack I, Wasserfallen J-B, Cicchetti A, Marchetti M, et al. Guiding principles for good practices in Hospital-Based Health Technology Assessment Units. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2016;31(6):457–65. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84960799581&doi=10.1017%2FS0266462315000732&partnerID=40&md5=2a18b034f7dfc65e29c333e28c24d438>
 4. Nunes AA, de Mello LM, Ana LW, Marques PM de A, Dallora MEL, Martinez EZ, et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: Processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Cad Saude Publica*. 2013;29(SUPPL.1):179–86.
 5. De Aguiar Pereira CC, Dos Santos Rabello R, Elias FTS. Hospital-based health technology assessment in Brazil: An overview of the initial experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017;33(2):227–31.
 6. Francisco F, Malik AM. Aplicação de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. *J Bras Econ da Saúde*. 2019;11(1):10–7.
 7. Banta D, Jonsson E. History of HTA: Introduction. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(SUPPL.S1):1–6.
 8. Demirdjian G, G. D, Demirdjian G. A 10-YEAR HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PROGRAM IN A PUBLIC HOSPITAL IN ARGENTINA. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2015 Jan;31(1–2):103–10. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L604305390>
 9. Francisco F de R, Malik AM. Aplicação de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais TT - Application of health technology assessment (HTA) in the decision-making in hospitals. *J bras econ saúde* [Internet]. 2019;11(1):10–7. Available from: <http://www.jbes.com.br/images/v11n1/10.pdf>
 10. McGregor M, Brophy JM. End-user involvement in health technology assessment (HTA) development: A way to increase impact. *Int J Technol Assess*

- Health Care. 2005;21(2):263–7.
11. McGregor M. Chapter 14. The Health Technology Assessment Unit (TAU) of the McGill University Health Centre (MUHC) (Canada). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 167–71.
 12. N.D. A, L. M, I. N, A. S, D.F. F, J.M. B, et al. A Framework for Aiding the Translation of Scientific Evidence into Policy: The Experience of a Hospital-Based Technology Assessment Unit. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2019;35(3):204–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462319000254>
 13. Catananti C, Cicchetti A, Marchetti M. Hospital-based Health Technology Assessment: the experience of Agostino Gemelli University Hospital’s HTA Unit. *Ital J Public Health*. 2005;2(2):23–8.
 14. Marchetti M, Cicchetti A. Chapter 9. The HTA and Innovation Unit at the A. Gemelli University Hospital (Italy). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 85–94.
 15. Kosherbayeva L, Hailey D, Kurakbaev K, Tsoy A, Zhuzzhanov O, Donbay A, et al. IMPLEMENTATION OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT WORK IN A HOSPITAL IN KAZAKHSTAN. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2016 Jan;32(1–2):78–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462316000076>
 16. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull*. 1986;12(3):99–108.
 17. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. In: *Arch Pathol Lab Med*. 1990. p. 1115–8.
 18. Nascimento GC, Rodrigues VJ, Megliorini E. Conceitos da teoria institucional: fonte propulsora de evolução para a gestão de desempenho. VII Congr Bras Custos [Internet]. 2010;1–15. Available from: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/761/761>
 19. Peters M, Godfrey CM, Mcinerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual* [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018;169(7):467–73. Available from:
<https://annals.org/aim/fullarticle/2700389/prisma-extension-scoping-reviews-prisma-scr-checklist-explanation>
21. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF de. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: FIOCRUZ, editor. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2nd ed. Rio de Janeiro; 2012. p. 577–608.
22. Sampietro-Colom L, Lach K, Escolar I, Sroka S, Soto M, Cicchetti A, et al. A Handbook and a Toolkit for Hospital-Based Health Technology Assessment. *Value Heal* [Internet]. 2015;18(7):A556–A556. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L72084066>
23. Demirdjian G, Kurtzbart R, Hernandez R. Chapter 21. Hospital-Based HTA in Argentina: The Hospital Garrahan and Hospital El Cruce Experiences. In: *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment*. 2016. p. 247–61.
24. Hafizah Besar Saaid, Stewart D, England I, Parmar N. The Impact of Health Technology Assessment on Decision-Making Processes in Public Versus Not-for-Profit Private Hospitals. *Am Med J*. 2011;2(2):72–8.
25. Santos M, Magliano C, Kelles DB, Kelles SMB, Stein A. Chapter 20. The Role of Hospitals in HTA in Brazil. In: *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment*. 2016. p. 239–46.
26. Sampietro-Colom L, Soto M, García C, Benot S. Chapter 6. Hospital-Based HTA in Three Spanish Hospitals. In: *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment*. 2016. p. 57–69.
27. Wasserfallen J-B, Pinget C. Chapter 8. Hospital-Based HTA in Switzerland. In: *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment*. 2016. p. 77–83.
28. Mueller DB, Govender M. Chapter 22. HTA in a Public Hospital in South Africa. In: *Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment*. 2016. p. 263–72.
29. Bellemare CA, Fisette J-F, Poder TG, Bédard SK, Dagenais P. Chapter 16. The

- Health Technology Assessment Unit of the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Canada). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 185–200.
30. Poder TG, T.G. P, Poder TG. Using the health technology assessment toolbox to facilitate procurement: The case of smart pumps in A Canadian Hospital. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2017 Jan;33(1):54–62. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85020194375&doi=10.1017%2FS0266462317000125&partnerID=40&md5=5a5f8217bc42e12638f381607cae107a>
 31. T.G. P, C.A. B, S.K. B, J.-F. F, P. D, Poder TG, et al. IMPACT OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT REPORTS ON HOSPITAL DECISION MAKERS - 10-YEAR INSIGHT FROM A HOSPITAL UNIT IN SHERBROOKE, CANADA: IMPACT OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT ON HOSPITAL DECISIONS. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2018 Jan;34(4):393–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462318000405>
 32. Poder TG, Beffarat M, Benkhalti M, Ladouceur G, Dagenais P. A discrete choice experiment on preferences of patients with low back pain about non-surgical treatments: identification, refinement and selection of attributes and levels. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:933–40.
 33. Lepanto L. Chapter 15. Hospital-Based HTA at the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (Canada). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 173–83.
 34. Rhains M, Asselin G, Coulombe M. Chapter 17. CHU de Québec–Université Laval: 10-Years' Experience in Hospital-Based HTA (Canada). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 201–11.
 35. Ungar WJ. Chapter 13. Technology Assessment at SickKids (TASK): A Health Technology Assessment Research Unit Devoted to Child Health in Canada. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 153–65.
 36. A. AA, A. T, A. AA, N. S, D. H, A. K, et al. Hospital-Based Health Technology Assessment in Kazakhstan: 3 years' experience of one unit. *Int J Technol Assess*

- Health Care [Internet]. 2019 Mar;1–5. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1017/S0266462318003744>
37. Kidholm K, Ølholm AM. Chapter 4. Hospital-Based HTA in Denmark. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 39–44.
 38. Mitchell MD, Williams K, Brennan PJ, Umscheid CA, M.D. M, K. W, et al. Integrating local data into hospital-based healthcare technology assessment: two case studies. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2010 Jul;26(3):294–300. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L360120496>
 39. Pasternack RP, Iris R. Chapter 3. HTA Activities in Finnish Hospitals. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 29–37.
 40. Barna A, Fahlgren B, Charpentier E, Taron-Brocard C, Guillevin L. Chapter 7. The “Comité d’Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques” (CEDIT) in France. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 71–6.
 41. Wilt GJ van der, Rovers M, Oortwijn W, Grutters J. Chapter 5. Hospital-Based HTA at Radboud University Medical Centre in the Netherlands: Welcome to Reality. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 45–55.
 42. Tal O, Booch M, Bar-Yehuda S. Hospital staff perspectives towards health technology assessment: data from a multidisciplinary survey. *Heal Res POLICY Syst*. 2019 Jul;17.
 43. R. M, F. F, G. C, F. D, G.B. G, Miniati R, et al. Development of sustainable models for technology evaluation in hospital. *Technol Health Care* [Internet]. 2014;22(5):729–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.3233/THC-140847>
 44. Manzi P, Barberini P, Dori F, Cecchini A. Hospital Based Health Technology Assessment: an example from Siena. *FARMECONOMIA-HEALTH Econ Ther PATHWAYS*. 2015;16(1):7–13.
 45. Munn SR, S.R. M, Munn SR. Hospital-Based Health Technology Assessment: Insights from New Zealand. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2014 Sep;32(9):815–7. Available from:

- <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L603621512>
46. Fitzgerald A, Streat S, McAleese C, Munn S. Chapter 26. Hospital-Based HTA in New Zealand. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 305–12.
 47. Pwee KH, Chow WL. Chapter 23. Hospital-Based HTA in a Public-Sector Tertiary Hospital in Singapore. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 273–82.
 48. Jivegård L, Bergh C, Kindblom J, Samuelsson O, Sjögren P, Sjövall H, et al. Chapter 2. Activity-Based HTA: Hospital-Based HTA Performed by Clinicians with Support and Quality Control, the Sahlgrenska University Hospital HTA-Centrum Experience (Sweden). In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 15–28.
 49. Grenon X, Pinget C, Wasserfallen J-BJ-B, X. G, C. P, J.-B. W. Hospital-based health technology assessment (HB-HTA): A 10-year survey at one unit. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2016 Jan;32(3):116–21. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L611592250>
 50. Kahveci R, Tütüncü T, Yüksek YN, Küçük EÖ, Koç EM, Zengin N. Chapter 10. Hospital-Based HTA in Turkey. In: Hospital-Based Health Technology Assessment: The Next Frontier for Health Technology Assessment. 2016. p. 95–105.
 51. Hailey D, Werkö S, Rosén M, MacPherson K, Myles S, Gallegos Rivero V, et al. Influence of health technology assessment and its measurement. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(6):376–84.
 52. Favaretti C, Cicchetti A, Guarrera G, Marchetti M, Ricciardi W, C. F, et al. Health technology assessment in Italy. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2009 Jul;25 Suppl 1(SUPPL.S1):127–33. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L50542893>
 53. Novaes HMD, de Soárez PC. Health Technologies Assessment: origins, development, and current challenges in the international and Brazilian scenarios.

Cad Saude Publica. 2020;36(8).

54. Attieh R, Gagnon M-P, R. A, M.-P. G. IMPLEMENTATION OF LOCAL/HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INITIATIVES IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES. Int J Technol Assess Health Care [Internet]. 2012 Oct;28(4):445–51. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L365853803>

APÊNDICE 1 (Material suplementar do Artigo 1)

Estratégia de busca final completa por base de dados. Brasília-DF, 2020.

Para busca na BVS: (((*Hospitals*) OR (*Hospitales*) OR (*Hospitais*) OR (*Centro Hospitalar*) OR (*Centros Hospitalares*) OR (*Hospital*) OR (*Hospitals, Public*) OR (*Hospitales Públicos*) OR (*Hospitais Públicos*) OR (*Hospitais Estatais*) OR (*Hospital Público*) OR (*Hospital do Estado*)) AND ("*Hospital-Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital-Based HTA*" OR "*Hospital Based HTA*").

Para busca na Medline/PubMed: (((*"Hospitals"*[Mesh] OR (*Hospital*) OR (*Hospitales*) OR "*Hospitals, Public*"[Mesh] OR (*Public Hospitals*) OR (*Hospital, Public*) OR (*Public Hospital*) OR (*Hospitais Públicos*) OR (*Hospital Público*) OR (*Hospitales Públicos*)) AND ("*Hospital-Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital-Based HTA*" OR "*Hospital Based HTA*" OR "*Avaliação de Tecnologias em Saúde nos Hospitais*"). Foi retirado o termo "*Hospital Based Biomedical Technology Assessment*" por trazer estudos fora do escopo deste trabalho.

Para busca na Web of Science: TS=(((*Hospitals*) OR (*Hospital*) OR (*Hospitales*) OR (*Hospitals, Public*) OR (*Public Hospitals*) OR (*Hospital, Public*) OR (*Public Hospital*) OR (*Hospitais Públicos*) OR (*Hospital Público*) OR (*Hospitales Públicos*)) AND ("*Hospital-Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Biomedical Technology Assessment*" OR "*Avaliação de Tecnologias em Saúde nos Hospitais*"). A busca foi realizada com todos os idiomas, todos os tipos de arquivos e por tópicos (TS).

Para busca na SciVerse Scopus (Elsevier): (TITLE-ABS-KEY((*Hospitals*) OR (*Hospital*) OR (*Hospitales*) OR (*Hospitals, Public*) OR (*Public Hospitals*) OR (*Hospital, Public*) OR (*Public Hospital*) OR (*Hospitais Públicos*) OR (*Hospital Público*) OR (*Hospitales Públicos*))) AND (TITLE-ABS-KEY("*Hospital-Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Health Technology Assessment*" OR "*Hospital Based Biomedical Technology Assessment*" OR "*Avaliação de Tecnologias em Saúde nos Hospitais*"). A busca foi realizada com todos os idiomas, todos os tipos de arquivos, por título, resumo e palavras-chave e por combinação.

