

## **Experiência da rede paulista de ATS na parceria com a CONITEC**

São Paulo state HTA network experience with CONITEC

Experiencia de la red paulista de ATS en parceria con la CONITEC

**Evelinda Trindade<sup>1</sup>, Patrícia Nieri Martins<sup>2</sup>,  
Andrea Gomes O. Neias Zamberlan<sup>3</sup>, Paula  
Araujo Opromolla<sup>4</sup>, Tereza Setsuko Toma<sup>5</sup>,  
Sérgio Swan Muller<sup>6</sup>; Décio Mion<sup>7</sup>, José Manuel  
Camargo<sup>8</sup>, Roberto Kalil<sup>9</sup>, Antonio José  
Pereira<sup>10</sup>, Eloisa Dutra Bonfá<sup>11</sup>, David Everson  
Uip<sup>12</sup>, Clarice Petramale<sup>13</sup>, EQUIPE DGITS  
/CONITEC/MS<sup>14</sup>.**

### **Resumo**

<sup>1</sup> Médica, Núcleo de Avaliação de Tecnologias da Saúde (NATS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), NATS do Instituto do Coração (InCor)/Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), NATS do HC-FMUSP, [evelinda.trindade@incor.usp.br](mailto:evelinda.trindade@incor.usp.br).

<sup>2</sup> Dentista, Mestre em Economia da Saúde, NATS/SES-SP, Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde – Instituto de Saúde (NAPTS-IS) da SES-SP, [pnieri@isaude.sp.gov.br](mailto:pnieri@isaude.sp.gov.br).

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Doenças Tropicais, vice – coordenadora do NATS, SES-SP, NATS/Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FMB-UNESP), [agzamberlan@saude.sp.gov.br](mailto:agzamberlan@saude.sp.gov.br).

<sup>4</sup> Graduada em Ciências Biológicas, Doutora em Saúde Pública, NATS/SES-SP e Acessoria da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia, Insumos Estratégicos e Inovação em Saúde (CCTIES) da SES-SP, [opromolla@saude.sp.gov.br](mailto:opromolla@saude.sp.gov.br).

<sup>5</sup> Médica, pesquisadora científica do Instituto de Saúde (IS) da SES-SP, Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP (CTS/SUS-SP), [toma@isaude.sp.gov.br](mailto:toma@isaude.sp.gov.br).

<sup>6</sup> Médico, Doutor em Bases Gerais da Cirurgia, Professor assistente doutor da UNESP, CCTIES/SES-SP, [smulle@saude.sp.gov.br](mailto:smulle@saude.sp.gov.br).

<sup>7</sup> Médico, Doutor pela USP, Médico e professor da Escola de Educação Permanente (EEP)/HC-FMUSP, [deciomion@cardiol.br](mailto:deciomion@cardiol.br).

<sup>8</sup> Médico, Doutor em medicina, Professor da Fundação Getúlio Vargas, Secretário adjunto da SES-SP, Médico do Instituto de Cardiologia, InCor-HC-FMUSP, [jose.manoel@hc.fm.usp.br](mailto:jose.manoel@hc.fm.usp.br).

<sup>9</sup> Médico, Doutor em Cardiologia, Professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto de Cardiologia, InCor-HC-FMUSP, [kalil@uol.com.br](mailto:kalil@uol.com.br).

<sup>10</sup> Engenheiro, Superintendente do HC/FMUSP, [antonio.pereira@hc.fm.usp.br](mailto:antonio.pereira@hc.fm.usp.br).

<sup>11</sup> Médica, Doutora em Medicina, Diretora clínica da HC-FMUSP, [eloisa.bonfa@hc.fm.usp.br](mailto:eloisa.bonfa@hc.fm.usp.br).

<sup>12</sup> Médico, Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Secretário da SES-SP, [chefiadegabinete@saude.sp.gov.br](mailto:chefiadegabinete@saude.sp.gov.br)

<sup>13</sup> Médica, Especialista em Infectologia e Saúde Pública, Diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS)/CONITEC, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Ministério da Saúde (MS), [clarice.petramale@saude.gov.br](mailto:clarice.petramale@saude.gov.br)

<sup>14</sup> Equipe DGITS/CONITEC/MS

A constituição de redes de pesquisa para realização de estudos estratégicos, a exemplo de redes internacionais, permite aos atores assistenciais potencializar a produção de conhecimentos ou testes de conhecimentos sugeridos ou requeridos para o planejamento do sistema de saúde. A constituição inicial da Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REPATS - consiste em formalizar Grupos de Trabalho Temáticos visando incrementar qualidade assistencial e a produção de evidências, além dos benefícios em práticas assistenciais com base em evidências, melhor segurança do paciente, pode reduzir variação e custos injustificados. A eficiência na prestação dos serviços e otimização do uso dos escassos recursos do setor saúde pode aumentar o acesso e resolutividade ao sistema. Mediante demandas da CONITEC e necessidade de regularização das práticas assistenciais do SUS no Estado de São Paulo, os Comitês específicos de Farmacologia e Qualificação de Materiais dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS - da REPATS vêm produzindo conhecimentos estruturados de acordo com as Diretrizes do Ministério da

Saúde, publicações científicas e algumas pós-graduações. A parceria com a CONITEC impulsionou o desenvolvimento da REPATS, criando fluxo e estímulo para a superação da cultura oral, auxiliando inclusive financeiramente alguns dos NATS.

**Descritores:** CONITEC, Rede Paulista de ATS, Avaliação de Tecnologias de Saúde, Avaliação de Tecnologias em Saúde, Redes, Disseminação de Informação.

### **Abstract**

The creation of research networks for conducting strategic studies, such international networks, allows clinical actors to enhance the production or tests of knowledge suggested or required for the planning of the healthcare system. The main objective of the Paulista Health Technology Assessment Network - REPATS - establishment is to formalize Thematic Working Groups aiming to increase quality of care and to produce related evidence. Moreover, there are benefits in clinical practices evidence based, increments in patient safety, and it can, also, help to reduce unjustified variation and costs. The efficiency in healthcare delivery and optimization of the use of scarce resources in the health sector may permit to increase system access, achievements and sustainability. Driven by CONITEC

demands and the need for clinical practices regularization in the state of São Paulo, the specific Committees of Pharmacology and Materials Qualification of the Hospital Health Technology Assessment Centres - NATS - of the REPATS have been producing structured knowledge in accordance with the Ministry of Health Guidelines, scientific publications and, even, some members achieved post graduate titles. The partnership with CONITEC boosted the development of REPATS, creating flow and encouragement to overcome the oral culture, including financial support for some NATS.

