

Hudson P Silva<sup>I</sup>

Clarice A Petramale<sup>II</sup>

Flavia T S Elias<sup>III</sup>

# Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

## Advances and challenges to the Brazilian Policy of Health Technology Management

---

### RESUMO

O Ministério da Saúde instituiu dois processos articulados no campo da gestão de tecnologias em saúde: (i) produção, sistematização e difusão de estudos de avaliação de tecnologias em saúde e (ii) adoção de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo Sistema Único de Saúde. O artigo analisa a experiência brasileira na gestão de tecnologias sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, seus principais avanços e desafios. Dentre os avanços obtidos estão: padronização de métodos; produção e fomento de estudos; desenvolvimento institucional e cooperação internacional na área de avaliação de tecnologias em saúde; definição dos requisitos necessários para apresentação de propostas; definição de prazos; e ampliação dos segmentos que compõem o colegiado responsável pela análise e recomendação. Entretanto, algumas dificuldades permanecem: atividades de avaliação de tecnologias em saúde concentradas no Ministério; baixa sustentabilidade das atividades de produção e disseminação das avaliações; baixa penetração da avaliação de tecnologias em saúde nos estabelecimentos de saúde; atividades de avaliação/incorporação com baixa participação dos usuários; processos decisórios pouco transparentes; e baixa integração da política de saúde com a política científica e tecnológica.

**DESCRITORES:** Política, Planejamento e Administração em Saúde. Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico. Avaliação da Tecnologia Biomédica. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação.

<sup>I</sup> Faculdade de Ciências Aplicadas. Universidade Estadual de Campinas. Limeira, SP, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

<sup>III</sup> Coordenação Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Flavia T. S. Elias  
Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sala 852  
70058-900 Brasília, DF, Brasil  
E-mail: flavia.elias@saude.gov.br

Recebido: 22/2/2012  
Aprovado: 31/7/2012

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health has institutionalized two articulated processes in the field of health technology management: (i) the production, systematization and dissemination of health technology assessment, and (ii) the adoption of a flow for the incorporation, exclusion or alteration of new technologies by the Brazilian National Health System. Several advances have been made, such as standardization of methods; production and promotion of studies; institutional development and international cooperation in the area of health technology assessment; definition of the necessary requirements for the presentation of proposals; definition of deadlines; and expansion of the segments that compose the committee that is responsible for the analysis and recommendation. However, some difficulties remain: health technology assessment activities concentrated in the Ministry; low sustainability of the activities of production and dissemination of the assessments; low penetration of health technology assessment in health care institutions; activities of assessment/incorporation with low participation of users; non-transparent decision-making processes; and low integration of the health policy with the scientific and technological policy.

**DESCRIPTORS: Health Policy, Planning and Management. Scientific Research and Technological Development. Technology Assessment, Biomedical. National Science, Technology and Innovation Policy.**

---

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e sua incorporação nos sistemas de saúde constitui um dos principais determinantes do aumento do gasto em saúde no mundo todo.<sup>2,5,9</sup> No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande incorporador de tecnologias. Somente o Ministério da Saúde compra cerca de R\$ 8 bilhões em medicamentos, equipamentos e produtos de saúde por ano.<sup>a</sup> Ao mesmo tempo, gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas. Grande parte dessa pressão é norteada pelo desconhecimento acerca da viabilidade técnica e financeira da adoção dessas tecnologias, bem como das consequências do seu uso para a saúde da população.<sup>3</sup>

Recentemente, o Ministério da Saúde iniciou a instituição de dois processos articulados no campo da gestão de tecnologias em saúde: (i) produção, sistematização e difusão de estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e (ii) adoção de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo SUS. Esses processos integram a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), aprovada em 2009 e cujo objetivo é “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis,

assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade”.<sup>b</sup>

Tais iniciativas têm sido objeto de discussão e análise na literatura,<sup>1,7,11</sup> com destaque para o rápido desenvolvimento das ações de ATS nos últimos anos e a institucionalização do processo de incorporação de tecnologias no SUS. Lacunas e fragilidades importantes foram identificadas, como a falta de transparência nas decisões do Ministério, a baixa participação dos usuários e a ausência de regulação para a incorporação de tecnologias nos estabelecimentos de saúde. O objetivo do presente estudo foi analisar a experiência brasileira na gestão de tecnologias sanitárias no âmbito do SUS, seus principais avanços e desafios.

