

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O envolvimento do público no processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde: experiências mundiais e proposições para sua ampliação no Brasil”

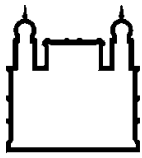
por

Aline Silveira Silva

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Tavares Silva Elias*

Rio de Janeiro, fevereiro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“O envolvimento do público no processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde: experiências mundiais e proposições para sua ampliação no Brasil”

apresentada por

Aline Silveira Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rosângela Caetano
Prof. Dr. José Manuel Santos de Varge Maldonado
Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 18 de fevereiro de 2013.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Aline Silveira
O envolvimento do público no processo de Avaliação de
Tecnologias em Saúde: experiências mundiais e proposições para
sua ampliação no Brasil. / Silva. -- 2013.
172 f. : il. ; tab. ; graf.
Orientador: Marcondes, Willer Baumgarten
Elias, Flávia Tavares Silva
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013
1. Avaliação da Tecnologia Biomédica. 2. Participação Social.
3. Participação Comunitária. 4. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1042

DEDICATÓRIA

*“Ao meu filho Lorenzo, que desde o seu nascimento,
me motiva a nunca desistir diante das dificuldades e
a continuar crescendo em todas as áreas da vida.”*

AGRADECIMENTOS

Aos professores, mestres dignos de todas as homenagens, por esse belo trabalho de transferir o conhecimento.

Aos colegas de mestrado, de Brasília e do Rio de Janeiro, pela troca de experiências, aprendizados e bons momentos juntos.

Aos colegas de trabalho que fazem parte do DECIT, DAF, DECIIS, CONITEC, OMS e REBRATS, que se lembraram do tema do meu trabalho, sugeriram, colaboraram com o envio de materiais, informações, artigos e participaram das discussões sobre o assunto sempre que possível.

Ao Ministério da Saúde e à coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde, que têm possibilitado e apoiado o meu desenvolvimento profissional na área nos últimos quatro anos.

Aos meus amigos queridos, pela ajuda nas traduções, apresentações e reflexões sobre o tema e também pelos necessários momentos de descontração.

À minha família, em especial aos meus pais, pela paciência, amor, dedicação e apoio de sempre.

Ao meu filho, pelo sorriso que me fortalece a cada dia.

A Deus, por me permitir sempre sonhar e conceder forças para realizar.

EPÍGRAFE

"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."

Paulo Freire

RESUMO

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um campo multidisciplinar de análise de políticas, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso da tecnologia em saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros. Entretanto, os impactos éticos, legais e sociais, direcionados a perspectivas de pacientes e da sociedade, são postergados em detrimento de outros atributos clínicos e econômicos.

Com a crescente ênfase sobre o engajamento dos pacientes pelo direito aos seus próprios cuidados, há uma necessidade de determinar meios efetivos para envolver a sociedade nos processos de avaliação e de decisão.

O objetivo do presente trabalho foi explorar os desafios presentes no contexto internacional e nacional para envolver a perspectiva da sociedade (pacientes, cuidadores e profissionais de saúde) nos processos de avaliação e incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi adotado método integrativo, composto por revisão da literatura, análise de documentos e registro oficiais do Ministério da Saúde. A análise dos resultados mostrou experiências internacionais em franco desenvolvimento, destacando-se Reino Unido e Canadá.

No Brasil, existem instrumentos legais para envolver o cidadão nas políticas de saúde e de incorporação de tecnologias, mas a sua implementação prática ainda é incipiente. Os principais desafios identificados em âmbito nacional e internacional são aqueles relacionados aos aspectos culturais. Com base nos resultados foi possível apontar proposições para aprimorar os mecanismos de envolvimento da sociedade nos processos de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde, envolvimento de pacientes, envolvimento do público, participação social, incorporação de tecnologias em saúde.

ABSTRACT

Health Technology Assessment (HTA) is a multidisciplinary field of policy analysis that examines the clinical, social, ethical, and economic implications of the development, diffusion, and use of technology in healthcare, taking into consideration aspects such as efficiency, effectiveness, safety, cost, and cost-effectiveness, among others. Although HTA should primarily consider the social, ethical, and legal impacts associated with technology, other basic attributes (efficacy, effectiveness, safety, and cost) end up taking precedence over the previous ones.

But with the increasing emphasis on the engagement of patients as full partners in taking care of their own health, there is a need to establish effective means for their involvement in the decision-making process.

The aim of this study was to explore the challenges in both the national and international contexts for involving the perspective of society (patients, caregivers, and health professionals) in the process of assessment and incorporation of health technologies in the Brazilian Public Health System (SUS). An integrative method was adopted, consisting of literature review and analysis of documents and official records from the Ministry of Health. The results showed international experiences developing rapidly, especially in the UK and Canada.

In Brazil, legal instruments for involving citizens in health and technology incorporation policies exist, but their practical implementation is still incipient. The main challenges identified both in the national and international scopes are those relating to cultural aspects. Based on the results, it was possible to identify proposals for improving the mechanisms of societal involvement in the processes of assessment and incorporation of technologies in the SUS.

Key words: Health Technology Assessment, patient involvement, public involvement, social participation, health technology incorporation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. JUSTIFICATIVA	17
4. REVISÃO DA LITERATURA	19
4.1. REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1.1. A construção compartilhada do conhecimento	24
4.1.2. O Controle Social	29
4.1.3. A participação social.....	31
4.1.4. A participação social na saúde	32
4.1.5. A participação social na ATS	35
4.2. REFERENCIAL NORMATIVO	40
5. METODOLOGIA	42
6. ENVOLVIMENTO DO PÚBLICO NO PROCESSO DE ATS	44
6.1. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	44
6.1.1. Audiência e Consulta Pública sobre Feridas	44
6.1.2. Consultas Públicas da CONITEC.....	48
6.2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	52
6.2.1. Tipo de público.....	53
6.2.2. Nível de envolvimento	54
6.2.3. Dificuldades e iniciativas	58
7. DISCUSSÃO	61
7.1. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	61
7.2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	62
7.3. PROPOSIÇÕES	63
8. CONCLUSÃO	65
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de vida da tecnologia em saúde.....	20
Figura 2 - Exploração da perspectiva do paciente em ATS.	37
Figura 3 - Desempenho da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas.....	46
Figura 4 - Tipo de participação nas consultas públicas - CONITEC 2012.	52
Figura 5 - Mosaico do envolvimento público.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplos de aspectos dentro de cada área.....	38
Quadro 2 - Uma estrutura para descrever e considerar abordagens para envolver o consumidor.....	39
Quadro 3 - Tecnologias avaliadas no Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas.....	45
Quadro 4 - Tipos de participação nas consultas públicas sobre incorporação de tecnologias no SUS.....	50

APÊNDICE

Apêndice 1 - Quadro de análise com a compilação dos principais achados, iniciativas e dificuldades.....	74
---	----

ANEXOS

ANEXO A - Estratégia de busca sistematizada.....	86
ANEXO B - Pesquisa de opinião da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas.....	87
ANEXO C - Formulário de apelos/sugestões de evidências adicionais da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas	88
ANEXO D - Exemplo de formulário para consulta pública da CONITEC	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACE	Análises de Custo-Efetividade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CCTI	Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CP	Consulta Pública
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DECIIS	Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
HTAi	<i>Health Technology Assessment International</i>
INAHTA	<i>Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>

INC	Instituto Nacional de Cardiologia
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NOB	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P&D	Pesquisa & Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SISREBRATS	Sistema de Informação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tecnologias em Saúde

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais os processos de cuidado em saúde apóiam-se no uso de tecnologias de várias naturezas, que possuem múltiplos atributos e impactos, decorrentes de seu desenvolvimento, adoção e uso.

No Ministério da Saúde definem-se como “Tecnologias em Saúde” (TS) os medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2009)

Outra definição, mais abrangente, conceitua como tecnologias em saúde um conjunto de conhecimentos utilizados, ou potencialmente utilizáveis, seja pelos provedores de atenção, seja pelas comunidades, para resolver ou minorar os problemas de saúde e melhorar os níveis de saúde das populações. Portanto, amplia o escopo incluindo os conhecimentos da sociedade no seu próprio cuidado à saúde.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) compreende a análise e avaliação de várias áreas em que o uso das tecnologias em saúde pode ter consequências. Essas áreas podem ser agrupadas em quatro elementos principais: a tecnologia, o *paciente*, a organização e a economia (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

No campo da avaliação e gestão de tecnologias, o envolvimento dos pacientes e do público tem se tornado uma parte importante da atividade de pesquisa, apoiado pelos governos de diversos países com o objetivo de democratizar a pesquisa nas áreas da saúde e da assistência social, para garantir o máximo de saúde e benefícios sociais. Países como Reino Unido, Estados Unidos, Holanda, Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, Áustria, Canadá, Escócia possuem estudos publicados na área (BRETT et al., 2009; GAGNON et al., 2011)

Recentemente, um novo marco legal insere a participação da sociedade no processo de incorporação de tecnologias no SUS. Trata-se da Lei 12.401/2011, que promoveu alterações na Lei n. 8.080/90, no requisito integralidade. A referida Lei define que a incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

E ainda, tal Lei oficializa a participação da sociedade civil no processo de incorporação de tecnologias em saúde por meio de inclusão de representações formais e

de mecanismos de *consulta pública* que inclua a divulgação do parecer emitido pela CONITEC e *audiência pública*, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

A secretaria executiva da CONITEC é exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Uma das competências desse departamento é promover ações que favoreçam e estimulem a *participação social* na incorporação de tecnologias em saúde no SUS (Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012).

No entanto, a participação nos processos de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no Brasil ainda é incipiente. Atualmente o público e os pacientes são incluídos por meio de consultas na fase final de decisão da incorporação de novas tecnologias e não em todo o processo de ATS, como por exemplo, na priorização de temas a serem avaliados ou durante a fase da pesquisa.

Considerar a perspectiva do público e de pacientes é mandatório para as avaliações de tecnologias adotadas nos serviços de saúde, tendo em vista a organização do cuidado direcionada às melhores condições de vida e redução de morbimortalidade. Esse engajamento é importante para a ampla adequação das novas tecnologias em saúde.

Já existem dispositivos legais e referenciais em políticas oficiais que institucionalizam o envolvimento do público no Brasil. E o país possui experiência de controle social na saúde. Além disso, há experiências afins no cenário internacional. Portanto, o objetivo desse trabalho é explorar as experiências internacionais e nacionais visando analisar o envolvimento do público e pacientes no processo de ATS no contexto atual brasileiro e responder às seguintes indagações: quais as principais dificuldades e iniciativas no envolvimento do público e pacientes nas ATS do mundo? Como envolver o público e os pacientes no processo de ATS do Brasil, especialmente no âmbito do Ministério da Saúde?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Explorar como a perspectiva do público e dos pacientes poderia ser mais efetivamente introduzida no processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sintetizar as estratégias, o conhecimento e as experiências sobre o envolvimento do público e pacientes na ATS do Brasil e do mundo.

Apontar proposições a serem consideradas para subsidiar a promoção de melhores práticas participativas no processo de ATS do Ministério da Saúde do Brasil.

3. JUSTIFICATIVA

A ATS é uma forma sistemática de sintetizar a evidência científica e a perspectiva de diferentes atores sobre os aspectos decorrentes da incorporação de tecnologias. Assim as decisões, tendo por base uma avaliação prévia, tem como vantagem a explicitação dos critérios de decisão e a possibilidade de participação da sociedade (BRASIL, 2009).

No entanto, atualmente, a maioria das atividades de ATS realiza uma avaliação quantitativa de segurança e de eficácia clínica e às vezes de custo-efetividade das tecnologias da saúde, que muitas vezes negligencia aspectos sociais, éticos e políticos dessas tecnologias (GAGNON et al., 2011).

Os pacientes são os beneficiários diretos das tecnologias em saúde, podendo, portanto, fornecer evidências experimentais para o processo de ATS. Eles têm o conhecimento de viver com uma condição clínica e/ou usar os serviços de saúde e podem fornecer informações valiosas sobre doenças específicas, o impacto das tecnologias de saúde, benefícios e efeitos indesejáveis. Ao incluir a perspectiva dos pacientes, a ATS pode permitir uma avaliação mais precisa do valor das tecnologias em saúde (GAGNON et al., 2011). Além disso, o envolvimento da sociedade confere maior transparência e legitimidade ao processo de incorporação de tecnologias.

No contexto da ATS, o termo "paciente" também se refere a conceitos como cidadão, usuário, cliente, consumidor e indivíduo. A própria palavra "paciente" vem da palavra latina "pati", que significa sofrer e de "pacientes, patientis", que significa passiva e sofrimento. Hoje em dia, este entendimento é inadequado. Os tomadores de decisão, profissionais de saúde e muitos pacientes, de forma consciente ou inconsciente, procuram agregar novos significados ao conceito paciente. Pacientes organizam-se em grupos, comunicam-se uns com os outros, inclusive pela internet, onde muitos buscam informações sobre seus acometimentos, etc. Eles querem ajudar a determinar a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado e reabilitação. Um

paciente é, portanto, também um cidadão dentro de um Estado e da sociedade civil, um cliente, usuário e consumidor em uma sociedade baseada no mercado e um indivíduo que pode necessitar de cuidado e apoio (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

A necessidade desse envolvimento do paciente em ATS é bem reconhecida, atualmente. Com a crescente ênfase sobre o engajamento dos pacientes como parceiros de pleno direito nos seus cuidados há uma necessidade de determinar meios eficazes para envolvê-los no processo de decisão. No entanto, existem várias abordagens diferentes e elementos relacionados ao tema, incluindo a seleção de representantes dos pacientes, a preparação de indivíduos para o papel e os diferentes métodos para garantir sua participação. Várias agências de ATS estão considerando maneiras de incorporar as perspectivas dos pacientes em seus métodos, exigindo assim, uma ATS centrada no paciente (GAGNON et al., 2009).

No Brasil, além de a participação da comunidade ser uma das diretrizes do SUS, presente na Constituição Federal de 1988, é também um dos princípios constantes no artigo 7º da Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. A participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis foi efetivada pela Lei 8.742/1993.

O contexto apresentado, de acordo com as várias normatizações existentes no Brasil, demonstra que há uma preocupação em envolver a sociedade, e principalmente aqueles que são – ou deveriam ser – o objeto último de cuidado nos processos decisórios em saúde.

A partir disso e do sancionamento da Lei 12.401/2011 que oficializa a participação da sociedade civil no processo de incorporação de tecnologias em saúde, verificou-se a necessidade de discutir a efetiva introdução da perspectiva do paciente e a participação da sociedade no processo de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito brasileiro, com as devidas adequações ao contexto e legislação nacional.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1948, saúde é o “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948).

Mas além de a saúde ser considerada fator estruturante do Estado de Bem-Estar e além da sua dimensão social, como direito social (e dever do Estado) garantido pela Constituição Federal brasileira, é um importante fator de crescimento econômico e geração de inovação, pesquisa e desenvolvimento (P&D), tecnologias estratégicas e educação. A sua base produtiva responde por parcela importante do PIB, da geração de empregos, assim como mobiliza parcela significativa do investimento em P&D (GADELHA et al., 2011).

A destinação da produção em saúde possui caráter diretamente social, logo, a atuação da sociedade civil organizada se destaca, sendo certamente uma das atividades econômicas em que os grupos de interesse e as políticas públicas incidem de modo mais acentuado (GADELHA, 2003).

A saúde constitui um valor humano associado à própria cidadania, havendo interesses sanitários legítimos voltados para a garantia das condições de saúde, levando a uma ação política e social para o acesso aos bens e serviços e, simultaneamente, estabelecer constrangimentos que limitem a ação econômica dos agentes e, em particular, a estratégias empresariais das organizações públicas e privadas (GADELHA, 2003).

Os setores da saúde estão entre os que recebem maior estímulo governamental à competitividade e à inovação, por isso, cabe destacar o papel que o Estado cumpre na dinâmica dos setores de atividade, mediante suas ações, explícitas ou implícitas, de promoção e de regulação. A dimensão econômica, que se expressa na preservação dos gastos em saúde, e a dimensão socio sanitária apresentam um *trade-off* que contrapõe o interesse de eficiência econômica dos agentes e os interesses da população (GADELHA, 2003).

A tensão inerente ao capitalismo entre o interesse privado e o interesse público se expressa de modo incisivo na área da saúde, impondo um elevado risco para os analistas e tomadores de decisão em privilegiar ou a dimensão econômica ou a social, não estabelecendo o nexo entre ambas. Assim sendo, o grande desafio para a análise

econômica é a imperiosa necessidade de acoplar uma visão sistêmica da área da saúde que dê conta, simultaneamente, da lógica econômica e da lógica sócio-sanitária, captando as tensões e as interfaces existentes entre elas (GADELHA, 2008).

Tecnologia em saúde pode ser definida como: medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médico-cirúrgicos usados no cuidado médico bem como os sistemas organizacionais e de apoio mediante os quais este cuidado é dispensado (OTA, 1978).

As tecnologias são o principal produto do Complexo Industrial da Saúde que envolve um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área (indústrias de base química e biotecnológica e de base mecânica, eletrônica e de materiais) e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde (hospitais, ambulatorios e serviços de diagnóstico e tratamento) que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, caracterizando uma clara relação de interdependência setorial (GADELHA, 2003).

As etapas do ciclo de vida da tecnologia em saúde são: inovação, difusão inicial, incorporação, utilização em larga escala e obsolescência ou abandono (Figura 1).

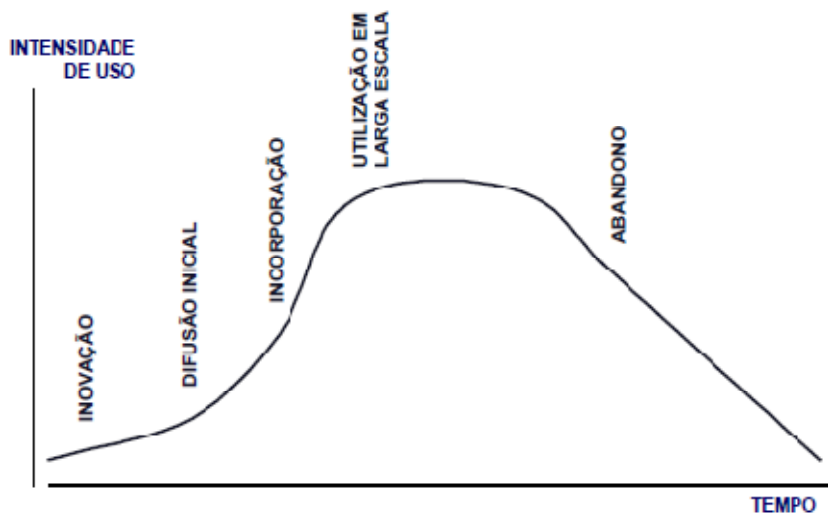


Figura 1 - Ciclo de vida da tecnologia em saúde

Fonte: BRASIL, 2009, p. 22.

Todas essas devem ser avaliadas pelo órgão responsável pela decisão sobre a gestão e cobertura das tecnologias em um determinado sistema de saúde, inclusive sobre

como suas decisões influenciam na P&D do país e tendem às necessidades do perfil epidemiológico da população local.