**Key-words:** CONITEC, Paulista HTA Network, Health Technology Assessment, Networks, Information Dissemination.

### **Resumen**

La creación de redes de investigación para realización de estudios estratégicos, a ejemplo de redes internacionales, permite a los actores de asistencia mejorar la producción de conocimiento o probar conocimientos sugeridos o necesarios para planeamiento del sistema de salud. La Red Paulista de Evaluación de Tecnologías para la Salud - REPATS - se destina a formalizar Grupos de Trabajo Temáticos con el objetivo de aumentar la calidad de la atención y producción de evidencias, además de beneficios de prácticas con base en evidencias, mejor seguridad del paciente,

puede reducir variación y costes injustificados. La eficiencia en la prestación de servicios y la optimización del uso de los escasos recursos del sector salud pueden aumentar acceso y logros del sistema. Por solicitudes de CONITEC y necesidad de regularización de prácticas en São Paulo, los comités específicos de Farmacología y Calificación de Materiales de los Centros de Evaluación de Tecnologías de Salud - NATS - la REPATS viene produciendo conocimiento estructurado en conformidad con las Directrices del Ministerio de Salud, publicaciones científicas y algunos cursos de postgrado. La asociación con CONITEC impulsó el desarrollo de REPATS, creando flujo y aliento para superar la cultura oral, incluyendo asistencia financiera a algunos NATS.

**Descritores:** CONITEC, Red Paulista de ETS, Evaluación de Tecnologías de la Salud, Reds, Difusión de Información

### **Introdução**

A constituição de redes de pesquisa para a realização de estudos estratégicos foi uma das recomendações da proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, PNGTS<sup>1</sup>. Isto se baseou em experiências de sucesso internacionais e nacionais relevantes para o desenvolvimento da Avaliação de Tecnologias de Saúde, ATS. As grandes

redes internacionais, *International Network of Agencies for Health Technology Assessment International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*<sup>2</sup> e o *Health Technology Assessment international (HTAi)*<sup>3</sup>, entretanto, contam com as redes dos países. Estas por sua vez, necessitam de atores que estejam no campo assistencial para produzir conhecimentos ou testar conhecimentos sugeridos ou requeridos para o planejamento do sistema de saúde. O agrupamento de profissionais da saúde de acordo com determinados interesses clínicos tem alavancado inovações e mudanças consideráveis para o setor saúde. Por isto, as "redes locais" podem ser um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde, SUS.

O princípio de base da constituição inicial da Rede Paulista de ATS consiste em formalizar o mandato das redes clínicas em Grupos de Trabalho Temáticos. A aplicação deste princípio visa melhorar todas as seis dimensões da qualidade. Estas dimensões incluem validação da segurança, comprovação da efetividade clínica, por vezes até participar em estudos de eficácia, verificar a eficiência, acessibilidade, adequação e aceitabilidade em populações bem delineadas de pacientes. Isto também permite estudar questões relacionadas à equidade e as

variações geográficas relativas ao acesso da população aos serviços em todas as linhas da assistência. As linhas da assistência que podem ser estudadas incluem desde cuidados de prevenção, reabilitação, atenção básica, média ou alta complexidade até cuidados paliativos. Além disto, em função de aspectos resultantes, é possível estabelecer programas de melhoria transversais entre grupos clínicos locais do estado de São Paulo onde sistemas fundamentais de estruturação de políticas públicas ou avaliação sejam necessários. Da mesma forma, pode-se integrar a pesquisa estratégica e programas de educação para identificar, desenvolver e apoiar o sistema contínuo de melhoria da qualidade e sustentabilidade no SUS.

Os resultados esperados incluem a produção de evidências sobre a base assistencial. O delineamento destes resultados esperados pode incluir a prevenção de doenças ou agravos, incrementar a segurança do paciente por meio da adequação dos cuidados assistenciais e conformidade às práticas clínicas baseadas em evidências. Assim, estes estudos podem permitir reduzir a variação injustificada e, de forma proativa, diminuir os encargos específicos (e custos) devidos aos agravos por eficiência na prestação dos serviços e otimização do uso

dos escassos recursos do setor saúde para aumentar a acessibilidade e resolutividade do SUS.

No Brasil, por estes motivos, a PNGTS ensejou a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias, REBRATS, reunindo, em um primeiro momento, os 24 centros pioneiros de ATS, onde se formalizaram Núcleos de ATS, NATSs. A produção de conhecimentos de ATS, entretanto, mundialmente, visa influenciar mudanças e subsidiar decisões. As decisões centrais de gestão e inovação para o SUS ocorrem em nível federal. Isto motivou, então, a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC, onde, mediante prazos e documentação transparentes, se acumulam as vantagens de se trabalhar em rede de ATS para o SUS.

### **Objetivo e Método**

Este artigo descreve a evolução, as atividades e atores envolvidos de acordo com etapas ou agrupamento conceitual ao longo do desenvolvimento da parceria entre o Ministério da Saúde, a CONITEC e os centros de ATS do estado de São Paulo, bem como estão descritos exemplos significativos de produção de conhecimentos de ATS para o Brasil.

## Resultados

No estado de São Paulo, os centros de ATS se associaram com a Secretaria de Saúde estadual. Nesta associação, mediante reuniões de consenso, alguns temas foram priorizados, resultando em Grupos de Trabalho Temáticos que conformam a Rede Paulista de ATS.

Os Grupos de Trabalho Temáticos específicos dos NATS da Rede Paulista de ATS como os Comitês de Farmacologia, por exemplo, Oncologia, Diabetes, Transplantes, Osteoporose, Neurologia, Controle de Infecção Hospitalar, Câmara de Evidências Científicas ou ainda Pré-Qualificação de Materiais, vêm produzindo conhecimentos estruturados de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde.

Após breve resumo da história da ATS no estado de São Paulo, estão descritos alguns destes conhecimentos estruturados, que ensejaram publicações científicas e mesmo titulação acadêmica de pós-graduação. Dentre estes, citamos dois exemplos estruturantes de subsídios para a CONITEC que vem ensejando discussões transversais para o estado de São Paulo e para o Brasil.

### **História da Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias para a Saúde**

A constituição de redes de pesquisa para realização de estudos estratégicos foi

uma das recomendações da proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde<sup>1</sup>. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o edital dirigido aos hospitais parametrizando a adesão para a estruturação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, a REBRATS. A REBRATS conseguiu reunir, assim, 24 hospitais de ensino<sup>4</sup>.