Para busca na Embase: (('hospital'/exp OR (*clinic*) OR (*emergency hospital*) OR (*environment, hospital*) OR (*hospital data*) OR (*hospital environment*) OR (*hospital establishment*) OR (*hospitals*) OR (*hospitals, animal*) OR (*hospitals, chronic disease*) OR

(hospitals, convalescent) OR (hospitals, group practice) OR (hospitals, maternity) OR (hospitals, osteopathic) OR (hospitals, packaged) OR (hospitals, paediatric) OR (hospitals, pediatric) OR (hospitals, proprietary) OR (hospitals, rural) OR (hospitals, satellite) OR (hospitals, special) OR (hospitals, state) OR (hospitals, urban) OR (infirmary) OR (medical clinic) OR (regional hospital) OR (state hospital) OR (voluntary hospital) OR (hospital) OR 'public hospital'/exp OR (armed forces hospital) OR (army hospital) OR (district hospital) OR (hospital, military) OR (hospitals, county) OR (hospitals, district) OR (hospitals, federal) OR (hospitals, military) OR (hospitals, municipal) OR (hospitals, public) OR (hospitals, veterans) OR (military hospital) OR (naval hospital)) AND ('Hospital-Based Health Technology Assessment' OR 'Hospital Based Health Technology Assessment' OR 'Hospital-Based HTA' OR 'Hospital Based HTA' OR 'Hospital Based Biomedical Technology Assessment'))).

Fonte: elaboração própria.

APÊNDICE 2 (Material suplementar do Artigo 1)

Quadro 2. Informações completas dos Hospitais identificados. Brasília-DF, 2020.

CÓD	Nome	País	Leitos	Financiamento	Porte	Perfil assistencial	Alta complexidade	Modelo organizativo de ATS Hospitalar	Fonte de informação	Data de acesso
H1	Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital	África do Sul	1088	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Não ou não especificado	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/Charlotte_Maxeke_Johannesburg_Academic_Hospital	07/08/2020
H2	Hospital de Pediatría Garrahan	Argentina	534	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital especializado	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://www.garrahan.gov.ar/bienvenida/contenidos/bienvenida	07/08/2020
H3	Hospital El Cruce	Argentina	130	Público	Médio porte	Hospital especializado	Sim	Comitê Interno	https://www.hospitalelcruce.org/index.php/institucional/65-institucional/277-1-historia	07/08/2020
H4	Hospital Australiano A	Austrália	286	Privado sem fins lucrativos	Grande porte	Hospital especializado	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	Artigo	07/08/2020
H5	Hospital Australiano B	Austrália	149	Privado sem fins lucrativos	Médio porte	Hospital especializado	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	Artigo	07/08/2020
H6	Hospital Australiano C	Austrália	58	Privado sem fins lucrativos	Médio porte	Hospital especializado	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	Artigo	07/08/2020
H7	Hospital Australiano D	Austrália	302	Público	Grande porte	Hospital especializado	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	Artigo	07/08/2020
H8	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	Brasil	NI	Público	Grande porte	Hospital universitário	Não ou não especificado	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	https://site.hcrp.usp.br/planejamento-estrategico/	07/08/2020

H9	Instituto Nacional de Cardiologia	Brasil	NI	Público	Grande porte	Hospital de ensino e pesquisa	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://inc.saude.gov.br/htm/inc.htm	07/08/2020
H10	Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (Grupo Hospitalar Conceição)	Brasil	1510	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital de ensino e pesquisa	Não ou não especificado	Unidade de ATS Hospitalar	https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1	07/08/2020
H11	Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke	Canadá	3200	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://www.santestrie.qc.ca/ciuss/	07/08/2020
H12	McGill University Health Centre	Canadá	1379	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/McGill_University_Health_Centre	07/08/2020
H13	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal	Canadá	1259	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Centre_hospitalier_de_l%27Universit%C3%A9_de_Montr%C3%A9al	07/08/2020
H14	Centre Hospitalier Universitaire de Québec – Université Laval	Canadá	1263	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://www.chuquebec.ca/emplois/100-postes-permanents-d-infirmieres.aspx	07/08/2020
H15	Hospital for Sick Children Peter Gilgan Centre for Research and Learning	Canadá	453	Público	Grande porte	Hospital universitário	Não ou não especificado	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/The_Hospital_for_Sick_Children_(Toronto)	07/08/2020
H16	First General City Hospital of Astana	Cazaquistão	1485	Privado	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital especializado	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	Localização Google e Artigo	07/08/2020
H17	Medical Centre Hospital of the President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan	Cazaquistão	212	Privado	Grande porte	Hospital especializado	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://bmcudp.kz/en/about/mission/2954	07/08/2020

H18	Odense University Hospital	Dinamarca	1038	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/Odense_University_Hospital	22/08/2020
H19	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Espanha	819	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_Cl%C3%A9nic_de_Barcelona	22/08/2020
H20	Hospital Universitario Virgen del Rocío	Espanha	1251	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_Universitario_Virgen_del_Rocio	22/08/2020
H21	Hospital Sant Joan de Déu Barcelona	Espanha	362	Público	Grande porte	Hospital universitário	Não ou não especificado	Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_Sant_Joan_de_Deu_Barcelona	22/08/2020
H22	Penn Presbyterian Medical Center (PPMC)	EUA	300	Privado sem fins lucrativos	Grande porte	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Penn_Presbyterian_Medical_Center	23/08/2020
H23	Helsinki University Central Hospital	Finlândia	2805	Privado sem fins lucrativos	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	https://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx	23/08/2020
H24	Paris University Hospital - Assistance Publique Hôpitaux de Paris	França	20098	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Não ou não especificado	Unidade de ATS Hospitalar	https://fr.wikipedia.org/wiki/Assistance_publique_-_H%C3%B4pitaux_de_Paris	23/08/2020
H25	Radboud University Medical Center	Holanda	1065	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Não ou não especificado	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/Radboud_University_Medical_Center	23/08/2020
H26	Yitzhak Shamir Medical Center	Israel	848	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://www.shamir.org/en/about-general-information/	23/08/2020

H27	Agostino Gemelli University Hospital	Itália	1575	Privado	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://br.linkedin.com/company/fondazione-policlinico-universitario-agostino-gemelli-irccs	23/08/2020
H28	Florence Teaching Hospital - Careggi University Hospital AOUC	Itália	1309	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=892&lang=it	23/08/2020
H29	Siena University Hospital	Itália	750	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://it.wikipedia.org/wiki/Azienda_ospedaliero-universitaria_Senese	23/08/2020
H30	Auckland District Health Board - Auckland City Hospital	Nova Zelândia	710	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital de ensino e pesquisa	Sim	Unidade de ATS Hospitalar e Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Auckland_City_Hospital	23/08/2020
H31	Changi General Hospital	Singapura	1000	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Não ou não especificado	Comitê Interno	https://www.cgh.com.sg/about/Pages/default.aspx	23/08/2020
H32	Sahlgrenska University Hospital	Suécia	2300	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Grupo Matricial de ATS ou Mini-ATS	https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Universit%C3%A1rio_Sahlgrenska	23/08/2020
H33	Lausanne University Hospital	Suíça	1568	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://en.wikipedia.org/wiki/Lausanne_University_Hospital	02/09/2020
H34	Geneva University Hospital	Suíça	1920	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital universitário	Sim	Comitê Interno	https://en.wikipedia.org/wiki/Geneva_University_Hospitals	02/09/2020

H35	Estabelecimentos do Hospital Northern Vaudois	Suíça	324	Privado	Grande porte	Hospital especializado	Sim	Modelo Embaixador ou Grupo Autônomo	https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement_hospitaliers_du_Nord_augeois	02/09/2020
H36	Ankara Numune Training and Research Hospital	Turquia	1109	Público	Grande porte (com capacidade extra)	Hospital de ensino e pesquisa	Sim	Unidade de ATS Hospitalar	https://tr.wikipedia.org/wiki/Ankara_Numune_Hastanesi#:~:text=1881'de%20%22Gureba%20Hastanesi%22,ve%20Arabic%20Hastanesi%22%20ismirni%20alm%C4%B1%C5%9F%C4%B1r	02/09/2020

Legenda: H1-H36 = 36 hospitais identificados.

Fonte: elaboração própria.

APÊNDICE 3 (Material suplementar do Artigo 1)

Quadro 3. Lista de estudos excluídos após leitura completa. Brasília-DF, 2020.

n.	Autores	Título	Razão da exclusão
01	RETEL, V. et al.	A GENERAL MODEL FOR CANCER CENTERS TO CONDUCT HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTS; A PRACTICAL CASE OF NEXT GENERATION SEQUENCING IN ONCOLOGY	Resumos ou artigos incompletos
02	SAMPRIETRO-COLOM, L. et al.	A HANDBOOK AND A TOOLKIT FOR HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	
03	GHEORGHIU, Ionela et al.	A MENTAL HEALTH HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN QUEBEC, CANADA: STRUCTURE AND PRODUCTS	
04	FISSETTE, Jean-Francois et al.	A PROCEDURAL METHOD FOR NETWORKING LOCAL AND REGIONAL STAKEHOLDERS	
05	DILMAC, E.	A RESEARCH ON HOSPITAL BASED-HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT MODELS OF ACQUISITION OF MEDICAL DEVICES IN HOSPITALS: THE CASE OF TURKEY	
06	PASTERNAK, I.; HALMESMÄKI, E.; ROINE, R.P.	CLOSING THE GAP BETWEEN HTA AND INNOVATION UPTAKE IN FINNISH HOSPITALS	
07	SAAD, A.S. et al.	DEVELOPING HOSPITAL BASED HTA FOR EGYPTIAN CANCER PATIENTS	
08	ZAVADIL, M.; ROGALEWICZ, V.; KOTLANOVA, S.	PHP325 - DEVELOPMENT OF HOSPITAL-BASED HTA UNIT PROCESSES IN THE CZECH HOSPITAL ENVIRONMENT	
09	TUNA, E. et al.	DEVELOPMENT OF HTA IN TURKEY	
10	KOSTYUK, A.; KOSHERBAYEVA, L.; ALMADIYEVA, A.	FRAMEWORKS FOR HOSPITAL BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT TO DECISION MAKING IN KAZAKHSTAN	
11	PODER, Thomas et al.	PP166 - FROM AN INSTITUTIONAL STRATEGIC PLAN TO A KNOWLEDGE TRANSFER TOOL FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: CASE OF DRUG-ELUTING STENTS	
12	AL-RABAYAH A.A.; JADDOUA, S.	HOSPITAL BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PROGRAM AT KING HUSSEIN CANCER CENTER: ASSESSMENT OF FIVE YEARS EXPERIENCE	

13	IKONEN, Tuija; LÄHTEENMÄKI, Heli.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IS APPLICABLE TO INVESTMENT DECISION-MAKING PROCESS
14	C. FRADET, C.; TARDIVEL C.; CAWSTON, H.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OF MEDICAL DEVICES IN FRANCE: A COLLABORATION WITH MEDICAL DEVICE MANUFACTURERS OR NATIONAL AGENCY?
15	MARTELLI, Nicolas.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: MODELS AND EXAMPLES WITH MEDICAL DEVICES
16	BOSCOLO, P.R.; CIANI, O.; TORBICA, A.	HOSPITAL-BASED HTA IN ITALY: DIFFUSION AND POTENTIAL IMPACT
17	ZAVADIL, M. et al.	IMPLEMENTATION OF PROCESSES TO ESTABLISHING A HTA UNIT IN CZECH HOSPITAL ENVIRONMENT
18	SHARIP, B. et al.	IMPLEMENTATION OF HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (2 YEARS' EXPERIENCE)
19	UMSCHEID, C. et al.	INCORPORATING GUIDELINES INTO LOCAL CLINICAL PRACTICE AND POLICY THROUGH THE USE OF PRACTICE-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
20	MITCHELL, M. et al.	INTEGRATING GUIDELINES INTO LOCAL CLINICAL PRACTICE AND POLICY USING HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
21	ORMSTAD, Sari Susanna; GRAFF, Bjørn Anton; NORDERHAUG, Inger Natvig.	SURVEY AND DISCUSSION OF EXISTING MINI-HTA SYSTEMS INTERNATIONALLY
22	CICCHETTI, A. et al.	ORGANIZATIONAL MODELS OF HOSPITAL BASED HTA: EMPIRICAL EVIDENCE FROM ADHOPHTA EUROPEAN PROJECT
23	KOCAMAN, M. et al.	THE FEASIBILITY OF APPLYING THE MULTIPLE CRITERIA DECISION ANALYSIS FOR THE EVALUATION OF MEDICAL DEVICES IN THE CONTEXT OF HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN TURKEY
24	PIAZZA, L. et al.	WHAT ARE THE MOST IMPORTANT DECISION-MAKING CRITERIA FOR INNOVATIVE HEALTH TECHNOLOGY INTEGRATION? A NATIONAL SURVEY FROM FRENCH HOSPITALS DECISION-MAKERS