O conceito clássico de ATS faz referência a um campo multidisciplinar de análise de políticas que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso da tecnologia em saúde (GOODMAN, 1998), levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros. Também pode ser conceituada como um processo contínuo de avaliação que visa ao estudo sistemático das conseqüências tanto a curto quanto em longo prazo da utilização de uma determinada tecnologia ou de um grupo de tecnologias ou de um tema relacionado à tecnologia (PANERAI & PENA-MOHR, 1989).

A ATS adota um enfoque abrangente da tecnologia e realiza análises nas diferentes fases do ciclo de vida da tecnologia (inovação, difusão inicial, incorporação, ampla utilização e abandono), a partir de diferentes perspectivas. A avaliação de uma tecnologia em saúde deveria primariamente considerar os impactos sociais, éticos e legais associados à tecnologia, contudo outros atributos (eficácia, efetividade, segurança e custo) são básicos e acabam por anteceder os anteriores (BRASIL, 2009).

A ATS surgiu como resposta às necessidades do sistema de saúde de melhor compreender as conseqüências da mudança tecnológica no processo de cuidado. Em virtude de seus métodos, que são baseados em pesquisas, mas direcionadas para a tomada de decisão. Assim, trata-se de um campo que envolve administração, planejamento e gestão, podendo ser considerada como uma ponte entre os dois domínios: a tomada de decisões e a pesquisa (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

Dada a diversidade de atributos e objetivos que podem ser considerados, as ATS apresentam grande diversidade metodológica, contudo, alguns passos básicos são considerados parcialmente ou totalmente no processo de avaliação (BRASIL, 2009):

- priorização de avaliação – identificar as tecnologias candidatas e estabelecer as prioritárias;
- especificar o problema a ser avaliado;
- determinar o cenário de avaliação;
- recuperar a evidência disponível;
- obter novos dados (dados primários), se necessário;
- interpretar a evidência disponível;
- obter novos dados primários (se necessário);

- interpretar a evidência disponível;
- sintetizar a evidência;
- formular achados e recomendações;
- disseminar os resultados e recomendações;
- monitorar o impacto das recomendações.

De acordo com KRAUSS SILVA (2004:S200):

As ATS são estudos complexos que procuram sintetizar os conhecimentos produzidos sobre as consequências para a sociedade da utilização das tecnologias de atenção à saúde (promoção e prevenção, inclusive), com o objetivo primeiro de subsidiar decisões relativas à difusão e incorporação de tecnologias, particularmente as relacionadas ao registro e ao financiamento de seu uso. As ATS supõem a análise de efeitos benéficos (eficácia e acurácia) e indesejados (colaterais e adversos) de uma tecnologia em condições ideais, a análise da efetividade (probabilidade de benefício em condições ordinárias, locais) e o exame comparativo da relação desses efeitos, e do valor atribuído a esses efeitos, com os gastos correspondentes de recursos (análises custo-efetividade e custo-utilidade) para diferentes alternativas tecnológicas. Além disso, as ATS procuram considerar as dimensões de equidade, cultura e ética.

KRAUSS SILVA (2003) confirma que as ATS são, normalmente, parciais, cobrindo apenas algumas das dimensões, geralmente aquelas relevantes: para o estágio do ciclo de vida em que se encontra a tecnologia, para um determinado sistema de saúde (SUS e Saúde Suplementar, no caso brasileiro) e para o patrocinador da ATS (agências governamentais, financiadores privados ou públicos de saúde, organizações de profissionais de saúde, serviços de saúde, organizações de pacientes e consumidores, instituições acadêmicas e de pesquisa, indústrias de medicamentos e fabricantes de produtos para a saúde). As dimensões analisadas pelas ATS se interrelacionam e os resultados observados podem variar para diferentes sistemas de saúde e populações.

Atualmente, é notável a importância de a ATS possuir um papel mais amplo que somente relacionar custos e consequências de tratamentos e tecnologias. Tem o encargo de considerar todas as consequências intencionais e não intencionais da medicina (BRIDGES & JONES, 2007), além de ter se tornado uma importante ponte entre a pesquisa e a tomada de decisão (social e política) (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

ATS é definida por BANTA & LUCE (1993) como síntese do conhecimento produzido sobre as implicações do uso das tecnologias em saúde e constitui subsídio técnico importante para tomada de decisão e incorporação de tecnologias em saúde.

No Brasil, a implementação da ATS é discutida desde a década de 1980 e tomou impulso após a instituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI) pelo Ministério da Saúde, em 2003. No âmbito do Conselho, criou-se, então, um Grupo Permanente de Trabalho em ATS, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), para definir prioridades para as avaliações na área (BRASIL, 2009)

Em 2005, a partir das atividades desenvolvidas nesse grupo, uma nova coordenação dentro do DECIT iniciou suas atividades visando implementar a gestão das tecnologias da saúde e políticas de avaliação com base em evidências científicas, como uma estratégia de fortalecer e regulamentar o sistema das três esferas de gestão.

Em 2009, com o Decreto nº 6.860 de reestruturação do Ministério da Saúde, institucionalizou-se formalmente a referida coordenação responsável pela coordenação, promoção e difusão da ATS no SUS. Atribuição mantida pelo Decreto 7.797/2012.

Em 2007, o DECIT e parceiros elaboraram a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), com o objetivo de institucionalizar a ATS no SUS, culminando na publicação da Portaria nº 2.690, de 05 de novembro de 2009, que efetivamente institucionaliza a ATS no SUS.

A PNGTS objetiva “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população às tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade”. Entre os princípios da PNGTS, tem-se que: “A gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, segurança e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão” (BRASIL, 2011b, p. 7).

A referida política teve como base a Constituição de 1988, que define saúde como um direito de todos e dever do Estado, instituindo-se o SUS. As ferramentas de avaliação e gestão de tecnologias podem ser utilizadas para alcance das três diretrizes básicas do SUS - a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, preventivas; e a *participação da comunidade*, ou seja, o exercício do *controle social* sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009).

Nos países que têm tradição em ATS, a área evoluiu dentro de um ambiente despolitizado, sendo que as atividades de ATS não sofreram impactos decorrentes de mudanças políticas (BRASIL, 2009). Nos diversos locais do mundo, onde existem processos de ATS organizados, existe uma separação entre quem avalia (agências) e

quem decide (corpos governamentais), a fim de evitar que conflitos de interesses permeiem a área. Sendo assim, a centralização da tomada de decisão exerce um papel importante no encorajamento do desenvolvimento da ATS.

No entanto, não foi assim que este processo se estruturou historicamente em nosso país. Mas nos espaços governamentais onde a ATS vem sendo chamada a dar sua contribuição para os processos decisórios, existem iniciativas e preocupação em buscar envolvimento da sociedade, ainda que pesem as dificuldades existentes.

Outro dilema relacionado à ATS centrada paciente decorre do conflito de interesses entre o coletivo e o individual. Não apenas a perspectiva individual do paciente deve ser utilizada na ATS, mas também a perspectiva da sociedade deve ser considerada. A ATS tem utilizado ensaios clínicos randomizados (ECR) e análises de custo-efetividade (ACE), que é a principal ferramenta econômica, usada a partir da suposição de recursos escassos, para subsidiar as tomadas de decisão sobre incorporação. Uma crítica aos sistemas que concentram as tomadas de decisão em ACE é que os referidos estudos na perspectiva social podem deixar de incorporar adequadamente as preferências individuais do paciente (BRIDGES & JONES, 2007).

4.1.1. A construção compartilhada do conhecimento

Outro ponto relacionando ao envolvimento do público e pacientes na ATS é que, ao considerar suas preferências e experiências, implica-se no confronto entre a evidência científica e a evidência prática do paciente. No entanto, adota-se neste trabalho a existência de vários modos de conhecimento. Um deles é o conhecimento científico, que é mais metódico, mais organizado, estruturado e com um nível de eficácia maior, porque é testado e comprovado. Mas ele não suplanta ou descarta outras formas de conhecimento, entre elas a sabedoria popular, que é feita de experiência (pode ser considerada uma maneira de conhecimento tácito). Essa pode não ser uma experiência metódica e organizada como a da ciência, mas tem um peso na vivência, no cotidiano e ao mesmo tempo, possibilitou a sobrevivência da humanidade ao longo da história.

O mais importante movimento relacionado às ATS é o da Medicina Baseada em Evidências (MBE), um conceito hoje mais aceito como Saúde Baseada em Evidências. Esta é uma abordagem que utiliza ferramentas de epidemiologia clínica, estatística, metodologia científica e informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a

atuação em saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo (COCHRANE, 2012).

A Saúde Baseada em Evidências categoriza e classifica todos os tipos de evidência médica pela qualidade dos resultados apresentados e o ECR é reconhecido como o tipo de evidência preferencial, por sua capacidade de identificar os efeitos do tratamento. Mas, a maioria das vezes, esse resultado não é representativo da população mais ampla de pacientes que devem receber tratamentos em diferentes contextos. Adicionalmente, o ECR não reflete adequadamente os valores dos pacientes, pois focam em desfechos definidos pela comunidade médica e científica, sem considerar as necessidades e preferências dos pacientes (BRIDGES & JONES, 2007)

Nessa questão, cabe discutir a idéia da "*construção compartilhada do conhecimento*", onde se inter cruzam três eixos do saber: o conhecimento produzido e controlado pelos órgãos oficiais a respeito das condições de vida da população; o conhecimento acadêmico ou perspectivas de análise teóricas e metodológicas voltadas à compreensão dos processos de produção de desigualdade e miséria; o conhecimento dos sujeitos que vivem concretamente as condições de vida que geram os problemas e situações que são objeto das ações dos agentes nos movimentos. Este último eixo do saber é uma formulação utilizada para designar um modo próprio e alternativo de produção do conhecimento, diferente dos padrões elitistas da academia. A construção compartilhada do conhecimento serve à academia como forma de revisar suas formas de ensinar, aprender, pesquisar. Para os movimentos populares, serve como meio de valorização dos conhecimentos adquiridos na experiência – o conhecimento prático – e produzindo a capacidade de intervenção na realidade, para transformá-la (MARTELETO, 2001).

A *construção compartilhada do conhecimento* é uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista de maior poder e intervenção, pelos *indivíduos e grupos populares*, nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas (VASCONCELOS, 2001).

A relevância desse conceito reside nas características particulares do conhecimento sobre saúde e doença. Alguns aspectos destacados são: importância da experiência da enfermidade e do conhecimento comum das pessoas; limites do conhecimento científico sobre as causas das doenças, bem como de sua cura; concorrência entre os sistemas médicos e sua importância na configuração das práticas

da saúde; medicalização de comportamentos sociais e a complexidade do adoecer humano.

Para a ciência, senso comum é opinião, conhecimento vulgar, ou seja, formas de conhecimento não verdadeiro com que precisaríamos romper para tornar possível o conhecimento científico. A visão de Boaventura de Souza Santos (1994) propõe uma caracterização do senso comum que não tem como referência a contraposição ao científico na reflexão sobre o processo de conhecimento, considera-se como um pressuposto a relação dinâmica entre senso comum e ciência moderna, caracterizada pelo autor como “dupla ruptura epistemológica”. O objetivo desta superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum, em que todos os sujeitos são docentes de diferentes saberes (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, APUD VASCONCELOS, 2001).

A idéia de construção compartilhada do conhecimento implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de diferentes saberes - não hierarquizados -, convivendo em situações de interação e cooperação; que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas.

Na construção do conceito de construção compartilhada do conhecimento, parte-se de duas dimensões: educativa e epistemológica. Na educativa, o construtivismo é a abordagem adotada, uma vez que entende o conhecimento construído pela reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, a partir de suas experiências prévias e das questões consideradas significativas (POZO, APUD VASCONCELOS, 2001). Muitos elementos dessa abordagem convergem para as premissas da pedagogia proposta por Paulo Freire, pedagogias centradas em experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no rigor metodológico e na reflexão crítica sobre a prática educativa (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, APUD VASCONCELOS, 2001)

Na epistemológica, destaca-se o valor do conhecimento produzido na relação entre conhecimento científico e senso comum. A epistemologia é uma disciplina da filosofia, está intimamente vinculada ao processo científico, ao juízo de valor e ao alcance de seus objetivos. Mas diferentemente da filosofia clássica, visa conhecer o conhecimento como processo a ser construído, portanto, provisório e dinâmico (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, APUD VASCONCELOS, 2001).

O termo *construção compartilhada do conhecimento* tem origem no âmbito do trabalho de pesquisa desenvolvido pela equipe do Núcleo de Educação Saúde e Cidadania (NESC) no Departamento de Ciências Sociais da ENSP/Fiocruz iniciado em setembro de 1986. Pretendia-se compreender o modo como diversos atores sociais envolvidos na relação entre sociedade civil e Estado demandavam a saúde como um serviço ou direito social, e que papéis estes desempenhavam, de fato, na formulação das políticas públicas do setor. Tinham-se como objetivos específicos da proposta (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, APUD VASCONCELOS, 2001):

- Compreender o papel das organizações locais da sociedade civil na formulação das políticas de saúde a partir das relações que elas estabelecem com as instâncias do Estado a quem são atribuídos papéis de formulação e prestação desses serviços;

- Compreender as representações de saúde dos diferentes grupos da sociedade civil que demandam esse bem social, bem como as representações que fazem da população os diversos grupos e instâncias do estado que o fornecem;

- Oferecer subsídios às organizações civis no tocante às suas reivindicações no campo da saúde, e aos planejadores do setor, no que diz respeito à adequação dos serviços, às necessidades da população e à implementação de propostas oriundas do movimento social.

Segundo CARVALHO e colaboradores (2001), o desenvolvimento da pesquisa foi influenciado pelo debate político e pelas 8ª Conferência de Saúde, em 1988, e, posteriormente, pelas discussões relativas à Assembléia Constituinte em que a ênfase era a proposta de *controle social* e a necessidade de *participação popular* no âmbito da Reforma Sanitária e da implementação do SUS.

A população precisava - e precisa - ter alguns conhecimentos para crescer em autonomia e iniciativa na reivindicação e fiscalização dos serviços oferecidos pelo poder público, e estes conhecimentos eram de domínio dos profissionais de saúde. Sendo assim, foram realizadas várias Oficinas de Educação e Saúde em 1990, nas quais se buscava priorizar a reflexão conjunta entre profissionais dos serviços de saúde locais, pesquisadores da ENSP e organizações populares em torno de questões relativas à educação e saúde. A idéia inicial era a *capacitação técnica dos movimentos populares*, na qual profissionais e técnicos participassem junto com a população de uma proposta de capacitação para instrumentalizar alguns setores populares na fiscalização e no controle da aplicação dos recursos destinados à saúde. No entanto, os profissionais demonstraram um grau considerável de desconhecimento das reais necessidades

populares e de como a população enfrentava seus problemas relativos à saúde e doença, fatores indispensáveis para o planejamento e organização do serviço (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, APUD VASCONCELOS, 2001)

CARVALHO e colaboradores (2001) apresentam como características das experiências da construção compartilhada do conhecimento os seguintes princípios: prática metodológica dialética que parta da realidade local; criatividade e uso de múltiplas linguagens; processos de desconstrução de conceitos e valores; postura permanente de pesquisa e avaliação processual que incorpore indicadores qualitativos e quantitativos.

A educação popular deve ser pensada, tendo como referência a participação de todos numa sociedade organizada em moldes democráticos. Trata-se de um trabalho com as classes populares através da educação, com um projeto de resignificação política, social e pedagógica da própria educação.

Pois os representantes de organizações populares buscam conhecimentos técnicos que não possuem, e isso também ocorre com os profissionais de saúde, que comumente desconhecem os problemas da população. Ou seja, as lacunas de conhecimento são de ambas as partes e o processo de capacitação poderia envolver os dois atores simultaneamente, pois ambos são detentores de conhecimentos distintos, mas cada um necessita de algum conhecimento que o outro detém.

No caso da ATS, tem-se buscado a participação do paciente em todas as etapas do processo de avaliação: na priorização de temas a serem avaliados, em que é necessária a consideração dos valores e necessidades daqueles que serão atingidos pelo uso das tecnologias; na pesquisa, onde esses podem contribuir com suas experiências relativas às doenças ou tecnologias já utilizadas; na disseminação dos resultados das ATS, informando e educando a população e os pacientes.

O desafio essencial é o de criar uma dinâmica em desenvolvimento contínuo que vise à evolução de uma situação onde predomina a parca informação, a passividade e a dependência dos saberes e das ações de outrem para inter-relações de produção e partilha constante de informação e de conhecimento, de pró-atividade (participação ativa), de autocontrole (capacitação) e de máxima autonomia possível no que diz respeito à saúde individual e coletiva (“*empowerment*” ou empoderamento) – a que corresponde também uma quota-parte de responsabilidade de cada um pela sua saúde e, por extensão, pelo estado de saúde da sua comunidade, assumindo assim uma atitude de cidadania em saúde (RAMOS & GONÇALVES, 2010).

4.1.2. O Controle Social

Além de inserir a experiência e conhecimentos práticos do paciente nas tomadas de decisão em saúde, contribuindo assim para a construção do conhecimento, é necessária também a participação do paciente e da sociedade nas decisões que se referem à sua saúde, um direito garantido pela constituição a todo e qualquer brasileiro.

O controle social é, na história da democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, inclusive na busca da construção de um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI & LOBO, 1992).

É possível sistematizar a compreensão do controle social a partir de duas abordagens principais. Uma delas situa-se no campo das ciências sociais e humanas, em cujo espaço o controle social expressa as formas como a sociedade, as comunidades e os grupos enfrentam situações de conflito e reafirmam seu controle interno por normas, pela vigilância e pelas sanções que são reconhecidas e interiorizadas coletivamente, limitando as ações dos indivíduos. Nesse contexto, o controle social está identificado com os fundamentos da teoria social clássica, que se preocupa com a questão da manutenção da ordem e da integração social. A segunda abordagem difere da noção do controle “sobre a sociedade” e de sua conformidade numa perspectiva normativa e disciplinar, para desdobrá-lo como expressão de um controle exercido “pela própria sociedade” civil organizada, que então toma parte na decisão e na fiscalização das políticas públicas (CARVALHO, 1995).

Durante a redemocratização do país, no início dos anos 80, o Movimento pela Reforma Sanitária e os setores progressistas sustentaram a necessidade de desburocratizar, descentralizar e abrir o Estado brasileiro à participação e ao controle dos diferentes segmentos e atores sociais, o que se convencionou denominar de "controle social" (NEDER, 2001).

Mas as primeiras ações de controle social no Brasil tiveram sua origem no sanitarismo campanhista e possui como base o controle do Estado sobre a população. Foi então, com a implementação do SUS, que o termo passou a possuir significado inverso: “o controle social corresponde a uma moderna compreensão de relação entre Estado e sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p. 7).

A sociedade construiu o controle social no SUS, com os conselhos e conferências de saúde, definindo espaços de participação social na formulação e deliberação da Política Pública de Saúde (BRASIL, 2006).

A participação é manifestada na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder Executivo. E as Conferências de Saúde são relevantes devido ao seu papel de formular diretrizes para a qualificação das políticas de saúde.

As conferências de saúde, deliberadas pelos conselhos de saúde, reúnem os principais representantes do SUS, contemplam e ampliam o controle social, trazendo para este espaço democrático a formação, a avaliação e a proposição de políticas que compõem a agenda dos governos e dos conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

A Lei n. 8.142/90, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Em seu artigo 1º, parágrafo 2º, constata-se que o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Sendo assim, podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um organismo oficial do Poder Executivo.