Após participação neste edital, quatro hospitais do estado de São Paulo se tornaram membros da REBRATS. Nesta ocasião, o Núcleo de Avaliação de Tecnologias da Saúde do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NATS InCor/HC-FMUSP, em atividade desde 2003) se integrou ao desenvolvimento do Núcleo de Avaliação de Tecnologias de Saúde ligado à Diretoria Clínica e Superintendência do Hospital das Clínicas da FMUSP (NATS/HC-FMUSP). Os outros três membros paulistas credenciados pela REBRATS foram o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP e o Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Com a tradição de quase uma década de trabalho na Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, estruturas internas já existentes de avaliação e produção de conhecimento, e o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para formação em gestão de tecnologias em saúde voltada para os profissionais do SUS, iniciou-se a produção de relatórios de ATS.

Em 2010, em uma reunião no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto delineou-se a primeira semente de trabalho conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, SES-SP.

Em sequência, os NATS do estado de São Paulo foram convidados pela Coordenadoria de Ciência, Tecnologia, Insumos Estratégicos e Inovação em Saúde, CCTIES/SES-SP para auxiliar no desenvolvimento de Diretrizes para o Plano Estratégico 2012-2015. Neste momento, com a adoção da Diretriz *«Aperfeiçoar os mecanismos de desenvolvimento de pessoal para a qualificação dos profissionais do SUS»*, formalizou-se a vontade política para implementar estratégias de aprimoramento contínuo das competências inter- e

multidisciplinares para executar, avaliar, acompanhar e aprender sobre as oportunidades de melhorias em ações no âmbito do sistema de saúde. A CCTIES/SES-SP também formalizou neste documento seus objetivos de desenvolvimento de ações de incentivo, ordenação e regulação na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde. O Plano Estratégico 2012-2015 orientou a adoção de avaliação de tecnologias em saúde para linhas de pesquisa translacional e incorporação tecnológica. Neste Plano, os objetivos da ATS foram melhor atender as necessidades de saúde da população, bem como aos ditames técnico-científicos do corpo profissional da área de saúde. Assim, a Secretaria da Saúde estruturou a Assistência Farmacêutica na CCTIES/SES-SP, bem como instrumentalizou o projeto para incrementar o número de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde no Estado de São Paulo.

Em 28 de abril de 2011, a lei nº 12.401 definiu que o Ministério da Saúde seria assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC. Pela lei nº 12.401, a CONITEC passou a assessorar o Ministério da Saúde para fins de incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição

ou alteração de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas. Ao dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, esta Lei definiu critérios e prazos para a incorporação de tecnologias no sistema público de saúde.

O ritmo de desenvolvimento e a pressão de prazos legais sobre a CONITEC estimulou a busca de instituições de apoio desenvolvendo-se a Rede de «Parceiros da CONITEC» com os NATS e vários Hospitais Sentinela.

Quando houve a eleição do membro para representar o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – como um dos treze membros do Plenário da CONITEC, o escolhido foi o Coordenador da CCTIES do Estado de São Paulo.

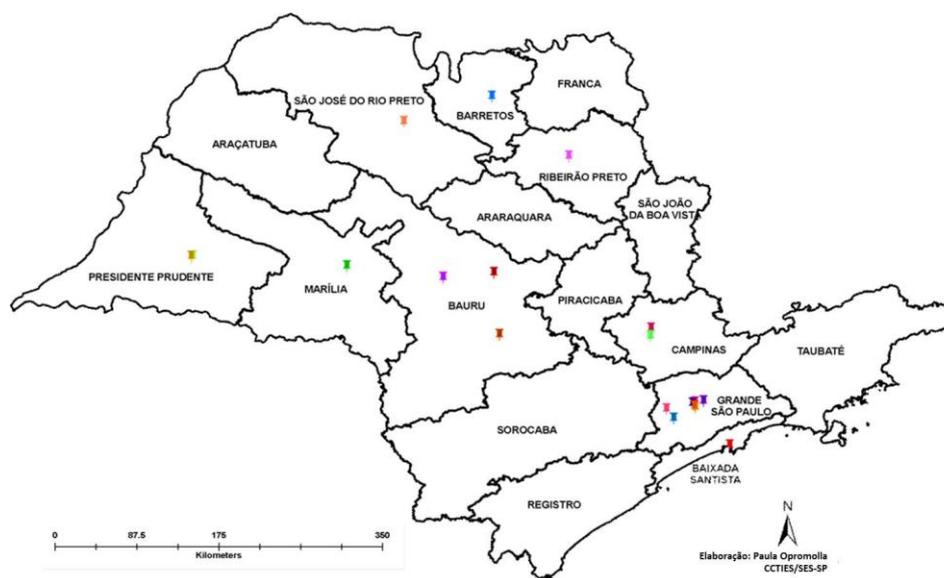
Desta forma, em São Paulo, houve maior estímulo devido às demandas mensais de avaliação de novas tecnologias para sua discussão nas Reuniões Mensais da CONITEC. Isto trouxe mais um impulso para o projeto de criar mais Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde no Estado de São Paulo, pois estas demandas se somaram aos subsídios de ATS já solicitados pelos gestores locais, e

aqueles requeridos em reação às múltiplas novas tecnologias utilizadas que não constam na Tabela do SUS, bem como as demandas judiciais para fornecimento de novas tecnologias no sistema público de saúde paulista.

### **Capilarização da cultura de ATS**

Em resposta ao primeiro convite da SES-SP, os hospitais universitários do estado de São Paulo e os hospitais estaduais próprios designaram representantes com o apoio da Alta Direção dos Hospitais para integrar a Rede Paulista de ATS. Seguiram-se adesões de mais hospitais e instituições interessados em incorporar novas tecnologias, em treinar equipes e em se empoderar com os métodos de ATS, bem como na busca de oportunidades para compartilhar soluções, conhecimentos ou promover inovações. Atualmente, isto resulta em 30 hospitais e instituições ligados ao ensino e assistência à saúde nas mais variadas disciplinas médicas e multiprofissionais até maio de 2015.

A distribuição geográfica dos NATSs da Rede Paulista de ATS está apresentada na Figura 1. A lista com os nomes dos hospitais que participam da Rede Paulista de ATS está apresentada no Apêndice



**Figura 1. Pontos coloridos indicando a localização geográfica dos NATS\* da Rede Paulista de ATS**

\*Ver Apêndice

### Reuniões Mensais da Rede

A busca de oportunidades para compartilhar soluções, conhecimentos ou regularizar inovações já adotadas foram fortemente promovidas nas Reuniões Mensais da Rede Paulista de ATS, onde os lemas «*a união faz a força!*» e «*o que não está escrito não existe!*» se tornaram o vocabulário motivador. O método adotado para o desenvolvimento destas reuniões consiste em profissionais, pesquisadores ou equipes, apresentarem uma idéia de projeto ou protocolo de avaliação a realizar ou realizados, denominadas «*provoações*», visando encontrar parceiro(s) interessado(s) em auxiliar no

desenvolvimento do projeto ou multiplicação deste em outro(s) centro(s). O lema «*a união faz a força!*» passou a dominar estas relações frente à priorização dos projetos multicêntricos tanto para fins de desenvolvimento de Pareceres Técnico-Científicos – PTC(s), visando solicitar incorporação pela CONITEC, quanto em editais de fomento às pesquisas de ATS aplicadas à assistência à saúde.