## AVANÇOS NO CAMPO DA ATS

A institucionalização das ações de ATS no âmbito do SUS teve início em 2000, a partir da criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Em 2004, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde estipulou o campo da ATS como estratégia de aprimoramento da capacidade regulatória do Estado. No ano seguinte, foi instituída

---

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS: complexo industrial em números. Brasília, DF; 2012 [citado 2012 fev 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32495](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32495)

<sup>b</sup> Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF; 2009 [citado 2012 out 17]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690\\_05\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html)

uma comissão para elaborar proposta de política de gestão de tecnologias no âmbito do SUS. Após quatro anos, a PNGTS foi aprovada nas instâncias deliberativas do SUS. Nesse período, os principais avanços no campo da ATS foram os seguintes:

(i) *Padronização de métodos.* A ATS é um campo de pesquisa aplicada relativamente novo no Brasil e as atividades de produção e sistematização dos estudos necessitam de parâmetros metodológicos confiáveis. Diversos guias e manuais foram produzidos como forma de disseminar e harmonizar métodos de estudos de ATS. Atualmente quatro publicações estão disponíveis: *Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos*; *Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde*; *Manual de Análise de Impacto Orçamentário de Tecnologias em Saúde*; e *Proposta de Monitoramento do Horizonte Tecnológico no SUS*.

(ii) *Priorização, produção e fomento de estudos.* O processo de priorização de estudos envolve áreas técnicas do Ministério da Saúde e pesquisadores externos, com base nos seguintes critérios: relevância epidemiológica; relevância para a política e os serviços de saúde; conhecimento avançado sobre o tema; viabilidade operacional; e demanda social/judicial como exigência de ações do Estado. As interações proporcionadas em oficinas de prioridades e de devolução de resultados de pesquisas são fatores promotores para uso das evidências produzidas.<sup>4</sup> O tempo de resposta, a complexidade da pergunta de pesquisa e o estoque do conhecimento disponível são parâmetros para determinar o processo de produção do estudo, que pode ser realizado internamente ou por especialistas externos. Os dados sobre produção e fomento de estudos de ATS mostram que, entre 2004 e 2011, foram produzidos/fomentados 513 estudos. Desse total, 55,6% corresponderam à produção interna e 44,4% a estudos fomentados pelo Ministério da Saúde (Tabela 1).

(iii) *Desenvolvimento institucional.* A capacitação de quadros estratégicos e a estruturação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) constituem as principais ações para desenvolvimento institucional em ATS promovidas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos. As iniciativas de formação e capacitação de gestores e profissionais do SUS tiveram início em 2005. Desde então, foram realizados/financiados cinco mestrados profissionais e diversos cursos de curta duração, incluindo oficinas para elaboração de pareceres técnico-científicos. A Rebrats, criada em 2008, é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo da ATS. Entre suas ações estão a divulgação de resumos e textos completos de ATS e a formação de núcleos de ATS em hospitais de ensino.

(iv) *Cooperação internacional.* A articulação com diversas redes e organismos internacionais na área de ATS é essencial para a consolidação desse campo no Brasil. Principais destaques: participação formal do Ministério como membro da *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* desde 2006; liderança do Brasil para realização do 8º Encontro *Annual do Health Technology Assessment International*, ocorrido em 2011; participação do Ministério da Saúde na Subcomissão de ATS do Mercosul desde 2006; apoio à proposta de formação da Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas; e intercâmbio técnico com o Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido em 2010.

## AVANÇOS NA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS

A adoção de um fluxo para incorporação de tecnologias no SUS teve início em 2006, com a criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde

**Tabela 1.** Estudos de avaliação de tecnologias em saúde produzidos/fomentados pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no período 2004-2011.