25	ZAVADIL, Martin et al.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	Artigos com ampla abordagem sobre ATS hospitalar*
26	FRANCISCO, Fernando de Rezende; MALIK, Ana Maria.	APLICAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (ATS) NA TOMADA DE DECISÃO EM HOSPITAIS	
27	KIDHOLM, Kristian et al.	ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MINI-HTA	
28	CHENG, Davy; MARTIN, Janet.	CAPÍTULO 31 - CLINICIAN PERSPECTIVES ON HOSPITAL-BASED HTA - HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: THE NEXT FRONTIER FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	
29	MARTELLI, Nicolas et al.	COMBINING MULTI-CRITERIA DECISION ANALYSIS AND MINI-HEALTH TECHNOLOGYASSESSMENT: A FUNDING DECISION-SUPPORT TOOL FOR MEDICAL DEVICES IN A UNIVERSITY HOSPITAL SETTING	
30	BOUTTELL, Janet et al.	CONTEXT-SPECIFIC ECONOMIC EVALUATION FOR MOLECULAR PATHOLOGY TESTS: AN APPLICATION IN COLORECTAL CANCER IN THE WEST OF SCOTLAND	
31	GAGNON, Marie-Pierre et al.	EFFECTS AND REPERCUSSIONS OF LOCAL/HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA): A SYSTEMATIC REVIEW	
32	MARTELLIA, N. et al.	ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ EM MILIEU HOSPITALIER: QUELLE ORGANISATION POUR ÉVALUER ET ACQUÉRIR DES DISPOSITIFS MÉDICAUX INNOVANTS? (HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN FRANCE: HOW TO PROCEED TO EVALUATE INNOVATIVE MEDICAL DEVICES?)	
33	SAMPIETRO-COLOM, L. et al.	GUIDING PRINCIPLES FOR GOOD PRACTICES IN HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT UNITS	
34	MARTELLI, Nicolas et al.	HARMONIZING HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PRACTICES IN UNIVERSITY HOSPITALS: TO WHAT EXTENT IS THE MINI-HTA MODEL SUITABLE IN THE FRENCH CONTEXT?"	
35	FAVARETTI, Carlo et al.	HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTIN ITALY	
36	KAHVECI, Rabia; KOÇ, Esra Meltem; KÜÇÜK, Emine Özer.	HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN TURKEY	
37	PALOZZI, Gabriele; BRUNELLI, Sandro; FALIVENA, Camilla.	HIGHER SUSTAINABILITY AND LOWER OPPORTUNISTIC BEHAVIOUR IN HEALTHCARE: A NEW FRAMEWORK FOR PERFORMING HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	

38	KIDHOLM, Kristian et al.	HOSPITAL MANAGERS' NEED FOR INFORMATION IN DECISION-MAKING – NA INTERVIEW STUDY IN NINE EUROPEAN COUNTRIES
39	ØLHOLM, Anne Mette et al.	HOSPITAL MANAGERS' NEED FOR INFORMATION ON HEALTH TECHNOLOGY INVESTMENTS
40	HALMESMÄKI, Esa; PASTERNAK, Iris; ROINE, Risto.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) IN FINLAND: A CASE STUDY ON COLLABORATION BETWEEN HOSPITALS AND THE NATIONAL HTA UNIT
41	MARTELLI, Nicolas et al.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT FOR INNOVATIVE MEDICAL DEVICES IN UNIVERSITY HOSPITALS AND THE ROLE OF HOSPITAL PHARMACISTS: LEARNING FROM INTERNATIONAL EXPERIENCE
42	DUTOT, Camille et al.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT FOR THE ADOPTION OF INNOVATIVE MEDICAL DEVICES WITHIN FRENCH HOSPITALS: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR INDUSTRY
43	PEREIRA, Claudia Cristina de Aguiar; RABELLO, Renata dos Santos; ELIAS, Flávia Tavares Silva.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN BRAZIL: AN OVERVIEW OF THE INITIAL EXPERIENCES
44	MARTELLI, Nicolas et al.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN FRANCE: A FOCUS ON MEDICAL DEVICES
45	MOHTASHAM, Farideh; MAJZADEH, Reza; JAMSHIDI, Ensiyeh.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN IRAN
46	GAGNON, Marie-Pierre.	HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: DEVELOPMENTS TO DATE
47	SAMPIETRO-COLOM, Laura; MARTIN, Janet	CAPÍTULO 1 - HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: THE NEXT FRONTIER
48	SAMPIETRO-COLOM, Laura; MARTIN, Janet	LIVRO COMPLETO - HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: THE NEXT FRONTIER
49	MERCIER, Grégoire et al.	CHAPTER 29 - HOSPITAL-BASED HTA FROM STAKEHOLDERS' POINT OF VIEW: VIEW FROM INDUSTRY
50	ATTIEH, Randa; GAGNON, Marie-Pierre	IMPLEMENTATION OF LOCAL/HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INITIATIVES IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES
51	BILLAUX, Mathilde et al.	INNOVATIVE MEDICAL DEVICES AND HOSPITAL DECISION MAKING: A STUDY COMPARING THE VIEWS OF HOSPITAL PHARMACISTS AND PHYSICIANS

52	GAGNON, Marie-Pierre et al.	INTRODUCING THE PATIENT'S PERSPECTIVE IN HOSPITAL HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA): THE VIEWS OF HTA PRODUCERS, HOSPITAL MANAGERS AND PATIENTS
53	MARTELLI, Nicolas et al.	INTRODUCTION OF INNOVATIVE MEDICAL DEVICES AT FRENCH UNIVERSITY HOSPITALS: AN OVERVIEW OF HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INITIATIVES
54	GÓMEZ, Juan Guillermo Barrientos et al.	LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD EN HOSPITALES: REVISIÓN NARRATIVA (ASSESSMENT OF NEW HEALTH TECHNOLOGY IN HOSPITALS: NARRATIVE REVIEW)
55	ETGES, Ana Paula Beck da Silva et al.	PROPOSITION OF A SHARED AND VALUE-ORIENTED WORK STRUCTURE FOR HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT AND ENTERPRISE RISK MANAGEMENT PROCESSES
56	VERBEEK, Joost et al.	SHARING AND COLLECTING HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT REPORTS INTERNATIONALLY: IS AN EXTENSIVE PARTICIPATION OF STAKEHOLDERS REALISTIC?
57	FOGLIA, Emanuela et al.	TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HOSPITALS: LESSONS LEARNED FROM AN EMPIRICAL EXPERIMENT
58	CALLEA, Giuditta et al.	THE IMPACT OF HTA AND PROCUREMENT PRACTICES ON THE SELECTION AND PRICES OF MEDICAL DEVICES
59	CICCHETTI, Americo et al.	TOWARD A CONTINGENCY MODEL FOR HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: EVIDENCE FROM ADHOPHTA PROJECT
60	LIN, Xia et al.	DEVELOPING HOSPITAL-BASED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN CHINA

*Destacam abordagens mais amplas da Avaliação de Tecnologias em Saúde realizadas em diversos hospitais dos países, o que não permite a caracterização do processo de sedimentação da ATS em um hospital específico.

Fonte: elaboração própria.

6.2. Artigo 2 – DESENVOLVIMENTO DA REDE DISTRITAL DE AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE (REDAPTS)

DEVELOPMENT OF THE DISTRICT NETWORK FOR POLICIES AND HEALTH TECHNOLOGIES ASSESSMENT (REDAPTS)

Artigo publicado na Revista Com. Ciências Saúde. 2020; 31(1):149-159

Acesso: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/582/335>

RESUMO

Objetivo: descrever o desenvolvimento de ativação da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS). **Método:** estudo descritivo e documental comparando atividades entre 2016 e 2019 e os objetivos da rede. **Resultados:** metade dos objetivos foi alcançado, sendo destaque a qualificação da rede com a elaboração de pareceres técnicos científicos pelos profissionais capacitados. As participações do governo local corresponderam a 26%. Falta de interlocutores chaves, mudanças na gestão e ausência de institucionalidade foram limitações encontradas. **Conclusão:** embora não tenha impactado nos serviços, houve aumento gradativo sobre o papel da avaliação de tecnologias em saúde. **Palavras-chave:** Saúde Pública; Avaliação da Tecnologia Biomédica; Política Informada por Evidências; Tomada de Decisões; Fortalecimento Institucional.

ABSTRACT

Objective: to describe the development of the District Network for Policies and Health Technologies Assessment (ReDAPTS). **Method:** documental and descriptive study comparing the activities between 2016 and 2019 and network's objectives. **Results:** half of the objectives were achieved, with emphasis on the qualification of the network with the preparation of scientific technical opinions by trained professionals. Local government holdings accounted for 26%. Lack of key partners, changes in management and lack of institutionality were limitations found. **Conclusion:** although it did not impact services, there was a gradual increase in the role of health technology assessment. **Keywords:** Public Health; Technology Assessment, Biomedical; Evidence-Informed Policy; Decision Making; Capacity Building.

INTRODUÇÃO

A mudança de perfil demográfico e epidemiológico¹ associado aos custos de sistemas de saúde impactam na oferta de tecnologias em saúde, e exigem avaliações de tecnologias como medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais² e serviços assistenciais³⁻⁴.

As redes internacionais⁵ são iniciativas destacadas para fortalecer o desenvolvimento de habilidades institucionais no campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) em diversos países⁶. A *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA), por exemplo, agrega trinta países, inclusive o Brasil³, e tem compartilhado experiências sobre como melhor implementar a ATS em processos decisórios⁶. Tais experiências podem ser um fator motivador para que usuários⁷, profissionais e gestores utilizem a ATS como ferramenta do processo decisório, visando a otimização dos recursos, sem perder a qualidade da atenção⁶.

A ATS como ferramenta de gestão⁵ permite que a tomada de decisão tenha subsídios técnico-científicos para a inclusão e utilização de medicamentos, equipamentos e procedimentos assistenciais na área da saúde^{1,4}. Permite análise crítica e consenso⁸ sobre atenção, regulação e gestão à saúde e ainda o aprimoramento de guias clínicos, práticas, procedimentos e ações, de saúde^{4,9}. Com a estratégia de rede de ATS, atores-chave podem compartilhar de forma mais eficiente os conhecimentos e informações⁶ e traçar princípios de boas práticas¹⁰ para melhor uso das tecnologias nos serviços de saúde, o que resultaria na otimização de recursos e investimentos^{8,11}.

No Brasil, a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) fortaleceu o uso da ATS nas instituições, apoiou a criação de núcleos em âmbito hospitalar, a elaboração e a disseminação de estudos em ATS¹¹. São propostas colaborações para geração e síntese de evidências científicas²⁻³ e incentivo à inteligência avaliativa em universidades, institutos de pesquisa e hospitais de ensino no contexto brasileiro^{2,8}. Em São Paulo, a Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Repats) tem mobilizado instituições de ensino e pesquisa e hospitais para trocas e multiplicação de experiências exitosas¹² e avançar na incorporação de tecnologias em saúde no estado¹³.

Seguindo tendência internacional e nacional, profissionais e atores institucionais do Distrito Federal (DF), e núcleos de ATS membros da Rebrats, se mobilizaram para a construção de uma rede distrital colaborativa de avaliação de políticas e de tecnologias em saúde buscando parcerias para desenvolver capacidades para a gestão, regulação e atenção à

saúde no âmbito do SUS¹⁴. Em 2016, foram identificadas quinze instituições do DF capazes de apoiar a gestão do sistema e serviços locais de saúde por meio da ATS¹⁴.

Entretanto, a colaboração em rede no DF está em crescimento e demonstra desafios¹⁴ para mobilizar interações entre os atores-chave e aperfeiçoar capacidades locais para colaborações em estudos de ATS aplicados aos serviços. O artigo descreve as principais atividades para desenvolvimento da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS), considerando a relação com os objetivos da Rede e o perfil de participação de indivíduos e instituições no período entre 2016 e 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e documental para responder as perguntas: (i) as atividades realizadas no período foram ao encontro dos objetivos estabelecidos no Regimento Interno da rede¹⁵?; (ii) o perfil de participações de indivíduos e instituições apoiou o desenvolvimento da ReDAPTS, no período entre 2016 e 2019 ?

Como fonte de informação, utilizou-se o acervo documental da ReDAPTS, obtido no repositório criado pela Secretaria Executiva da ReDAPTS no período de 2016 a 2019. A ferramenta *Google Drive* foi utilizada para criação do repositório e divulgação das informações aos entes colaboradores da ReDAPTS.

Quadro 1. Documentos analisados para mapeamento histórico e do perfil de participações na ReDAPTS. Brasília-DF, 2020.

ANO	TIPO DE DOCUMENTO	ATIVIDADES	(n)
2016	Lista de Presença	Evento I da ReDAPTS (#1); roda de conversa do Evento I da ReDAPTS (#2); Evento II da ReDAPTS (#05)	3
	Relatório	Roda de conversa do Evento I da ReDAPTS (#3); 1ª RT (#7)	2
	Programação	Evento I da ReDAPTS (#4)	1
	Webpage	Evento II da ReDAPTS (#6)	1
2017	Pauta de Reunião	2ª RT (#9); 3ª RT (#11); 4ª RT (#13); 5ª RT (#15); 6ª RT (#20)	5
	Memória de Reunião	2ª RT (#8); 3ª RT (#10); 5ª RT (#16); 6ª RT (#19)	4
	Lista de Presença	4ª RT (#12); 5ª RT (#14); 6ª RT (#18)	3
	Programação	Simpósio de Saúde Baseada em Evidências (#17)	1
2018	Lista de Presença	7ª RT (#21); 8ª RT (#24); 9ª RT (#29); 10ª RT (#30); 11ª RT (#35); 12ª RT (#37); 13ª RT (#39); 14ª RT (#41); Evento III da ReDAPTS (#44); 15ª RT (#48)	10

	Pauta de Reunião	7ª RT (#23); 8ª RT (#26); 9ª RT (#28); 10ª RT (#31); 11ª RT (#34); 14ª RT (#42); 15ª RT (#49)	7
	Memória de Reunião	7ª RT (#22); 8ª RT (#25); 9ª RT (#27); 10ª RT (#32); 11ª RT (#33); 12ª RT (#38); 15ª RT (#46)	7
	Apresentação	12ª RT (#36); 15ª RT (#47)	2
	Webpage	Congresso Brasileiro da Criança com Condições Complexas de Saúde (#43); Evento III da ReDAPTS (#45)	2
	Programação	IV Semana Científica (#40)	1
2019	Lista de Presença	16ª RT (#52); 17ª RT (#56); 18ª RT (#59); 1ª RC (#60); 2ª RC (#62)	5
	Memória de Reunião	16ª RT (#51); 17ª RT (#55); 18ª RT (#58); 2ª RC (#63)	4
	Pauta de Reunião	16ª RT (#50); 16ª RT (#53); 17ª RT (#54); 18ª RT (#57)	4
	Apresentação	2ª RC (#65); 2ª RC (#66); 2ª RC (#67)	3
	Programação	1ª RC (#61); 2ª RC (#64);	2
	Webpage	II Simpósio de Saúde Baseada em Evidências (#68)	1
	Relatório	Relatório de cursos realizados em colaboração com outras instituições entre 2017 e 2019 (#69).	1
TOTAL ANALISADO			69

Legenda: RT = Reunião Técnica da ReDAPTS; RC = Reunião Científica da ReDAPTS; #1 a #69 = Código dos documentos analisados

Fonte: Lista de documentos analisada e *link* de acesso ao repositório da ReDAPTS disponíveis em: <<https://bit.ly/2Rm5yXF>>.