Um novo estímulo está se desenvolvendo para estas reuniões com as transmissões ao vivo e gravadas pela Unidade de Telemedicina do InCor/HC-FMUSP, via parceria da Rede RUTE de Telemedicina. Os vídeos estão sendo

disponibilizados na Biblioteca Virtual da Secretaria de Saúde<sup>5</sup> do estado de São Paulo e alguns na Internet/YouTube da REBRATS<sup>6</sup>, visando facilitar o acesso e incrementar a participação de um maior número de profissionais e serviços às «*provocações*», exemplos de conhecimentos gerados e à disseminação da cultura de ATS.

### **Atividades de treinamento**

No início de 2012 a CONITEC proporcionou uma Oficina de treinamento sobre métodos para a elaboração de Pareceres Técnico-Científicos, conforme as Diretrizes que o Ministério da Saúde já havia consensuado com a REBRATS<sup>7</sup> e as novas especificações e fluxo elencado pela Lei nº 12.401. Desde este treinamento, com este formato e material juntamente com os livros impressos das Diretrizes fornecidos pela REBRATS, iniciou-se para a Rede Paulista de ATS, em São Paulo, uma rotina de Oficinas mensais.

A parceria com a CONITEC também permitiu, em 2013, outro treinamento de acordo com a Diretriz do Ministério da Saúde para Avaliação Econômica. Esta Oficina foi replicada em três módulos neste mesmo ano para a Rede Paulista de ATS, em São Paulo.

Em São Paulo, o Laboratório de Informática da Escola de Educação

Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – EEP-HC/FMUSP, tem sido utilizado na terceira semana de cada mês desde o início de 2012 como local destes treinamentos, com o formato teórico e prático e duração de 20 horas para as Oficinas da Rede Paulista de ATS.

Em momentos diversos estas Oficinas foram descentralizadas para atender demandas de hospitais ou instituições do estado de São Paulo. Em geral, o formato teórico e prático continua o mesmo e a duração até maio de 2015 foi entre 16 a 20 horas.

Em algumas ocasiões destes treinamentos para elaboração de Avaliações Econômicas, a Rede Paulista de ATS beneficiou-se de professores externos. Dentre estes, destacam-se inclusive um colega da Universidade de Brasília, que também trabalha junto à CONITEC, e outro da Universidade de Toronto, que também trabalha junto à Agência de ATS do Canadá (CADTH). A maioria dos treinamentos para elaboração de Pareceres Técnico-Científicos são, entretanto, ministradas pelos professores do NATS da CCTIES/SES-SP, do Hospital das Clínicas da FMUSP (NATS/HCFMUSP), da Biblioteca Central da Faculdade de Medicina da USP e Núcleo de

Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde (NAPATS-IS/CCTIES-SES-SP). Ultimamente, o treinamento para elaboração de Revisões Sistemáticas e Metanálises contou com a colaboração de colegas que são professores da Unidade de ATS do Hospital Alemão Osvaldo Cruz (UATS-HAOC) e da Biblioteca do Hospital do Coração (H-Cor) em São Paulo.

As equipes da CONITEC, DGITS/SCTIE-MS, DECIT/SCTIE-MS e da REBRATS tem participado em várias destas atividades de formação em métodos e disseminação da cultura de ATS, tanto como palestrantes quanto alguns jovens novos membros da CONITEC têm sido treinados. Cada vez a participação destes profissionais e os seus questionamentos, motivaram os participantes para trabalhar mais e melhor.

### **Produção de conhecimento e Exemplos de Trabalho conjunto com a CONITEC**

A Rede Paulista de ATS já conta com vários grupos produzindo conhecimentos sobre novas e existentes tecnologias para a saúde. Os métodos utilizados para esta produção científica variam desde revisões sistemáticas com ou sem metanálises, estudos clínicos observacionais ou pragmáticos e estudos randomizados controlados, bem como

micro-custeio para avaliações econômicas e avaliações de impacto orçamentário. Ocorreram também, até mesmo, elaboração de Pareceres Técnico-Científicos completos ou levantamentos assistenciais complexos visando subsidiar a tomada de decisão, seja para submeter à CONITEC visando a possível incorporação, alteração ou desinvestimento em tecnologias para o SUS, ou ainda para formar bases para as políticas de saúde estaduais. A maioria destas estratégias de produção de conhecimentos está sendo realizada com fomento Federal, Estadual ou ambos, mediante participação nos programas de “Pesquisa para o SUS” ou “Políticas de Saúde” via a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), ou ainda por Cartas de Acordo com a CONITEC via Termo de Referência do DGITS/MS com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-PAHO/OMS-WHO).

A seguir estão descritos dois exemplos de PTCs, um de um exame diagnóstico e outro sobre medicamentos. Ambos são exemplos de Pareceres Técnico-Científicos completos e significativos de produção de conhecimentos solicitados pela CONITEC, que se desdobraram em títulos de pós-graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bem como

obtiveram a aprovação para incorporação pelo Plenário da CONITEC e da sociedade mediante Consulta Pública, e modificaram portanto, a Tabela do SUS resultando em benefícios para a assistência à saúde do Brasil.

O 1º. exemplo é o da tecnologia de diagnóstico, Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET), que pode proporcionar benefícios para a resolutividade em saúde e economias para o programa de assistência aos pacientes com câncer, apresentada na análise para a indicação de estadiamento de pacientes com linfomas. O 2º. exemplo, sobre ATS para medicamentos, descreve a avaliação do “Uso de Imunossuppressores (everolimo, sirolimo e tacrolimo) em Transplantes Cardíacos e Hepáticos”, para mostrar a relevância de acompanhamentos longitudinais e da aplicação de micro-custeio no cotidiano assistencial para o planejamento do sistema de saúde.

O 1º. Exemplo: é o da tecnologia de diagnóstico, TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET), que pode proporcionar benefícios para a resolutividade em saúde e economias para o programa de assistência aos pacientes com câncer, onde apresentamos uma análise para a indicação de ESTADIAMENTO DE PACIENTES COM LINFOMAS.

Os exames diagnósticos aprovados no Brasil para estadiamento de pacientes com linfoma eram os métodos convencionais de tomografia computadorizada, exames de sangue, biópsia de medula óssea e cintilografias. O trabalho foi realizado baseado na Pergunta da CONITEC - “A utilização de PET em pacientes com linfoma é mais custo-efetiva em relação às alternativas disponíveis no SUS? E, qual a estimativa de impacto orçamentário?”