Tipo de estudo	Equipe Dicit	Editais e contratações diretas	Total	% total
Nota técnica de revisão rápida	178	0	178	34,7
Parecer técnico-científico	102	0	102	19,9
Análise de impacto orçamentário	5	0	5	1,0
Revisão sistemática	0	106	106	20,7
Avaliação econômica	0	52	52	10,1
Gestão de tecnologias em saúde	0	39	39	7,6
Outros <sup>a</sup>	0	31	31	6,0
Total	285	228	513	100,0
% total	55,6	44,4	100,0	

Dicit: Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde, Coordenadoria-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde

<sup>a</sup> Desenvolvimento de métodos, como guias para avaliações econômicas, revisões sistemáticas e validação de instrumento para medir qualidade de vida no Brasil

**Tabela 2.** Quadro comparativo das mudanças introduzidas em 2011 no processo de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Característica	Citec	Conitec
Nome	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde.	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
Instrumento legal	Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008.	Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011.
Órgão responsável	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS.	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS.
Composição da comissão	Colegiado, Grupo Técnico Assessor e Grupos de Trabalho Permanentes.	Plenário e Secretaria Executiva. Subcomissões técnicas podem ser criadas no âmbito da Conitec.
Composição do colegiado/plenário	Cinco titulares e cinco suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: Ministério da Saúde (3); Anvisa (1); ANS (1).	Treze titulares, com 1º e 2º suplentes, representando as seguintes entidades/órgãos: Ministério da Saúde (7); ANS (1); Anvisa (1); CNS (1); Conass (1); Conasems(1); CFM (1).
Atribuições	Responsável por receber as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias no SUS e na Saúde Suplementar, revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais.	Responsável por assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração ou exclusão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de novas tecnologias em saúde e na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
Período para submissão de pedidos	Dois períodos no ano: de 1º de fevereiro a 31 de março e de 1º de agosto a 30 de setembro.	Qualquer época do ano (fluxo contínuo).
Confidencialidade e conflitos de interesse	Os membros da Citec firmavam termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da Citec.	Não muda.
Requisitos para protocolar o pedido	O requerente apresentava o formulário preenchido, documentos técnicos e econômicos. Não havia exigências quanto ao preenchimento completo do formulário e obrigatoriedade dos tipos de documentos técnicos e econômicos que deveriam ser entregues.	O requerente deverá apresentar: a) formulário integralmente preenchido, de acordo com modelo estabelecido pela Conitec (FormSUS); b) os documentos exigidos para o processamento do pedido; e c) as amostras de produtos, se cabível, nos termos do regimento interno da Comissão.
Informações/ documentos exigidos	Número do registro na Anvisa, no caso de medicamentos e produtos para a saúde. Preço aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), no caso de medicamentos. Relatório técnico com as evidências científicas relativas à eficácia, acurácia, efetividade e segurança, comparativas em relação a tecnologias já incorporadas. Estudos de avaliação econômica, quando houver alegação pelo demandante de Benefícios Terapêuticos e Custos Adicionais em relação às tecnologias já incorporadas. Estimativas de impacto econômico estimado para tecnologia proposta e correspondente comparação com a tecnologia incorporada.	Número e validade do registro na Anvisa. Evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada seja, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação. Estudo de avaliação econômica comparando com as tecnologias atuais disponibilizadas no SUS. No caso de medicamentos, o preço fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).
Indeferimento do pedido	Não havia indeferimento do processo por documentação incompleta sem análise do mérito.	Se constatado que não houve o preenchimento formal dos requisitos previstos, o processo poderá ser indeferido sem avaliação do mérito e sem prejuízo da possibilidade de apresentação pelo interessado de novo requerimento junto ao Ministério da Saúde com a documentação completa.
Realização de consulta pública	Não havia a obrigatoriedade de realização de consulta pública sobre as matérias avaliadas.	Todos os temas em avaliação na Conitec serão objeto de consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões.

Continua

**Tabela 2.** Continuação

Característica	Citec	Conitec
Realização de audiência pública	Não havia a realização de audiência pública sobre as matérias avaliadas.	Caso entenda necessária, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde poderá solicitar a realização de audiência pública sobre os temas em avaliação, se a relevância da matéria justificar o evento.
Decisão final	Ministro de Estado da Saúde.	Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.
Prazo máximo de análise e recomendação	Não havia prazo.	Prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolizado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.
Prazo para efetivar a oferta no SUS	Não havia prazo para efetivar a oferta ao SUS.	A partir da publicação da decisão de incorporação, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta ao SUS.
Recurso ou reconsideração da decisão	Havia o instrumento de reconsideração da decisão do colegiado num prazo de 30 (trinta) dias do recebimento do ofício da decisão negativa ao mérito.	Aplica-se a lei do processo administrativo (Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1999) cabendo recurso em face de razões de legalidade e de mérito, com prazo para interposição do recurso de 10 (dez) dias, contado a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão recorrida.
Segunda instância superior	Não havia segunda instância superior para julgar os pedidos de reconsideração.	O recurso será dirigido ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o qual, se não reconsiderar a decisão no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará de ofício ao Ministro de Estado da Saúde.