A descrição das atividades foi apresentada de acordo com período em que ocorreram. Elaborou-se uma linha do tempo cronológica com os principais fatos ocorridos no período estudado (2016 a 2019). Em relação às informações das atividades realizadas, foram coletadas as variáveis nome e resumo das atividades, instituições participantes, data e local. Para o perfil de participação (individual ou institucional) foram coletadas iniciais do nome dos participantes, instituição e tipo de vínculo. Para análise do perfil de participação considerou-se o número absoluto e o percentual de participação nos três eventos técnico-científicos organizados pelo comitê executivo da Rede no mesmo período. Procurou-se identificar o perfil de participação para desenvolvimento da ReDAPTS ao longo do tempo, considerando como referencial Bruno Latour et al. ¹⁶, o qual aborda a importância do envolvimento de atores para construção de redes colaborativas, elemento-chave para sustentar as conexões e agregar novos atores.

A variável tipo de instituição foi classificada conforme categorias de participantes da ReDAPTS, citadas no Regimento Interno da rede¹⁵: hospitais públicos de ensino e pesquisa, instituição gestora do SUS ou com contrato de gestão, instituições públicas de ensino e pesquisa, instituições de ensino e pesquisa privadas, sem fins lucrativos e instituições apoiadoras.

Adicionalmente utilizou-se a Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para buscar a variável de formação graduação, titulação, área de atuação/linha de pesquisa e resumo do currículo. As buscas permitiram validação das informações dos participantes, de forma individualizada, em cada currículo lattes, considerando como referência os anos nos quais ocorreram os eventos técnico-científicos. Todos os dados foram sistematizados utilizando-se o *software Microsoft Excel*, versão 2013.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo não exigiu aprovação ética por utilizar documentos produzidos pela ReDAPTS e disponíveis em repositório aberto.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados conforme as perguntas do estudo: (i) atividades realizadas de 2016 a 2019 comparadas aos objetivos do Regimento Interno da ReDAPTS, e (ii) perfil de participação mapeado.

Relação entre as atividades realizadas e os objetivos da Rede

A linha do tempo (Figura 1) descreve atividades, entre 2016 e 2019, demonstrando aspectos organizativos e normativos. As reuniões técnicas aconteceram em diversas instituições e a ênfase foi para pautas sobre funcionamento da Rede, mobilizações de atores-chave, desenvolvimento de capacitações e submissões de projetos de pesquisa colaborativos.

Em relação ao funcionamento, um comitê executivo se reunia a cada dois/três meses e se dividiu para trabalhar produtos específicos, como Regimento Interno, identidade visual e website, capacitações e eventos científicos, metodologia para elaboração de notas de revisão rápida.

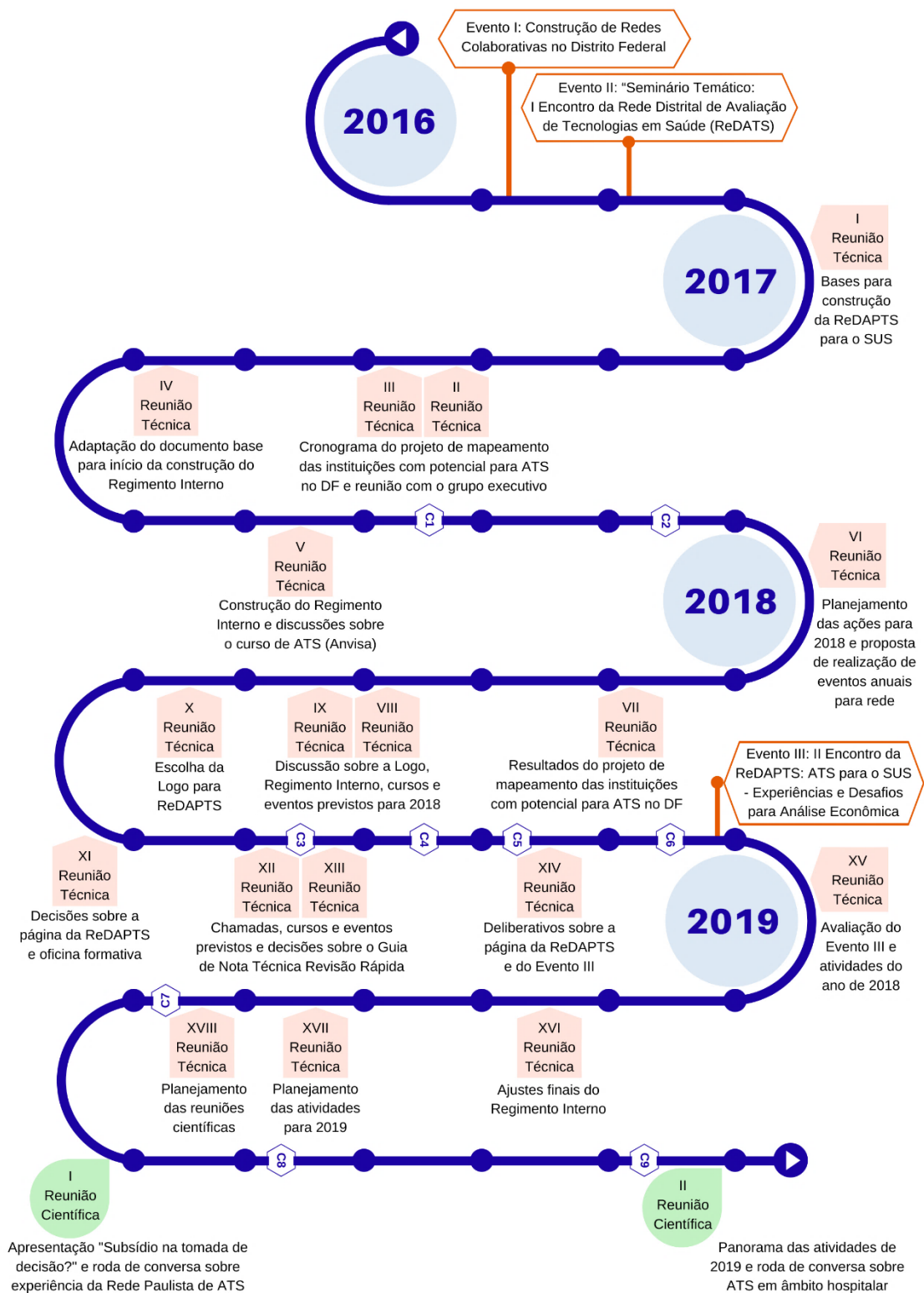


Figura 1. Esquema de linha do tempo das atividades da ReDAPTS. Brasília-DF, 2020.

Legenda: C1 a C9 = Capacitações realizadas por instituições do DF como contribuição para o desenvolvimento da ReDAPTS.

Fonte: Elaboração Própria

Comparando as atividades realizadas com os objetivos do regimento interno, observou-se que de seis objetivos previstos, três deles foram alcançados. Em relação ao objetivo ‘qualificação da Rede’¹⁵, as parcerias construídas culminaram em ações de capacitação em ATS para o SUS. Os Eventos I, II e III resultaram na participação total de 39 instituições e 268 profissionais. Os Eventos II e III foram oportunidades para submissão de trabalhos produzidos no DF. Cinco cursos de capacitação em ATS foram ofertados por instituição de ensino e pesquisa com apoio de projeto de cooperação com entidade do governo federal, que resultaram na formação total de 602 profissionais e 66 produtos (Figura 1 – C1, C4, C5, C7 e C8), sendo 229 profissionais especificamente do DF. As outras quatro ofertas de capacitação ocorreram por conta de órgão e hospitais do governo distrital (Figura 1 – C2, C3, C6, C9). Normalmente abordaram saúde baseada em evidências como formação de residentes de diversas áreas ou capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro objetivo refere-se ao ‘apoio aos gestores nas prioridades, nas demandas imediatas e na prospecção de novas intervenções para saúde’¹⁵. Não foi estabelecido um fluxo para esse objetivo. De forma indireta, as capacitações geraram aproximadamente 14 Pareceres Técnico-Científicos (PTC) e protocolos de PTC, voltados ao contexto prático dos profissionais do DF capacitados.

Em relação ao objetivo de ‘produzir evidências qualificadas e contextualizadas para apoiar a tomada de decisão no campo da gestão de saúde’¹⁵, em 2018 produziu-se um guia para produção de revisões rápidas para orientar a sistematização de evidências publicadas de uma forma tempestiva que atenda a tomada de decisão em âmbito hospitalar. Outra iniciativa foi a elaboração de projetos colaborativos para responder a editais de pesquisa em agências de fomento. Em 2018, foram submetidos quatro projetos para editais de fomento provenientes do governo do DF. Em 2019, um outro projeto voltado diretamente para sedimentação e fortalecimento da cultura de ATS nos hospitais públicos do DF foi submetido e aprovado para apoio financeiro de entidade nacional de fomento à pesquisa. Desde 2018, representantes da gestão federal do SUS se inseriram na rede como parceiros nacionais e estimularam a participação da ReDAPTS no I Congresso da Rebrats ocorrido em 2019.

Em relação aos objetivos ‘análise de implementação de intervenções em saúde nos contextos dos serviços’, ‘avaliação de impactos econômicos para otimização de ações de saúde’ e ‘contribuição para a qualidade da atenção em saúde e segurança do paciente’ observou-se que não foram desenvolvidas atividades para esse fim, requerendo maior amadurecimento da institucionalização da rede junto ao gestor da secretaria de saúde do DF.

Para atingir todos os objetivos, as instituições que compõem a ReDAPTS podem desenhar estratégias para agregar recursos¹⁰ e realizar projetos de pesquisa em cooperação, mobilizando atores-chave para produzir evidências direcionadas ao sistema local de saúde^{1,14}.

Perfil de participação mapeado

Trinta e nove instituições e 268 profissionais de diversas áreas participaram de três eventos técnico-científicos entre 2016 e 2019, sendo 26% dos participantes vinculados ao governo local. Das instituições representadas nos eventos, 12 eram hospitais públicos de ensino e pesquisa, 12 instituições apoiadoras, oito instituições públicas de ensino e pesquisa, cinco instituições gestoras do SUS ou com contrato de gestão e duas instituições de ensino e pesquisa privadas, sem fins lucrativos.

Tabela 1. Perfil das participações, tipo de instituição e formação nos Eventos técnico-científicos I, II e III realizados pela ReDAPTS entre 2016 e 2019. Brasília-DF, 2020.

	Evento I		Evento II		Evento III		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
PARTICIPAÇÕES POR INSTITUIÇÃO							
Secretaria de Estado de Saúde do DF	22	31,0	11	15,5	38	53,5	71
Fiocruz Brasília	15	28,8	14	26,9	23	44,2	52
ESCS/FEPECS	5	10,2	23	46,9	21	42,9	49
Universidade de Brasília	9	32,1	12	42,9	7	25,0	28
Ministério da Saúde	7	25,9	2	7,4	18	66,7	27
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	2	18,2	1	9,1	8	72,7	11
Outras	6	20,0	8	26,7	16	53,3	30
PARTICIPAÇÕES POR TIPO DE INSTITUIÇÃO							
Instituições públicas de ensino e pesquisa	29	21,5	49	36,30	57	42,22	135
Instituição gestora do SUS ou com contrato de gestão	12	22,2	8	14,81	34	62,96	54
Hospitais públicos de ensino e pesquisa	17	36,2	6	12,77	24	51,06	47
Instituições apoiadoras	6	20,0	8	26,67	16	53,33	30

Instituições de ensino e pesquisa privadas, sem fins lucrativos	2	100,0	0	0,00	0	0,00	2
VÍNCULO DOS PARTICIPANTES COM AS INSTITUIÇÕES							
Servidor Público	36	31,03	28	24,14	52	44,83	116
Bolsista	17	20,00	20	23,53	48	56,47	85
Estudante de graduação	0	0,00	15	78,95	4	21,05	19
Celetista	4	30,77	0	0,00	9	69,23	13
Contrato Temporário	2	16,67	0	0,00	10	83,33	12
Outros	5	27,78	6	33,33	7	38,89	18
Sem informação	2	40,00	2	40,00	1	20,00	5
PARTICIPAÇÕES POR TITULAÇÃO							
Especialização	11	21,57	5	9,80	35	68,63	51
Mestrado	8	16,33	6	12,24	35	71,43	49
PhD	15	32,61	12	26,09	19	41,30	46
Graduação	13	32,50	11	27,50	16	40,00	40
Graduação Incompleta	3	8,82	21	61,76	10	29,41	34
Mestrado Incompleto	8	32,00	9	36,00	8	32,00	25
Doutorado Incompleto	6	35,29	5	29,41	6	35,29	17
Sem informação	2	33,33	2	33,33	2	33,33	6
PARTICIPAÇÕES POR GRADUAÇÃO							
Farmácia	14	29,79	4	8,51	29	61,70	47
Medicina	11	24,44	20	44,44	14	31,11	45
Enfermagem	6	15,38	14	35,90	19	48,72	39
Saúde Coletiva	7	20,59	8	23,53	19	55,88	34
Fisioterapia	4	26,67	3	20,00	8	53,33	15
Outras	22	27,50	18	22,50	40	50,00	80
Sem Informação	2	25,00	4	50,00	2	25,00	8
TOTAL	66		71		131		268

Fonte: Elaboração Própria.

O Evento I da ReDAPTS envolveu 19 instituições e 66 participações. Quatro instituições públicas de ensino e pesquisa e sete hospitais públicos de ensino e pesquisa foram destaques com 69,7% das participações. Instituições gestoras do SUS ou com contrato de

gestão, instituições apoiadoras e instituições de ensino e pesquisa privadas, sem fins lucrativos corresponderam aos outros 30,3%. Servidores públicos e bolsistas corresponderam a 78,8% das participações. Do total de participações, 57,6% eram formados em Farmácia, Medicina, Saúde Coletiva e Enfermagem. Profissionais com PhD, graduação e especialização somaram 59,1% do total de participações.

O Evento II da ReDAPTS envolveu 17 instituições e 71 participações. Foram submetidos 34 resumos, categorizados em 10 relatos de experiências, 10 estudos de avaliação de tecnologias em saúde e 11 pesquisas em serviços de saúde. Três instituições públicas de ensino e pesquisa foram destaques com 69% das participações. Servidores públicos, bolsistas e estudantes de graduação corresponderam a 88,7% das participações. Do total de participações, 59,2% eram formados em Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva. Profissionais com graduação incompleta, PhD e graduação somaram 62% do total de participações.

O Evento III da ReDAPTS envolveu 28 instituições e 131 participações. Foram aceitos 38 resumos em três linhas temáticas: 11 avaliação de programas, serviços, tecnologias em saúde e análises econômicas, 11 assistência farmacêutica e 16 ATS na regulação sanitária. Sete instituições públicas de ensino e pesquisa, três instituições gestoras do SUS ou com contrato de gestão e 10 hospitais públicos de ensino e pesquisa foram destaques com 87,8% das participações. Servidores públicos e bolsistas corresponderam a 76,3% das participações. Do total de participações, 61,8% eram formados em Farmácia, Enfermagem, Saúde Coletiva e Medicina. Profissionais com especialização, mestrado e PhD somaram 67,9% do total de participações.

Nas participações por instituição, observa-se aumento nas participações da Secretaria de Estado de Saúde do DF (Hospitais Públicos Regionais e Unidades Básicas de Saúde) ao longo dos eventos e representação de 26,5% (71/268) do total. Aumento também nas participações das instituições de ensino e pesquisa e de órgãos e entidades vinculados a gestão nacional do SUS. Apesar das outras instituições apresentarem aumento de participação, não significou que a mesma instituição esteve presente em todos os eventos. Instituições de ensino e pesquisa como universidades e escolas superiores envolveram uma maior participação de estudantes e apresentações de trabalhos técnico-científicos no Evento II, o que comprova movimentação científica para este evento.

Em relação ao tipo de instituição, observa-se que as participações das instituições públicas de ensino e pesquisa dobraram ao longo dos eventos e representaram 50,4% (135/268) das participações totais. Instituição gestora do SUS ou com contrato de gestão e

instituições apoiadoras aumentaram em quase três vezes as suas participações ao longo dos eventos. Entre os Eventos I e II, os hospitais públicos de ensino e pesquisa reduziram aproximadamente três vezes sua participação, porém entre os Eventos II e III quadruplicaram as participações.

Considerando o tipo de vínculo, houve destaque para servidores públicos e bolsistas que aumentaram expressivamente as participações ao longo dos eventos e juntos representaram 75% (201/268) das participações totais nos três eventos.

Para a variável formação, houve destaque para profissionais com Especialização e Mestrado que aumentaram ao longo dos eventos. Graduação incompleta apresentou um número expressivo nas participações do Evento II, o que novamente mostra compartilhamento da produção técnica-científica ocorrida nesse evento. Nas participações por graduação, observa-se aumento expressivo de profissionais graduados em Farmácia, Enfermagem e Saúde Coletiva ao longo dos eventos.

DISCUSSÃO

Nesse estudo observou-se que no período de 2016 a 2019, metade dos objetivos previstos no Regimento Interno da ReDAPTS foram alcançados, entre eles a qualificação da rede por meio de capacitação, o apoio na resposta as prioridades e demandas imediatas e na produção de evidências para gestão em saúde com a elaboração de PTC pelos profissionais capacitados. Tais profissionais, estavam representados e apresentaram seus pareceres nos eventos técnicos-científicos da rede. O perfil de participação nesses eventos demonstrou um aumento gradativo de interesse sobre o papel da ATS.

Embora o estudo seja descritivo, o que limita a análise reflexiva dos resultados, esse artigo procurou contribuir para o engajamento das instituições na disseminação da ATS para os serviços do DF. Observou-se que dois núcleos de ATS do DF com mais tempo de funcionamento conseguiram parcerias em projetos colaborativos. Em 2018, um hospital público de ensino do DF se destacou na produção de um estudo para avaliar a segurança e o impacto orçamentário da implementação de um programa de mobilização precoce em Unidade de Tratamento Intensivo¹⁷. Uma instituição de ensino e pesquisa vinculada a gestão nacional do SUS relatou a contribuição dada para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para introdução de medicamento para tratamento de Leishmaniose cutânea¹⁸. Essas duas instituições pertencentes à Rebrats, foram pioneiras para a iniciação da ReDAPTS, sendo essa a relação entre as duas redes¹¹.

Quando esse engajamento foi de caráter individual, observou-se que as participações totais dobraram quando se compara os Eventos I e III. Nota-se que apesar das participações institucionais, as individuais prevaleceram ao longo do tempo. Isso demonstra o papel de atores-rede¹⁶ para desenvolvimento de redes colaborativas. Baseado na teoria de ator-rede¹⁶, existem elementos-chaves para que uma rede se sustente, são eles o elemento humano e fator não humano. O elemento humano engloba pessoas com reconhecimento profissional com capacidade de realizar interações sucessivas para ir compondo uma *network*. Os fatores não humanos¹⁶ são as ferramentas e tecnologias da informação e comunicação que facilitam essas interações. No entanto, a sustentação dessas interações requer governança de redes colaborativas com relações horizontais entre organizações e descentralização de poderes visando melhorias contínuas e adaptabilidade nos processos produtivos e vínculo cooperativo entre as instituições¹⁹.

Um desafio para tal governança consiste na presença de atores-rede com representação institucional. Ou seja, para aqueles objetivos que requerem uma forte interação com os gestores do SUS, ter algum nível de institucionalização nas participações pode ser o caminho para um forte apoio à tomada de decisão no SUS-DF.

Comparando essa experiência com outras iniciativas estaduais¹³, somente São Paulo conseguiu uma rede local que auxilia nas decisões de incorporação de tecnologias para a superintendência estadual¹². Embora a função da ReDAPTS não esteja suficientemente institucionalizada, a contribuição para o SUS-DF, no período, foi obtida com a capacitação de profissionais, motivados em responder problemas de sua área de atuação. Esse movimento pode gerar uma estratégia que estimula a inovação tecnológica no DF²⁰.

A ReDAPTS, como iniciativa a ser consolidada, carece de recursos informacionais e financeiros que deem sustentação¹⁶, como a manutenção de websites, redes sociais, ferramentas informacionais e de comunicação, maiores articulações político-institucionais^{2,14} e fortalecimento de processos avaliativos locais⁸.

Essa rede foi criada para trazer melhorias na incorporação e exclusão de tecnologias para o SUS-DF, porém o processo de institucionalização da ReDAPTS ainda enfrenta desafios, como pouco conhecimento acerca dos impactos que podem ser gerados pelas avaliações, mudanças na gestão, falta de interlocutores-chaves, pouca institucionalidade e recursos. A gestão de tecnologias em saúde no âmbito do SUS ainda apresenta baixa sustentabilidade das atividades técnico-científicas em nível estadual e regional³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 2016 a 2019, as atividades desenvolvidas permitiram que metade dos objetivos da ReDAPTS fossem alcançados, entre eles a qualificação da rede por meio de capacitação, o apoio na resposta as prioridades e demandas imediatas e na produção de evidências para gestão em saúde com a elaboração de pareceres técnicos científicos pelos profissionais. O perfil de participação nas atividades demonstrou a interação de profissionais e instituições para colaborações em projetos de pesquisa aplicada, eventos técnico-científicos e disseminação das potencialidades da ATS para processos de gestão de tecnologias em saúde.

Esse artigo representa um esforço de contribuição com uma política pública de ATS para o DF. Todavia, esse esforço requer institucionalização para reforço de parcerias e estabelecimento de fluxos para progressão da rede. Espera-se que as colaborações em rede potencializem as capacidades locais para realizar ATS e gerar com isso resultados na qualidade e eficiência do sistema e serviços de saúde no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Vianna Araujo D, Distrutti M, Elias F. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. *J Bras Econ da Saúde*. 2017;9(Suppl1):4–40. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/859393/jbes9-suppl1-02-nota-tecnica.pdf>
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência T e IE. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde [Internet]. BVS. 2010. 52 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf
3. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46(SUPPL.1):83–90. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4220.pdf>
4. Elias FTS. A importância da Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. *BIS Bol do Inst Saúde* [Internet]. 2013;14(2):143–50. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000200004&lng=en&nrm=iso
5. Brasil M da SS-EÁ de E da S e D. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2009. 112 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf
6. Asernip-s DH, His KM. The Influence of Health Technology Assessment A

- conceptual paper April 2014 Document prepared by. Int Netw Agencies Heal Technol Assess. 2014;(April). Available from: https://www.inahta.org/wp-content/uploads/2014/03/INAHTA_Conceptual-Paper_Influence-of-HTA1.pdf
7. Castro R, Elias FTS. Envolvimento dos usuários de sistemas de saúde na avaliação de tecnologias em saúde (ATS): Uma revisão narrativa de estratégias internacionais. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(64):97–108. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160549.pdf>
 8. Vanni T, Stein AT, Souza KM, Freitas MG de, Patterson I, Assis EC, et al. Inteligência avaliativa em rede: construindo consenso em Avaliação de Tecnologias em Saúde. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde [Internet]*. 2015;9(4):1–10. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/1026/1994>
 9. Amorim FF, Ferreira Júnior PN, Faria ER, Almeida KJQ de. Health technology assessment: historical context and perspectives. *Comun ciênc saúde [Internet]*. 2010;21(4):343–8. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619117&indexSearch=ID>
 10. Sampietro-Colom L LK, Cicchetti A KK, Pasternack I FB, Rosenmöller M WC, Kahveci R WJ, Kiivet RA et al. THE AdHopHTA HANDBOOK [Internet]. 2015. 222 p. Available from: http://www.adhophta.eu/sites/files/adhophta/media/adhophta_handbook_website.pdf
 11. da Motta J, Tavares F, Vanni T, Silva E. Relações de colaboração na rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde. *Ciências Saúde*. 2016;27(1):71–82. Available from: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/89/25>
 12. Trindade E, Martins PN, Zanberlan AG, Opromolla PA, Toma TS, Muller SS, et al. Experiência da Rede Paulista de ATS na parceria com a CONITEC. *Rev Eletronica Gestão Saúde*. 2015;6(4):3297. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3337/3022>
 13. 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 Saude Publica*. 2019;35:e00071518. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00071518.pdf>

14. Cristina D, Pereira R. Avaliação de Tecnologia em Saúde no Distrito Federal: diagnóstico para construção de uma rede no território Evaluation of Health Technology in the Federal District: diagnosis for the construction of a network in the territory. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):234–42. Available from: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/234/269>
15. Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde R. Regimento Interno da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS) [Internet]. Brasília-DF; 2019. Available from: <https://bit.ly/2RmscPy>
16. Oliveira KE de J, Porto C de M. Educação e teoria ator-rede: fluxos heterogêneos e conexões híbridas. Ilhéus: Editus. 2016. 139 p. Available from: http://www.uesc.br/editora/livrosdigitais2017/educacao_teorias_ator_rede.pdf
17. Castro J, Santos AC, Tavernard LV, Silva EM. Programa de mobilização precoce para pacientes criticamente enfermos. In Brasília-DF; 2018. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39094/5/Joana_Castro_etal.pdf
18. Elias FTS, Ramos MC, Penna G. Oral Miltefosine For Cutaneous leishmaniasis. In: *Journal of Service Research* [Internet]. Oral presentation - XV Health Technology Assessment international (HTAi) Annual Meeting, 2018, Vancouver, Canadá; 2000. p. 88–9. Available from: https://htai.org/wp-content/uploads/2018/08/AM18_Abstract-Book.pdf
19. Martins W de J, Pereira DCR, Elias FTS. Governança e Gestão da CT&I na Saúde, pelo Enfoque da Análise de Redes Sociais. *Saúde, Desenvolv e Inovação*. 2015;1:261–77. Available from: <https://cepesc.org.br/livros/83717/>
20. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N° 425, de 08 de abril de 2018. [Internet]. Brasília-DF; 2018. 10–10 p. Available from: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/05_Maio/DODF_089_10-05-2018/DODF_089_10-05-2018_SECAO1.pdf#page=10

APÊNDICE (Material suplementar do Artigo 2)**Quadro 2. Lista completa dos documentos analisados. Repositório de arquivos da ReDAPTS. Brasília-DF, 2020.**

Cód	Título do documento	Tipo de documento	Mês/ano do documento
#01	Lista de presença do Evento I: “Seminário sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde: Construção de Redes Colaborativas do DF”	Lista de presença	out/16
#02	Lista de presença da Roda de conversa realizada do Evento I	Lista de presença	out/16
#03	Relatoria da Roda de Conversa realizada no Evento I	Relatório	out/16
#04	Programação do Evento I	Programação	out/16
#05	Lista de presença do Evento II: “Seminário Temático: I Encontro da Rede Distrital de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ReDATS)”	Lista de presença	dez/16
#06	Webpage do Evento II (link)	Webpage	dez/16
#07	Relatoria da 1ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Relatório	dez/16
#08	Memória da 2ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	mar/17
#09	Pauta da 2ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mar/17
#10	Memória da 3ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	mar/17
#11	Pauta da 3ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mar/17
#12	Lista de presença da 4ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	mai/17
#13	Pauta da 4ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mai/17
#14	Lista de presença da 5ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	ago/17
#15	Pauta da 5ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	ago/17
#16	Memória da 5ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	ago/17
#17	Programação do SISBE 2017 - Simpósio de Saúde Baseada em Evidências – Brasília (2017)	Programação	nov/17
#18	Lista de presença da 6ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	dez/17
#19	Memória da 6ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	dez/17
#20	Pauta da 6ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	dez/17
#21	Lista de presença da 7ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	jan/18
#22	Memória da 7ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	jan/18

#23	Pauta da 7ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	jan/18
#24	Lista de presença da 8ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	mar/18
#25	Memória da 8ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	mar/18
#26	Pauta da 8ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mar/18
#27	Memória da 9ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	abr/18
#28	Pauta da 9ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	abr/18
#29	Lista de presença da 9ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	abr/18
#30	Lista de presença da 10ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	mai/18
#31	Pauta da 10ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mai/18
#32	Memória da 10ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	mai/18
#33	Memória da 11ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	jun/18
#34	Pauta da 11ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	jun/18
#35	Lista de presença da 11ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	jun/18
#36	Apresentação realizada na 12ª Reunião Técnica da ReDAPTS sobre projetos e cursos em andamento	Apresentação	ago/18
#37	Lista de presença da 12ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	ago/18
#38	Memória da 12ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	ago/18
#39	Lista de presença da 13ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	ago/18
#40	Programação da IV Semana Científica do Hospital Regional de Ceilândia	Programação	ago/18
#41	Lista de presença da 14ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	out/18
#42	Pauta da 14ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	out/18
#43	Webpage de capacitação - Congresso Brasileiro da Criança com Condições Complexas de Saúde (link)	Webpage	nov/18
#44	Lista de presença do Evento III: "II Encontro da ReDAPTS - Seminário Temático: Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS - Experiências e Desafios para Análise Econômica"	Lista de presença	nov/18
#45	Webpage do Evento III (link)	Webpage	nov/18
#46	Memória da 15ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	dez/18
#47	Apresentação realizada na 15ª Reunião Técnica da ReDAPTS sobre as atividades executadas em 2018 e planejamento das atividades de 2019	Apresentação	dez/18

#48	Lista de presença da 15ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	dez/18
#49	Pauta da 15ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	dez/18
#50	Pauta da 16ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	fev/19
#51	Memória da 16ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	fev/19
#52	Lista de presença da 16ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	fev/19
#53	Pauta da 16ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	fev/19
#54	Pauta da 17ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	abr/19
#55	Memória da 17ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	abr/19
#56	Lista de presença da 17ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	abr/19
#57	Pauta da 18ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Pauta de reunião	mai/19
#58	Memória da 18ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Memória de reunião	mai/19
#59	Lista de presença da 18ª Reunião Técnica da ReDAPTS	Lista de presença	mai/19
#60	Lista de presença da 1ª Reunião Científica da ReDAPTS	Lista de presença	jun/19
#61	Programação da 1ª Reunião Científica da ReDAPTS	Programação	jun/19
#62	Lista de presença da 2ª Reunião Científica da ReDAPTS	Lista de presença	nov/19
#63	Memória da 2ª Reunião Científica da ReDAPTS	Memória de reunião	nov/19
#64	Programação da 2ª Reunião Científica da ReDAPTS	Programação	nov/19
#65	Apresentação realizada na 2ª Reunião Científica da ReDAPTS - Panorama das atividades da ReDAPTS em 2019	Apresentação	nov/19
#66	Apresentação realizada na 2ª Reunião Científica da ReDAPTS - Hospital também é lugar de ATS: um panorama global de experiências	Apresentação	nov/19
#67	Apresentação realizada na 2ª Reunião Científica da ReDAPTS - ATS no Hospital de Base	Apresentação	nov/19
#68	Webpage de Capacitação - II Simpósio de Saúde Baseada em Evidências (link)	Webpage	nov/19
#69	Relatório de cursos realizados em colaboração com outras instituições entre 2017 e 2019.	Relatório	dez/19
Total analisado			69

*Documentos arquivados de forma agregada foram separados para categorização.

Acesse o Repositório de Arquivos da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS): <https://bit.ly/2soQqPo> ou <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1OIMvjKQzIcpa4LBQI7DvgXHsBi1dOHb3>

6.3. Resultado do Objetivo 3 – INSTRUMENTOS E MÉTODOS ELABORADOS

Os instrumentos para mapear e analisar capacidades instaladas da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal para sedimentação da cultura Avaliação de Tecnologias em Saúde na atenção hospitalar foram construídos visando a execução do projeto aprovado no CNPq – “Estratégias para sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde nos hospitais públicos do Distrito Federal” (*registration DOI 10.17605/OSF.IO/V426N*) e encontra-se disponível na plataforma *Open Science Framework*, <https://osf.io/v426n/> (67).

A seguir apresenta-se a organização da pesquisa de campo contendo a amostra dos hospitais a serem visitados e os instrumentos de coleta de dados, sendo eles questionário estruturado e roteiro para grupo focal.

A amostra foi constituída por 17 hospitais identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (64), para identificação dos hospitais terciários públicos pertencentes ao território do DF. São eles: Hospital da Criança de Brasília (HCB); Hospital de Apoio de Brasília (HAB); Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB); Instituto Hospital de Base (IHB); Hospital Regional da Asa Norte (HRAN); Hospital Universitário de Brasília (HUB); Hospital Regional de Ceilândia (HRC); Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ); Hospital São Vicente de Paulo (HSVP); Hospital Regional de Taguatinga (HRT); Hospital Regional do Gama (HRG); Hospital Regional de Santa Maria (HRSM); Hospital Regional de Samambaia (HRSAM); Hospital Regional do Guará (HRGU); Hospital Regional de Planaltina (HRPL); Hospital Regional de Sobradinho (HRS); Hospital Regional do Paranoá (HRPA).

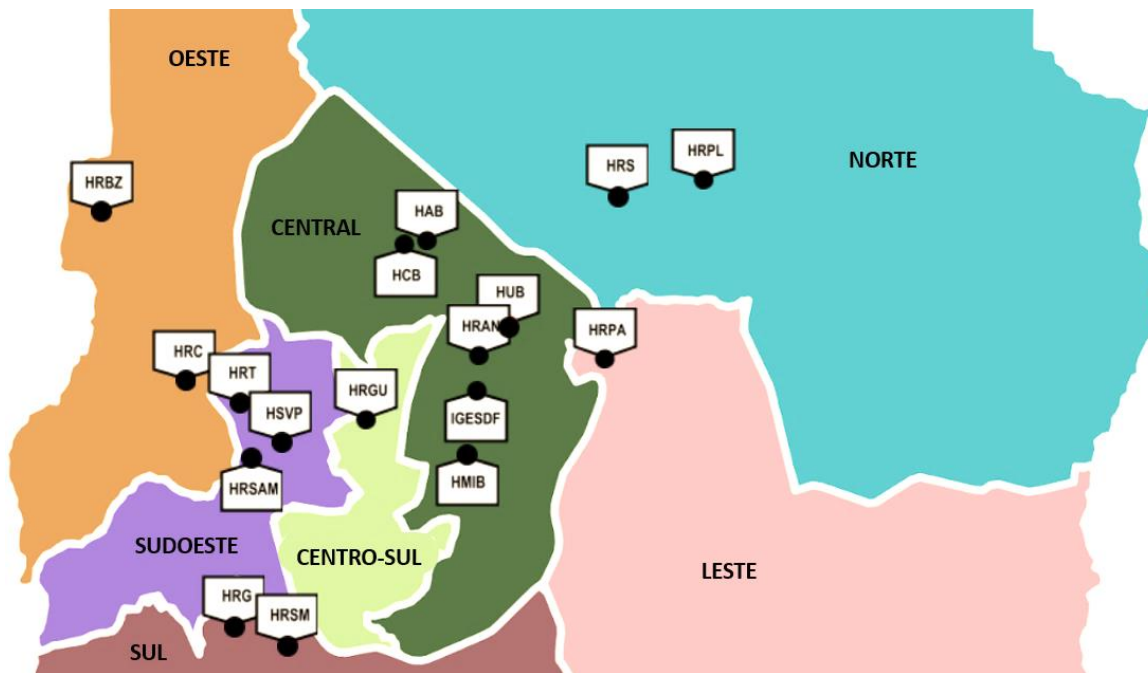


Figura 1. Distribuição dos Hospitais selecionados por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2020.

Fonte: elaboração própria, conforme Regiões de Saúde da SES-DF (68). *Layout* do mapa adaptado da Sala de Situação do Distrito Federal (69).

Os dois instrumentos para pesquisa de campo foram elaborados a partir de um guia (Quadro 2) que estabelece relações entre as dimensões Estrutura, Processo e Resultados e as dimensões do Projeto *AdHopHTA*, cujas subdimensões reúnem aspectos de recursos e suporte à unidade de ATS hospitalar, aspectos processuais de liderança e parcerias de governança, processo de avaliação em saúde, e por último requisitos de como avaliar impactos dos resultados da unidade de ATS hospitalar, mesmas usadas no segundo artigo desta dissertação.

Quadro 1. Guia para construção do questionário eletrônico e roteiro dos grupos focais. Brasília-DF, 2020.

Eixos Donabedian	ESTRUTURA		PROCESSO	RESULTADO
Dimensões do Projeto AdHopHTA	<i>(Dimensão 3)</i> Recursos e ferramentas para assegurar o suporte de todas as atividades desenvolvidas pela unidade de ATS hospitalar.	<i>(Dimensão 2)</i> Liderança, estratégia e parcerias assegurando a relação estratégica tanto no Hospital quanto com os principais parceiros externos.	<i>(Dimensão 1)</i> Processo de avaliação: relevante, confiável, realizada de forma imparcial e transparente com o envolvimento das partes interessadas.	<i>(Dimensão 4)</i> Ferramentas para mensurar o impacto da unidade de ATS hospitalar, frente à sua missão.
Roteiro	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura organizacional (20,54); • Perfis e habilidades bem definidos e estabelecidos para recursos humanos, políticas de recrutamento e aos planos de desenvolvimento de carreira (20,54,70); • Capacidades instaladas essenciais (20,54,70); • Lista de treinamentos permanentes, recursos online para capacitação (20,54,70); • Orçamento fixo e captação de recursos financeiros adicionais (20,54,70); • Suficiência de recursos financeiros para cobrir os custos operacionais e garantir um local de trabalho adequado (20,54,70); 	<ul style="list-style-type: none"> • A missão, a visão e os valores estão claramente definidos e são coerentes com a missão e estratégia geral do hospital e permitem uma governança clara (20,54,70). • Diretrizes sobre a missão e formulação da visão (20,54,70); • Existência de normas formais em relação à avaliação de novas tecnologias (70); • Formalização no organograma do hospital (70); • Forma de governança com as demais áreas do hospital: comissão, matriciamento, vínculo com alta direção (20,54,70); • Diretrizes para uma boa liderança (70); 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de definição de escopo da formulação da pergunta envolve todos os <i>stakeholders</i> e reflete o contexto local (20,54,70); • Relatório de ATS é realizado de forma sistemática e utiliza métodos de boas práticas e ferramentas apropriadas (20,54,70); • Metodologia prevê adequabilidade dos estudos para outros hospitais (transferência) (20,54,70); • Priorização e critérios para seleção da avaliação a ser realizada (20,54,70); • Monitoramento da qualidade das avaliações (20,54,70); • Revisões periódicas das avaliações para incorporação (20,54,70); • Tradução do conhecimento para os gestores hospitalares (20,54,70); 	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento do Horizonte Tecnológico (20,54); • Definição dos indicadores de resultados e mensuração no curto e médio prazo (70); • Auditoria periódica para avaliação de impacto de resultados da ATS (70); • Mensura resultados financeiros do trabalho executado, ou seja, se com a ATS houve alguma economia ou melhora da qualidade assistencial (70); • Pesquisa e desenvolvimento (20,54); • Existência de indicadores de produtividade tangíveis e intangíveis (70); • Pesquisa de satisfação dos clientes (clínicos, gerentes do hospital) (70);

	<ul style="list-style-type: none"> ● Existe o perfil sobre as habilidades, políticas de recrutamento e planos de desenvolvimento de carreira aos recursos humanos (20,54,70). ● Sistema para publicação de estudos e informações (20,54); ● Público-alvo dos estudos realizados (20,54); ● Instituições clientes (20,54). ● Rede de colaborações internas e externas (20,54). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estratégias de comunicação e atividades internas e externas (20,54,70); ● Diretrizes para a formulação de estratégias de comunicação (20,54,70); ● Modelo de amostra para identificação e/ou priorização de tópicos para ATS (20,54,70); ● Lista de potenciais parceiros e cooperações (70). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Resultados da avaliação e recomendações precisam ser comunicados às partes interessadas do Hospital (20,54,70); ● Possibilidade de utilização das ferramentas no processo de avaliação (20,54,70); ● Sites de hospitais com modelos organizacionais de ATS hospitalar (70); ● Resumo sobre as ferramentas e meios da ATS (70); ● Compartilhamento em rede (20,54,70). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Existência de avaliações formais anuais escritas de satisfação no trabalho (70); ● Estratégias para obter reconhecimento externo e credibilidade (70); ● Descrição e qualidade dos produtos ATS (20,54); ● Uso dos produtos ATS (20,54); ● Impacto geral e econômico (sistema de custos) (20,54); ● Barreiras de implementação (20,54); ● Equidade (20,54); ● Sustentabilidade e desafios futuros (20,54).
--	--	---	---	---

Fonte: elaboração própria. Guia elaborado a partir de adaptações das dimensões disponíveis no *AdHopHTA Handbook* (20) e em seu *Toolkit* (54), e adaptações das dimensões dos programas/agências de ATS (70).

O questionário foi elaborado em meio eletrônico, utilizando a ferramenta *Google Forms* e será disponibilizado *on-line*, por meio de um *link* estabelecido para este fim (Apêndice 1, relacionado ao objetivo 3).

Os dados advindos da aplicação dos questionários eletrônicos serão organizados em *Microsoft Excel versão 2016* identificando-se a capacidade instalada e seus fatores, limitantes e promotores, para criação de modelos organizativos de ATS nos hospitais. Para aqueles que já possuírem alguma capacidade desenvolvida, será analisado o nível de sedimentação da ATS.

O roteiro do grupo focal encontra-se no Apêndice 2, relacionado ao objetivo 3. No primeiro grupo focal está prevista a participação de informantes chaves das unidades hospitalares que atuam no campo da ATS e no segundo informantes chaves das unidades hospitalares que compõem essa amostra e que não possuem ATS no contexto hospitalar. Cada unidade poderá indicar até dois técnicos e/ou gestores para compor cada um dos dois grupos focais. Conforme roteiro, os grupos focais foram subdivididos em subgrupos para melhor aproveitamento dos discursos dos participantes.


Por fim, pretende-se utilizar realizar métodos mistos de análise com o software *IRAMUTEQ* versão 0.6 para análise de dados textuais e a lexicografia da frequência de palavras, assim como usar análises qualitativas de sentidos das falas dos participantes (66).

APÊNDICE 1 (OBJETIVO 3)

a) Questionário Elaborado (autoria registrada na plataforma *Open Science Framework* sob número de identificação DOI 10.17605/OSF.IO/V426N, <https://osf.io/v426n/>)

Sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) nos hospitais públicos do Distrito Federal

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) auxilia o gestor no processo de tomada de decisão e tem papel fundamental no fortalecimento do uso racional de medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, serviços de saúde, sistemas organizacionais, de informação e de suporte, programas, protocolos e demais tecnologias utilizadas na assistência para os cuidados em saúde prestados à população. O gestor que trabalhar com o campo da ATS poderá analisar a eficácia e segurança das tecnologias em saúde, identificando funcionamento, custos e seus benefícios para o Sistema Único de Saúde local. Maiores informações no folder abaixo:

<p>Quais são os objetivos do Projeto "Sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) nos hospitais públicos do Distrito Federal"?</p>	<p>Quais os modelos utilizados na ATS em âmbito hospitalar?</p>	<p>O que é ReDAPTS?</p>
<p>FASES</p> <ol style="list-style-type: none">I Realizar diagnóstico situacional nos hospitais que aceitarem participar;II Capacitar os profissionais dos serviços e setores afins para o campo de ATS nos hospitais;III Apoiar a estruturação de áreas e grupos técnicos em função das necessidades identificadas nos hospitais.	 <p>O desenvolvimento da ATS hospitalar vem crescendo rapidamente como modelo para realização desta prática em contextos locais.</p>	<p>Criada em 2016, a Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS) é uma rede formativa dedicada a gerar e promover evidências científicas no campo da ATS de forma a subsidiar e orientar a tomada de decisão em saúde em âmbito distrital. Podem se tornar membros da ReDAPTS:</p>
<p>Quais áreas dos hospitais podem atuar no campo da ATS?</p>	<p>MODELOS DE ATS HOSPITALAR</p>	<ol style="list-style-type: none">I Instituições de ensino e de pesquisa públicas e privadas sem fins lucrativos;II Instituições gestoras do SUS e da saúde suplementar envolvidas com avaliação e gestão de tecnologias em saúde;III Hospitais de ensino ou unidades prestadoras de serviços públicos e hospitais filantrópicos com área de ATS;IV Outras instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, que atuem em áreas afins à Avaliação de Tecnologias em Saúde.
<p>Gerência de Atenção à Saúde (Divisão de Gestão do Cuidado; Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico): apoio no uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para melhoria na assistência e qualidade da atenção.</p> <p>Gerência Administrativa (Divisão Administrativa e Financeira; Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar): gestão das tecnologias em saúde e melhor uso dos recursos de saúde.</p> <p>Gerência de Ensino e Pesquisa: capacitação profissional e produção de evidências científicas.</p>	<p>MODELO EMBAIXADOR OU GRUPO AUTÔNOMO Profissionais definidos formadores de opinião sobre o processo de ATS dentro da instituição.</p> <p>GRUPO MATRICIAL DE ATS Levantamento de informações clínicas, econômicas e aspectos relevantes são apresentados por profissionais, com experiência em ATS, para subsidiar a gestão.</p> <p>COMITÊ INTERNO Um grupo multidisciplinar representa perspectivas internas da instituição. Este comitê revisa as evidências e emite recomendações.</p> <p>UNIDADE DE ATS HOSPITALAR Estrutura formal dedicada à ATS com equipe própria em tempo integral produz material de alta qualidade sobre incorporação de tecnologias em saúde</p>	<p>COMO PARTICIPAR?</p> <p>A ReDAPTS é uma iniciativa informal de entes colaboradores e representantes das instituições e o ingresso se dará por adesão dos profissionais que queiram trabalhar com o campo da ATS. Entre em contato redaptsdf@gmail.com.</p>

Fonte: elaboração própria.

Sua participação é de grande valia para pesquisa. O questionário possui cinco seções para preenchimento. No total, serão 58 questões sobre dados institucionais, pessoais e profissionais, modelo organizacional de ATS no hospital, disposição de recursos na unidade hospitalar e dados sobre ATS. Clique em "Próximo/Next" para continuar.

Seção 0. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Após a leitura, escolha uma das opções.

Você está sendo convidado(a) a participar como entrevistado de um estudo para pesquisa em vigilância e gestão de saúde para o título de mestre na Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz Brasília), intitulada “Sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Distrito Federal”. O objetivo principal deste estudo é mapear as capacidades instaladas da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SESDF) para sedimentação da cultura de ATS na atenção hospitalar. A partir do resultado deste questionário, serão analisadas as capacidades instaladas e predisposição para estruturação de uma unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde, no âmbito hospitalar, e estratégias para disseminação da Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS). Descrição dos procedimentos: a coleta dos dados será realizada através da aplicação de um questionário eletrônico semiestruturado e grupos focais com representantes e gestores predispostos ao desenvolvimento de uma unidade de ATS hospitalar. Apesar dos questionários eletrônicos estarem acessíveis através de um *link on-line*, serão aplicados *in loco* nas instituições, conforme disponibilidade na agenda dos possíveis participantes. Ao acessar o questionário, o participante poderá discordar ou concordar com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso aceite, será direcionado ao questionário da pesquisa. O questionário estará disponível para preenchimento no primeiro semestre de 2020, sem tempo estimado para sua realização. Fica concedida ao participante a total liberdade de não participar de qualquer procedimento do estudo e que, aceitando em fazê-lo, a qualquer momento poderá retirar seu consentimento para utilização das respostas na pesquisa, sem nenhum prejuízo. Benefícios: se você aceitar participar da pesquisa estará contribuindo para o desenvolvimento da proposta de grupos/núcleos/comitês/unidades em sua instituição a fim de gerar e promover evidências científicas, métodos e aplicações no campo da ATS, para políticas e programas de saúde em âmbito distrital, sendo seus produtos utilizados para subsídio e apoio técnico-científico ao processo de tomada de decisão em saúde. O respondente contribuirá com a cooperação interinstitucional no DF e com o mapeamento das capacidades instaladas dos hospitais da SES-DF e seus possíveis membros para ReDAPTS. Riscos: Os métodos que serão utilizados neste estudo podem envolver riscos causadores de danos, desconfortos e constrangimentos quando há falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação. Também se observa que, dependendo do tipo de questão, a aplicação do questionário ou a condução do grupo focal podem provocar níveis incomuns de constrangimento, causando experiências negativas, cansaço ou aborrecimento ao responder. Confidencialidade: Garantimos que os participantes não serão identificados e que manteremos o caráter confidencial das informações obtidas, quer sejam profissionais ou pessoais. A disseminação dos resultados será de forma agregada, não sendo divulgada qualquer informação sobre a identificação do entrevistado. Participação voluntária: Não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Dúvidas: Em caso de dúvidas durante ou após o estudo relacionadas à pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (61) 3329-4601, ou pelo e-mail johnathanportela@gmail.com. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61)3329-4607/3329-4638 ou e-mail: cepbrazilia@fiocruz.br. Caso concorde em participar, pedimos que aceite este documento online.

Aceito Não aceito

Declaração do participante

Para dar continuidade ao questionário é necessário que o participante declare estar ciente sobre a participação voluntária na pesquisa preenchendo os campos nome completo, Registro Geral, Órgão Expedidor e marcando a seguinte questão:

Eu, participante da pesquisa, após leitura deste documento, declaro que fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Minha participação é voluntária, sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Após ter sido devidamente esclarecido(a), declaro que concordo em participar do presente estudo. Ficou esclarecido que ao fazer devolução deste questionário respondido, confirma sua participação voluntária neste estudo.

APÊNDICE 2 (OBJETIVO 3)

b) Roteiro para Grupo Focal (autoria registrada na plataforma *Open Science Framework* sob número de identificação DOI 10.17605/OSF.IO/V426N, <https://osf.io/v426n/>)

Descrição: roteiro norteador que será utilizado pelo coordenador para dinamizar o grupo focal realizado com os representantes da ATS nos hospitais. Será realizado um grupo focal para quem tem unidades de ATS (estruturadas ou não).

Roteiro 1: Pergunta aos profissionais das instituições que possuem unidades de ATS hospitalar

A. Perfil

- Nome, formação, instituição que está representando
- Há quanto tempo trabalha no hospital, qual setor/área de atuação e perfil da equipe
- Breve histórico profissional

B. Experiência com Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

- O que entende por ATS?
- Existem profissionais, grupos, comissão ou Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) em sua instituição?
- Qual a sua percepção e em que a ATS agregou à sua unidade hospitalar?
- Têm sido produzidas evidências para orientar a tomada de decisão?
- Quais os tipos de estudos têm sido realizados?
- Quais foram os maiores desafios enfrentados para implementar ações de ATS no seu local de trabalho?
- Em seu ambiente profissional existem equipes constituídas para realizar ações de ATS? Esse local é institucionalizado (formal ou informal)?
- Quantas pessoas compõem a equipe?
- As partes interessadas contribuem no processo de tomada de decisão?

Roteiro 2: Perguntas aos profissionais das instituições que não possuem unidades de ATS hospitalar

A. Perfil

- Nome, formação, instituição que está representando
- Há quanto tempo trabalha no hospital, qual setor/área de atuação e perfil da equipe
- Breve histórico profissional

B. Experiência com Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

- O que entende por ATS?
- Qual a sua percepção sobre o que a ATS pode agregar à sua unidade hospitalar?
- Existem profissionais, grupos, comissões ou núcleos com capacidade instalada para estruturar uma unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) em sua instituição?
- Quais são os maiores desafios para a estruturação de núcleos de ATS na sua instituição?
- Como é o processo de tomada de decisão na sua instituição?
- Há recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis tornar possível a estruturação de um núcleo de ATS?
- Seu setor/área tem abertura para contribuir no processo de decisão?
- Seu setor/área tem abertura para capacitação em ATS?
- Conhece a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) ou a Rede Distrital de Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde (ReDAPTS)?
- Existe alguma área, setor ou profissional que possa ser um ator estratégico de ATS na instituição?

8. CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

A partir da revisão de escopo sobre ATS hospitalar, foi identificado que o nível de sedimentação da ATS nas experiências hospitalares identificadas foi parcialmente sedimentado e sedimentado. Apesar disso, os hospitais ainda apresentam barreiras e desafios que comprometem a implementação ou continuidade da ATS. Hospitais que apresentaram o nível parcialmente sedimentado de ATS apresentaram desafios mais relacionados à implementação da proposta, ou seja, à Estrutura e ao Processo (55,56). Por outro lado, hospitais de nível sedimentado de ATS apresentaram desafios mais relacionados à manutenção das atividades, ou seja, ao Processo e Resultado (55,56).

Os hospitais necessitam de uma organização formalizada para o processo de incorporação de tecnologias em saúde (21) e o *AdHopHTA Handbook* (20) foi um método identificado na literatura científica com um kit de ferramentas (54) para configuração e funcionamento da ATS no contexto hospitalar. Os princípios orientadores (19) das dimensões do Projeto *AdHopHTA* combinados com as dimensões dos programas/agências de ATS (70) possibilitaram a elaboração de um Guia para construção do questionário eletrônico e roteiro dos grupos focais com o objetivo de mapear as capacidades instaladas locais e identificar potencialidades no contexto dos hospitais do DF.

A pesquisa apresentou como produto a construção histórica e os principais acontecimentos entre 2016 e 2019 que possibilitaram a conformação da ReDAPTS. Foi exposta a disseminação do conceito da ATS em uma rede local colaborativa e as principais contribuições de sua implementação no contexto de hospitais e instituições de ensino e pesquisa. Entretanto, são necessárias novas estratégias para movimentação e manutenção da rede.

O histórico da ReDAPTS e o nível de participação das instituições do DF ao longo dos quatro anos de ativação da rede permitiu supor um terreno fértil ao desenvolvimento da ATS, tendo em vista o diagnóstico situacional realizado com as instituições de ensino e pesquisa e hospitais (25), a conformação de uma rede local e as ações estratégicas dos últimos anos, como apresentado no Artigo 2.

A busca por experiências sobre ATS em âmbito hospitalar contribuiu para sensibilização sobre o tema e para criação de outras pesquisas com estratégias para sedimentação e fortalecimento da cultura de ATS no DF. Em 2019, um projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulado “Estratégias para sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde nos hospitais públicos do Distrito Federal”, cuja

equipe gestora é composta por Erika Camargo, Johnathan Galdino, Margarete Oliveira e Flávia Elias. Tal projeto visa a implementação da ATS em hospitais sob gestão da SES-DF. A revisão elaborada responde à meta estabelecida do projeto de realizar uma revisão sobre ATS hospitalar. Ademais esta dissertação traz o mapeamento dos participantes potenciais da pesquisa, propõe os instrumentos de coleta e a organização da pesquisa de campo para tal projeto. Espera-se que, a partir do trabalho desenvolvido, as novas pesquisas sejam adaptadas à nova situação dos serviços de saúde, frente à COVID-19. Como consequência, as estratégias previstas precisarão ser realizadas a distância e conforme a realidade local para que o trabalho continue.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

1. Mendes A da CG, de Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: Exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica*. 2012;28(5):955–64.
2. Bittar OJN V, Mendes JDV, Magalhaes A. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade. *Rahis*. 2011;3(7):30.
3. Diniz D, Machado TR de C, Penalva J. A judicialização da saúde no distrito federal, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2014;19(2):591–8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00591.pdf>
4. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46(SUPPL.1):83–90.
5. Vanni T, Stein AT, Souza KM, Freitas MG de, Patterson I, Assis EC, et al. Inteligência avaliativa em rede: construindo consenso em Avaliação de Tecnologias em Saúde. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde* [Internet]. 2015;9(4):1–10. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/1026/1994>
6. Vianna Araujo D, Distrutti M, Elias F. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. *J Bras Econ da Saúde*. 2017;9(Suppl1):4–40.
7. Brasil M da SS-EÁ de E da S e D. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2009. 112 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf
8. 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 Saude Publica*. 2019;35:e00071518.
9. Secretaria do Tesouro Nacional M da F. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil [Internet]. Tesouro Nacional. 2018 [cited 2020 Oct 20]. p. 11. Available from: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSaude2018.pdf>
10. Controladoria-Geral da União CGU. Portal da Transparência: Visão geral da distribuição por subárea (subfunção) - Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 27]. Available from: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>
11. Battista RN, Hodge MJ. The evolving paradigm of health technology assessment: Reflections for the millennium. *Cmaj* [Internet]. 1999;160(10):1464–7. Available from:

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232608/pdf/cmaj_160_10_1464.pdf
12. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência T e IE. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde [Internet]. BVS. 2010. 52 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf
 13. Almeida RRMVR, Infantsi AFC. A avaliação de tecnologia em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento. *Epidemiol serviços e Tecnol em saúde* [Internet]. 1998;(8585676493):25–9. Available from: <http://books.scielo.org/id/889m2/03>
 14. Castro R, Elias FTS. Envolvimento dos usuários de sistemas de saúde na avaliação de tecnologias em saúde (ATS): Uma revisão narrativa de estratégias internacionais. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(64):97–108.
 15. Francisco F, Malik AM. Aplicação de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. *J Bras Econ da Saúde*. 2019;11(1):10–7.
 16. Assis EC. O papel da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na retirada de dispositivos médicos obsoletos no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013;123.
 17. Elias FTS, Leão LSC, Assis EC. Avaliação de tecnologias em hospitais de ensino: desafios atuais. *Tempus, actas de saúde colet*. 2015;9(3):147–58.
 18. De Aguiar Pereira CC, Dos Santos Rabello R, Elias FTS. Hospital-based health technology assessment in Brazil: An overview of the initial experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017;33(2):227–31.
 19. Sampietro-Colom L, Lach K, Pasternack I, Wasserfallen J-B, Cicchetti A, Marchetti M, et al. Guiding principles for good practices in Hospital-Based Health Technology Assessment Units. *Int J Technol Assess Health Care* [Internet]. 2016;31(6):457–65. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84960799581&doi=10.1017%2FS0266462315000732&partnerID=40&md5=2a18b034f7dfc65e29c333e28c24d438>
 20. Sampietro-Colom L LK, Cicchetti A KK, Pasternack I FB, Rosenmöller M WC, Kahveci R WJ, Kiivet RA et al. THE AdHopHTA HANDBOOK [Internet]. 2015. 222 p. Available from: http://www.adhophta.eu/sites/files/adhophta/media/adhophta_handbook_website.pdf
 21. Sampietro-Colom L, Lach K, Escolar I, Sroka S, Soto M, Cicchetti A, et al. A Handbook and a Toolkit for Hospital-Based Health Technology Assessment. *Value*

- Heal [Internet]. 2015;18(7):A556–A556. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L72084066>
22. Nunes AA, de Mello LM, Ana LW, Marques PM de A, Dallora MEL, Martinez EZ, et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. TT - [Evaluation and incorporation of health technologies: process and methodology adopted by a high-comple. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29 Suppl 1:S179-86. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2013001500016
 23. Trindade E, Martins PN, Zanberlan AG, Opromolla PA, Toma TS, Muller SS, et al. Experiência da Rede Paulista de ATS na parceria com a CONITEC. *Rev Eletronica Gestão Saúde*. 2015;6(4):3297.
 24. Controladoria Geral do DF. Despesas do Distrito Federal, por função [Internet]. Portal da Transparência do Distrito Federal. 2020 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <http://www.transparencia.df.gov.br/#/despesas/por-funcao>
 25. Elias FTS, Girardi J da M, Moraes RDG, Silva ET da, Pereira DCR, Pereira ACE da S, et al. Avaliação de Tecnologia em Saúde no Distrito Federal: diagnóstico para construção de uma rede no território Evaluation of Health Technology in the Federal District: diagnosis for the construction of a network in the territory. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):234–42.
 26. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF de. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: FIOCRUZ, editor. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2nd ed. Rio de Janeiro; 2012. p. 577–608.
 27. Nunes AA, de Mello LM, Ana LW, Marques PM de A, Dallora MEL, Martinez EZ, et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: Processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Cad Saude Publica*. 2013;29(SUPPL.1):179–86.
 28. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. HUCITEC - Série Didática; 1997. p. 73.
 29. Merhy E, Franco TB. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - Textos Reunidos. São Paulo: HUCITEC; 2013. 307 p.

30. Sobrido Prieto M, González Guitián C, Cerdá Mota T, et al. Strategies for the diffusion and dissemination of health technology assessment (HTA) products. [Internet]. 2010. Available from: <https://www.sergas.es/docs/Avalia-t/diffusion-Strategies.pdf>
31. European Union EU. AdHopHTA: Health Technology Assessment in and for Hospitals [Internet]. Europe: Research project and production by European Union; 2013. Available from: <http://www.adhophta.eu/>
32. United Nations. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. a/Res/70/1. 2015. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
33. da Motta J, Tavares F, Vanni T, Silva E. Relações de colaboração na rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde. *Ciências Saúde*. 2016;27(1):71–82.
34. European Union EU. Sharing Health Technology Assessment in and for hospitals: introduction to the AdHopHTA database for hospital-based HTA [Internet]. Europe: Research project and production by European Union; 2015. Available from: <http://www.adhophta.eu/>
35. Brasil. Lei n. 10.973, de 2 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. [Internet]. Brasil; 2004. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm
36. Asernip-s DH, His KM. The Influence of Health Technology Assessment A conceptual paper April 2014 Document prepared by. *Int Netw Agencies Heal Technol Assess*. 2014;(April).
37. Schuller T, Söderholm Werkö S. Insights from the front lines: A collection of stories of HTA impact from inahtha member agencies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017;33(4):409–10.
38. European Union EU. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.eunethta.eu/about-eunethta/eunethtanetwork/>
39. EuroScan International Network [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://www.euroscan.org/index.php/en/#>
40. International Society for Quality in Health Care (ISQua) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.isqua.org/about.html>
41. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv*

- Saúde [Internet]. 2018;27(1). Available from:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001&lng=pt&nrm=iso
42. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. 1988 [cited 2020 Oct 22]. Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
 43. Câmara Legislativa do Distrito Federal CLDF. Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) [Internet]. 1993 [cited 2020 Oct 22]. p. 155. Available from:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70442/LODF_DF_ELO_117-2019.pdf?sequence=12&isAllowed=y
 44. Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Silva RMP. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saúde em Debate*. 2016;40(111):49–62.
 45. Ministério da Saúde MS, Hospital Alemão Oswaldo Cruz HAOC. Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica [Internet]. Vol. 2, Ministério da Saúde. 2017. 100 p. Available from: <https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>
 46. Tribunal Superior Eleitoral T. Plano de Governo do Distrito Federal (2019-2022) [Internet]. Brasília-DF; 2018. Available from:
http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/DF/2022802018/70000614515/proposta_1534363615503.pdf
 47. Sellera PEG, Neto OLM, Vasconcelos AMN, Ruy MB, Moraes LFS, Santos SO. Dos. Panorama da situação de saúde do Distrito Federal: análise do período de 2005 a 2017. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019;24(6):2009–20. Available from:
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2009.pdf>
 48. Ministério da Saúde MS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]. Available from: <https://sage.saude.gov.br/#>
 49. Catalão I. Brasília, metropolização e espaço vivido: práticas especiais e vida cotidiana na periferia goiana da metrópole [Internet]. *Cultura Acadêmica E*, editor. 2010. 159 p. Available from:
<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109151/ISBN9788579831058.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 50. Companhia de Planejamento do Distrito Federal CODEPLAN. Panorama habitacional prospectivo para 2020 - 2025 [Internet]. 2018. Available from:

- <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Panorama-Habitacional-prospectivo-para-o-DF-2020-2025.pdf>
51. Governo do Distrito Federal GDF. Sobre Brasília: História, Símbolos, Geografia, População, Cultura e Economia [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]. Available from: <http://www.brasilia.df.gov.br/category/sobre-brasilia/>
 52. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires D. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Saude e Soc [Internet]. 2017;26(4):888–903. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-888.pdf>
 53. Sampietro-Colom L, Lach K, Pasternack I, Wasserfallen J-BJ-B, Cicchetti A, Marchetti M, et al. Guiding principles for good practices in Hospital-Based Health Technology Assessment Units. Int J Technol Assess Health Care [Internet]. 2015;31(6):457–65. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L608643843>
 54. European Union EU. Kit de ferramentas para configuração e funcionamento de uma Unidade de ATS hospitalar (Toolkit for setting up and running an HB-HTA unit) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]. Available from: <http://www.adhophta.eu/toolkit/>
 55. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Qual Rev Bull. 1986;12(3):99–108.
 56. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. In: Arch Pathol Lab Med. 1990. p. 1115–8.
 57. Peters M, Godfrey CM, Mcinerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
 58. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. Ann Intern Med [Internet]. 2018;169(7):467–73. Available from: <https://annals.org/aim/fullarticle/2700389/prisma-extension-scoping-reviews-prisma-scr-checklist-explanation>
 59. Schneider MD, Zanette EN, Cechella NCTP. Relato de Experiência: Metodologia de Aprendizagem Baseada em Projeto, em Curso de Graduação à Distância. J Chem Inf

- Model [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from:
<http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/download/2833/2618>
60. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad Pesqui* [Internet]. 2001;(114):179–95. Available from:
<https://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>
61. Sá-Silva JR, De Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras História Ciências Sociais* [Internet]. 2009;1(1):1–15. Available from: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>
62. Piana MC. A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional [Internet]. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. 2009. 233 p. Available from:
<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>
63. Camargo EB, Pereira ACE da S, Gliardi J da M, Pereira DR, Puga ME, Da Silva ET, et al. Judicialização da saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário* [Internet]. 2017;6(4):27–40. Available from:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/410/488>
64. Ministério da Saúde MS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): Consulta Estabelecimento - Identificação [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
65. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [Internet]. 2009;19(3):777–96. Available from:
<https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>
66. Camargo B V., Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol* [Internet]. 2013;21(2):513–8. Available from:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
67. Galdino JP da S, Camargo EB, Oliveira MM, Elias FTS. Estratégias para sedimentação e fortalecimento da cultura de Avaliação de Tecnologias em Saúde nos hospitais públicos do Distrito Federal [Internet]. *Open Science Framework*. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://osf.io/v426n/>
68. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal SESDF. Decreto n. 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 24]. p.

- 1–56. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>
69. Sala de Situação DF. Evolução dos casos de sífilis por ano de notificação e região de saúde: por regiões de saúde (layout mapa) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://salasit.saude.df.gov.br/evolucao-dos-casos-de-sifilis-por-ano-de-notificacao-mapas-por-regiao-de-saude/>
70. Novaes HMD, De Soárez PC. Organizações de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016;32:1–14. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00022315.pdf