Então, uma ampla busca e análise de evidências científicas foi realizada nas bases The Cochrane Library (via Bireme), Medline (via Pubmed), CRD (*Centre for Reviews and Dissemination*), Tripdatabase, Scielo (via Bireme) e Lilacs (via Bireme) e no Sistema de Informação da *Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde* (SISREBRATS). Para a avaliação da qualidade da evidência utilizaram-se os modelos para avaliação da qualidade de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados propostos pela Colaboração Cochrane (Jadad e colaboradores). A distribuição das necessidades de uso de recursos diagnósticos e terapêuticos para os pacientes observados foi documentada prospectivamente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os métodos para avaliação econômica foram: (1) comparação entre custos e ressarcimentos segundo a Tabela do SUS do uso de recursos observados em estudos clínicos realizados em um hospital universitário do Brasil. (2) As probabilidades de desfechos observadas nos estudos clínicos brasileiros foram utilizadas para construir um modelo comparando as alternativas diagnósticas convencional e com PET/CT, onde custos observados e ressarcimentos segundo a Tabela do SUS foram aplicados visando estimar a relação de custo-efetividade e impacto orçamentário. A análise de sensibilidade foi realizada variando os custos, ressarcimentos e a qualidade de vida.

O resumo dos resultados dos sete estudos clínicos selecionados na pesquisa em forma de artigos completos, abordavam avaliação de custo-efetividade da PET em pacientes com linfoma. Somente seis ensaios clínicos, entretanto, atenderam aos critérios de inclusão para a revisão. Não havia nenhum estudo randomizado controlado sobre PET em nenhum cenário clínico. Desta forma, concluiu-se que uma revisão narrativa da literatura seria a única maneira de apresentar uma visão geral sobre o assunto. Todos os estudos demonstraram relação de custo-efetividade aceitável para a utilização de da PET com

Fluoro-Deoxi-Glicose – FDG-PET, em pacientes com linfoma. Embora o número de estudos disponíveis era limitado, havia uma demonstração consistente do custo-efetividade da FDG-PET em pacientes com linfoma. As considerações econômicas mostraram que os estudos clínicos brasileiros observaram 198 pacientes com linfoma, durante  $15 \pm 5$  meses e  $26,5 \pm 12$  meses, respectivamente, com custo total incluindo estadiamento e tratamentos de R\$ 12.389.231,01 mediante a estratégia diagnóstica convencional ou R\$ 12.283.997,01 com PET/CT. Isto resultou no custo médio de R\$ 62.571,87 convencionalmente e R\$ 62.040,39 com PET/CT. A PET diagnosticou corretamente 27% mais casos e levou a uma economia institucional de -0,85%. O ressarcimento pelo SUS do programa para os 198 pacientes foi de R\$ 5.373.399,92, equivalendo à média de R\$ 27.138,38 para estadiamento e tratamentos. Usando o custo operacional observado para a PET/CT, R\$ 2.037,00, como possível montante de ressarcimento, o valor total resultaria em uma margem de 6% de aumento dos ressarcimentos do somando o total de R\$ 5.702.684,60. Assumindo-se a mesma distribuição de morbidade, uso de recursos e custos dos casos observados nos estudos clínicos brasileiros, o programa de estadiamento dos 12.510 novos casos

previstos, 9.640 de Linfoma Não Hodgkin – LNH e 2.870 de Linfoma Hodgkin – LH, custaria R\$ 374.349.553,66 convencionalmente para diagnosticar e tratar corretamente 8.444 casos. Já com o auxílio da PET/CT, isto resultaria em valores 4,3% mais econômicos para diagnosticar e tratar corretamente 10.737 pacientes, onde custaria R\$ 358.385.280,08. Desta forma, foram construídos e rodados modelos com o auxílio do software TreeAge™, o que resultou em vantagens econômicas de R\$ 8.405,00 e R\$ 10.160,00, respectivamente, (da) com acurácia adicional de 8,7% e 9,8% da PET/CT na prevenção de internações e biópsias, reclassificando corretamente 21% mais pacientes com LH e 45% mais pacientes com LNH após a 1ª linha de tratamento. A influência das variáveis de tratamento dominou as análises de custos e ressarcimentos, representando de 87% a 95% dos totais. A comparação em relação à estratégia convencional de diagnósticos nos ressarcimentos igualmente favorece a estratégia com a PET/CT, com 9,35% de superioridade em relação à acurácia e economias incrementais de R\$ 2.013,82, apresentando relação média de custo-efetividade de R\$ 31.552,24 com a PET/CT *versus* R\$ 33.435,54 sem a utilização da PET/CT. Aplicando-se a

variação do ressarcimento dos tratamentos e estadiamentos  $\pm$  desvio padrão e premissas de valores extremos, resultou em um aumento de valor médio esperado de ressarcimento total de R\$ 41.227,73 para R\$ 44.382,96/ paciente. Esta última estimativa permaneceu robusta mesmo com a variação extrema da probabilidade de qualidade de vida dos doentes. Assim, a relação de custo-efetividade máxima da CT foi de R\$ 42.102,29 com 79% de reconhecimento correto dos estadios, em comparação com 89% de efetividade da PET/CT, e sua relação máxima de custo-efetividade foi de R\$ 39.571,29.

Esse estudo foi apresentado e discutido no Plenário da CONITEC e as evidências demonstram benefícios tanto no estadiamento inicial quanto ao término do tratamento. Os resultados da PET demonstraram 8,7% e 9,8% maior acurácia no estadiamento e na avaliação de resposta do que métodos convencionais de imagem, e, assim, melhoravam a condução de 10,25% a 40% dos casos. Além disto, em comparação com a estratégia convencional de diagnósticos, os custos e ressarcimentos da estratégia com a PET/CT apresentaram vantagens econômicas que igualmente a favoreciam tanto no estadiamento inicial e também ao término do tratamento. Por isto, havia a recomendação de incorporar a PET/CT, embora houvesse a ressalva de

que mais estudos com avaliação de custo-efetividade seriam necessários.

Seguiu-se a Consulta Pública nº 40 publicada no Diário Oficial da União de 08 de novembro de 2013 – PET-CT visando angariar as contribuições da sociedade, e a CONITEC publicou a sua consolidação com a decisão de incorporar a PET<sup>8</sup>.

Este trabalho foi qualificado e defendido perante o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e lhe foi reconhecido o mérito científico ao outorgar a um dos membros do NATS-HCFMUSP, Dr. Juliano Cerci, o título de Pós-Doutorado. Sua publicação no periódico *Journal of Clinical Oncology*<sup>9</sup> ensejou uma colaboração internacional com oncologistas da Itália e outra publicação internacional conjunta<sup>10</sup>, demonstrando a consistência dos resultados clínicos e econômicos entre as jurisdições. Desta última, aprendeu-se mais uma lição para o Brasil, pois na Itália a maior proporção de casos menos avançados permite um maior impacto sobre a resolutividade e na taxa de cura no programa assistencial às pessoas com linfomas.

O 2º. Exemplo: sobre ATS para medicamentos, descreve a avaliação do “Uso de IMUNOSSUPRESSORES (everolimo, sirolimo e tacrolimo) em TRANSPLANTES

CARDÍACOS E HEPÁTICOS”, mostra a relevância de acompanhamentos longitudinais e da aplicação de micro-custeio no cotidiano assistencial para o planejamento do sistema de saúde.

O uso destes e outros imunossupressores já se encontrava regularizado na Tabela do SUS para pacientes internados. Aprovado desde 08 de abril de 1994 pela FDA, o tacrolimo foi e continua sendo estudado em crianças e adultos na coorte da Universidade de Pittsburg (13 publicações). Doze centros de sete países europeus (Áustria, França, Alemanha, Itália, Espanha, Suécia e Reino Unido) participaram dos estudos de fase II e III em adultos. Estes estudos apoiaram sua aprovação pela European Medicines Agency em 23/04/2007, onde continua a ser utilizado, de acordo com as publicações *do Registry da International Society for Heart & Lung Transplantation (Transplant Registry Quarterly Data Reports Webpage)*. Havia, entretanto, no Brasil, uma dívida que os hospitais contraíam no período de manutenção da imunossupressão em nível ambulatorial. Da mesma forma, isto ocorria no caso dos imunossupressores em transplantes hepáticos para os pacientes com insuficiência renal grave e refratária a terapia convencional. A CONITEC solicitou, então, a avaliação visando

discutir sua possível incorporação na Tabela do SUS ambulatorial.

Os trabalhos foram realizados de acordo com as Perguntas da CONITEC - 1) A incorporação de alternativas terapêuticas, tais como *tacrolimo*, *sirolimo* e *everolimo* associado a doses reduzidas de inibidores de calcineurina, podem auxiliar a resgatar episódios de rejeição e eventos adversos graves ou podem aumentar a sobrevida? E, a qual custo? 2) Qual seria a estimativa de impacto orçamentário para o SUS se estas alternativas terapêuticas forem incorporadas para a manutenção da imunossupressão em pacientes com coração transplantado ou para pacientes com indicação de transplante hepático com insuficiência renal prévia?

No caso dos imunossupressores em transplantes cardíacos a CONITEC já havia recebido uma revisão da literatura descritiva sob a forma de proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas elaborado por outro NATS. Para este tipo de transplante faltava atualizar a revisão sistemática e realizar as metanálises para os desfechos. Para o transplante hepático se realizou a busca na literatura científica sobre os efeitos do tratamento de everolimo associado a doses reduzidas de tacrolimo, pois o sirolimo é contra indicado no pós-transplante de fígado. Para

os dois tipos de transplantes se realizou a avaliação econômica de acordo com os estudos clínicos empíricos em curso no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o *Registry de Transplante Cardíaco* e o Projeto de Pesquisa para o SUS 2012-2014: Avaliação de custo-efetividade do transplante hepático. Cada trabalho foi apresentado na forma de um Parecer Técnico Científico.

A avaliação econômica do transplante cardíaco envolveu a análise empírica de custos do período de seguimento de 348 transplantes de coração realizados em adultos e crianças que foram registrados no Sistema de Informação, SI<sup>3</sup>, do Instituto do Coração do *Hospital das Clínicas* da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, *InCor-HC/FMUSP* entre 2010 e 2014. Eles foram categorizados de acordo com o último imunossupressor prescrito, embora se demonstrou que a imunossupressão na fase de manutenção é uma dinâmica utilizada conforme a ocorrência de eventos de rejeição e a tolerância de cada paciente aos efeitos secundários destes imunossupressores. As curvas de sobrevida foram construídas de acordo com o método de Kaplan Meyer, K-M. Os custos foram apresentados por categorias e por períodos de seguimento. A avaliação econômica e as

estimativas de impacto orçamentário foram construídas com o software *TreeAge*<sup>TM</sup> v.2011.

Para o transplante cardíaco, as evidências científicas de 10 dos 12 ensaios clínicos controlados randomizados, ECRs, comparando ciclosporina e tacrolimo, bem como de 10 e 06 ECRs respectivamente para o sirolimo e everolimo associados com doses reduzidas de ciclosporina e tacrolimo mostraram pouco ou nenhum impacto na sobrevida na metanálise sobre mortalidade. A análise empírica de 348 transplantes cardíacos da coorte do *InCor-HC/FMUSP* mostrou que a probabilidade de sobrevida foi significativamente superior no 1º. ano do período de seguimento em ambos os grupos etários, adultos e crianças. Na coorte de transplantados que sobreviveram ao primeiro ano, observou-se a perda das diferenças de efeito e menor mortalidade na curva da ciclosporina, refletindo as graves condições de deterioro clínico e complicações que levaram ao *switch* destes pacientes para estas alternativas terapêuticas.

Na metanálise destes ECRs sobre ocorrência de rejeição em transplante cardíaco, tacrolimo ou ciclosporina não diferiram significativamente. Existe benefício significativo de redução da

ocorrência de rejeição de -8,93% e -7,39% com o sirolimo e o everolimo associados com doses reduzidas dos inibidores de calcineurina. O uso de tacrolimo e alternativas com *mTOR*s em adultos e crianças no *InCor-HC/FMUSP*, de fato, proporcionou eficiente controle de episódios de rejeição em pacientes que se mostraram refratários ou que apresentaram eventos adversos, tais como a recidiva de rejeição, insuficiência renal, alergia ou intolerância.

Para o transplante hepático, foram encontrados 07 estudos relevantes na literatura que comprovaram a eficácia terapêutica do uso de everolimo no transplante hepático quando havia um quadro indicando presença de insuficiência renal, baseada nesses resultados, a ANVISA aprovou o seu uso para o transplante de fígado, iniciando o tratamento com everolimo 30 dias pós-transplante.

Na avaliação econômica do transplante cardíaco, a análise empírica dos custos totais do período estudado demonstrou que o uso de tacrolimo ou ciclosporina não difere significativamente. No modelo, a média de custo-efetividade foi inferior: R\$ 49.572,19 para o tacrolimo *versus* R\$ 58.370,35 com ciclosporina (razão CE= R\$ 1.517,84 entre custo

incremental R\$ 171,31 dividida por 0,11287: maior efetividade para o grupo com tacrolimo).