Citec: Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde

Conitec: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/O\\_que\\_muda\\_da\\_CITEC\\_para\\_CONITEC2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/O_que_muda_da_CITEC_para_CONITEC2.pdf). Acessado em 15 Jan 2012.

(Citec). Os dados de produção da Citec mostram que ela desempenhou papel importante no processo de tomada de decisão no âmbito do SUS. No período 2006-2011, foram apresentadas 351 propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias à Citec. Desse total, 85 tecnologias foram incorporadas pelo Ministério da Saúde, 65 propostas de inclusão não foram aprovadas, oito foram excluídas da lista de procedimentos do SUS, duas propostas de exclusão não foram aprovadas, quatro pedidos foram arquivados a pedido do solicitante e sete propostas foram consideradas fora do escopo

da Comissão. Além disso, teve início o processo de revisão/elaboração de 95 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, dos quais 53 já foram publicados.

Mudanças importantes foram introduzidas pela Lei 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Dentre elas, destacam-se a nova denominação da comissão, que passou a se chamar Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), a nova composição do colegiado/plenário, a adoção de

**Tabela 3.** Critérios utilizados para emissão de parecer sobre incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Critérios
• Busca ampla de estudos publicados e não publicados.
• Avaliação crítica da melhor evidência disponível, ou seja, desfechos clinicamente relevantes.
• Necessidades de saúde da população e prioridades da política de saúde.
• Caracterização do mercado e escolha de compradores (alternativas terapêuticas).
• Avaliação da logística e estrutura necessária para implantação da nova tecnologia
• Avaliação do estudo de custo-efetividade submetido pelo demandante e solicitação de novo estudo, quando indicado
• Impacto orçamentário
• Avaliação da sustentabilidade: produção local ou transferência tecnológica.

prazos para análise/recomendação e para oferta da tecnologia no SUS, a obrigatoriedade de submeter as propostas em análise à consulta pública e a possibilidade de indeferimento do pedido por insuficiência de documentos (Tabela 2). Da perspectiva daqueles que submetem as propostas, duas mudanças se destacam: a primeira é o estabelecimento de 180 dias como prazo para análise da proposta, podendo ser prorrogado por mais 90 dias; e a segunda é a obrigatoriedade de abertura de processo administrativo para toda demanda submetida à Conitec, devendo seguir a Lei do Processo Administrativo (Lei nº 9.784/1999), que estabelece, entre outros, a figura do recurso da decisão à instância superior quando o interessado julgar pertinente.

A nova comissão passou a contar com 13 representantes no seu colegiado, ampliando a participação da sociedade e do próprio Ministério da Saúde. Com relação à equipe de apoio, foi instituída uma Secretaria Executiva composta por equipe multidisciplinar que acumula funções de apoio técnico-administrativo. A Secretaria providencia a submissão das matérias à consulta pública e, eventualmente, às audiências públicas, conforme estabelecido no novo fluxo de incorporação de tecnologias no SUS (Figura). Destaque-se que todos os temas em avaliação na Conitec devem ser submetidos à consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões de todos os interessados, tornando o processo mais democrático e transparente para a sociedade.