O chamado caráter paritário decorre de regras de composição dos Conselhos: a metade do conselho deve ser constituída de representantes dos usuários e a outra, de setores que oferecem e executam os serviços, ou seja, um conjunto composto pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais.

Sendo assim, o que torna possível a participação autêntica, democrática, coerente e sustentável é a capacidade de enunciação e mediação dos interesses em conflito, desvelando as manobras de silenciamento e desautorização dos participantes, bem como o fortalecimento dos espaços de aprendizagem compartilhada dos conhecimentos implicados nesta realidade conflituosa. Ou seja, trata-se da construção compartilhada do conhecimento implicado em um contexto social e práticas em conflito pelos diversos interesses inerentes às inserções sociais dos atores envolvidos na participação. O conflito, desde que enunciado e mediatizado por instâncias formais a

serem criadas e aperfeiçoadas, como a do controle social, mais do que impossibilidade para a inserção de distintos atores torna possível a participação pautada no diálogo entre diversos saberes social e historicamente situados.

4.1.3. A participação social

Sociedade é um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos de poder diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades. Diferentemente da comunidade, a principal característica da sociedade é a diferenciação social. Seus membros não apenas possuem atributos diferenciados (idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, renda, setor de atuação profissional, etc), como também possuem ideias, valores, interesses e aspirações diferentes e desempenham papéis diferentes no decorrer da sua existência. Por serem diferentes, os indivíduos trarão contribuições múltiplas e específicas à vida coletiva: habilidades, talentos, oferta de serviços, demandas etc.

A participação agrega múltiplos significados e formas. Também varia de acordo com a cultura política, envolve diferentes atores e a situação social dos que participam.

Participação é uma palavra latina cuja origem remonta ao século XV (...) significa “tomar parte em”, compartilhar, associar-se pelo sentimento ou pensamento. Entendida de forma sucinta é a ação de indivíduos e grupos com o objetivo de influenciar o processo político (AVELAR, apud LESSA, 2010, p. 43).

Participação e democracia são conceitos e práticas diretamente relacionadas, que podem ser conceituadas de várias formas, devendo-se considerar os vários contextos históricos. Tendo em vista a conexão entre democracia e participação, concordamos que “a participação social é a base constitutiva da democracia e, por essa razão o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra” (ESCOREL & MOREIRA, apud LESSA, 2010, p. 18).

Os padrões de autoritarismo e centralização presentes à nossa formação histórica, bem como as heranças do passado autoritário recente resultam em descompassos entre oferta e demanda de políticas, acarretando desperdícios, lacunas no exercício da cidadania, frustração social, perda de credibilidade governamental, desconfiança e dúvidas à plena utilização do potencial de participação dos atores sociais, entre outras. Histórica e socialmente, a participação constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão, onde o indivíduo propõe-se a interagir com o

outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, afetivo, cultural, econômico ou político.

Com a Constituição Federal de 1988 ficou estabelecido o modelo da democracia participativa. Elementos de participação e controle social foram incorporados à Constituição. Diversas áreas como saúde, educação, assistência social e meio ambiente passaram a adotar conselhos deliberativos em sua organização, garantindo também a participação social por meio de algumas instâncias como eleições diretas, plebiscito, referendo, iniciativa popular, orçamento participativo, conselhos gestores.

A gestão participativa permeia a instituição que gerencia (um órgão público, uma secretaria, um ministério, ou mesmo o poder Executivo como um todo), reconhecendo legitimidade às instâncias participativas (conselhos de saúde, comitês de orçamento, conselhos tutelares, etc) garantindo o cumprimento de suas deliberações. E com isso, os sujeitos que participam compreendem seu poder; o mesmo acontecendo com os que não participaram. A participação social valoriza-se e cresce uma cultura participativa que se amplia para outros campos e setores em busca de uma rede participativa.

Na década de 1990, ganhou força a categoria ‘participação social’, que deixou de se referir apenas à participação dos setores sociais excluídos e passou a reconhecer e a acolher a diversidade de interesses e projetos existentes. Por isso, a categoria central deixou de ser ‘comunidade’ ou ‘povo’ e passou a ser ‘sociedade’. Em tal concepção, a participação como demagogia ou como pedagogia dá lugar à participação como cidadania, ou seja, na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, num novo referencial do caráter e do papel do Estado, analisado como “arena privilegiada de conflito político onde interesses contraditórios lutam por prevalecer sobre questões sociais importantes” (OSLAK APUD CARVALHO, 1995).

4.1.4. A participação social na saúde

A participação social é expressa como uma diretriz consensuada pelos países articulados a Organização Mundial da Saúde, como manifestado na Declaração da Conferência de Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata (1978), a qual também teve como um de seus objetivos a incorporação de práticas de cuidado e cura da chamada medicina tradicional ou popular nos diversos sistemas (BRASIL, 2012).

A participação popular é reafirmada posteriormente pela Carta de Ottawa (1986) oriunda da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, apontando que para

atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente favoravelmente. O documento também explicita a necessidade de haver uma “capacitação, empoderamento de indivíduos/grupos a fim de promover a emancipação e responsabilidade dos cidadãos de todos os setores e em todos os contextos” (BRASIL, 2012, p. 13).

Já na Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992), destaca-se a autonomia das populações indicando o compromisso em fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudável, e de estimular o diálogo entre diferentes culturas de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região (BRASIL, 2012).

No Brasil, a participação social é uma conquista constitucional, pois a Constituição Federal coloca, em seu artigo nº 198, a participação da comunidade como uma diretriz do SUS, perspectiva aprimorada, em seguida, nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a regulamentação do SUS ficou a cargo da Lei ordinária, de número 8.080, promulgada em setembro de 1990. Contudo os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento foram vetados pelo presidente Collor, exigindo um novo processo de enfrentamento e articulação que redundou na Lei 8.142 de dezembro de 1990 (CARVALHO, 1997).

A Lei 8.142, além de praticamente reeditar o artigo sobre a participação da comunidade vetado na Lei 8.080, relativo à obrigatoriedade da existência de conselhos municipais, estaduais e federal, ampliou a autonomia desses conselhos ao definir que suas normas de organização e funcionamento deveriam ser oficializadas por meio de regimentos internos específicos, cuja elaboração é atribuição dos próprios conselheiros (CARVALHO, 1997).

Esta Lei regulamentou a participação social no sistema de saúde por meio de duas instâncias colegiadas: as conferências e os conselhos que, apesar de não serem as únicas formas de participação no SUS, são as únicas obrigatórias para todo o país, instituindo um sistema de controle social.

Nos conselhos de saúde, a paridade estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e os 25% restantes são formados por gestores do governo e prestadores de serviços.

Os conselhos de saúde integram o conjunto de 'conselhos gestores' criados pela Constituição Federal e suas leis complementares para atuarem nas áreas de educação, da assistência social, da habitação, da criança e do adolescente e do emprego. Eles se tornaram, a partir da Lei 8.142/90, o canal institucional, de caráter permanente e deliberativo, que proporcionaria a participação plena da comunidade no “planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde” (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde, segundo a legislação, devem acontecer de quatro em quatro anos, e contam com a participação de representantes de diversos segmentos sociais para debater, avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas. A última edição do evento, a 14^a Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em 2011.

Além dos conselhos e conferências, a dinâmica de participação está representada pela atuação de diferentes entidades na política de saúde, entre os quais se destacam o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os sindicatos e os conselhos de profissionais de saúde e a Frente Parlamentar da Saúde.

São também integrantes desta 'democracia sanitária', as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que são mecanismos de gestão participativa e colegiada; os conselhos gestores nos serviços de saúde; e as consultas públicas realizadas pela ANS, ANVISA e outras instâncias do Ministério da Saúde.

Reforçando este caráter democrático e participativo, o setor saúde conforma um campo de intensa mobilização tanto do movimento social quanto do poder público. A Educação Popular é um elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde, seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo atual de implementação do SUS. Tanto o envolvimento do público, a participação da comunidade quanto a educação popular, levam ao empoderamento dos indivíduos e grupos (BRASIL, 2012).

Em 2007, por meio da Portaria nº 3.027, de 26 de novembro foi instituída a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que dentre seus eixos e ações expressa: fortalecer os movimentos e as práticas de Educação Popular e Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o Decreto nº 5.974 da Presidência da República em seus Artigos 26 e 27 (BRASIL, 2012).

Diversas ações foram desenvolvidas por intermédio de Políticas conquistadas pela população na busca da transformação da cultura organizacional do setor saúde,

qualificando os modos de gestão, os processos de trabalho e a participação popular no SUS. Contudo, ainda se faz necessário investir em ações e políticas capazes de intensificar a mobilização e o protagonismo popular na defesa do direito à saúde, valorizar a diversidade de saberes e culturas integrando os saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

4.1.5. A participação social na ATS

O homem é um ser biológico, social e cultural que cria e recria significado e que faz parte de uma comunidade material, prática e lingüística. É, entre outras coisas, um ser com experiências específicas, pensamentos e sentimentos e um ser social (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

As Tecnologias em Saúde existem para serem utilizadas e compreendidas pelas pessoas envolvidas. É, portanto, difícil avaliar tecnologias em saúde sem considerar as pessoas que as entendem e as utilizam (pacientes, provedores de tratamento, pesquisadores, políticos e tomadores de decisão), sua compreensão social e as conjunturas organizacionais e econômicas (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

Pressupõe-se que os resultados de pesquisa resultam, implícita ou explicitamente, em uma compreensão específica do conhecimento. Ou seja, o conhecimento é algo que temos ou que produzimos e reproduzimos em diferentes relações sociais e em diferentes contextos (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007)

Vários autores identificaram motivos para envolver os consumidores no processo de pesquisa em saúde. Telford e colaboradores (2002) sugerem que as razões estão relacionadas a um benefício para o processo de pesquisa, a um imperativo político, ao fato de ser moralmente correto (HAILEY, 2005).

Sugere-se ainda que os consumidores de saúde - enquanto cidadãos e proprietários do sistema público de saúde - têm direito a ter voz sobre as questões de pesquisa em saúde. Perspectivas do paciente (ou consumidor) complementam a perspectiva médica, podem destacar questões importantes que os pesquisadores desconhecem, além disso, os profissionais não podem, necessariamente, falar pelos pacientes (HAILEY, 2005).

Segundo a perspectiva da *Cochrane Collaboration*:

Envolvimento do consumidor fornece uma perspectiva única, valiosa, porque as pessoas têm experiência em primeira mão com uma condição de saúde, como pacientes ou cuidadores. Ele pode garantir que as revisões *Cochrane* que são feitas para cobrir uma ampla gama de questões e opiniões sejam

relevantes e acessíveis aos mais afetados por uma condição (...). Um dos papéis dos consumidores é levantar questões que outros podem não ter considerado ou não ter dado prioridade (GHERSI, 2002 APUD HAILEY, 2005, p. 3).

A participação de pessoas, cujo principal interesse na área da saúde é a sua própria saúde ou a saúde das pessoas que cuidam, é muito importante no processo de incorporação de novas tecnologias. Essas pessoas podem ser pacientes passados, atuais e potenciais, usuários de serviços, cuidadores e pessoas que representam estes através de organizações comunitárias, redes ou campanhas e grupos. Podem ser ativos em todas as etapas da ATS e do processo de incorporação, desde a definição e priorização da agenda de pesquisa até emitir comentários sobre as propostas de pesquisa e temas de incorporação (OLIVER, ARMES & GYTE, 2006).

Ou seja, membros do público podem fazer muitas contribuições úteis e importantes para a pesquisa em saúde, porque eles tendem a destacar os aspectos que são relevantes para eles, tais como:

- desfechos importantes para os pacientes e ao público em geral;
- a importância dos resultados em longo prazo;
- visão dos pacientes sobre os cuidados de saúde;
- consideração sobre as relações sociais na saúde e na vida cotidiana;
- necessidades dos pacientes de informação e apoio.

Os profissionais, por outro lado, tendem a se concentrar mais em diferentes aspectos, tais como os científicos e econômicos.

O posicionamento de uma pessoa, como um paciente, cidadão utilizador ou consumidor de uma determinada tecnologia, tem influência nos dados gerados e, portanto, na fase final da ATS, no escopo e na validade dos resultados produzidos. Isso se aplica tanto para a pesquisa primária quanto para a secundária (revisão de literatura). Estudos demonstram que, independentemente de os pacientes participantes de pesquisas se posicionarem ou serem posicionados pelos pesquisadores como cidadãos, usuários, consumidores ou pacientes, suas perspectivas sobre saúde, doença e sofrimento, muitas vezes diferem dos profissionais de saúde (KRISTENSEN & SIGMUND, 2007).

Embora os pacientes e as perspectivas do público sejam cada vez mais valorizados nas decisões de saúde, poucas organizações de ATS parecem ter publicado métodos estruturados envolvendo os pacientes ou o público no processo de ATS. No

entanto, a maioria dos estudos sobre o assunto foi publicada nos últimos anos, demonstrando um relativo aumento de interesse pelo tema (GAGNON et al., 2011).

Alguns autores têm proposto modelos para envolver pacientes ou público na ATS ou na tomada de decisão. KRISTENSEN & SIGMUND (2007) apresentam um modelo analítico com alguns dos aspectos que estudos anteriores e literatura disponível em ATS identificaram como sendo relevantes na exploração das perspectivas do paciente (Figura 02).

O modelo demonstra que as várias áreas sobre os aspectos dos pacientes a serem exploradas pelos pesquisadores de ATS não devem ser consideradas isoladamente. Apenas de forma analítica é possível focar, por exemplo, nos aspectos éticos ao invés dos econômicos.

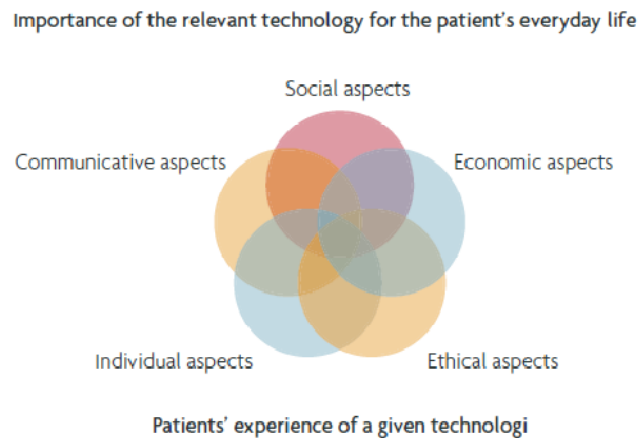


Figura 2 - Exploração da perspectiva do paciente em ATS.

Fonte: KRISTENSEN & SIGMUND, 2007, pg 106.

O conhecimento, as experiências e as atitudes dos pacientes para com promoção da saúde, prevenção de doenças, doença, sofrimento, tratamento, cuidado, reabilitação e a tecnologia de saúde com a qual estão envolvidos, estão muito ligados à vida cotidiana e baseados em suas próprias experiências reais ou de pessoas próximas (Quadro 1).

Quadro 1 - Exemplos de aspectos dentro de cada área

Aspectos sociais (se a tecnologia terá ou tem influência direta ou indireta em)	Aspectos econômicos (se a tecnologia implica em custos diretos ou indiretos para)	Aspectos éticos (se a tecnologia implica em)	Aspectos individuais (se a tecnologia implica em)	Aspectos comunicativos (se a tecnologia terá ou tem influência em)
Trabalho e formação	Trabalho e formação	Considerações éticas	Experiências existenciais	Troca de informações
Vida familiar	Vida familiar	Escolhas éticas	Papéis do paciente e estigmatização	Conhecimento dos pacientes e compreensão da TS
Lazer	Lazer	Dilemas éticos	Coragem para enfrentar a vida	Relações modificadas entre os profissionais de saúde e pacientes
Estilo/qualidade de vida	Estilo/qualidade de vida		Satisfação	Envolvimento na tomada de decisões
			Autonomia, auto cuidado	

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de KRISTENSEN & SIGMUND, 2007, p. 106.

O modelo desenvolvido por GAUVIN et al. (2010), que é baseado em quadros de envolvimento de público e paciente, enfatiza três principais aspectos relacionados: **aspectos (domains) do envolvimento do consumidor** (formulação de políticas, organizacional e comissionamento/encomenda de pesquisa); o **tipo de público** (perspectiva social ou leiga como cidadãos ou representantes; e a perspectiva daqueles diretamente afetados por uma determinada condição de saúde como pacientes, cuidadores e representantes) e **nível de envolvimento** (informação, consulta e participação) (GAGNON et al., 2011).

Estes **três níveis de envolvimento** são definidos como segue: **informação** - está relacionada à disseminação e comunicação de informações ao público, **consulta** – que inclui diferentes formas de solicitar informações aos consumidores sobre os seus valores, perspectivas, necessidades ou preferências para subsidiar diferentes fases do processo de ATS (consumidores estão envolvidos como informantes) e a **participação** em si, que compreende a colaboração de pacientes ou do público no processo de ATS, o seu envolvimento como parceiros e em um nível superior, o seu controle sobre o processo (GAGNON et al., 2011).

Já a estrutura desenvolvida por OLIVER e colegas (Quadro 2) caracteriza diversos métodos para envolver consumidores com base no grau do envolvimento, no fórum para comunicação, no envolvimento na tomada de decisões, no recrutamento de representantes, no treinamento e suporte financeiro (OXMAN et al., 2009).

Quadro 2 - Uma estrutura para descrever e considerar abordagens para envolver o consumidor

Características de abordagens diferentes	Exemplos
Grau de envolvimento do consumidor	Consulta Colaboração Controle do consumidor
Fórum para comunicação	Consulta escrita Entrevistas Grupos de foco Painéis de consumidores Participação em comitês
Envolvimento na tomada de decisões	Nenhum envolvimento Envolvimento implícito Envolvimento explícito
Recrutamento	Convites pessoais e planejados Publicidade ampla Uso da mídia de massa Contato por telefone, carta ou e-mail
Treinamento e suporte	Educação (por exemplo, seminários) Aconselhamento Orientação Dias de introdução
Suporte financeiro	Sem suporte financeiro Reembolso de despesas Taxa ou honorários

Fonte: OXMAN et al., 2009, p. 20.

Nessa estrutura, o nível de envolvimento é classificado de três formas, denominados **consulta**, **colaboração** e **controle do consumidor**. O processo de **consulta** implica em pedir aos consumidores seus pontos de vista e usá-los para informar a tomada de decisão. Os formuladores de políticas ou pesquisadores podem, por exemplo, realizar reuniões únicas com consumidores para determinar as prioridades deles ou podem escrever aos consumidores em termos acessíveis para convidá-los a dar suas opiniões. As opiniões dos consumidores, nesses casos, não são necessariamente adotadas, embora possam subsidiar as decisões (OXMAN et al., 2009).

Colaboração gera parcerias ativas e contínuas com os consumidores. Por exemplo, consumidores podem ser membros do comitê (por exemplo: nos conselhos das diretorias das organizações de serviços de saúde ou nos comitês regulatórios) ou podem colaborar de forma menos formal. Novamente, não há garantias de que as opiniões dos consumidores irão influenciar as decisões, mas a colaboração oferece mais oportunidades para que sejam ouvidos do que a consulta. Os métodos formais do processo de decisão podem ajudar a garantir formas adequadas de colaboração. Sem estes, talvez seja difícil julgar se o envolvimento público teve qualquer influência (OXMAN et al., 2009).

O **controle do consumidor** implica no desenvolvimento e na defesa ou na implementação de políticas de saúde por eles mesmos. Os profissionais só se vêem envolvidos na etapa de convite aos consumidores. No contexto dos sistemas públicos de saúde isto pode implicar, por exemplo, na inclusão de políticos que são eleitos para representar seus eleitores (OXMAN et al., 2009).

De acordo com um estudo realizado em 2005 com membros da INAHTA (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*), 57% das agências que responderam à pesquisa indicavam envolvimento de consumidores em alguns aspectos de seus programas de ATS. Dessas, 95% envolviam organizações de consumidores ou pacientes e 48% envolviam indivíduos. Essa pesquisa demonstrou que, mesmo que as agências queiram envolver os pacientes, tal envolvimento ainda não é generalizado (HAILEY & NORDWALL, 2006).

Segundo BRIDGES & JONES (2007), uma abordagem centrada no paciente ainda está para ser amplamente adotada no que diz respeito à ATS.

Para os gestores do SUS, a perspectiva a ser adotada em uma ATS é a da sociedade, na qual todos os custos e benefícios para todos os grupos da sociedade devem ser investigados (BRASIL, 2009). Mas será que isso tem ocorrido efetivamente?

4.2. REFERENCIAL NORMATIVO

Existem várias normatizações sobre a participação da comunidade no país, ou seja, há um arcabouço legal que subsidia ações no sentido de realizar uma ampliação e um efetivo envolvimento da sociedade nas ATS.

No Brasil, a participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS presentes na Constituição Federal de 1988 (artigo 198, parágrafo III), juntamente com a descentralização e integralidade:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

É também um dos princípios constantes no artigo 7º, parágrafo VIII da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes. A Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

A participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis foi efetivada pela Lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (artigo 5º, inciso II) (BRASIL, 1993).

Foi a partir da aprovação dessas leis e também das Normas Operacionais Básicas (NOB) que os espaços de participação e integração (Conselho e Conferências) ganharam destaque no plano jurídico legal do SUS, constituindo instâncias de participação e decisão. Percebe-se que as leis brasileiras que instituem participação e controle social surgiram logo após a ditadura, no processo de redemocratização do país, como uma reação a tudo que ocorreu. No entanto, ainda é notável o quanto a participação pública ainda precisa ser conduzida pelo governo (p.e.: o presidente do CNS é um ministro).

O contexto atual aponta para uma maior participação da sociedade civil no mundo. Grupos de pacientes como HIV/Aids, de diabetes, câncer de mama, entre outros, têm se organizado de forma efetiva no país.

Em 28 de abril de 2011, foi sancionada a Lei n. 12.401 (BRASIL, 2011a), oficializando a participação da sociedade civil no processo de incorporação através da participação de um representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM) na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), da realização de consulta pública que incluía a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e da realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificava o evento.

O Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012 que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, institui o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, no qual está alocada a secretaria executiva da CONITEC. Uma das competências desse departamento é promover ações que favoreçam e estimulem a *participação social* na incorporação de tecnologias em saúde no SUS.

5. METODOLOGIA

O presente estudo adotou a definição de público utilizada pelo *UK National Health Service Health Technology Assessment (HTA) program*, o mesmo adotado pela organização INVOLVE, que promove o envolvimento do público no NHS (*National Health Service*), saúde pública e pesquisa na área social. Assim, “o público” se refere a pacientes; cuidadores não pagos; pais/encarregados de educação; usuários de serviços de saúde; pessoas com deficiência; membros do público que são potenciais receptores da promoção da saúde/programas de saúde pública; grupos que acreditam que tenham sido expostos a circunstâncias, produtos ou serviços potencialmente prejudiciais; grupos que acreditam que lhes foram negados produtos ou serviços dos quais eles poderiam ter se beneficiado; organizações que representam os usuários de serviços e cuidadores (HTA PROGRAM, 2013).

Para análise da experiência brasileira, selecionaram-se as duas estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde, que foram os meios de envolvimento do público mais visíveis realizados até agora, no que diz respeito ao processo de ATS e incorporação de tecnologias: consulta e audiência pública sobre feridas, realizada em 2010, e as consultas públicas da CONITEC, que tiveram início em 2012.

Como não existem artigos nem estudos sistematizados sobre essa experiência, foi necessário realizar uma análise documental de todos os documentos oficiais do DECIT relativos à consulta e audiência pública sobre feridas (memória da audiência pública e outros documentos relacionados) e de todos os relatórios finais sobre as decisões de incorporação de tecnologias no SUS disponíveis no sítio eletrônico da CONITEC na data da pesquisa. Ainda sobre a consulta e audiência pública sobre feridas, utilizou-se um resumo de congresso publicado em 2011.

A fim de determinar o conhecimento mundial atual sobre a temática, realizou-se uma revisão integrativa. Essa revisão foi conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o assunto. A revisão integrativa combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico (SOUZA et al., 2010).

A busca deu-se através de pesquisa bibliográfica, a fim de encontrar estudos que forneçam informações sobre as diferentes estratégias internacionais de envolvimento da sociedade na ATS e no processo de incorporação de novas tecnologias, frente à experiência brasileira relacionada à participação da comunidade na saúde e no processo de ATS. A intenção foi considerar não só o conceito de envolvimento do paciente, mas o de participação pública, que é mais amplo e permite a inclusão de vários níveis, tipos e contextos de envolvimento dos diferentes tipos de público; respondendo as seguintes questões: Quem participa? Como se dá essa participação? Quais as principais dificuldades e iniciativas no envolvimento do público e pacientes nas ATS do mundo? Como envolver o público e os pacientes no processo de ATS do Brasil (MS)?

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados, consideradas relevantes: *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *Medline* (via *Pubmed*), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)* e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, além de uma pesquisa dirigida no periódico *International Journal of Technology Assessment in Health Care*.

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores, e suas combinações em português e inglês: “Avaliação de Tecnologias em Saúde”, “Participação”, “Envolvimento”, “Consulta”, “Paciente”, “Público”, “Consumidor”, “Cidadão”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol; artigos na íntegra que retratassem amplamente a temática referente ao envolvimento da sociedade (público, cidadãos e pacientes) na ATS e incorporação de tecnologias em saúde (pela perspectiva das agências de ATS, instituições nacionais, hospitais, etc. Perspectiva da indústria não foi considerada), indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos (desde 2008).

Um dos critérios de exclusão foi a data de publicação, pois um dos estudos base para a elaboração da presente dissertação (GANGNON et al., 2011), do qual se utilizou dos dados secundários, realizou busca semelhante até março de 2008. Portanto, foram selecionados somente estudos publicados nos últimos cinco anos. Também não foram selecionados estudos que analisaram questões demasiadamente específicas, como estudos de caso sobre determinadas tecnologias em saúde ou doenças, visto que o objetivo foi sintetizar informações sobre as diferentes estratégias sobre o envolvimento

da sociedade na ATS. A estratégia de busca sistematizada está detalhada em anexo (ANEXO A).

Também foram verificadas referências pertinentes, que cumpriram os critérios de inclusão, nos estudos encontrados através das buscas acima.

Após revisão crítica e síntese dos estudos selecionados, as informações obtidas compuseram quadro de análise nos qual foram destacados os principais achados sobre dificuldades e iniciativas encontradas, seguindo categorias padronizadas a partir da leitura do referencial teórico, destacando-se as categorias: tipos de público e níveis de envolvimento, segundo GAUVIN et al., 2010.

O **tipo de público** inclui a perspectiva social ou leiga como cidadãos ou representantes (público); e a perspectiva daqueles diretamente afetados por uma determinada condição de saúde como pacientes, cuidadores e representantes (pacientes).

O **nível de envolvimento** inclui informação, consulta e participação. A informação se refere à disponibilização de informações ao público; a consulta implica em pedir aos consumidores seus pontos de vista e usá-los para informar a tomada de decisão e a participação compreende a colaboração do público como parceiro no processo de avaliação e no controle de sua própria inclusão no processo.

Tanto a análise de documentos do DECIT e da CONITEC quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

A partir disso, foram apontadas proposições a serem consideradas para a promoção de melhores práticas participativas no envolvimento da sociedade no que se refere ao processo de ATS e à incorporação de novas tecnologias em saúde no Brasil.

6. ENVOLVIMENTO DO PÚBLICO NO PROCESSO DE ATS

6.1. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Como elementos de contexto brasileiro para se compreender melhor a experiência nacional sobre o envolvimento do público e pacientes no processo de ATS e incorporação de tecnologias, selecionou-se as duas principais estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, que ocorreram nos anos de 2010 e 2012.

6.1.1. Audiência e Consulta Pública sobre Feridas

O Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS) iniciou em 2010 o envolvimento da sociedade por meio de audiência pública - Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas, realizada no dia 10 de dezembro. O evento aconteceu na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília, e contou com a presença de representantes de universidades, de instituições do terceiro setor, de empresas e da sociedade civil.

O objetivo da audiência foi obter, com a colaboração dos interessados na área, mais informações sobre pesquisas relacionadas a tecnologias para o tratamento de feridas de diversas etiologias, através do envolvimento do público e pacientes.

Os resultados preliminares do estudo “Estudo Prévio de Avaliação de Múltiplas Tecnologias para Tratamento de Feridas Crônicas e Queimaduras”, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Cardiologia (INC/RJ), em parceria com o DECIT, subsidiaram a discussão. Esse estudo teve como objeto avaliar a eficácia e segurança de múltiplas tecnologias para tratamento de feridas (Quadro 3) contemplando uma etapa de consulta à sociedade.

Quadro 3 - Tecnologias avaliadas no Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas

Tecnologias para feridas	Categorias
Curativos	Terapia de feridas com pressão negativa
	Substitutos de pele a base de colágeno ou silicone
	Substitutos de pele a base de celulose bacteriana
	Curativos impregnados com prata
Outras tecnologias	Ozonioterapia
	Oxigenoterapia hiperbárica

A divulgação da audiência foi realizada através dos *websites* do Ministério da Saúde e através de convites enviados às sociedades de pacientes e de profissionais, às empresas envolvidas e aos demais interessados. Os participantes preencheram declaração de conflitos de interesse, pesquisa de opinião e formulário de apelos/sugestões de evidências adicionais. Nestes dois últimos documentos (ANEXOS B e C) foi possível consultar a opinião do público em relação aos valores e preferências

relacionadas às tecnologias e ao agravo em questão, e determinar o desempenho do evento.

Segundo SILVA et al. (2011), entre os 40 participantes do evento, 25 preencheram a pesquisa de opinião sobre a audiência pública (25/40) totalizando 63%. Os principais pontos discutidos foram: alto impacto econômico e previdenciário gerado pelo tratamento das feridas; escassez de estudos com qualidade metodológica suficiente na área de feridas; necessidade de capacitação dos profissionais que atuam no tratamento de feridas; apelos de representantes de tecnologias específicas e possibilidade de utilizar evidências nos idiomas italiano, alemão e russo. Segundo opinião dos participantes (n=25) a audiência teve o seguinte desempenho: boa divulgação (40%), clareza dos objetivos (84%), instruções de procedimentos adequadas (88%); linguagem adequada (100%), informações suficiente sobre o estudo (72%), clareza dos resultados apresentados (76%), oportunidade de manifestação dos participantes (92%) (Figura 3).

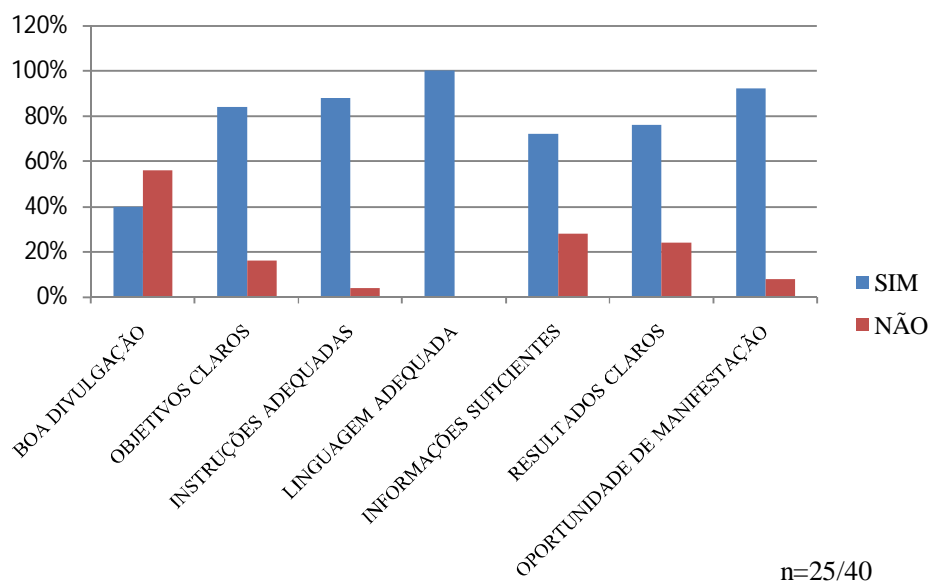


Figura 3 - Desempenho da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas
Fonte: SILVA et al., 2011.

Após a audiência pública, na qual foram apresentados os resultados prévios do estudo em questão, realizou-se uma consulta pública e as contribuições foram recebidas até o dia 17 de dezembro de 2010. A pedido da sociedade envolvida, o prazo para envio de evidências adicionais acabou sendo estendido até 10 de março de 2011. As

contribuições foram analisadas pelo DECIT e INC-RJ e aquelas consideradas relevantes foram incorporadas no estudo final.

Não houve participação direta de pacientes, mas houve grande participação de representantes de empresas, universidades, secretarias estaduais de saúde, associações e sociedades interessadas no tema e também de profissionais de saúde. Provavelmente isso se deu, pois o tema em questão (*medical devices* e tratamento de feridas crônicas e queimaduras) está relacionado ao ambiente hospitalar ou ambulatorial e o tratamento é realizado, em sua maioria, por profissionais de saúde.

Esta foi a primeira vez que se utilizou a modalidade de audiência e consulta pública pelo DECIT na fase de obtenção de dados para avaliação de tecnologias em saúde, sendo uma experiência enriquecedora e que abriu portas para mais iniciativas de envolvimento do público por parte da organização. Esse formato de consulta à sociedade constituiu uma das etapas da metodologia de estudo, pois as contribuições recebidas foram posteriormente agregadas a este.

Um relatório da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) sobre desafios de envolver cidadãos on-line propõe as 10 seguintes estratégias para orientar consultas públicas que podem ser úteis em nosso contexto (OXMAN et al., 2009):

1. Começar a planejar com antecipação
2. Demonstrar compromisso por consultas on-line e comunicar isso claramente
3. Garantir proteção dos dados pessoais
4. Adaptar sua abordagem para que se ajuste a seu grupo de destino
5. Integrar consultas on-line com métodos tradicionais
6. Testar e adaptar ferramentas (por exemplo: software, questionários)
7. Promover suas consultas on-line
8. Garantir que tempo, recursos e experiência suficientes estejam prontos a serem concedidos por meio da análise dos estímulos recebimentos durante a consulta online
9. Publicar os resultados da consulta on-line o quanto antes e informar os participantes dos próximos passos do processo de elaboração de políticas. Garantir que os participantes sejam informados de como os resultados foram usados na tomada de decisões.
10. Avaliar o processo de consulta e seus impactos

6.1.2. Consultas Públicas da CONITEC

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta Lei é um marco para o SUS, pois define formas de participação da sociedade e os critérios e prazos para a incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Para regulamentar a composição, as competências e o funcionamento da CONITEC, foi publicado o decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. A estrutura de funcionamento da CONITEC é composta por dois fóruns: Plenário e Secretaria Executiva.

O Plenário é o fórum responsável pela emissão de recomendações. É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo que o presidente do Plenário é indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM.

Cabe à Secretaria Executiva – exercida por uma das unidades da SCTIE – a gestão e a coordenação das atividades da CONITEC, bem como a emissão do relatório final sobre a tecnologia.

Tendo em vista maior agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes.

Todas as recomendações emitidas pelo Plenário são submetidas à consulta pública (CP) pelo prazo de 20 dias, exceto em casos de urgência da matéria, quando a CP terá prazo de 10 dias. As contribuições são recebidas através de um formulário disponível no sítio eletrônico da CONITEC (FormSUS). O FormSUS é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na web, de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e que contribui com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática relativas à democratização das

informações e à transparência na gestão pública. Em exemplo de formulário encontra-se em anexo (ANEXO D).

As contribuições e sugestões da consulta pública são organizadas e inseridas ao relatório final da CONITEC, que, posteriormente, é encaminhado para o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos para a tomada de decisão. O Secretário da SCTIE pode, ainda, solicitar a realização de audiência pública antes da sua decisão.

Algumas propostas de incorporação tecnológica no SUS são avaliadas pela CONITEC de forma simplificada, não sendo submetidas à consulta pública e/ou audiência pública. São propostas de relevante interesse público que tratam de ampliação de uso de tecnologias, nova apresentação de medicamentos ou incorporação de medicamentos com tradicionalidade de uso. Todas essas demandas envolvem tecnologias de baixo custo e baixo impacto orçamentário para o SUS e estão relacionadas à elaboração ou revisão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT).

No ano de 2012, quando a CONITEC iniciou suas atividades, foram realizadas 36 consultas públicas. Existem publicados 29 relatórios finais contendo as decisões sobre a incorporação de diversas tecnologias no SUS, até a data pesquisada, 03 de janeiro de 2013.

Além da representação da sociedade no plenário através do CFM, CNS e conselhos de secretários estaduais e municipais, a participação de vários outros atores também foi citada nos relatórios finais que discorreram sobre as consultas públicas: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, profissionais de saúde, associação de pacientes, Instituição de Ensino, Hospital, sociedade médica, empresa, indivíduos e “outros”.

O levantamento dos dados disponíveis, em 03 de janeiro de 2013, nos 19 relatórios finais sobre as decisões de incorporação de tecnologias no SUS que foram submetidas à consulta pública em 2012 encontra-se no quadro 4. Estão listados o número de contribuições recebidas e o tipo de participação mais freqüente para cada um dos temas/tecnologias avaliadas, dentre aquelas que tiveram origem identificada.

Quadro 4 - Contribuições recebidas nas consultas públicas sobre incorporação de tecnologias no SUS

Tema	Número de contribuições recebidas	Tipo de participação mais frequente
1. Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama avançado	110	Associação de pacientes
2. Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama inicial	127	Associação de pacientes
3. Inibidores de protease, telaprevir e boceprevir, para tratamento da hepatite crônica C	25	Empresa
4. Medicamentos biológicos para tratamento da artrite reumatoide	218	Instituição de ensino
5. Fingolimode para tratamento da esclerose múltipla	117	Associação de pacientes
6. Everolimo para tratamento do astrocitoma subependimário de células gigantes (SEGA) associado à esclerose tuberosa	22	Empresa
7. Certolizumabe pegol para o tratamento da doença de Crohn	06	Empresa e Instituição de ensino
8. Ambrisentana para tratamento da hipertensão arterial pulmonar	48	Individual
9. Clobetasol para tratamento da psoríase	13	Instituição de saúde/hospital
10. Biotina para tratamento da deficiência de biotinidase	00	-
11. Medicamentos biológicos: infliximabe, etanercepte, adalimumabe e ustequinumabe para o tratamento da psoríase moderada a grave em adultos	266	Instituições de ensino
12. Roflumilaste para doença obstrutiva crônica (DPOC)	18	Sociedades médicas e instituições de saúde/hospitais de ensino
13. Toxina Botulínica para o tratamento da bexiga hiperativa	215	Instituição de saúde/hospital
14. Daivobet para o tratamento da psoríase	65	Instituições de ensino
15. Maraviroque para pacientes em terapia antirretroviral	54	Instituições de ensino

16. Acetato de lanreotida tratamento da acromegalia	08	Empresa
17. CoaguChek no monitoramento do INR em pacientes recebendo tratamento com varfarina	06	Empresa
18. Ranibizumabe para DMRI	102	Instituição de saúde/hospital
19. Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório	262	Associação de pacientes

Fonte: Elaboração própria. Baseado nas informações disponibilizadas pela CONITEC. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611. Acessado em: 03 de janeiro de 2013.

Dos 19 temas analisados, dois receberam o mesmo número de contribuições de dois tipos de instituições diferentes: “Certolizumabe pegol para o tratamento da doença de Crohn” e “Roflumilaste para doença obstrutiva crônica (DPOC)”. No primeiro, as instituições que mais participaram foram empresas e instituições de ensino, e no segundo foram sociedades médicas e instituições de saúde/hospitais de ensino.

Considerando-se o número de contribuições, alguns temas mostraram-se mais polêmicos que outros, tendo recebido mais de 100 contribuições dentro de um período máximo de 20 dias, a exemplo: traztuzumabe para câncer de mama, medicamentos biológicos para tratamento da artrite reumatóide e para o tratamento da psoríase, fingolimode para tratamento da esclerose múltipla, toxina Botulínica para o tratamento da bexiga hiperativa, ranibizumabe para DMRI e palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório.

Por outro lado, alguns temas receberam menos de 20 contribuições nas consultas públicas: certolizumabe pegol para o tratamento da doença de Crohn, clobetasol para tratamento da psoríase, roflumilaste para doença obstrutiva crônica, Acetato de lanreotida tratamento da acromegalia e CoaguChek no monitoramento do INR em pacientes recebendo tratamento com varfarina. Já a consulta pública sobre “biotina para tratamento da deficiência de biotinidase” não recebeu nenhuma contribuição.

Segundo os relatórios analisados, os tipos de contribuições mais frequentes foram aquelas provenientes de instituições de ensino e empresas, seguidas por instituições de saúde/hospital e associações de pacientes (Figura 4).

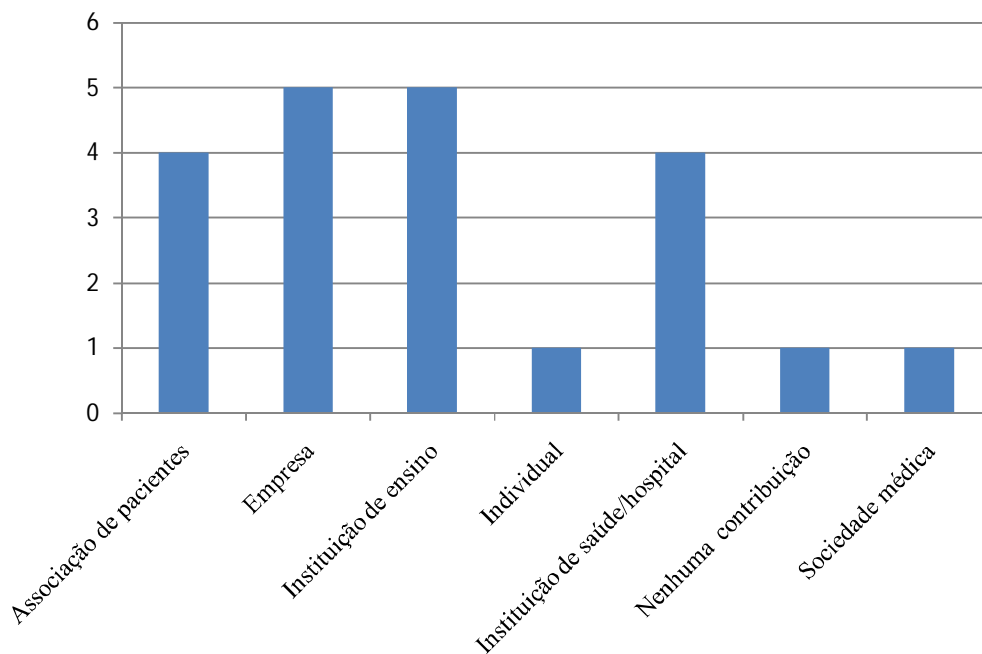


Figura 4 - Tipo de participação nas consultas públicas - CONITEC 2012.

Fonte: Elaboração própria. Baseado nas informações disponibilizadas pela CONITEC. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611. Acessado em: 03 de janeiro de 2013.

Percebe-se que os temas com maior participação nas consultas públicas não foram, necessariamente, aqueles relativos aos agravos mais prevalentes na população brasileira. Além disso, muitas das tecnologias cujas consultas públicas tiveram grande número de contribuições recebidas são bastante caras.

Frente a isso, os tipos de participação mais frequentes foram a indústria/empresas e as instituições de ensino. O curto prazo para manifestação do público na consulta pública, somado a pouca divulgação, pode acabar influenciando essa maior participação dos mais interessados nos temas, ou seja, dos próprios demandantes das avaliações.

6.2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Foram identificados 81 estudos através da estratégia de busca, sendo que desses, oito preencheram todos os critérios de inclusão e, portanto, foram selecionados.

Todos os estudos selecionados eram provenientes do Reino Unido (03/08) ou Canadá (05/08), países tradicionalmente envolvidos com a questão, mas exploraram as mais diversas maneiras de envolvimento do público e pacientes na ATS em vários países que também possuem experiência com participação do público e pacientes em

seus processos de ATS (Austrália, Alemanha, Dinamarca, Escócia, Nova Zelândia, Holanda, Estados Unidos, França).

A descrição dos achados está organizada pelas categorias: tipos de públicos e nível de envolvimento. A compilação dos principais achados, dificuldades e iniciativas dos oito estudos que fizeram parte da presente revisão integrativa encontra-se no quadro de análise (Apêndice 1).

6.2.1. Tipo de público

Em relação ao tipo de público, os artigos incluíram, em sua maioria, o conceito de público adotado pelo presente estudo e pelo *HTA program*, do Reino Unido, um conceito amplo, no qual o “público” são os pacientes, cuidadores, cidadãos e grupos representantes desses. Seis dos oito estudos relataram que o tipo de público envolvido foi “público e pacientes”.

O estudo de GAUVIN et al. (2010) dividiu seis tipos de público em duas categorias. A primeira categoria envolveu a sociedade ou perspectiva leiga sobre as Tecnologias em Saúde, incluindo cidadãos, representantes de grupos de cidadãos e outros representantes de cidadãos (p.ex. representantes eleitos). Na segunda categoria foram inseridos aqueles diretamente afetados por uma dada condição ou Tecnologias em Saúde, ou seja, pacientes ou usuários de serviço, grupos representantes de pacientes ou usuários e outros representantes de pacientes ou usuários (p.ex. profissionais de saúde, eticistas).

Já MENON et al. (2011), propõe que pacientes e membros do público possuem diferentes papéis, sendo que é improvável que compartilhem a mesma perspectiva e deveriam ser considerados separadamente quando são envolvidos na ATS. Segundo o autor, pacientes oferecem importantes informações sobre o valor de uma tecnologia por meio de experiência direta com a condição em que a tecnologia é utilizada. Em contraste, os membros do público representam os contribuintes, que possuem outra perspectiva de uma dada tecnologia de saúde.

MENON et al. (2008) considerou a participação de “cidadãos”, ou seja, representantes do público em geral.

Outro estudo (STANISZEWSKA et al., 2011) analisou duas revisões sistemáticas sobre envolvimento do público e pacientes, grande parte dos estudos da área raramente apresentava uma descrição clara dos participantes, não identificavam o

nível de envolvimento (no caso, consulta, colaboração e controle) e nem em quais estágios ocorreu o envolvimento.

6.2.2. Nível de envolvimento

Em relação à categoria nível de envolvimento, somente STANISZEWSKA et al. considerou o modelo de OLIVER et al., 2008 – em que os níveis de participação são: consulta, colaboração e controle. O restante dos estudos analisou os níveis de envolvimento seguindo o modelo sugerido por GAUVIN et al., 2010, ou seja, informação, consulta e participação.

De acordo com o mosaico do envolvimento público, sugerido por GAUVIN et al., 2010, os diferentes públicos podem ser envolvidos em diferentes domínios (sendo que cada um com uma série de fases, que são os estágios do processo de ATS) e podem ter um diferente grau de controle em cada um (Figura 05).

Fases	Níveis de envolvimento							
	Sem envolvimento	Recebendo ou buscando informações	Fornecendo dados	Comentando	Apelando sobre a recomendação	Colaborando	Engajando-se	Controlando
Elaboração de políticas de cobertura/incorporação								
Gestão da agência								
Submissão de pedidos de avaliação								
Priorização de pedidos								
Comissionamento de pesquisa								
Definição de questões tecnológicas a serem resolvidas								
Elaboração de protocolo								
Levantamento de informações gerais								
Definição das questões de pesquisa								
Levantamento de evidências								
Avaliação de evidências								
Síntese de evidências								
Elaboração de relatórios								
Revisão								
Publicação dos relatórios finais								
Recomendações								
Publicação de recomendações								
Tomada de decisões de cobertura/incorporação								

Tipos de público	
	cidadãos
	representantes de grupos de cidadãos
	outros representantes de cidadãos (p. ex. representantes eleitos)
	pacientes ou usuários de serviço
	grupos representantes de pacientes ou usuários
	outros representantes de pacientes ou usuários (p. ex. profissionais de saúde, eticistas)

Figura 5 - Mosaico do envolvimento público.
Fonte: GAUVIN et al., 2010, p. 1521.

Ainda segundo o referido estudo, existem quatro fatores que influenciam o envolvimento do público e pacientes pela comunidade ATS: i) características da tecnologia, ou seja, estágio de desenvolvimento, potenciais implicações e contexto da sua avaliação; ii) contexto institucional das agências de ATS, e seus respectivos mandatos em relação à prestação de contas, processos e procedimentos organizacionais, redes políticas e de pesquisa, recursos humanos e financeiros; iii) interesses profissionais e organizacionais, limitações desenvolvimento para proteger a legitimidade científica e *status* apolítico das agências; iv) idéias da comunidade ATS em relação às tecnologias, quanto aos conhecimentos, valores, crenças e expectativas.

De acordo com os estudos analisados, a participação do público e pacientes se dá principalmente nos níveis de envolvimento “consulta” e “participação”, no entanto, os limites entre um nível de envolvimento e outro não são suficientemente claros. GANGNON et al. (2011), que revisou as experiências internacionais sobre envolvimento do paciente ou público no campo da ATS, verificou que as atividades relacionadas à “consulta” foram a maioria dentre os estudos incluídos (14/24 consulta e 10/24 participação).

Nenhum dos estudos incluídos relatou participação no nível “informação”, que ocorre por meio de atividades como educação em ATS, divulgação de relatórios em linguagem simples, disponibilização de informações em *websites* de agências e em reuniões com a participação do público.

As mais diversas estratégias de envolvimento em diferentes fases do processo de ATS foram descritas pelos estudos aqui analisados. Os estudos provenientes do Canadá e Reino Unido escalonaram o processo de ATS de maneiras diferentes. O ciclo do processo de ATS descrito nos estudos e algumas estratégias de envolvimento em cada uma delas foram destacados para melhor entendimento das estratégias de envolvimento do público.

No Canadá, o envolvimento do público está previsto em seis momentos do processo de avaliação e incorporação:

- Identificação de tecnologias, através do recebimento de sugestões de tecnologias a serem avaliadas por meio de formulários disponíveis nos *websites* organizacionais.
- Seleção de tecnologias para avaliação e processos de priorização, em que membros do público no painel consultivo auxiliam na seleção de tecnologias;

através do recebimento de contribuições quando tópicos de potenciais a serem avaliadas são publicados no site e através de júris de cidadãos.

- Condução da pesquisa, incluindo definição do escopo da ATS. Para envolver o público nesta etapa, existem representantes do público nos comitês de definição do escopo da ATS; as organizações de pacientes e cuidadores são convidadas para comentar os resumos; são enviados convites para o público fornecer informação para a ATS. Grupos focais, entrevistas, questionários, weblogs também são utilizados.
- Revisão dos resultados da ATS e formulação de recomendações, para cobertura ou desinvestimento da tecnologia avaliada. O comitê que formula recomendações tem participação de pelo menos um representante de pacientes. A apresentação de testemunhos de pacientes ocorre por convite ou a pedido de pacientes ou organizações de pacientes/cuidadores. A atividade inclui a revisão de relatórios por meio do comitê, aceitando-se comentários sobre as recomendações finais.
- Implementação das recomendações e das decisões ocorre em geral, por meio de processo formal de apelos contra as recomendações.
- Disseminação das decisões e achados ocorre por meio de publicação de estudos e decisões/recomendações nos *websites* organizacionais. São produzidas versões em linguagem adequada ao público em geral e aos pacientes.

No Reino Unido, o envolvimento do público está voltado para cinco etapas da avaliação:

- Identificação de tópicos, por meio de acesso aberto no site da ATS, redes e fóruns com outras organizações de pesquisa e grupos de usuários, ou por mecanismo pró-ativo, em que membros dos grupos são convidados a submeter sugestões de pesquisa, baseado em suas experiências.
- Priorização dos tópicos, onde o público participa revisando os *vignettes*, que são enviados a especialistas e no mínimo um deles é representante do público. Outra modalidade é a participação como membros dos comitês/painéis consultivos e grupos de priorização.
- Comissionamento de pesquisa (fomento/financiamento). Durante a chamada de um conjunto de estudos a serem financiados sobre determinados temas, o público é convidado a apresentar comentários por escrito sobre propostas a serem consideradas como parte do processo de revisão por pares.

- Acompanhamento/monitoramento dos projetos de pesquisa até sua implementação, são realizadas oferecendo suporte para que pesquisadores dos projetos financiados.
- Divulgação e disseminação dos achados são realizadas pela publicação de estudos nos *websites* organizacionais.

Nenhum estudo relatou participação do público na última fase do processo de ATS, ou seja, na disseminação dos achados.

Segundo MORAN et al.(2011), no *HTA program* do Reino Unido, o público está mais envolvido na priorização de temas de pesquisa, com contribuições para a identificação de temas e nos processos de financiamento. No entanto, segundo o estudo de OLIVER et al. (2009), entre 1999 e 2004, somente 1% de todas as sugestões de tópicos de pesquisa eram provenientes do público.

MENON et al., 2008, além de avaliar a viabilidade da utilização de um júri de cidadãos para obter valores do público sobre tecnologias de saúde, desenvolveu, baseado na opinião desse júri, critérios para a definição de prioridades para a ATS. Com base nos questionários recebidos, os jurados valorizaram a oportunidade de se engajar no processo e manifestaram interesse em participar de futuros júris. Os critérios para priorização de temas a serem avaliados definidos por esses, em ordem de importância, foram:

1. Potencial de beneficiar maior número de pessoas (condições altamente prevalentes dentro de uma população devem ser avaliadas sobre aqueles para os menos prevalentes).
2. Potencial para prolongar a vida com qualidade (demonstra a importância da qualidade de vida para os jurados).
3. Potencial para melhorar a qualidade de vida (demonstra a importância da qualidade de vida para os jurados).
4. Benefício clínico potencial sobre tratamento existente (necessidade de distinguir o melhora no desfecho “qualidade de vida” de outros).
5. Falta de alternativa (disponibilidade de tratamentos existentes deve ser considerada).
6. Potencial de detectar uma condição que, se tratada precocemente, evita os custos no futuro (destaca o conceito de investimento em saúde).
7. Potencial para aplicações adicionais (destaca o conceito de investimento em saúde).
8. Potencial para prolongar a vida (somente prolongar a vida aparece no fim da lista).

9. Integralidade dos dados sobre eventos adversos (tecnologias com perfis de segurança mais estabelecidos devem receber prioridade sobre aqueles com os menos estabelecidos).

Segundo o júri, o custo foi um critério que não deveria ser utilizado, pois segundo eles, o custo de uma tecnologia por paciente, por si só, fornece pouco de conhecimento sobre o que o impacto econômico da sua incorporação.

6.2.3. Dificuldades e iniciativas

Algumas das dificuldades apontadas pelos estudos, em relação ao envolvimento do público e pacientes no processo de ATS foram:

- Recrutamento dos participantes é uma questão delicada e demorada, além de ser um desafio identificar os consumidores adequados.
- Colaboração com organizações de consumidores/pacientes pode ser difícil, pois grupos que possuem crenças fortemente arraigadas podem estar menos dispostos a aceitar as evidências.
- Dificuldades para os leigos em compreender o papel a ser desempenhado e as questões a serem abordadas, em acompanhar a velocidade das discussões, além da falta de familiaridade com o processo de ATS, uso de linguagem técnica e siglas.
- O desconhecimento dos leigos com as necessidades de pesquisa e, reciprocamente, o desconhecimento dos pesquisadores com as organizações de consumidores e suas formas de trabalhar é outra possível barreira.
- Tempo e recursos adicionais necessários para a participação de representantes do público.
- Potencial vulnerabilidade a pressões externas que podem comprometer a evidência e criar viés.
- A crença, partilhada por alguns, que a disciplina de ATS é relativamente nova e, conseqüentemente, teoricamente imatura. Argumentam que a ausência de fortes fundamentos teóricos gera incerteza sobre os propósitos e métodos de participação dos cidadãos na área (falta de modelos teóricos sobre envolvimento do público na ATS).
- Muitos sugerem que as agências de ATS estão mais preocupadas em sintetizar a evidência clínica e de custo-efetividade de uma tecnologia. A comunidade de ATS tem sido muito influenciada pelo paradigma positivista quantitativo promulgado pela

Colaboração Cochrane e do movimento da medicina baseada em evidências, que enfatizam métodos experimentais, a hierarquização da evidência e as revisões sistemáticas, e como o envolvimento do público é qualitativo tem sido desvalorizado.

- O público não reconhece a existência das agências de ATS e essas estão muito mais envolvidas em atividades acadêmicas, que têm pouca atenção do público. Público não se interessa em participar dessas atividades, mas a comunidade ATS é responsável por nutrir este interesse.
- Pressões de grupos de pacientes podem reduzir o interesse das agências em envolver o público, por causa do medo destas em envolver grupos que possivelmente estão filiados à indústria, o que poderia ameaçar sua credibilidade científica e autonomia política.
- O custo e o tempo necessário para obter perspectivas públicas. Mesmo modestas atividades envolvimento do público podem ser muito custosas e demoradas. Enquanto isso, os tomadores de decisão exigem que as agências façam avaliações rapidamente. Esta pressão por ATS rápidas e eficientes ameaça a viabilidade de participação do público.
- Viabilidade técnica para envolver a opinião pública, preocupação com a eficiência dos processos. Faltam evidências que confirmem que as atuais iniciativas de envolvimento público tornam o processo de ATS, a captação de achados e as decisões políticas mais eficazes.
- Falta de clareza no que diz respeito ao conceito de participação pública limita a capacidade dos praticantes de ATS para apreenderem e defenderem a idéia.
- Tecnologia não pode ser adequadamente avaliada quando isolada do contexto sociopolítico, no qual ela será utilizada.
- Perspectiva do público pode ser fornecida por leigos em todas as fases do programa de ATS, mas essa influência comumente é limitada por limites organizacionais e processuais.
- Dificuldade na tradução dos problemas de saúde em questões de pesquisa estruturadas.

Uma constante verificação dos autores é a falta de embasamento conceitual e teórico sobre o tema, o que impede um maior entendimento por parte da comunidade ATS, e conseqüentemente, um maior engajamento. A falta de estudos comparativos bem construídos também dificulta a avaliação do real impacto do envolvimento do

público na ATS e sobre aqueles que participam do processo. Essa falta de “evidências” para determinar o verdadeiro valor desse envolvimento, também pode diminuir o interesse dos tomadores de decisão e do público.

Muitas potencialidades e iniciativas para o envolvimento foram descritas nos estudos analisados:

- Participação de público e pacientes utilizando convites focados (pessoas que possuem experiência com o tema).
- Oferecer treinamento e suporte incentiva a participação.
- Apresentações sobre o tema bem definidas, focada em resultados.
- Cenário e tempo de execução adequados para a realização das atividades de consulta.
- Local de fácil acesso e dia da semana conveniente para as reuniões com o público, audiências, etc.
- Estilo aberto de trabalho e cultura de inovação em organizações de ATS são fatores importantes que poderiam facilitar a participação do público.
- Blogs e literatura cinza podem fornecer informações sobre perspectivas da comunidade que não estão disponíveis na literatura publicada.
- O processo de ATS, muitas vezes requer juízos de valor complexos, e a lacuna entre as perspectivas dos profissionais de ATS e a perspectiva de o público poderia produzir decisões insatisfatórias. Por isso há a necessidade de encontrar formas para ampliar a base de evidências para ATS e considerar as perspectivas do público durante as avaliações.
- Clima cultural e político favorável ao envolvimento no setor saúde é uma tendência internacional.
- Defensores precisam ser mais eficazes no discurso, para que o tema tenha maior importância na agenda dos eventos internacionais. a liderança por membros influentes da comunidade HTA e funcionários do governo é essencial para incentivar o envolvimento do público.
- Adoção de esquemas de envolvimento do público por agências de ATS influentes e pelas redes internacionais como HTAi (*Health Technology Assessment International*), IJTAHC (*International Journal of Technology Assessment in Health Care*) e INAHTA (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*) incentivam o envolvimento do público.

- Muitas considerações do público renderam alterações importantes, incluíram perspectivas do paciente e cuidador, mudaram o foco e acrescentaram novos resultados nos documentos de ATS, além de terem refutado a necessidade de investigação planejada, fornecido dados de prevalência e adequado a linguagem tornando mais clara.

7. DISCUSSÃO

7.1. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

No Brasil, já existe a iniciativa de envolver público e pacientes no processo de ATS e de incorporação de tecnologias, muitas delas inclusive, utilizando a mídia a favor. Esse envolvimento tem ocorrido regularmente no país, através da participação do público nas consultas públicas on-line e eventuais audiências públicas da CONITEC e do assento do Conselho Nacional de Saúde nessa comissão. O DECIT também já possuía e possui iniciativas de envolvimento da sociedade no processo de ATS, direcionado para a categoria de consulta nas ocasiões em que não há muitas informações disponíveis sobre a tecnologia avaliada.

Uma das grandes dificuldades em nosso contexto, relatada também por vários estudos, é o tempo necessário para obter perspectivas públicas, já que atividades de envolvimento do público podem ser demoradas. No Brasil, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão. Essa pressão por ATS rápidas pode ameaçar a viabilidade de participação do público.

No momento, o público brasileiro não está envolvido em algumas das fases aonde se percebe maior participação nas organizações internacionais de ATS, que são identificação e seleção de tecnologias para avaliação (priorização de temas a serem avaliados). Algumas estratégias tem se demonstrado de fácil execução, como acesso aberto nos *websites* organizacionais, redes e fóruns com outras organizações ou grupos de usuários.

No Brasil, o público também não participa efetivamente durante a fase de condução da pesquisa, fornecendo dados, experiências e perspectivas sobre determinada tecnologia. Além disso, não existem muitos grupos organizados de pacientes e uma grande mobilização da sociedade no país. De qualquer maneira, é necessária a reflexão sobre estratégias que melhorem esse envolvimento, levando em consideração o contexto do brasileiro, a legislação e a organização institucional.

No campo da decisão de incorporação de tecnologias em saúde, o mecanismo de consulta apresenta-se apenas na fase final do processo, com a possibilidade de revisão das recomendações para a tomada de decisão gestora pelo Ministro da Saúde. Ou seja, na fase de implementação das decisões o público tem a oportunidade de se manifestar por meio de apelos nas consultas públicas. No entanto, o prazo curto (duração de no máximo de 20 dias) pode estar sendo uma limitação à participação do público, pois tem-se maior participação das empresas e das instituições de ensino, e mesmo que estas sejam parte do público, a literatura aponta os interesses e relações, muitas vezes espúrias, que a comunidade acadêmica tem por vezes com a indústria.

Em relação à disseminação e informação sobre as decisões e achados, a CONITEC e o DECIT têm realizado essa atividade de envolvimento, por meio da publicação de decisões e recomendações no site organizacional e divulgação de estudos no Sistema de Informação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (SISREBRATS), respectivamente.

Na ATS, assim como na educação popular em saúde, existem conhecimentos e práticas socialmente situados e distintos. No envolvimento do público e pacientes na ATS, portanto, existe uma aprendizagem política a ser realizada e que qualifique atores e espaços para a expressão e mediação dos interesses e seus conflitos, para que assim, seja possível uma construção compartilhada de conhecimentos. A qualificação dos atores para ocupar estas arenas de participação é da maior importância, como foi a qualificação realizada para o controle social.

7.2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

A partir do que foi observado na presente revisão integrativa, a comunidade ATS ainda é cautelosa em relação às suas perspectivas de envolvimento do público, mas parece haver um consenso geral de que é uma exigência ético-política pois adiciona dimensões cruciais não cobertas pelas medidas clínicas e econômicas tradicionais.

Essa cautela se dá, pois existe certa tensão entre as lógicas da Saúde Baseada em Evidências e a do envolvimento do público. Não se trata de uma oposição, mas de uma relação tensa. Evidentemente existem dificuldades quando se reconhece a insuficiência da abordagem baseada em evidências no campo das ATS, uma vez que o envolvimento do público radicaliza os conflitos de interesses e fica muitas vezes velado sob a perspectiva da pretensa neutralidade das evidências científicas.

No Reino Unido, por exemplo, o NICE alerta potenciais organizações de partes interessadas de diversas maneiras e as convida a assentarem seus interesses, através da publicação de comunicados de imprensa, listagem de tópicos nos *websites* com detalhes de como se inscrever, contato com organizações que se inscreveram a fim de alertá-los sobre novos tópicos e escrever para outras organizações de pacientes, cuidadores e profissionais que podem manifestar um interesse. O NICE, por conseguinte, entra em contato com as partes interessadas inscritas e as encoraja a se envolverem no desenvolvimento de diferentes estágios da ATS. Isto inclui determinar o escopo, submeter evidências, comentar o esboço dos estudos e verificar as revisões antes da publicação (OXMAN et al., 2009).

Experiências semelhantes de envolvimento da sociedade foram encontradas em outros países como Canadá, Austrália, Alemanha, Dinamarca, Escócia, Nova Zelândia, Holanda, Estados Unidos e França.

Segundo OXMAN e colaboradores (2009), uma das maneiras na qual a coletividade pode ser informada sobre o (e potencialmente envolvida no) desenvolvimento de políticas baseadas em evidências é pelo uso de relatórios na mídia. A mídia pode influenciar comportamentos de saúde individuais, níveis de utilização do serviço de saúde, práticas no serviço de saúde e política de saúde. Entretanto, as agências de avaliação de tecnologia em saúde e outras organizações que apóiam o uso das evidências de pesquisa na política da saúde fizeram, até agora, esforços insignificantes para comunicar as evidências ao público desta maneira.

O envolvimento do público e pacientes na ATS é um campo em expansão, ainda com poucas experiências arraigadas e aquelas existentes são, na maioria, em países em que a democracia é um regime de tradição.

7.3. PROPOSIÇÕES

As lições apresentadas nas experiências internacionais obtidas com a revisão da literatura permitem apontar algumas estratégias para implementar mecanismos efetivos de envolvimento público na avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, considerando que os espaços de participação são relativamente novos quanto a sua institucionalização no país.

Uma das estratégias está relacionada à aprendizagem e vontade política dos formuladores e dos avaliadores em utilizar os mecanismos formais instituídos de forma a envolver o público por meio de processos ativos e permanentes de colaboração. Nessa

linha pode-se incluir uma maior interação na área de ATS com o Conselho Nacional de Saúde, em suas comissões de ética em pesquisa e no fórum de representação de pacientes e consumidores. No campo das decisões de incorporação, os mecanismos estão sendo implementados, mas é necessária uma estratégia de aumentar a resposta do segmento de pacientes.

Outra estratégia é realizar inquéritos ou algum tipo de análise das necessidades e vontades do público já envolvido com o controle social do SUS. A partir dessa abordagem será possível desenhar estratégias mais direcionadas, como capacitação, produção de relatórios em linguagem adequada para cada público, maior adesão em etapas específicas tanto do processo de priorização do tema, como no desenvolvimento da avaliação. Essas iniciativas podem promover maior autonomia e conhecimento para responder às consultas públicas formais de incorporação de novas tecnologias.

O uso de ferramentas da tecnologia da informação e comunicação também pode ser adotado. No campo da profissionalização da comunicação em saúde, ressalta-se a divulgação de manuais e diretrizes, boletins informativos, *websites* e também utilizar o potencial das redes sociais para esclarecer sobre riscos e benefícios de tecnologias em saúde divulgadas na mídia, contribuindo também para a difusão da cultura científica.

Nas fases de identificação e seleção de tecnologias para avaliação, também chamada de priorização de temas a serem avaliados, algumas estratégias de fácil execução são apontadas: acesso aberto nos *websites* organizacionais (através de formulários disponíveis), redes e fóruns com outras organizações ou grupos de usuários aonde membros dos grupos são convidados a submeter sugestões de pesquisa, baseado em suas experiências, publicação de tópicos potenciais no site aceitando contribuições.

O envolvimento do público na fase de acompanhamento e monitoramento dos projetos de pesquisa parece bastante desafiador para nosso contexto atual, pois são atividades lideradas pelos pesquisadores dos projetos financiados e haveria de ter um maior interesse do público em participar, ou seja, uma maior proatividade da sociedade.

Em relação à decisão de incorporação de tecnologias em saúde, o mecanismo de consulta apresenta-se apenas na fase final do processo, com a possibilidade de revisão das recomendações para a tomada de decisão gestora pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ou seja, na fase de implementação das decisões o público tem a oportunidade de se manifestar por meio de apelos, mas é necessário fortalecer a participação do representante do Conselho Nacional de Saúde na comissão institucionalizada, CONITEC. O espaço de manifestação nesta fase já existe, mas é

possível dar mais oportunidade: uma maior divulgação das consultas públicas e, se possível, o aumento do tempo de duração destas, poderia beneficiar ainda mais a participação da sociedade, do público leigo e de pacientes.

A disseminação das decisões e achados tem sido feita pela CONITEC e DECIT, por meio da publicação de informações, decisões e recomendações nos *websites* organizacionais e divulgação de estudos no Sistema de Informação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (SISREBRATS). Mas ainda é possível a produção e disseminação de versões em linguagem adequada ao público e pacientes.

Uma das limitações do presente estudo foi a restrição de idioma na revisão, que pode ter levado à perda de alguns estudos importantes. Outra limitação é o fato de que os registros da análise documental nem sempre são totalmente fidedignos. A literatura sobre o tema não é vasta, essa é uma lacuna importante citada por vários autores, mostrando que se trata de um campo em expansão para aqueles que buscam avaliar o impacto, valor da participação pública e mérito comparativo de diferentes abordagens para envolver o público e os pacientes.

8. CONCLUSÃO

Os contextos de participação, apesar de reconhecidos nas experiências analisadas e até normatizados por legislação e documentos oficiais, ainda colocam grandes desafios a serem resolvidos nos próximos anos, entendendo-se a importância de se defender e qualificar tais espaços e atores implicados na participação.

Países aonde a democracia é um regime de tradição, como Inglaterra, Canadá, Austrália, França, Dinamarca, Escócia, Nova Zelândia, Holanda e Estados Unidos, têm oferecido exemplos de muitas estratégias de envolvimento da sociedade nas políticas e tomadas de decisão em saúde, inclusive em seus processos de ATS.

Frente à análise das estratégias de envolvimento do público e pacientes utilizadas pelas organizações de ATS no mundo e do contexto atual do processo de ATS e incorporação de tecnologias no Brasil, é possível uma aproximação cada vez maior com a comunidade, devendo-se ter em conta que tais espaços são relativamente novos quanto a sua institucionalização.

No âmbito do processo de avaliação, a melhor etapa para a participação de pacientes e do público é na definição de tópicos para avaliação tanto de novas tecnologias como daquelas já implementadas, tendo em vista a qualidade da atenção.

Outro momento é quando se tem poucas informações das tecnologias objeto de avaliação.

Em relação à implementação das decisões, na qual o público tem a oportunidade de se manifestar por meio de apelos, faz-se necessário fortalecer a participação do representante do Conselho Nacional de Saúde na comissão institucionalizada, CONITEC.

O Ministério da Saúde, por meio da publicação de decisões, recomendações e estudos da CONITEC e DECIT, tem realizado disseminação das decisões e achados. O que ainda pode ser feito, é a produção de versões em linguagem adequada ao público e pacientes.

Melhorar o acesso à informação é importante. Atualmente o público busca cada vez mais participar e se informar sobre sua saúde. E uma das principais fontes é a rede mundial de computadores. Portanto, fornecer informações de confiança e educar público e pacientes é uma atividade essencial. Sugere-se promover a profissionalização da comunicação em saúde, através da divulgação de manuais e diretrizes, boletins informativos, *websites* e também utilizar o potencial das redes sociais.

A Internet oferece novas oportunidades para o envolvimento interativo de um número maior de consumidores no desenvolvimento de políticas e nas decisões, e novos caminhos para manter o público informado. No entanto, há de se refletir sobre o acesso em nosso contexto, para que essas iniciativas sejam complementadas com outras estratégias, a fim de evitar aumentar as desigualdades no envolvimento público.

Para que o público e os pacientes sejam, de fato, envolvidos no processo de ATS no Brasil, é importante que os formuladores de políticas e aqueles que os apóiam planejem e avaliem cuidadosamente as estratégias a serem usadas, pois a participação se trata de uma aprendizagem política a ser aprimorada, reorientada e, sobretudo, compreendida em seus diversos contextos, tais como o da ATS.

Mesmo com as normatizações favoráveis e que incentivam a participação, percebe-se que há lacunas e baixa divulgação dos mecanismos instituídos. A experiência com o controle social oferece importantes elementos para a criação e aperfeiçoamento de espaços institucionais para a ATS, ajudando a lidar melhor com conflitos implicados na participação na ATS.

A principal contribuição deste trabalho é iniciar uma discussão sobre as possibilidades de envolvimento do público e pacientes no processo ATS no Brasil, especificamente, no âmbito do Ministério da Saúde. Seria pertinente a realização de

novos estudos para acompanhar o processo de envolvimento que tem se realizado no país em meio às atuais reestruturações do processo de ATS e incorporação de tecnologias em saúde, aprofundando o conhecimento das barreiras e facilidades com as experiências atuais no SUS e também, para acompanhar o avanço do conhecimento e das abordagens desenvolvidas internacionalmente.

As implicações práticas estão direcionadas a apontar linhas de atuação para que o público e os pacientes sejam envolvidos de forma ativa no processo de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS, aproveitando-se das experiências internacionais exitosas apresentadas e dos mecanismos formais instituídos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banta HD, Luce BR. Health Care Technology and its Assessment. London: Oxford University Press 1993, cap. 1- 6.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

Brasil. Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 dez. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saude. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saude e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saude, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saude e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saude, 2009. 110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de

tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 3. ed., revisada e atualizada – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. Política nacional de educação popular (PNEPS), 2012.

Brett J, Staniszewska S, Mockford C, Barber R. The PIRICOM Study: A systematic review of the conceptualisation, measurement, impact and outcomes of patient and public involvement in health and social care research. London: United Kingdom Clinical Research Collaboration; 2009.

Bridges JFP, Jones C. Patient-based health technology assessment: A vision of the future. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23:1 (2007), 30–35.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil - Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

Carvalho DM 1997. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão atual. *Informe Epidemiológico do SUS* 6(4):7-46.

Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento: Uma Experiência de Investigação Científica do Ponto de Vista Popular. In: Vasconcelos EM (org). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001.p.101-114.1ª ed.

Centro Cochrane do Brasil. Saúde Baseada e Evidências. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&vi

ew=article&id=4&Itemid=13<<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/glossario.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611. Acesso em: 03 jan. 2013.

Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 521-535. 2003

Gadelha C. (Coord.) *Perspectivas do investimento em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Economia, 2008/2009. 217 p. Relatório integrante da pesquisa "Perspectivas do Investimento no Brasil", em parceria com o Instituto de Economia da UNICAMP, financiada pelo BNDES. Acessado em: 10 outubro de 2009. Disponível em: <http://www.projetopib.org/?p=documentos>.

Gadelha CAG, Costa L, Maldonado J, Borges T. Informe CEIS - Saúde e Desenvolvimento ANO II, Informe no 2, Dezembro de 2011 Presidência/Fiocruz – SCTIE/MS Grupo e Inovação em Saúde/ENSP – Projeto Inovação.

Gagnon MP, Desmartis M, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Rhainds M, Lemieux R, Gauvin FP, Pollender H, Légaré F. Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A systematic review of international experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011 Jan;27(1):31-42.

Gagnon MP, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Simard C, Rhainds M, Lemieux R, Gauvin FP, Desmartis M, Légaré F. Introducing patient perspective in health technology assessment at the local level. *BMC Health Serv Res*. 2009 Mar 27;9:54.

Gauvin FP, Abelson J, Giacomini M, Eyles J, Lavis JN. "It all depends": conceptualizing public involvement in the context of health technology assessment agencies. *Soc Sci Med*. 2010 May;70(10):1518-26.

Gauvin FP, Abelson J, Giacomini M, Eyles J, Lavis JN. Moving cautiously: Public involvement and the health technology assessment community. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011 Jan;27(1):43-9.

Gherzi D. Making it happen: approaches to involving consumers in Cochrane reviews. *Evaluation and the Health Professions* 2002;25(3):270-83.

Goodman CS. Introduction to health care technology assessment. 1998. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/ta101/ta101.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2012.

Hailey D, Nordwall M. Survey on the involvement of consumers in health technology assessment programs. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006 Fall;22(4):497-9.

Hailey D. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Consumer involvement in health technology assessment. Edmonton, Alta.: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2005.

HTA program 2013. UK National Health Service Health Technology Assessment program. How we use the term 'public'. Acessado em: 08/01/13. Disponível em: <http://www.hta.ac.uk/public/definition.shtml>.

Krauss-Silva, L. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8: 501-20.

Krauss-Silva, L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20 Sup. 2: S199-S207.

Kristensen FB, Sigmund H (ed.) *Health Technology Assessment Handbook* Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health, 2007

Lessa, IJ. *Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007)* / Iris Jordão Lessa. Rio de Janeiro: s.n., 2010. 119 f., graf.

Marteleto RM, Ribeiro LB. Informação e construção do conhecimento para a cidadania no terceiro setor. *Revista Informação e Sociedade: Estudos*, v. 11, n. 1, 2001.

Menon D, Stafinski T. Engaging the public in priority-setting for health technology assessment: findings from a citizens' jury. *Health Expect*. 2008 Sep;11(3):282-93.

Menon D, Stafinski T. Role of patient and public participation in health technology assessment and coverage decisions. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2011 Feb;11(1):75-89.

Moran R, Davidson P. An uneven spread: a review of public involvement in the National Institute of Health Research's Health Technology Assessment program. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011 Oct;27(4):343-7.

Neder CAP. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo. / Carlos Alberto Pletz Neder. Campinas, SP: [s.n.], 2001.

Office of Technology Assessment (OTA). *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 1978.

Oliver S, Armes D, Gyte G. 2006 Evaluation on public influence of the NHS Health Technology Assessment Programme. Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Oliver S, Armes DG, Gyte G. Public involvement in setting a national research agenda: a mixed methods evaluation. *Patient*. 2009 Sep 1;2(3):179-90.

Oliver SR, Rees RW, Clarke-Jones L, Milne R, Oakley AR, Gabbay J, Stein K, Buchanan P, Gyte G. A multidimensional conceptual framework for analysing public involvement in health services research. *Health Expectations*, 2008, 11/1(72-84).

Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 15. Engaging the public in evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*; 2009, 7

Panerai RB, Pena-Mohr JP. Health technology assessment: methodologies for developing countries. Washington D.C.: PAHO, 1989.

Ramos V, Gonçalves C. Cidadania e Saúde – Um caminho a percorrer... 2010. Acessado em: 01 de novembro de 2012. Disponível em: www.acs.min-saude.pt.

Silva, AS, Santos M, Santos VCC, Brito GV, Elias FTS. Introducing society into the HTA field: a Brazilian experience. 2011. In: 8th Annual Health Technology Assessment International (HTAi) meeting, 2011, Rio de Janeiro.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

Staniszewska S, Brett J, Mockford C, Barber R. The GRIPP checklist: strengthening the quality of patient and public involvement reporting in research. Int J Technol Assess Health Care. 2011 Oct;27(4):391-9.

Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 73-99.

World Health Organization (WHO). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Quadro de análise com a compilação dos principais achados, dificuldades e iniciativas

1. Autor, ano, país de publicação	Gangnon, 2011, Canadá		
Objetivos	Revisar as experiências internacionais sobre envolvimento do paciente ou público no campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).		
Métodos	Revisão sistemática. A busca da literatura foi realizada em nove bases de dados, citações e referências dos estudos encontrados, <i>websites</i> governamentais (agências de ATS) e motores de busca da internet. As características dos estudos, descrição das atividades relacionadas ao envolvimento do paciente ou público, o impacto dessas atividades sobre o processo de ATS e os fatores que facilitam ou limitam o envolvimento foram resumidos.		
Envolvimento do público e paciente (tipo de público e métodos usados para envolvê-los no estudo)	<p>Tipo de público: Pacientes, cuidadores, grupos de pacientes, público em geral, cidadãos e consumidores.</p> <p>Principalmente em dois níveis de envolvimento: Consulta (participação indireta, público não toma decisões, mas é consultado sobre suas perspectivas, valores, preferências, experiências sobre tecnologias, procedimentos clínicos ou serviços de saúde) e participação (participação direta, público participa das diferentes fases do processo de ATS → priorização, avaliação e disseminação).</p>		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
2 e 3	NR	NR	NR
Resultados	<p>- Consulta na pesquisa (na maioria dos estudos incluídos 14/24) Pacientes e representantes foram consultados sobre tecnologias diagnósticas, terapêuticas, organizacionais e de suporte, procedimentos médicos ou cirúrgicos e diferentes meios de distribuição e organização de serviços. Métodos qualitativos foram utilizados: entrevistas (5/14), grupos focais (3/14), questionários (4/14) e weblogs (1/14).</p> <p>- Participação no processo de ATS (10/24) Selecionando tecnologias a serem avaliadas (priorização de temas) (02/10), avaliando a tecnologia selecionada (atividades de pesquisa) (05/10) e atividades de disseminação dos achados (03/10). Métodos: entrevistas, grupos focais, questionários, análises de documentos, observação de “júri de cidadãos”.</p> <p>Dificuldades: - Recrutamento dos participantes é questão delicada e demorada (desafio para identificar consumidores adequados); - Colaboração com organizações de consumidores pode ser difícil, pois grupos que possuem crenças fortemente arraigadas podem estar menos dispostos a aceitar as evidências; - Dificuldades para os leigos: compreender o papel a ser desempenhado e as questões a serem abordadas, velocidade das discussões, falta de familiaridade com o processo de ATS, uso de linguagem técnica e siglas;</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> - O desconhecimento dos leigos com as necessidades de pesquisa e, reciprocamente, o desconhecimento dos pesquisadores com as organizações de consumidores e suas formas de trabalhar é outra possível barreira; - Tempo e recursos adicionais necessários para a participação de representantes do público. <p>Iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação de público e pacientes utilizando convites focados (pessoas que possuem experiência com o tema); - Treinamento e suporte incentivam a participação; - Apresentação bem-definida, focada em resultados; - Cenário e timing adequados para a realização das atividades de consulta; - Local de fácil acesso e dia da semana conveniente; - Estilo aberto de trabalho e cultura de inovação em organizações de ATS são outros fatores importantes que poderiam facilitar a participação do público.
Limitações do estudo	Somente estudos publicados em inglês, francês ou espanhol foram incluídos. Apenas estudos que se referem especificamente à ATS foram mantidos. Esta avaliação inclui apenas experiências com dados empíricos, experiências relatadas de forma descritiva e revisões de literatura foram excluídas (por ex: não há relatos de organizações como Agência Dinamarquesa de Avaliação de Tecnologias em Saúde - DACEHTA ou Agência de Avaliação de Tecnologias suíça - TA-SWISS, embora essas organizações tenham experiência com a participação do público e paciente).
Impactos do PPI	<p>Sobre a inclusão da perspectiva do paciente nos estudos primários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de desfechos relevantes para os pacientes na avaliação de um tratamento para esquizofrenia adicionou dimensões cruciais não cobertas pelas medidas clínicas tradicionais; - Blogs e literatura cinza podem fornecer informações que sobre perspectivas da comunidade que não estão disponíveis na literatura publicada; - Tecnologia não pode ser adequadamente avaliada quando isolada do contexto sociopolítico, no qual ela será utilizada; - Importância de discutir estratégias de auto-cuidado dos pacientes (comportamentos informais) com os profissionais de saúde (estudos sobre não aderência e não participação nos tratamentos); - Em um estudo, pacientes ajudaram no desenvolvimento de um questionário e de um modelo de decisão econômica; - Estudos avaliaram a preferência de escolha dos pacientes entre tecnologias ou tratamentos (vontade de pagar ou questionários de escolha discreta). <p>Sobre a participação de representantes de pacientes no processo de ATS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação de cidadãos para desenvolver critérios orientadores de priorização (em um dos estudos a participação dos consumidores foi pequena, apesar da parceria com uma organização de consumidores); - Discussão com grupos de consumidores se mostrou produtiva em relação à priorização de temas, planos de pesquisa e relatórios; - Perspectiva do público pode ser fornecida por leigos em todas as fases do programa de ATS (NHS <i>HTA program</i>), mas essa influência foi limitada por limites organizacionais e processuais;

	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de pacientes desenvolveram recomendações na Holanda, uma delas foi executada imediatamente; - Uso da percepção científica por parte das organizações de pacientes; - Envolvimento de pacientes e grupos de consumidores no desenvolvimento de pesquisas com base em material informativo, teve como inconveniente a potencial vulnerabilidade a pressões externas que podem comprometer a evidência e criar viés. 		
2. Autor, ano, país de publicação	Staniszewska, 2011, UK		
Objetivos	Sintetizar as questões-chave das revisões sistemáticas PIRICOM e PAPIRIS e propor o checklist GRIPP (<i>Guidance for Reporting Involvement of Patients and Public</i>), a fim de orientar os pesquisadores a relatar o envolvimento do público e do paciente em seus estudos de ATS, permitindo a avaliação de qualidade destes.		
Métodos	Análise temática foi utilizada para sintetizar as questões-chave relacionadas com o envolvimento do paciente e público (PPI) identificado nas revisões sistemáticas PIRICOM (<i>Patient and Public Involvement in Research: Impact, Conceptualisation, Outcomes and Measurements</i>) e PAPIRIS (<i>Patient And Public Involvement Review on the Impact on healthcare Services</i>). Essas questões subsidiaram o desenvolvimento do <i>checklist</i> GRIPP.		
Envolvimento do público e paciente	<p>Tipo de público: Raramente a descrição sobre os participantes era completa.</p> <p>Métodos: Foram muitas vezes descritos em poucos detalhes e de forma inconsistente.</p> <p>Os autores raramente identificaram os níveis de participação (colaboração, consulta ou controle), deixando para o leitor a avaliação.</p> <p>As fases em que o PPI ocorreu nos estudos foram pouco descritas, não esclarecendo se PPI ocorreu em um ponto ou ao longo de um estudo.</p> <p>Estudos de PPI raramente relatam em que grau eles têm considerado aquelas dimensões ou aspectos da PPI que são potencialmente relevantes, particularmente para se avaliar o impacto.</p>		
Nível de envolvimento *1=consulta, 2=colaboração, 3=disseminação (segundo Oliver, 2008)	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
NR	NR	A falta de quadros conceituais ou modelos amplamente aceitos torna difícil avaliar o impacto do PPI. Essa falta de embasamento conceitual ou teórico claro para comunicação de impacto pode explicar porque estudos têm adotado uma variedade de abordagens. Embora isso forneça uma visão sobre a riqueza e a diversidade do PPI, impede a avaliação consistente e mais formal	NR

	do impacto.
Resultados	<p>Contexto (condições exigidas para a PPI para ter impacto, como apoio e treinamento, financiamento, atitudes positivas em relação ao PPI e alocação de tempo adequado) e processo (métodos usados para realizar o envolvimento, como nível de envolvimento e as fases do processo de pesquisa onde ocorre o PPI) estão relacionados ao impacto. Mas os estudos raramente associam essas informações a qualquer interpretação de impacto.</p> <p>Se quisermos compreender os objetivos, métodos, processos e impacto da PPI em ATS e pesquisa em saúde em geral, é importante que haja uma melhora significativa na qualidade dos relatórios com PPI. Isto se aplica a uma série de resultados, como artigos científicos, estudos de caso e relatórios de ATS. Autores sugerem que todos os relatórios de ATS incluam uma seção sobre as questões do paciente.</p>
Limitações do estudo	<p>Embora este tenha se baseado em duas revisões sistemáticas com métodos robustos, enquanto PIRICOM incluiu estudos internacionais, PAPIRIS focou apenas em estudos do Reino Unido, comprometendo um pouco a relevância internacional do GRIPP.</p> <p>Falta de termos MeSH (Medical Subject Headings) na área de PPI dificulta busca de literatura relevante.</p>
Impactos do PPI	<p>Ao relatar o impacto do PPI, a maioria dos estudos relata impactos positivos, com impactos negativos mais raramente considerados. Isso pode refletir uma suposição implícita de que o PPI é uma atividade boa e vale à pena, ou que os impactos negativos foram politicamente mais difíceis de relatar.</p> <p>Poucos estudos avaliaram impacto do PPI, pois a maioria foca na avaliação e efetividade de uma determinada intervenção.</p> <p>As poucas evidências e publicações na área não permitem avaliar com clareza o impacto do PPI, mas a ausência de informações não significa falta de impacto.</p>
3. Autor, ano, país de publicação	Moran, 2011, UK
Objetivos	Revisar as estratégias de envolvimento do público em todas as cinco fases da gestão de pesquisa no programa de ATS do Reino Unido, ao fim de um período de 10 anos (1999-2009). As cinco fases são: identificação de tópicos; priorização destes tópicos como perguntas pesquisáveis; comissionamento de pesquisa; acompanhamento dos projetos ao longo da sua implementação e publicação e divulgação dos resultados.
Métodos	Análise de documentação interna e análise narrativa de entrevistas semi-estruturadas com a equipe do programa e uma rápida análise da literatura publicada.
Envolvimento do público e paciente	<p>Tipo de público: Público e pacientes.</p> <p>Fases do ciclo de pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação: Acesso aberto no site da ATS, redes e fóruns com outras organizações de pesquisa e grupos de usuários (pró-ativa → membros dos grupos são convidados a submeter sugestões de pesquisa, baseado em suas experiências)

	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização: público participa revisando os <i>Briefs</i> (que são enviados a especialistas e no mínimo um deles é representante do público) e como membros do comitê (são 15 membros, sendo que 3 são representantes do público, apoiados por treinamento e tutoria). • Comissionamento de pesquisa (fomento/financiamento): Durante a chamada de temas anual, que apresenta conjunto de estudos a serem financiados sobre determinados temas. Público é convidado apresentar comentários por escrito sobre propostas, que serão consideradas como parte do processo de revisão por pares. • Acompanhamento: oferece suporte para as estratégias de envolvimento, liderada pelos pesquisadores dos projetos financiados. • Divulgação dos resultados: Sem envolvimento no período analisado. 		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
2 e 3	NR	O estudo adota a definição mais ampla de "participação pública" (em vez de "envolvimento do consumidor" ou "envolvimento do público e do paciente").	NR
Resultados	No programa de ATS do Reino Unido, o público está mais envolvido na priorização de temas de pesquisa, com contribuições para a identificação e nos processos de financiamento. O estudo ajudou a destacar as lacunas na participação do público dentro da organização e encorajou a discussão contínua sobre o uso adequado de envolvimento do público na pesquisa em saúde.		
Limitações do estudo	NR		
Impactos do PPI	Evidência sobre o valor da participação pública ainda não está claro. Mais pesquisas são necessárias para verificar a eficácia da participação pública na gestão da pesquisa e para explorar o impacto do envolvimento público.		
4. Autor, ano, país de publicação	Menon, 2011, Canadá		
Objetivos	Examinar o papel dos pacientes e do público nas ATS utilizadas para informar as decisões de cobertura e reembolso de tecnologias em saúde.		
Métodos	Busca estruturada em várias bases de dados utilizando termos Mesh e palavras chave relacionadas ao consumidor paciente, participação do público, ATS ou tomada de decisão sobre cobertura.		
Envolvimento do público e paciente	Tipo de público: Público e pacientes.		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
2 e 3 (consulta e participação)	NR	Pacientes e membros do público	NR

		possuem diferentes papéis e devem ser considerados separadamente na ATS.	
Resultados	<p>No total, 11 dos 20 países e os quatro estados identificados através da pesquisa de literatura possuem PPI em pelo menos uma das seis fases principais do processo de ATS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação: 7/11 países e 3/4 estados aceitam colaboração de qualquer indivíduo (3/7 países e os 3 estados) ou de pacientes/cuidadores (4/7 países). • Seleção de tecnologias/Priorização: somente o NICE (UK) e o <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> - CMS (EUA). No primeiro existem membros do público no painel consultivo, que seleciona as tecnologias e o CMS publica os tópicos potenciais no site aceitando contribuições de qualquer indivíduo. • Condução da pesquisa (ATS): Austrália e França incluem representantes do público nos comitês de definição do escopo da ATS; UK de organizações de pacientes e cuidadores e Alemanha de qualquer indivíduo; Alemanha, UK e France convidam a comentar os <i>drafts</i>; Escócia possui um subcomitê de PPI; Nova Zelândia aceita contribuições se for solicitado pela comissão de tomada de decisão; 2/4 estados convidou público a fornecer informação para a ATS. • Revisão dos resultados da ATS e formulação de recomendações: comitê que formula recomendações com pelo menos um representante de pacientes (Austrália, França e Alemanha); apresentação de testemunhos de pacientes por convite (Austrália, Holanda) ou a pedido de pacientes ou organizações de pacientes/cuidadores (UK); revisão de relatórios através do comitê (França, Canadá e UK). 3/4 estados aceitam comentários sobre as recomendações. • Implementação das recomendações/decisões: Em geral, através de apelos contra as recomendações. Somente um dos estados aceitava apelos de qualquer indivíduo, nos outros não houve PPI. • Disseminação das decisões e achados: Sem envolvimento do público e pacientes. 		
Limitações do estudo	NR		
Impactos do PPI	<p>É necessário avaliar formalmente os resultados do PPI. Faltam estudos comparativos bem-construídos que medem os efeitos de diferentes abordagens de PPI, durante os vários passos do processo de HTA e cobertura de tomada de decisão. Sem esses, será difícil, se não impossível, determinar o valor verdadeiro desses esforços. Além disso, o interesse dos tomadores de decisão e do público pode diminuir.</p> <p>Apesar da falta de provas de avaliação sobre o mérito comparativo de diferentes abordagens para envolver o público e os pacientes, parece haver um consenso geral de que a obtenção de suas perspectivas é importante.</p>		
5. Autor, ano, país de publicação	Gauvin, 2011, Canadá		
Objetivos	Explorar os fatores que reforçam ou limitam as perspectivas de participação do público nas atividades das agências ATS.		
Métodos	Estudo exploratório. O quadro analítico para este estudo é baseado na obra de John W. Kingdon, que apresenta uma síntese abrangente dos fatores que influenciam a agenda dos governos e organizações públicas. O estudo sintetiza percepção de 42 entrevistas telefônicas semi-estruturadas com informantes envolvidos na rede internacional de ATS e/ou agências de ATS		

	no Canadá, Dinamarca e Reino Unido.		
Envolvimento do público e paciente	Tipo de público: Público e pacientes (e grupos representantes). Métodos: procedimentos passivos e ativos utilizados por uma agência de HTA para interagir com o público e seus representantes.		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
NR	NR	NR	NR
Resultados	<p>Fatores que reforçam as perspectivas de PPI (Iniciativas):</p> <ul style="list-style-type: none"> - O processo de ATS, muitas vezes requer juízos de valor complexos, e a lacuna entre as perspectivas dos profissionais de ATS e a perspectiva de o público poderia produzir decisões insatisfatórias. Há necessidade de encontrar formas para ampliar a base de evidências para ATS e considerar as perspectivas do público durante as avaliações. - Clima cultural e político favorável ao envolvimento no setor saúde, é uma tendência internacional. - Defensores precisam ser mais eficazes no discurso, para que o tema tenha maior importância na agenda dos eventos internacionais; a liderança por membros influentes da comunidade HTA e funcionários do governo é essencial para incentivar o envolvimento do público. - Adoção de esquemas de envolvimento do público por agências de ATS influentes e pelas redes internacionais como HTAi (<i>Health Technology Assessment International</i>), IJTAHC (<i>International Journal of Technology Assessment in Health Care</i>) e INAHTA (<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>). <p>Fatores que limitam as perspectivas de PPI (dificuldades):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crença partilhada por alguns, que a disciplina de ATS é relativamente nova e, conseqüentemente, teoricamente imatura. Eles argumentam que a ausência de fortes fundamentos teóricos gera incerteza sobre os propósitos e métodos de participação dos cidadãos na área (falta de modelos teóricos sobre PPI na ATS); - Muitos sugerem que as agências de ATS estão mais preocupadas em sintetizar a evidência clínica e de custo-efetividade de uma tecnologia. A comunidade de ATS tem sido muito influenciada pelo paradigma positivista quantitativo promulgado pela Colaboração Cochrane e pelo movimento da medicina baseada em evidências, que enfatizam métodos experimentais, a hierarquização da evidência e as revisões sistemáticas. Como o envolvimento do público é qualitativo tem sido desvalorizado; - Público não reconhece a existência das agências de ATS e essas estão muito envolvidas em atividades acadêmicas, que têm pouca atenção do público. Público não se interessa em participar dessas atividades, mas a comunidade ATS é responsável por nutrir este interesse; - Pressões de grupos de pacientes podem reduzir o interesse das agências em envolver o público, por causa do medo destas em envolver grupos que possivelmente estão filiados à indústria, o que poderia ameaçar sua credibilidade científica e autonomia política; 		

	<p>- Custo e o tempo necessário para obter perspectivas públicas. Mesmo modestas atividades envolvendo do público podem ser muito custosas e demoradas. Enquanto isso, os tomadores de decisão exigem que as agências façam avaliações rapidamente. Esta pressão por ATS rápidas e eficientes ameaça a viabilidade de participação do público;</p> <p>- Viabilidade técnica para envolver a opinião pública, preocupação com a eficiência dos processos. Faltam evidências que confirmem que as atuais iniciativas de envolvimento público tornam o processo de ATS, a captação de achados e as decisões políticas mais eficazes;</p> <p>- Falta de clareza no que diz respeito ao conceito de participação pública limita a capacidade dos praticantes de ATS para apreenderem e defenderem a idéia.</p>		
Limitações do estudo	Estudo exploratório, resultados provenientes de um reduzido número de países com contextos bastante variados.		
Impactos da PPI	Muitos informantes concordam que a comunidade ATS ainda é cautelosa e ambivalente em relação às suas perspectivas de envolvimento do público.		
6. Autor, ano, país de publicação			
Gauvin, 2010, Canadá			
Objetivos	<p>Investigar como o PPI é conceituado no ambiente das agências de ATS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Explorar fatores que influenciam a conceituação de envolvimento público. 2) Identificar atributos que definem o envolvimento público. 3) Desenvolver uma ferramenta conceitual a ser utilizada pelos membros da comunidade ATS para explorar as múltiplas facetas deste tema. 		
Métodos	Revisão da literatura e dos <i>websites</i> de agências de ATS, entrevistas semi-estruturadas com informantes no Canadá, Dinamarca e Reino Unido.		
Envolvimento do público e paciente	Todos os níveis de envolvimento e tipos de público.		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
1, 2 e 3 (conceituou)	NR	NR	NR
Resultados	<p>4 fatores influenciam como PPI é conceituado pela comunidade ATS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Características da tecnologia; 2) Contexto institucional; 3) Interesses dos atores; 4) Idéias da comunidade ATS em relação às tecnologias, ATS e PPI. <p>3 categorias do PPI na ATS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Domínios de envolvimento: decisão política (políticas e decisões de cobertura), organizacional (governança, recepção e priorização de solicitações de avaliação e comissionamento de pesquisa) e pesquisa (formulação de 		

	<p>questões de pesquisa, elaboração de um protocolo de ATS, identificar os desfechos de interesse, coletar e avaliar evidências, escrever e revisar os relatórios de ATS). Muitos afirmam que o público é envolvido muito tarde, quando a ATS já está finalizada. É fácil dizer que o público deve ser envolvido, mas a questão é quando e como. Literatura sugere que incluir a perspectiva do público torna os relatórios mais relevantes e os alinham aos valores, necessidades e preferências. Esses domínios não têm limites claros.</p> <p>2) Tipos de público: sociedade ou perspectiva leiga sobre as TS (processos genéricos de tomada de decisão política ou organizacional) e público diretamente afetado por uma dada condição ou TS (pesquisa). Nível de envolvimento deve ser proporcional a capacidade. Literatura sugere que algumas agências têm maior inclinação a envolver grupos organizados, pois tem maior conhecimento de causa do que cidadãos, usuários e pacientes. Mas existe o temor de que esses grupos tenham olhar enviesado, por muitos terem associação com a indústria.</p> <p>3) Níveis de envolvimento: receber ou buscar informações (educação em ATS, divulgar informações, por exemplo, através de relatórios em linguagem simples, disponibilizar informações para aqueles que as procuram em <i>websites</i> de agências ou em reuniões com o conselho público); fornecer dados (membros do público fornecem dados sobre seus valores, necessidades e preferências para informar as diferentes fases do processo de ATS); comentar (consulta ao público, certas agências convidam o público a preencher um formulário on-line, escrever em ou enviar e-mail seus comentários sobre questões específicas); apelar (apelo de uma decisão, se os fundamentos do recurso são válidos, a agência é obrigada a responder); colaborar (membros do público colaboram com a agência, por exemplo, através de um grupo de referência das partes interessadas que prestam orientação e aconselhamento); envolver-se (público ativamente envolvido no processo de ATS, compartilha poder de decisão e exerce influência direta, em comitês de assessoramento, júris de cidadãos e conferências de consenso para informar as políticas de cobertura e decisões, definir orientações estratégicas da agência, priorização, comissionamento e divulgação, na concepção e revisão de protocolos de pesquisa, na realização de avaliações e interpretação de resultados) e controlar (raro, maior nível de envolvimento, aonde os membros controlam certas fases ou todo o processo, só acontece se o público tem completo poder de decisão; alguns consideram que o conselho de cidadão do NICE exerce alto grau de controle, pois tem a autoridade para questionar especialistas e estudos. No entanto, uma avaliação independente contesta esta alegação, devido à dificuldade de traduzir as deliberações para o NICE e de criar expertise necessária aos membros deliberaram de forma significativa).</p> <p>Diferentes públicos podem ser envolvidos em diferentes domínios e pode ter um diferente grau de controle em cada um.</p>
Limitações do estudo	Restrição de documentos em inglês e francês; conceitos limitaram-se às perspectivas de informantes associados a instituições de ATS
Impactos do PPI	A ferramenta conceitual proposta pode ajudar a comunidade ATS a trazer suposições e expectativas sobre o envolvimento do público, a fim de desenvolver um entendimento comum do conceito e encontrar maneiras significativas para colocá-lo em prática. Deve-se considerar, no entanto, que o envolvimento do público nem sempre é garantido dentro de cada fase,

	mas também que diferentes públicos podem buscar diferentes níveis de envolvimento em momentos diferentes e por razões diferentes.		
7. Autor, ano, país de publicação	Oliver, 2009, UK		
Objetivos	Descrever a introdução e a influência da participação pública na definição da agenda para um programa nacional de pesquisa.		
Métodos	A fonte de dados foi uma pesquisa encomendada do <i>UK National Health Service Health Technology Assessment (HTA) program</i> , 1999-2004. O estudo consistiu em uma avaliação de métodos mistos empregando análise de documentos, entrevistas com informantes-chave e observações estruturadas com não-participantes.		
Envolvimento do público e paciente	<p>Tipo de público: Público e pacientes.</p> <p>Estudo analisa as primeiras 2 fases do ciclo do programa de ATS do NHS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de tópicos (site, consulta, revisões sistemáticas, escaneamento do horizonte); - Priorização de pesquisa (especialistas externos, painéis consultivo, grupo de priorização); - Comissionamento de pesquisa; - Condução de pesquisa (processo monitorado e publicado). 		
Nível de envolvimento	Nº usuários	Conceitos e definição	Medidas
NR	NR	NR	NR
Resultados	<p>Sugestão de tópicos: 28 tópicos de pesquisa foram sugeridos pelo público entre 1999-2004 (<1% de todas as sugestões recebidas) Difícil tradução de um problema diários das pessoas em uma questão de pesquisa; Sugestões do público são freqüentemente ignoradas, pois são muito vagas ou descrevem o problema de maneira inespecífica.</p> <p>Elaboração de <i>vignettes</i>: 54 das 323 <i>vignettes</i> entre 1999-2004 (17%) (algumas áreas amplas como câncer e pesquisa vascular, cada um com > 30 vinhetas não tiveram nenhuma participação do público) 10 <i>vignettes</i> preparadas com comentários do público atraíram um total de 125 observações de especialistas do público, 59 (47%) destas foram incorporadas as vinhetas (algumas renderam alterações importantes, incluíram perspectivas do paciente e cuidador, mudaram o foco da <i>vignette</i>, acrescentaram novos resultados, refutaram a necessidade da investigação planejada, forneceram dados de prevalência e adequaram a linguagem, tornando mais clara)</p> <p>Painéis consultivos: Cada painel consultivo incluiu aproximadamente 15 membros, incluindo dois membros do público. Quinze reuniões do painel foram realizadas entre 2003-2004. A maioria das reuniões teve presença de apenas um membro do público. Três reuniões tiveram dois membros do público presentes (20%) e uma reunião não teve nenhum.</p>		

	<p>Apenas 05 dos 15 encontros teve contribuições de membros públicos registradas, e em apenas 2 reuniões essas contribuições eram relacionadas a prioridades de pesquisa.</p> <p>Dificuldades:</p> <p>O escopo e o perfil do programa de ATS e das organizações apresentaram barreiras para o conhecimento mútuo e para as pessoas trabalharem juntas. O nome “ATS” não é bem entendido pelas pessoas e soa como “alta tecnologia”, às vezes o público não se sente capaz/disposto a colaborar</p> <p>Estrutura e procedimentos internos. Comunicação direta só nos encontros dos painéis consultivos (não havia tempo para esclarecer sugestões de pesquisas vagas).</p> <p>Desequilíbrio no número de membros do público em cada painel consultivo.</p> <p>Dificuldade na tradução dos problemas de saúde em questões de pesquisa estruturadas.</p>		
Limitações do estudo	NR		
Impactos do PPI	NR		
8. Autor, ano, país de publicação	Menon, 2008, Canadá		
Objetivos	Avaliar a viabilidade da utilização de um júri de cidadãos para obter valores do público sobre tecnologias de saúde e desenvolver critérios para a definição de prioridades para a ATS.		
Métodos	Dezesseis pessoas foram selecionadas aleatoriamente a partir de 1600 habitantes da Região de Saúde de Alberta, Canadá. Eles participaram de um júri de 2 ½ dias com apresentações de especialistas representantes de inovadores, doentes, formuladores de políticas de saúde e médicos, com exemplos reais de tecnologias que recentemente haviam sido considerados para a avaliação pelos órgãos de ATS local e nacional. A sessão foi gravada em áudio e transcrições foram avaliadas independentemente por dois pesquisadores usando técnicas de análise de conteúdo, a fim de garantir que nenhuns dos conceitos expressos pelos jurados se perdessem durante o grupo de desenvolvimento da lista final dos critérios de definição de prioridades. Os jurados avaliaram o processo através do preenchimento de questionário semi-estruturado no final da sessão. As respostas foram analisadas usando métodos qualitativos.		
Envolvimento do público e pacientes	<p>Tipo de público: Cidadãos (8 homens e 8 mulheres, entre 18-75 anos, vários níveis de educação e renda).</p> <p>Estudo analisa a primeira fase do processo de ATS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seleção das tecnologias a serem avaliadas 2) Avaliação 3) Comunicação e implementação dos achados 		
Nível de envolvimento	Nº usuários (envolvidos no estudo)	Conceitos e definição (qualquer discussão sobre conceitos e definições no estudo)	Medidas (qualquer discussão sobre medidas)
NR	16	NR	NR
Resultados (desfechos resultados do PPI no	O júri identificou 10 critérios, classificados em ordem de importância:		

estudo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potencial de beneficiar maior número de pessoas (condições altamente prevalentes dentro de uma população devem ser avaliadas sobre aqueles para os menos prevalentes) 2. Potencial para prolongar a vida com qualidade (demonstra a importância da qualidade de vida para os jurados) 3. Potencial para melhorar a qualidade de vida (demonstra a importância da qualidade de vida para os jurados) 4. Benefício clínico potencial sobre tratamento existente (necessidade de distinguir o melhora no desfecho QoL de outros) 5. Falta de alternativa (disponibilidade de tratamentos existentes deve ser considerada) 6. Potencial de detectar uma condição que, se tratada precocemente, evita os custos no futuro (destaca o conceito de investimento em saúde) 7. Potencial para aplicações adicionais (destaca o conceito de investimento em saúde) 8. Potencial para prolongar a vida (somente prolongar a vida aparece no fim da lista) 9. Integralidade dos dados sobre eventos adversos (tecnologias com perfis de segurança mais estabelecidos devem receber prioridade sobre aqueles com os menos estabelecidos) <p>Critério que não deveria ser utilizado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Custos (custo de uma tecnologia por paciente, por si só, fornece pouco de conhecimento sobre o que o impacto econômico da sua incorporação)
Limitações do estudo	NR
Impactos do PPI	NR

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde.

PPI “*Patient and Public Involvement*” – Participação ou envolvimento do público e pacientes.

NR – Não relatado.

QoL (*Quality of Life*) – Qualidade de vida.

UK – Reino Unido.

Nível de envolvimento (segundo Gauvin, 2010) – 1 = informação (disseminação e comunicação de informação para o público); 2 = consulta (consultar o público sobre seus valores, perspectivas, necessidades ou preferências para fornecer dados as diferentes fases do processo de ATS) e 3 = participação (colaboração de pacientes ou do público no processo de ATS, o seu envolvimento como parceiros no processo de ATS e, em um nível superior, o seu controle sobre o processo de ATS).

Vignettes – documentos resumidos que ajudam a informar sobre a questão da pesquisa e extensão do problema de saúde. Possuem cerca de 2/3 de uma folha A4, é um documento de trabalho em preparação. Após as reuniões do comitê consultivo, os pesquisadores preparam cinco vinhetas por reunião. Cada vinheta visa proporcionar ao comitê, informações suficientes para decidirem a prioridade relativa de pesquisa em uma determinada área (priorização). É derivada de uma pesquisa bibliográfica breve para identificar os principais artigos e discussões de especialistas de cada área.

ANEXO A - Estratégia de busca sistematizada

FONTES	TERMOS DE BUSCA	ENCONTRADOS	PRÉ SELECIONADOS	SELECIONADOS
BVS	"Avaliação de Tecnologias em Saúde" AND "público"	3	0	0
	"Avaliação de Tecnologias em Saúde" AND "paciente"	2	2	0
SCIELO	"Avaliação de Tecnologias em Saúde" AND "público"	1	1	0
	"Avaliação de Tecnologias em Saúde" AND "paciente"	1	1	0
Medline	("Technology Assessment, Biomedical"[Mesh] OR "Health Technology Assessment"[TIAB] OR "HTA"[TIAB]) AND ("Patient Participation"[Mesh] OR "Consumer Participation"[Mesh] OR "Consumer Organizations"[Mesh] OR "Citizen Involvement"[TIAB] OR "public participation"[TIAB] OR "public involvement"[TIAB] OR "patient involvement"[TIAB])	47	26	7
LILACS	"Health Technology Assessment" AND "Patient" "Health Technology Assessment" AND "participation" (termos em português não encontrou nada tbm)	0	0	0
Int. J. of Technology Assessment in Health Care (pela CAPES)	"Health Technology Assessment" AND "Patient" AND "participation"	10	4	1
	("Health Technology Assessment") AND ("Patient" OR "public") AND ("participation" OR "involvement")	19	7	
		83	41	8

ANEXO B - Pesquisa de opinião da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas

Pesquisa de Opinião

Audiência Pública sobre Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas

Nome (opcional):

Empresa ou instituição (opcional):

1- Em sua opinião, a audiência teve uma boa divulgação?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

2- Os objetivos da audiência ficaram claros?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

3- As Instruções para o Procedimento da Audiência Pública foram adequadas?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

4- A linguagem de apresentação foi adequada?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

5- Foram fornecidas informações e detalhes suficientes para o entendimento do estudo apresentado?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

6- Os resultados foram claramente apresentados?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

7- O público representado na audiência teve oportunidade de se manifestar?

() SIM

() NÃO

Justificativa:

8- Quais as sugestões para ações futuras?

ANEXO C - Formulário de apelos/sugestões de evidências adicionais da Audiência Pública sobre o Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas

FORMULÁRIO DE PERGUNTAS/CONTRIBUIÇÕES

Audiência Pública sobre Estudo de Tecnologias Terapêuticas para Feridas

Nome:

Empresa ou instituição:

Contato telefônico:

E-mail:

Declaração de potenciais conflitos de interesses:

1 - Nos últimos cinco anos você aceitou alguma das contribuições abaixo, de alguma instituição ou empresa que possa de alguma forma se beneficiar ou ser prejudicada pelo desfecho do processo relacionado ao tema?

- | | |
|--|-----------------|
| a) Reembolso por comparecimento a simpósio? | Sim () Não () |
| b) Honorários por apresentação, conferência ou palestra? | Sim () Não () |
| c) Honorários para organizar atividade de ensino? | Sim () Não () |
| d) Financiamento para realização de pesquisa? | Sim () Não () |
| e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe? | Sim () Não () |
| f) Honorários para consultoria? | Sim () Não () |

2 - Durante os últimos cinco anos você prestou serviços a alguma instituição ou empresa que possa de alguma forma se beneficiar ou ser prejudicada pelo desfecho do processo relacionado ao tema?

Sim () Não ()

3 - Você possui um relacionamento íntimo ou uma forte antipatia por uma pessoa cujos interesses possam ser afetados pelo desfecho do processo relacionado ao tema?

Sim () Não ()

4 - Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelo desfecho do processo relacionado ao tema?

Sim () Não ()

5 - Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer sua opinião no que diz respeito ao tema?

Sim () Não ()

6 - Você participa de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possa influenciar sua opinião no que diz respeito ao tema?

Sim () Não ()

7 - Outra fonte que possa interferir no seu julgamento? _____

Pergunta/sugestões de evidências adicionais:

Justificativa:

Assinatura

ANEXO D - Exemplo de formulário para consulta pública da CONITEC



Consulta Pública da CONITEC/SCTIE Nº 05/2013 - Xpert MTB/RIF

Formulário | Imprimir Formulário

Consulta Pública da CONITEC/SCTIE Nº05/2013

Recomendação sobre proposta de incorporação no SUS do teste Xpert MTB/RIF para o diagnóstico da tuberculose ativa e para indicação de resistência à rifampicina.

→ Ao finalizar o preenchimento do formulário, clique no botão "Gravar". É possível fazer apenas três contribuições por formulário. Caso deseje fazer mais contribuições, inicie um novo formulário.

* Preenchimento Obrigatório

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Identificação do participante

- 1) Nome: *
- 2) Endereço completo: *
- 3) Estado: *
- 5) Atividade Profissional:
- 6) E-mail para contato: *
- 7) Telefone:
- 8) Instituição:
- 9) Tipo de instituição: *
- 11) Como você tomou conhecimento sobre esta Consulta Pública? *
- Diário Oficial da União
 - Site do Ministério da Saúde
 - Redes Sociais
 - Associação, entidade de classe
 - Amigos, colegas ou profissionais de trabalho
 - Outro meio

1ª Contribuição

- 13) Descrição da contribuição: *
- 14) Upload de documentos/referências bibliográficas que fundamentam a contribuição:
Devem ser anexados os textos completos e não apenas a indicação das referências. Formato .doc ou .pdf. Para fazer upload de mais de um documento, compactar em um único arquivo .zip ou .rar.
- 15) Deseja fazer outra contribuição? *



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1