Para o transplante hepático, o uso dos inibidores do receptor-alvo da rapamicina nos mamíferos – mTORs (*mammalian target of rapamycin inhibitors, mTOR*), resultou em dois benefícios de efetividade ao prevenir 26,2% casos de deterioração da função renal e 7,2% do número de rejeições, e no acréscimo relativo do valor em medicamentos de 2,6%. Isto, em parte, reflete a compensação na redução da dose do tacrolimo e na redução do uso de micofenolato de mofetila. Os custos totais nos períodos peri e pós-transplante nos pacientes mantidos sob imunossupressão com tacrolimo isolado em comparação com aqueles tratados com mTORs, a redução da dose do tacrolimo se sobrepõem em cerca de dois anos. A média  $\pm$  desvio padrão dos custos durante o primeiro ano foi maior, R\$ 122.693,28  $\pm$  R\$28.421,31 (Intervalo com 95% de confiança, I95%C, de R\$ 114.440,59 a R\$ 130.945,97) nos pacientes sob imunossupressão com mTORs *versus* naqueles mantidos com tacrolimo isolado, R\$ 119.937,96  $\pm$  R\$ 39.173,77 (I95%C: R\$ 116.324,88 a R\$ 123.551,04), mostrando um acréscimo de 8,5% no

custo. O benefício líquido na curva foi de R\$ 17.543,92  $\pm$  R\$ 7.044,91 (I95%C variando: desde R\$ 3.702,98 até R\$ 31.384,87) mais custos e, embora isto esteja dentro do mesmo intervalo, apresenta alguns valores extremos. Evitar 1,9% de transplantes renais e 7,8% de retransplantes de fígado tornam esta estratégia mais custo-efetiva: pode salvar 2% mais pacientes no total dentre os pacientes com deterioração da função renal e isto permite economizar R\$ 10.714,76 no total / paciente da coorte observada.

Quanto à avaliação de impacto orçamentário, o ressarcimento para os procedimentos “tratamento de intercorrência pós transplante de coração - pós transplante crítico” pode aumentar entre 3% até 33,6% [média de R\$ 2.791,89 *versus* R\$ 1.853,87/ano para resgatar 01 complicação com ciclosporina, excluindo-se os ressarcimentos com os medicamentos]. A soma média do custo anual de seguimento com os medicamentos foi de R\$ 11.529,05/15% com sirolimo e R\$ 9.218,11/3% com everolimo. Ao rodar o modelo para os 1.000 potenciais pacientes com a distribuição de uso observada no *InCor-HC/FMUSP*, o resgate de +26% adicionais das complicações com o sirolimo e o everolimo associados com doses reduzidas dos inibidores de calcineurina eleva em 90% a efetividade

global do programa ao custo médio de R\$ 1,3 milhões adicionais, elevando os ressarcimentos totais requeridos para R\$ 2,2 milhões em comparação com R\$ 1,5 milhões atualmente ressarcidos para este procedimento.

A pressão de difusão do everolimo e a prevalência de complicações pode, provavelmente, elevar em 10% o número de pacientes distribuídos em cada *mTOR* após o transplante cardíaco. Na análise de sensibilidade o custo adicional deste cenário pode elevar em R\$ 1,2 milhões, totalizando os mesmos R\$ 2,2 milhões nos ressarcimentos totais anuais do programa de seguimento para os 1.000 potenciais pacientes em fase de manutenção após o transplante cardíaco.

Para o transplante hepático, estimou-se em 160 potenciais pacientes com deterioração da função renal. Ao rodar o modelo de Markov com microsimulação e *seeding* no software *TreeAge*<sup>TM</sup> com os dados do DATASUS e valores SUS de preço da Fundação para o Remédio Popular (FURP) para o *mTOR*, o ressarcimento médio por paciente/ano foi 18% inferior com *mTOR*, R\$ 10.267,02 ao prevenir 26,2% de deterioração da função renal e 7,2% do número de rejeições, *versus* a média de R\$ 12.562,62 no seguimento anual neste modelo quando

100% destes pacientes foram tratados com tacrolimo.

O potencial de minimização de custos para o SUS no caso do transplante hepático foi bem acolhido pelo Plenário da CONITEC, bem como o dimensionamento não tão elevado do aumento potencial do ressarcimento para os casos de manutenção após o transplante cardíaco. Estes dossiês estão sob Consulta Pública<sup>11,12</sup>.

O “Projeto de Pesquisa para o SUS 2012-2014: Avaliação de custo-efetividade do transplante hepático<sup>13</sup>” foi tema de Pós-Doutorado na FMUSP da coordenadora do NATS-IC/HCFMUSP, Dra. Luciana Haddad<sup>14,15</sup>, de onde foi possível apresentar o Parecer Técnico Científico.

Assim, destaca-se a relevância dos estudos de acompanhamento longitudinais para esclarecer os benefícios das tecnologias. A aplicação de micro-custeio no cotidiano assistencial serviu para mostrar quais e quantos recursos foram necessários para prestar assistência à saúde no programa. Isto é, sem dúvida, essencial para o planejamento do sistema de saúde, e enfatiza uma das contribuições que os hospitais podem desenvolver para interagir com a CONITEC.

## Discussão

Os exemplos de casos acima utilizaram o método de micro-custeio mostrando que é possível subsidiar decisões pelos gestores a partir das casuísticas da “vida real“. Experiências bem documentadas geram conhecimentos relevantes e que, em conjunto, são necessárias para o planejamento do sistema de saúde.

A Rede Paulista de ATS está se solidificando com a incorporação de mais membros, com a possibilidade de utilização de prontuários eletrônicos para a realização de projetos de pesquisas e um maior número de profissionais e especialistas para que suas avaliações possuam maior representatividade e possam oferecer melhores subsídios para a tomada de decisão pelos gestores.

Internacionalmente, as redes para produção de estudos clínicos da “vida real“ já estão consagradas. Por exemplo, o Registry de Implantes da Suécia<sup>16</sup>, particularmente o de implantes ortopédicos com 40 anos de seguimento, permite avaliar segurança, desempenho, vida útil e custos de cada tipo e marca. O elenco dos implantes acompanhados permite facilmente medir o benefício potencial de incorporar uma inovação, verificar se este benefício se concretiza na rotina dos

serviços assistenciais e às condições clínicas dos pacientes daquela jurisdição.

No Brasil, estima-se que a maior barreira para a produção científica é a cultura oral. O estímulo de “mudar” a realidade, mediante a estruturação de um Parecer Técnico Científico para a CONITEC, tem movido centenas de membros da Rede Paulista de ATS. Existem algumas dezenas de projetos em curso e, espera-se que vários destes tragam subsídios para políticas públicas.