No processo de análise e recomendação das propostas, a comissão tem sido instruída para considerar não apenas as evidências científicas, mas também as necessidades de saúde da população e aspectos relacionados

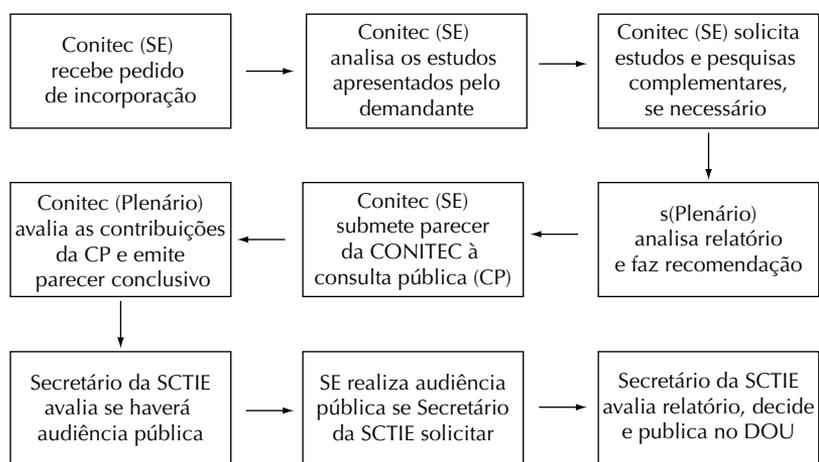
à sustentabilidade do sistema (Tabela 3). Dessa forma, espera-se que sejam priorizados os resultados clinicamente relevantes, traduzidos em agregação de valor à assistência (redução de internações, de absenteísmo ao trabalho, de procedimentos cirúrgicos ou laboratoriais etc.), os benefícios e a segurança da população brasileira no longo prazo, os custos envolvidos e o potencial de inovação tecnológica que a incorporação poderá introduzir no sistema.<sup>6,10</sup>

## PRINCIPAIS DESAFIOS

Apesar dos avanços obtidos pela PNGTS, permanecem desafios e lacunas que tendem a comprometer a eficácia da Política, a saber:

(i) *Levar as atividades de ATS às esferas subnacionais do SUS, criando uma cultura de evidência científica entre os gestores estaduais e municipais de saúde.* De modo geral, os avanços obtidos estão localizados principalmente nas instâncias nacionais de gestão do SUS e em alguns hospitais de ensino e centros de pesquisa. A oferta de um curso básico em ATS para capacitar 300 gestores e profissionais do SUS nos estados e municípios, previsto para acontecer no triênio 2012-2014, representa uma iniciativa importante. Contudo, é insuficiente para sensibilizar esses atores acerca da importância do tema e sua inclusão na agenda dos gestores estaduais e municipais de saúde.

(ii) *Conferir maior autonomia e sustentabilidade à Rebrats e aos Núcleos de ATS em hospitais de ensino (Nats).* O modelo atual de organização da rede prevê



Conitec: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

SE: Secretaria Executiva

SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

DOU: Diário Oficial da União

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FluxosimpificadoCONITEC.pdf>.

Acessado em 15 Jan 2012.

coordenação e financiamento do Ministério da Saúde. Sabe-se que muitas atividades desenvolvidas no âmbito da Rebrats não teriam ocorrido caso o Ministério da Saúde não estivesse liderando esse processo, o que mostra o elevado grau de dependência da rede em relação às iniciativas do Ministério. Além disso, tanto os Nats como os demais membros da rede apresentam capacidade institucional heterogênea, o que demanda esforço adicional para conferir maior sustentabilidade na atuação dessas organizações.

(iii) *Expandir as ações de ATS para o sistema de saúde privado, integrando-as com as ações já desenvolvidas no âmbito do SUS.* Muitas tecnologias entram no sistema de saúde brasileiro via hospitais e clínicas privadas, cuja atuação segue uma lógica de mercado.<sup>13</sup> Ao mesmo tempo, algumas operadoras de planos de saúde já possuem grupos internos de ATS que produzem estudos e evidências de interesse para o sistema público. Nesse sentido, o desafio é duplo: criar mecanismos para que as decisões de incorporação de tecnologias em saúde no setor privado sejam informadas por evidências e, ao mesmo tempo, fazer articulação com os grupos de ATS já desenvolvidos fora do SUS.

(iv) *Engajar os usuários e a população em geral nas atividades de avaliação e incorporação de tecnologias.* Embora esteja prevista a participação do Conselho Nacional de Saúde nas reuniões plenárias da Conitec, o envolvimento dos usuários nesse processo tem sido reduzido no Brasil. A obrigatoriedade de submeter à consulta pública todas as propostas abre, em tese, a possibilidade de participação da sociedade. Entretanto, é pouco provável que essa iniciativa isolada eleve o engajamento da população, de modo que o desenvolvimento de estratégias para a comunicação com a sociedade deverá merecer a atenção do Ministério da Saúde nos próximos anos.