A parceria com a CONITEC impulsionou o desenvolvimento da Rede Paulista de ATS, auxiliando inclusive financeiramente alguns NATS. Hoje a proposta é que mais NATS da Rede Paulista de ATS concretizem sua formalização e efetivem Carta Acordo a partir da elaboração de projetos específicos que sejam do interesse da CONITEC. Este início é promissor.

## Conclusão

Os métodos de ATS vêm sendo difundidos no Brasil. O estado de São Paulo está internalizando estes métodos integrando a Rede Paulista de ATS, inicialmente, com hospitais universitários e hospitais próprios. A parceria com a CONITEC criou fluxo e estímulo para a superação da cultura oral. A Rede Paulista de ATS vem produzindo pesquisas

estruturantes para a Secretaria de Saúde estadual e para o SUS. Isto impulsionou o desenvolvimento da Rede Paulista de ATS, inclusive com auxílio financeiro da CONITEC a alguns dos NATS.

### Apêndice

- Lista com os nomes dos hospitais que participam da Rede Paulista de ATS até maio de 2015.
  - Biblioteca Central - Faculdade de Medicina da USP & Secretaria da BVS Saúde - BIREME
  - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM/UNICAMP
  - Centro de Estudos Emílio Ribas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HC FM USP
  - Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio - HMCC/TATUAPÉ/SP
  - Hospital Base da Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto - HB/FUNFARME
  - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto
  - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP
- Experiência da rede paulista de ATS...
- Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
  - Hospital Estadual de Presidente Prudente
  - Hospital Estadual de Ribeirão Preto - Qualidade
  - Hospital Estadual de Santos
  - Hospital Estadual Vila Alpina
  - Hospital Faculdade de Medicina de Marília/ FAMEMA
  - Hospital Geral de Itapeverica da Serra
  - Hospital Guilherme Alvaro - HGA-Santos
  - Hospital Regional de Cotia
  - Hospital Regional de Presidente Prudente
  - Hospital São Paulo
  - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HC FM USP
  - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
  - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, ICESP - HC FMUSP

- Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, ICHC- HC FMUSP
- Instituto da Criança Professor Pedro de Alcântara, ICR-HC FM USP
- Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, InCor- HC/ FM USP
- Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, INRAD- HC/ FM USP
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, IOT-HC/ FM USP
- Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, IPq- HC/ FM USP
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, IDPC/FAJ-SES/SP
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- SAS - SECONCI
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, IS-SES/SP
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SMS-SP
- Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
- Universidade Federal do ABC

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
2. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment International Network of Agencies for Health Technology Assessment*. Disponível *on-line* em: <http://www.INAHTA.org> [Acesso 23 de maio de 2015].
3. *Health Technology Assessment international*. Disponível *on-line* em: <http://www.htai.org/htai/about-htai.html> [Acesso em 23 de maio de 2015].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Portaria

- 
- GM/MS nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011, institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Disponível em <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110960-2915.html> [Acesso em 23 de maio de 2015].
5. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Biblioteca Virtual de Saúde. Web site: <http://ses.sp.bvs.br>.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. <http://rebrats.saude.gov.br> Youtube [https://www.youtube/watch?y=YohocMes\\_cc](https://www.youtube/watch?y=YohocMes_cc) e <https://www.youtube/watch?y=XOteArVdPw> [Acesso em 23 de outubro de 2015].
  7. 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. – 4ª. ed., revisada e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DiretrizesPTC.pdf> Acesso em 23 de maio de 2015.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias (DGITS). Portaria Nº 09/2014 - Publicada em 23/04/2014 no Diário Oficial da União Nº 76, Seção 1:79. Imprensa Nacional ISSN 1677-7042 Disponível em [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2014/Portaria9\\_22.04.2014.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2014/Portaria9_22.04.2014.pdf) [Acesso em 23 de maio de 2015].
  9. Cerci J J, Trindade E, Pracchia L F, Pitella F A, Linardi C C G, Soares J, Delbeke D, Topfer L-A, Buccheri V, Meneghetti J C Cost Effectiveness of Positron Emission Tomography in Patients With Hodgkin's Lymphoma in Unconfirmed Complete Remission or Partial Remission After First-Line Therapy. *Journal of Clinical Oncology* <sup>JCR</sup>. 2010;28:1415-1421.
  10. Cerci JJ, Trindade E, Buccheri V, Fanti S, Coutinho AM, Zanoni L, Linardi CC, Celli M, Delbeke D, Pracchia LF, Pitela FA, Soares J Jr, Zinzani PL, Meneghetti JC. Consistency of FDG-PET accuracy and cost-effectiveness in initial staging of patients with Hodgkin lymphoma across jurisdictions. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2011;11(4):314-20.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias
-

- 
- (DGITS). Consulta Pública Nº 13, de 26 de maio de 2015 Publicada em 27/05/2015 no Diário Oficial da União Nº 99, Secção 1:88. ISSN 1677-7042  
[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2015/Publicacao\\_DOU\\_CP\\_12a\\_15\\_2015.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2015/Publicacao_DOU_CP_12a_15_2015.pdf). [Acesso em 30 de maio de 2015].
- 12.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias (DGITS). Consulta Pública Nº14, de 26 de maio de 2015- Publicada em 27/05/2015 no Diário Oficial da União Nº 99, Secção 1:88. ISSN 1677-7042  
[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2015/Publicacao\\_DOU\\_CP\\_12a\\_15\\_2015.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2015/Publicacao_DOU_CP_12a_15_2015.pdf). [Acesso em 30 de maio de 2015].
- 13.** Carneiro. Serviço de Transplante de Órgãos do Aparelho Digestivo do Instituto Central do Hospital das Clínicas. FAPESP Projeto de Pesquisa para o SUS 2012-2014: Termo de Outorga 2012.
- 14.** Nacif LS, Andraus W, Martino RB, Santos VR, Pinheiro RS, Haddad LBP, D'Albuquerque LC. Adoção do escore MELD aumentou número de transplantes de fígado. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(3):201-203.
- 15.** Turri JAO, Haddad LBP, Andraus W, Diniz MA, D'Albuquerque LAC. P1274 Costs of cirrhotic patients on the waiting list for liver transplant: impact of disease severity and time on list. *Journal of Hepatology* 2014;60: S514.
- 16.** Kärholm J. The Swedish Hip Arthroplasty Register (www.shpr.se). *Acta Orthopaedica.* 2010;81(1):3-4.  
doi:10.3109/17453671003635918.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2015-08-06  
Last received: 2015-10-28  
Accepted: 2015-10-28  
Publishing: 2015-10-29