(v) *Contar com processos decisórios mais transparentes.* Decisões de cobertura relativas a novas tecnologias e serviços inevitavelmente criam vencedores e perdedores. Por isso, a transparência dos processos usados para

informar essas decisões é fundamental para assegurar justiça e legitimidade em tais decisões. A falta de informação detalhada e acessível sobre os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para suas deliberações faz com que muitos atores permaneçam críticos. Logo, é necessário criar mecanismos para assegurar que os processos de ATS e de tomada de decisão sejam vistos como transparentes pelos diversos grupos de interesse.

(vi) *Orientar a produção de inovações prioritárias.* É necessário que o sistema de saúde deixe de ter uma postura meramente reativa, de resposta aos novos produtos que chegam ao mercado, e se antecipe a esse processo, contribuindo para orientar os investimentos das empresas e dos órgãos de fomento em inovações que sejam de interesse para o País. A construção de um sistema de monitoramento do horizonte tecnológico<sup>12</sup> e a adoção de ações voltadas para conciliar as agendas da política de saúde e da política de ciência, tecnologia e inovação<sup>8</sup> são exemplos de iniciativas que podem contribuir para essa finalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil logrou instituir, em pouco tempo, um conjunto amplo de atividades no campo da gestão de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Ao sinalizar para o mercado que somente tecnologias seguras, eficazes e custo-efetivas serão incorporadas, a PNGTS tem contribuído para articular as atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação das empresas com as necessidades de saúde da população e as prioridades definidas pela política nacional de saúde.

Apesar dos avanços identificados, o País ainda apresenta tradição limitada no uso de evidências para a tomada de decisão na atenção à saúde. Soma-se a isso o desafio constitucional de consolidar um sistema de saúde universal, com atenção integral e equânime num contexto de recursos escassos e processos decisórios descentralizados.

## REFERÊNCIAS

1. Banta D, Almeida R. The development of health technology assessment in Brazil. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(Suppl 1):255-9. DOI:10.1017/S0266462309090722
2. Barros PP. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Econ*. 1998;7(6):533-44. DOI:10.1002/(SICI)1099-1050(199809)7:6<533:AID-HEC374>3.0.CO;2-B
3. Battista RN. Towards a paradigm for technology assessment. In: Peckham M, Smith R, editors. *The scientific basis of health services*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p.11-8.
4. Elias FTS, Patroclo MAA. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):215-27. DOI:10.1590/S1413-81232005000100028
5. Fuchs VR. Economics, values, and health care reform. *Am Econ Rev*. 1996;86(1):1-24.
6. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):521-35. DOI:10.1590/S1413-81232003000200015
7. Gertner A. Health technology assessment and incorporation in Brazil: critical reflections on an emerging public-private field. *J Bras Econ Saude*. 2009;2(1):57-9.
8. Lehoux P, Williams-Jones B, Miller F, Urbach D, Tailliez S. What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(4):251-4. DOI:10.1258/jhsrp.2008.007173
9. Nandakumar AK, Farag ME. *International encyclopedia of public health*. San Diego, CA: Academic Press; 2008 [cited 2012 Jan 20]. Determinants of national health expenditure; v.2, p.136-45. DOI:10.1016/B978-012373960-5.00171-4
10. Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy Plan*. 1998;13(3):287-95.
11. Silva HP, Viana ALD. Health technology diffusion in developing countries: a case study of CT scanners in Brazil. *Health Policy Plann*. 2011;26(5):385-94. DOI:10.1093/heapol/czq076
12. Simpson S, Packer C, Carlsson P, Sanders JM, Ibarluzea IG, Fay AF, et al. Early identification and assessment of new and emerging health technologies: actions, progress, and the future direction of an international collaboration – EuroScan. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010;10(Suppl 1):s187-200. DOI:10.1017/S0266462308080689
13. Viana ALD, Silva HP. Avaliando a difusão de tecnologias médicas no sistema de saúde privado no Brasil: o caso da tomografia por emissão de pósitrons (PET). *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(Supl 1):s187-200. DOI:10.1590/S1519-38292010000500016

---

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses.