

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

**Guia de Avaliação de
Tecnologias em Saúde na
Atenção Básica**



Brasília - DF
2017



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ



**Guia de Avaliação de
Tecnologias em Saúde na
Atenção Básica**

Brasília - DF
2017



2017 Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Suporte técnico, operacional e financeiro no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PRO-ADI-SUS)

Tiragem: 1.^a edição – 2017 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

SQN, Quadra 2, Projeção C, térreo, sala 105

CEP: 70712-902 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3415-6248

Site: www.saude.gov.br

E-mail: rebrats@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Rua João Julião, 331 – Bela Vista

CEP: 01323-020 – São Paulo/SP

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.haoc.com.br

Supervisão geral:

Camile Giaretta Sachetti (Decit/SCITIE/MS)

Marco Antônio de Araújo Fireman (SCITIE/MS)

Organização:

Luciana Simões Camara Leão (Decit/SCITIE/MS)

Tazio Vanni (HCPA)

Elaboração:

Airton Tetelbom Stein (GHC e UFCSPA)

Cleusa Pinheiro Ferri (HAOC)

Flávia Tavares Silva Elias (Fiocruz Brasília)

Sônia Isoyama Venâncio (Instituto de Saúde – SP)

Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde – SP)

Revisão técnica:

Ana Carolina de Freitas Lopes (DGITS/SCITIE/MS)

Betânia Ferreira Leite (Decit/SCITIE/MS)

Dalila Fernandes Gomes (Decit/SCITIE/MS)

Katyelle Ligia Botelho (Decit/SCITIE/MS)

Kimielle Cristina Sila (DAB/SAS/MS)

Luciana Simões Camara Leão (Decit/SCITIE/MS)

Mara Lucia dos Santos Costa (DAB/SAS/MS)

Marina Gonçalves de Freitas (Anvisa)

Tazio Vanni (HCPA)

Thiago Trindade (SBMFC)

Coordenação executiva:

Tathiana Machado (HAOC)

Tiago da Veiga Pereira (HAOC)

Editoração:

Eliana Carlan (Decit/SCITIE/MS)

Jessica Alves Rippel (Decit/SCITIE/MS)

Fotografia:

Projetado por Freepik

Design gráfico e diagramação:

Laura Camilo (L7Design)

Normalização:

Delano de Aquino Silva (Editora MS/CGDI)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Guia de avaliação de tecnologias em saúde na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

96 p. : il.

ISBN 978-85-334-2514-9

1. Avaliação de tecnologia em saúde. 2. Tecnologia em saúde. 3. Atenção Básica. I. Título. II. Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

CDU 62:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0339

Título para indexação:

Guide of health technology assessment in Primary Care

LISTA DE QUADROS

Quadro		Página
1	Características dos pareceres técnico-científicos	23
2	Seis componentes interativos da abordagem centrada na pessoa	25
3	Pergunta PICO da promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo	25
4	Instrumentos utilizados para mensurar a abordagem centrada na pessoa	26
5	Medidas de desfechos utilizadas para mensurar adesão medicamentosa	27
6	Pergunta PICO da reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular cerebral	31
7	Principais diferenças entre as revisões sistemática e narrativa	35
8	Nível de evidência segundo o sistema GRADE	38
9	Pergunta PICO de estratégias de rastreamento de violência doméstica	40
10	Características das revisões de revisões sistemáticas	45
11	Pergunta PICO da redução de danos relacionada ao uso abusivo de álcool	48
12	Tipos de estudos	53
13	Pergunta PICO de prevenção de agravos pelo uso de estatinas no tratamento das dislipidemias	57
14	Pergunta PICO sobre os cuidados paliativos com oxigenioterapia domiciliar	64
15	Pergunta PICO da sinusite aguda no adulto	68
16	Decisões compartilhadas entre médicos e pacientes para o manejo inicial de sinusite bacteriana aguda	70

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Metanálise: Rastreamento universal para detecção de violência cometida por parceiros comparado ao grupo controle de triagem por sinais e sintomas	42
2	Modelo conceitual sobre os caminhos causais que ligam o consumo de álcool aos resultados distais de saúde e sociais.	49
3	Resumo do ADAPTE	62
4	Abordagem de terapia em pacientes com sinusite aguda	71



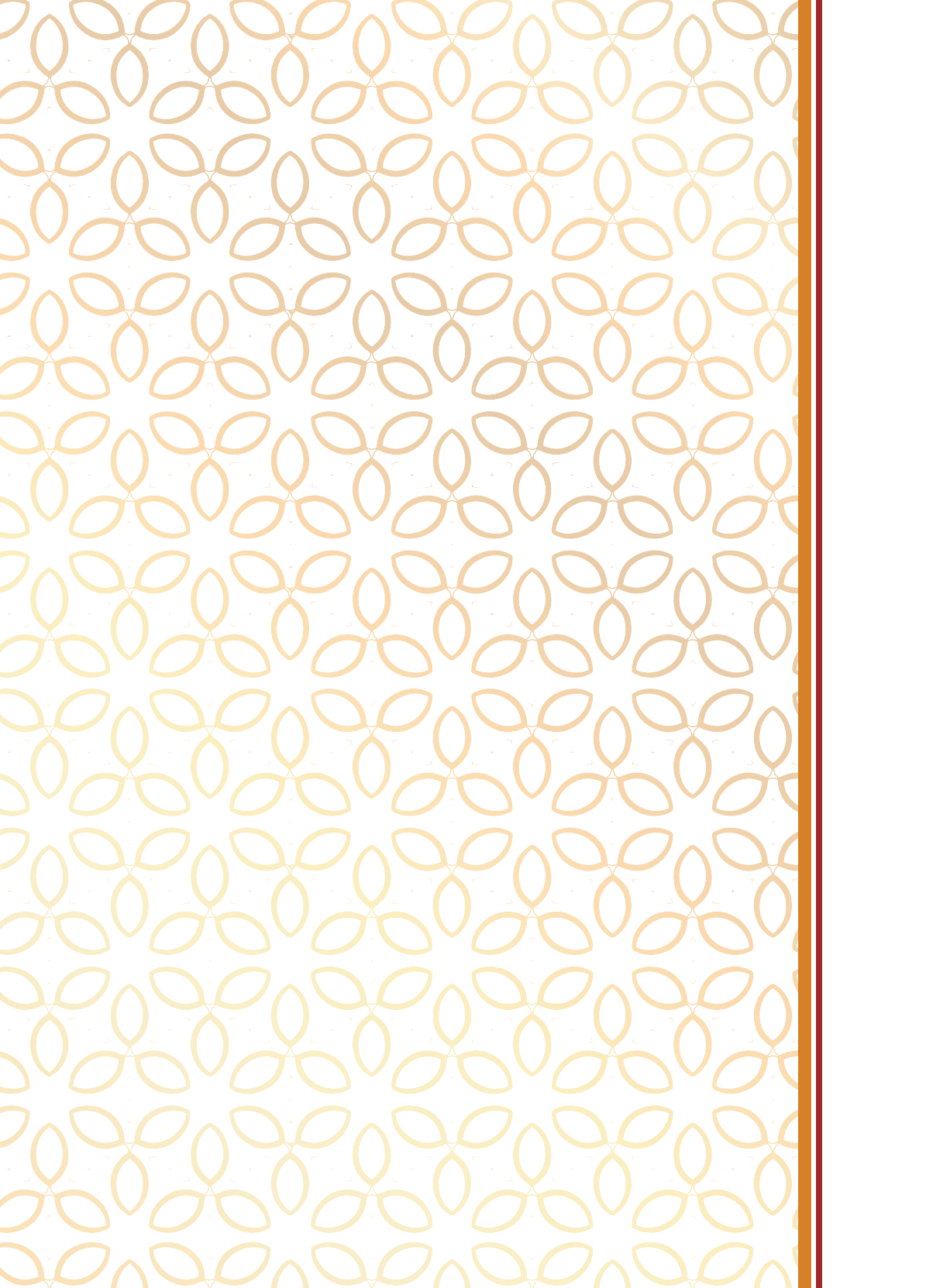
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS



SIGLA	Definição
AB	Atenção básica
ADAPTE	Ferramenta para Adaptação de Diretrizes Clínicas (<i>Resource Toolkit for Guideline Adaptation</i>)
AES	Análise econômica em saúde
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIO	Análise de impacto orçamentário
AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção primária à saúde
ASSIA	<i>Applied Social Sciences Index and Abstracts</i>
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CRD	<i>Center for Reviews and Dissemination</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
DALY	<i>Disability-adjusted life years</i>
DARE	<i>Database of Abstracts of Reviews of Effects</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde

SIGLA	Definição
EMBASE	Base de dados eletrônica da editora Elsevier
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRADE	<i>Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation</i>
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NHMRC	<i>National Health and Medical Research Council</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NTRR	Nota técnica de revisão rápida
PAB	Piso da atenção básica
PDQ	<i>Evidence – Pretty Darn Quick Evidence</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PSF	Programa Saúde da Família
PsycINFO	Base de dados da American Psychological Association
PTC	Parecer técnico-científico
QUADAS	<i>Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SIGLA	Definição
RD	Redução de danos
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde
RRS	Revisão de revisões sistemáticas
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIP Database	<i>Turning Research into Practice Database</i>
UBS	Unidade básica de saúde





SUMÁRIO

Apresentação	15
---------------------	-----------

1 Introdução	17
---------------------	-----------

2 Estudos e Cenários	21
-----------------------------	-----------

2.1 Estudos: Parecer técnico-científico e nota técnica de revisão rápida	21
---	-----------

2.1.1 Cenário: Promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo	24
--	-----------

2.1.2 Cenário: Reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular cerebral	29
---	-----------

2.2 Estudo: Revisão sistemática	34
--	-----------

2.2.1 Cenário: Estratégias de rastreamento de violência doméstica	39
--	-----------

2.3 Estudo: Revisão de revisões sistemáticas	43
---	-----------

2.3.1 Cenário: Redução de danos relacionados ao uso abusivo de álcool	46
--	-----------

2.4 Estudos: Avaliação econômica em saúde e análise de impacto orçamentário	51
--	-----------

2.4.1 Cenário: Prevenção de agravos pelo uso de estatinas no tratamento das dislipidemias	55
--	-----------

2.5 Estudo: Avaliação e adaptação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	59
---	-----------

2.5.1 Cenário: Cuidados paliativos com oxigenoterapia domiciliar	63
---	-----------

2.5.2 Cenário: Sinusite aguda no adulto	67
--	-----------

3 Considerações Finais	73
-------------------------------	-----------

Referências	74
--------------------	-----------

Glossário	85
------------------	-----------

Anexo	90
--------------	-----------

Bases de dados da literatura úteis para as avaliações de tecnologias em saúde



Apresentação

A atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS) é a principal porta de entrada do sistema de saúde, caracterizada pela longitudinalidade e integralidade da atenção¹. Ela tem capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população^{2, 3}. Para que se alcance um alto grau de resolutividade, as tecnologias em saúde são cruciais. A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) tem sido tradicionalmente aplicada às tecnologias duras, como medicamentos e equipamentos. Este guia tem por objetivo suprir uma lacuna com relação à utilização dos métodos de ATS voltados para as tecnologias específicas da AB. Ele procura apresentar os tipos de estudos mais comuns em ATS e sua aplicação nesse cenário. O guia não pretende ser uma diretriz metodológica, mas sim uma ferramenta de disseminação das principais metodologias de ATS. O leitor poderá ter uma visão dos tipos de estudos de ATS mais utilizados, como interpretá-los e onde encontrá-los. Para aqueles que desejam se aprofundar nas metodologias no intuito de elaborar um estudo, a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) disponibiliza diversas diretrizes metodológicas em seu portal eletrônico (<<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>). Tendo em vista a relevância de expandir a utilização dessas ferramentas no âmbito da AB, a REBRATS, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, uniram esforços para a elaboração deste guia.



Introdução

A atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS), conforme definição de Starfield⁴, é o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde. No Brasil, a AB é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e proximidade da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde⁵.

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde tem investido no fortalecimento da AB em todo o território nacional. Em 1998, o Programa Saúde da Família (PSF) deixou de ser um programa para se tornar uma estratégia (ESF) e um modelo mais abrangente de atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, define saúde da família como um modelo de atenção primária operacionalizado mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos pelas equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focadas na unidade familiar e consistentes com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida⁵.

Em sua revisão em 2012, a PNAB incluiu os consultórios na rua, ampliou o número de municípios que podem ter núcleos de apoio à saúde da família (NASFs), facilitou as condições para que sejam criadas unidades básicas de saúde fluviais (UBSFs) e equipes para as populações ribeirinhas e apontou ainda o papel fundamental da AB no fortalecimento e ordenação das redes de atenção à saúde⁵. Verificou-se, ao longo dos anos, uma substancial expansão da cobertura da ESF no Brasil. Dados do Departamento de

Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) apontam cobertura de 64,3% da população e implantação de mais de 40.000 equipes de saúde da família no país⁷ em 2016.

A abrangência da PNAB e o crescimento contínuo dos gastos em saúde, associados ao perfil epidemiológico da população e à oferta cada vez maior de novas tecnologias, fizeram emergir a necessidade de políticas para gestão de tecnologias em saúde. Em 2009, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)⁸. Trata-se de um instrumento norteador para os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias no SUS. Apesar dos avanços da aplicação das diretrizes da PNGTS na atenção especializada, ainda é incipiente sua implementação no âmbito da AB. Segundo a PNGTS, as tecnologias em saúde compreendem os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Tendo em vista a necessidade de expandir a utilização dessas ferramentas no âmbito da AB, foi elaborado o *Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica*. Este guia tem por objetivo discutir a utilização de diferentes estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) nos principais cenários da AB.

Os estudos discutidos são:

- 1.** parecer técnico-científico (PTC) e nota técnica de revisão rápida (NTRR);
- 2.** revisão sistemática;
- 3.** revisão de revisões sistemáticas (RRS);
- 4.** análise econômica em saúde (AES) e análise de impacto orçamentário (AIO); e
- 5.** avaliação e adaptação de diretrizes clínicas.

Os cenários envolvem:

- 1.** promoção de saúde;
- 2.** prevenção de doenças;
- 3.** redução de danos;
- 4.** diagnóstico e tratamento;
- 5.** reabilitação; e
- 6.** cuidados paliativos.



Estudos e Cenários

2.1 Estudos

Parecer técnico-científico e nota técnica de revisão rápida

O parecer técnico-científico (PTC) é um tipo de estudo de ATS que consiste em uma ferramenta de resposta rápida para dar suporte à gestão e à tomada de decisão em saúde baseada em evidências científicas. Embora envolva uma revisão da literatura menos extensa e abrangente que uma revisão sistemática e seja de execução e elaboração mais rápidas, representa um relato sistematizado e abrangente do conhecimento possível de ser fornecido no tempo disponível e com qualidade necessária para auxiliar a tomada de decisão.

A padronização de parâmetros mínimos de qualidade para esses estudos é necessária para evitar possíveis vieses de seleção e interpretação de evidências. Nesse sentido, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde elaborou uma diretriz metodológica para elaboração de PTCs, que está em sua quarta edição e foi adotada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).



Fonte: www.freepik.com

O conteúdo deve incluir alguns pontos fundamentais: o problema de saúde sob avaliação na forma de uma pergunta explícita; a descrição dos aspectos epidemiológicos da condição de saúde à qual a tecnologia será destinada; a descrição do tratamento recomendado e das características desse tipo de estudo.

As notas técnicas de revisão rápida (NTRRs) são estudos de ATS que envolvem métodos de revisão rápida da literatura mais sucintos que o PTC. Atualmente, alguns grupos têm produzido NTRRs para orientar os processos de judicialização⁹. As NTRRs são documentos de síntese que priorizam revisões sistemáticas, estudos de avaliação de tecnologias e ensaios clínicos, com tempo de elaboração médio de 10 a 20 dias¹⁰.

Quadro 1

Características dos pareceres técnico-científicos (PTCs)

Pergunta	Estratégia de busca	Principais bases de dados	Avaliação crítica	Interpretação	Aplicação
O PTC busca responder a uma pergunta estruturada, explícita e específica. A pergunta é formulada por meio do acrônimo PICO, onde cada letra representa um componente da questão: P – População: qual é a população de interesse para o estudo e sua situação clínica. I – Intervenção: menciona a tecnologia avaliada no PTC. C – Controle: refere-se ao comparador ou controle definido, podendo ser o padrão-ouro ou a melhor estratégia alternativa disponível. O – Outcome: são os desfechos (resultados em saúde). Sempre que possível, deve-se optar por desfechos de relevância clínica, como mortalidade, e importantes para os pacientes.	Recomenda-se utilizar os vocabulários MeSH e DeCS e sinônimos para descrever as palavras-chave. Sugere-se também uma hierarquia no processo de busca por informação científica, que inclui as seguintes etapas: 1. Busca por pareceres anteriormente realizado; 2. Busca por diretrizes clínicas baseadas em evidências; 3. Busca por revisões sistemáticas, relatórios de agências de avaliação de tecnologias em saúde, estudos de avaliação econômica baseadas em revisões sistemáticas da literatura; 4. Busca por sinopses baseadas em evidências; 5. Busca por estudos primários; 6. Busca por estudos em andamento.	As principais bases de dados para a busca em cada etapa são apresentadas abaixo: 1. REBRATS 2. AHRQ's <i>National Guideline Clearinghouse</i> 3. <i>Cochrane Library</i> 4. INAHTA 5. CRD 6. Tripdatabase 7. NICE 8. Pubmed.gov 9. PubMed Clinical Queries 10. ILIACS 11. SCIELO 12. ClinicalTrials.gov 13. DynaMed Plus 14. UpToDate	Pode-se avaliar a qualidade de um PTC verificando se o mesmo foi elaborado com base nas recomendações do documento <i>Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos</i>¹. Em geral, deverão constar em um PTC: Seleção de estudos » Caracterização dos estudos selecionados » Avaliação crítica dos estudos selecionados » Síntese dos resultados » Qualidade da evidência » Recomendações » Considerações finais » Referências » Anexos Os métodos utilizados na elaboração do PTC devem estar claramente descritos. É interessante verificar se o trabalho passou por um processo de revisão por pares.	Em geral, o PTC propicia a interpretação de resultados quanto à eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes.	O PTC é o primeiro passo no processo de avaliação de demandas para incorporação de novas tecnologias e de novas aplicações para tecnologias já existentes no sistema de saúde, otimização de uso ou exclusão de tecnologias já obsoletas.

Fonte: Elaboração própria.

2.1.1 Cenário

Promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Título do estudo: *Parecer técnico-científico sobre promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo*¹².

O que justificou a realização do estudo?

No Brasil, estima-se que aproximadamente 21,6% da população tenham hipertensão arterial¹³. Cerca de 40 a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso de medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão inclui ainda o estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc.¹⁴. Em média, somente 50% dos adultos com doença crônica aderem à medicação^{15, 16}.

Estudos mostram a necessidade de o profissional de saúde utilizar métodos facilitadores na resolução dos problemas de não adesão, como a abordagem centrada na pessoa, a fim de promover a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e a consequente redução de eventos cardiovasculares agudos.

A abordagem centrada na pessoa é uma proposta de atendimento personalizada e sistematizada em seis componentes, que tem por base a consideração da perspectiva da pessoa que procura atendimento, suas expectativas, medos e perdas funcionais e a importância de sua participação para o sucesso do manejo clínico. Os três primeiros componentes englobam o processo da relação entre a pessoa e o médico. Os três seguintes se concentram no contexto no qual interagem a pessoa que procura atendimento e o médico. Os componentes da abordagem centrada na pessoa estão descritos no Quadro 2¹⁷.

Quadro 2

Seis componentes interativos da abordagem centrada na pessoa:

1. Explorando a doença e a experiência da doença
2. Entendendo a pessoa como um todo
3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas
4. Incorporando a prevenção e a promoção de saúde
5. Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico
6. Sendo realista

Fonte: STEWART et al., 2010¹⁷.

O que o estudo buscou responder?

A abordagem centrada na pessoa promove a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo?

Para responder a essa pergunta, o acrônimo PICO pode ser estruturado do modo apresentado a seguir:

Quadro 3

Pergunta PICO da promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo

População	Hipertensos maiores de 18 anos.
Intervenção	Abordagem centrada na pessoa.
Comparação	Atenção habitual.
Outcome (desfecho)	Adesão; controle da pressão arterial. Adesão é definida como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento, feita através de questionários validados. Controle da pressão arterial sistêmica considerada menor ou igual a 140/90 mmHg.

Fonte: BRASIL, 2013¹².

Como o estudo foi realizado?

Para responder a essa pergunta, foi feito um PTC com a realização de pesquisas em oito bases de dados, resultando na recuperação inicial de 5.346 estudos. Quatorze estudos preencheram os critérios de seleção previamente definidos. Esses estudos foram descritos e avaliados conforme os critérios definidos pelo *Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)¹⁸. Ao final da análise, foram descritos os principais instrumentos utilizados para mensurar a abordagem centrada na pessoa e seus resultados na adesão ao tratamento. Por se tratarem de instrumentos de diferentes naturezas e escopos, encontrou-se heterogeneidade na mensuração da abordagem centrada na pessoa (Quadro 4) e nas medidas de desfecho (Quadro 5). Para uma melhor análise dos estudos, optou-se por apresentar os resultados de forma descritiva e sintetizar as recomendações feitas em outros países sobre o tema.

Quadro 4 Instrumentos utilizados para mensurar a abordagem centrada na pessoa

1. PPACP – *Patient Perception of Patient-Centeredness*¹⁹
2. PCAS – *Primary Care Assessment Survey*²⁰
3. PAM – *Patient Activation Measure*²¹
4. RIAS – *Roter Interaction Analysis System*²²
5. PDM – *Patient Rating of Physician's Participatory Decision-Making Style*²³
6. PICS – *Patients Perceived Involvement in Care Scale*²⁴
7. PACICS – *Patient Assessment of Chronic Illness Care Scale*²⁵
8. C-WAI – *Working Alliance Inventory Short-Client form*²⁶

Fonte: Parecer técnico sobre promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo¹².

Quadro 5

Medidas de desfechos utilizadas para mensurar a adesão medicamentosa

Contagem de medicamentos²⁷

Retirada de medicamentos na farmácia²⁷

Teste de Morisky-Green²⁸

*Treatment Adherence Self-efficacy Measure (TASEM)*²⁹

*Medication Adherence Report Scale (MARS-5)*³⁰

*Brief Medication Questionnaire (BMQ)*³¹

Comparecimento às consultas³²

Fonte: Parecer técnico sobre promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo¹².

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

A busca desse PTC abrangeu estudos observacionais e experimentais, revisões sistemáticas e metanálises realizados em população de hipertensos adultos sem limite de data de publicação. Os termos utilizados nas buscas foram: “*hypertension*”, “*adherence*” AND “*compliance*” e “*patient oriented care*” AND “*patient oriented*”. As bases de dados consultadas foram: PubMed, Biblioteca Cochrane, CRD web, EMBASE, NICE, NHMRC, AHRQ e SIGN.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

A qualidade da evidência levou em conta o método GRADE¹⁸, especialmente no que se refere ao item sobre evidências indiretas. O conceito de informação indireta considera que a grande maioria dos estudos identificados por esse PTC são pesquisas realizadas em países com outros contextos clínicos. Além disso, a formação dos profissionais é diferente daquela praticada nos serviços de saúde brasileiros. Ao realizar as recomendações, deve-se levar em conta as circunstâncias em que o estudo foi realizado, as medidas de desfecho e os métodos de seleção dos candidatos às intervenções.

Como o estudo pode contribuir para implementação de ações na AB?

O PTC identificou que a melhora na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo está relacionada às habilidades dos profissionais de se comunicarem com os pacientes, bem como de se orientarem pelos princípios da AB.

O estudo identificou que as intervenções que melhoram as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde promovem um aumento na participação do paciente no próprio cuidado. Assim, a consulta centrada no paciente, com uma percepção do paciente com relação ao seu cuidado, leva a um melhor controle da pressão arterial. Também se constatou que a aliança entre o profissional de saúde e o paciente, com participação do paciente na tomada de decisão com relação ao seu tratamento, está associada a uma maior adesão e satisfação com a consulta.

Cabe salientar que a qualidade metodológica dos estudos foi heterogênea. Dessa forma, na ocasião da elaboração do PTC, a recomendação foi fraca a favor da abordagem centrada na pessoa como intervenção que promove adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.



2.1.2 Cenário

Reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular cerebral

Título do estudo: *Multidisciplinary and interdisciplinary rehabilitation interventions for patients with acquired brain injuries: clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Rapid response report*⁸³.

O que justificou a realização do estudo?

As doenças cerebrovasculares, particularmente o acidente vascular cerebral (AVC), representam um problema de alta importância para a saúde pública. No Brasil, 77,2%, de toda a carga de doença medida por anos de vida perdidos por incapacidade (*disability-adjusted life years*, DALY) são provenientes dos agravos não transmissíveis, segundo dados de 2008³⁴.

O AVC ocupa a quarta posição entre as 15 principais causas de DALY tanto em homens como mulheres, apresentando uma taxa ajustada de 9,7 por 1.000 homens e 9,0 por 1.000 mulheres³⁴.

Pacientes acometidos por AVC e registrados no SUS tiveram idade produtiva entre 20 a 59 anos. Cerca de 80% referiram algum tipo de incapacidade funcional persistente após o primeiro episódio e 70% ficaram desempregados ou se aposentaram precocemente³⁵.

O Caderno de Atenção Básica, para estabelecer estratégias de cuidado em pessoas com condições crônicas, considera o AVC uma condição de alta gravidade que requer abordagem individualizada em casos em que o autocuidado é insuficiente. A recomendação é a elaboração conjunta de um plano de cuidado pela equipe de saúde com o paciente e sua família. Esse plano considera as necessidades da pessoa com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e preservar a autonomia individual e familiar³⁶.

Na gestão da reabilitação de pacientes, existe uma dependência de ações articuladas de diferentes profissionais e setores. Nesse sentido, para informar o gestor sobre a inclusão de fisioterapia e terapia ocupacional nas abordagens de reabilitação, o responsável pela equipe de saúde pode buscar, de forma rápida, estudos sobre intervenções multidisciplinares para pacientes com AVC.

Há necessidade de buscar uma resposta rápida de evidências existentes sobre eficácia, custo-efetividade e diretrizes clínicas envolvendo ação multidisciplinar para reabilitação de pacientes com lesão cerebral adquirida, incluindo o AVC. No Canadá, existe um serviço de resposta rápida que fornece informações para os envolvidos no planejamento e prestação de cuidados³⁷.

A seguir, apresentamos uma resposta rápida da Agência Canadense para Medicamentos e Tecnologias em Saúde (*Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, CADTH).

O que o estudo buscou responder?

Três perguntas foram desenhadas para realizar a busca rápida por estudos de eficácia, custo-efetividade e diretrizes assistenciais:

- Qual é a eficácia clínica da reabilitação multidisciplinar e interdisciplinar para pacientes com lesão cerebral adquirida?
- Qual é a relação custo-efetividade da reabilitação multidisciplinar e interdisciplinar para pacientes com lesão cerebral adquirida?
- Quais são as diretrizes baseadas em evidências relativas a questões multidisciplinares e interdisciplinares para reabilitação dos pacientes com lesão cerebral adquirida?

A pergunta estruturada envolve os componentes descritos no quadro a seguir:

Quadro 6

Pergunta PICO da reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular cerebral

População	Adultos com lesões cerebrais adquiridas, incluindo AVC.
Intervenção	Ações multidisciplinares de reabilitação em curto ou longo prazo, como fisioterapia e terapia ocupacional.
Comparação	Intervenções comparadas entre si, tratamento padrão, intervenções únicas ou nenhum comparador.
Outcome (desfecho)	Resultados funcionais em curto e longo prazo, resultados de custo-efetividade e orientações baseadas em evidências para a reabilitação de pacientes com lesão cerebral adquirida.

Fonte: Multidisciplinary and interdisciplinary rehabilitation interventions for patients with acquired brain injuries: clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Rapid response report³³.

Como o estudo foi realizado?

O relatório de resposta rápida forneceu uma lista de fontes da melhor evidência sobre o tema. Especificamente para intervenções multidisciplinares de reabilitação no AVC, o relatório de resposta rápida listou uma ATS, uma revisão sistemática, um estudo não randomizado, uma avaliação econômica e quatro diretrizes baseadas em evidências. A sumarização dos resultados foi preparada a partir das informações relevantes dos resumos dos estudos selecionados.

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

As respostas rápidas se baseiam em uma pesquisa bibliográfica não abrangente, que prioriza ATSs, revisões sistemáticas, metanálises, estudos randomizados controlados, estudos não randomizados, avaliações econômicas e diretrizes baseadas em evidências.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

As informações incluídas na resposta rápida não se destinam a substituir os estudos completos nem devem ser interpretadas como recomendação contra ou a favor da utilização de uma determinada tecnologia de saúde. Os leitores também precisam considerar que a ausência de dados de boa qualidade não significa necessariamente uma falta de eficácia, especialmente no caso de tecnologias de saúde sobre as quais pouca informação pode ser encontrada, mas que no futuro poderão ser estudadas.

O relatório de revisão rápida não assegura que seu conteúdo seja preciso, completo e atualizado, e a agência não se responsabiliza por quaisquer perdas ou danos resultantes da utilização das informações contidas no relatório.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

A NTRR sobre terapia de reabilitação para pacientes com AVC indica que a pessoa deve ser tratada durante a fase aguda em uma unidade de atenção especializada, sendo importante ter uma equipe multidisciplinar com experiência em reabilitação de AVC. Na fase pós-aguda, indica que os pacientes devem ter acesso ao atendimento ambulatorial completo ou multidisciplinar e acesso aos serviços de reabilitação domiciliar.

A revisão sistemática localizada pelo relatório identificou dois estudos, que encontraram efeitos positivos na qualidade de vida de pacientes com AVC após uma intervenção de profissional fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. No entanto, não relataram efeitos positivos nas atividades diárias e na participação social após uma intervenção multidisciplinar.

O estudo não randomizado incluído no relatório concluiu que as equipes comunitárias de reabilitação proporcionaram melhora em vários domínios físicos, sociais e cognitivos na *Stroke Impact Scale* (uma escala específica, autorrelato, medida de estado de saúde) pós-AVC.

A avaliação econômica de custo-efetividade sobre os cuidados integrados para pacientes com AVC concluiu que a reabilitação em casa consegue

melhores resultados de saúde quando comparada aos cuidados convencionais, mas pode não resultar em economia de recursos financeiros.

As quatro diretrizes identificadas abordam o uso de intervenções interdisciplinares de reabilitação para pacientes com AVC com orientações para todos os membros da equipe, incluindo recomendações para avaliação inicial, prestação de cuidados em uma unidade especializada de reabilitação e reabilitação ambulatorial e comunitária. Uma diretriz foi focada em intervenções multiprofissionais em terapia ocupacional para melhoria de desempenho de pessoas com problemas cognitivos, motores e psicossociais ou melhora de atividades de vida diária. As diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e da *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) recomendam que as unidades de reabilitação de AVC sejam equipadas com uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, farmacêuticos, enfermeiros, terapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e assistentes de reabilitação.

A diretriz do NICE destacou que a educação multidisciplinar deveria ser disponibilizada para pacientes e cuidadores. Também destaca a importância da abordagem multidisciplinar desde o período de internação.

O mapeamento das evidências existentes foi o objetivo desse relatório de resposta rápida. A contribuição desse tipo de estudo se faz presente quando existe um prazo curto para se decidir sobre a utilização de uma prática de cuidado ou a introdução de um novo serviço. A NTRR aponta situações promissoras em que uma avaliação mais completa seria útil e recomendável.

2.2 Estudo

Revisão sistemática

A revisão sistemática é um tipo de estudo secundário no qual se realiza uma síntese de evidências científicas provenientes de estudos primários por meio de uma metodologia abrangente, rigorosa e reprodutível³⁸.

As revisões sistemáticas podem variar em seus métodos dependendo dos estudos primários analisados. Por isso, o Ministério da Saúde publicou três diretrizes metodológicas voltadas para estudos de intervenção, estudos de acurácia diagnóstica e estudos sobre fatores de risco e prognóstico^{38, 39, 40}.

A elaboração de uma revisão sistemática deve cumprir as seguintes etapas:

- Realizar uma revisão de literatura que justifique a necessidade de produzir uma revisão sistemática;
- Definir a questão de pesquisa estruturada no formato do acrônimo PICO;
- Definir as palavras-chave e elaborar a estratégia de busca para diferentes bases de dados de literatura científica;
- Documentar a metodologia por meio de um protocolo de pesquisa;
- Realizar a busca de potenciais estudos elegíveis, incluindo dados publicados e não publicados;
- Avaliar a elegibilidade dos estudos identificados na busca por meio da leitura de títulos e resumos, e depois pela leitura dos textos completos dos artigos selecionados;
- Avaliar a qualidade metodológica e os riscos de viés nos estudos primários incluídos por meio de ferramentas apropriadas;
- Extrair os dados relevantes dos estudos incluídos por meio de uma ficha padrão;
- Realizar uma metanálise, se aplicável;
- Realizar avaliação do viés de publicação;
- Analisar, apresentar e discutir os resultados dos dados descritivos, da metanálise, e de potenciais vieses;

- Avaliar a qualidade da evidência para a elaboração de recomendações (opcional);
- Estruturar a conclusão, resumizando as implicações dos resultados para a prática clínica, para a gestão em saúde e para pesquisas futuras.

Podemos observar que o processo para realização de uma revisão sistemática é complexo. Nesse sentido, para garantir a qualidade metodológica na realização de uma revisão sistemática, é fundamental que a equipe de elaboração tenha conhecimentos sobre os métodos envolvidos, estatística, epidemiologia, aspectos clínicos do problema de saúde estudado, informática e língua inglesa³⁸.

As revisões sistemáticas podem ser confundidas com as revisões narrativas, especialmente quando estas últimas utilizam estratégia de busca estruturada. No Quadro 7, estão descritas as principais diferenças entre revisão sistemática e revisão narrativa.

Quadro 7 **Principais diferenças entre as revisões sistemática e narrativa**

Aspecto	Revisão sistemática	Revisão narrativa
Pergunta clínica	Muito específica.	Usualmente ampla e menos específica.
Busca pela informação	Realizada em múltiplas bases de dados; contato com pesquisadores, agências de regulação e indústria.	Não especificada. Usualmente, utiliza as referências de mais fácil acesso e as mais citadas na literatura.
Critérios de inclusão e exclusão dos artigos	Estabelecidos previamente de forma específica, criteriosa e transparente.	Não sistematizados.
Avaliação dos achados e da evidência geral	Realizada por meio de ferramentas validadas e padronizadas (metanálise, escalas e <i>checklists</i> de avaliação de qualidade, entre outros).	Avaliação subjetiva e descritiva.

Continua

Aspecto	Revisão sistemática	Revisão narrativa
Síntese	Quando apropriado, pode combinar os dados de múltiplos estudos em uma única estimativa (metanálise).	Avaliação apenas qualitativa.
Conclusões	Permite concluir sobre a credibilidade da evidência de maneira semiquantitativa e fornece uma recomendação (a favor ou contra).	Gerais, sem conclusão sobre a credibilidade. Pode não fornecer uma recomendação com clareza.

Fonte: *Multidisciplinary and interdisciplinary rehabilitation interventions for patients with acquired brain injuries: clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Rapid response report*⁶³.

Os resultados de uma revisão sistemática podem ser apresentados de forma narrativa ou incluir também uma metanálise, que combina os resultados de dois ou mais estudos primários para gerar uma única estimativa de efeito. A metanálise é um tipo de análise estatística que agrupa amostras de diversos estudos propiciando estimativas de efeito com maior precisão, além de contribuir para aumentar a validade externa desses estudos. No entanto, nem sempre é possível ou recomendável realizá-la devido à heterogeneidade dos estudos primários incluídos na revisão sistemática³⁸.

Os resultados de uma metanálise costumam ser apresentados de maneira mais informativa, por meio de um gráfico de floresta (do inglês, *forest plot*). Um exemplo de gráfico de floresta pode ser observado mais adiante no cenário subsequente sobre estratégias de rastreamento de violência doméstica (Figura 1).

A avaliação dos riscos de viés nos estudos primários incluídos em uma revisão sistemática pode ser realizada por meio da aplicação de diferentes ferramentas, que devem ser apropriadas a cada tipo de estudo.

Uma ferramenta para avaliação da qualidade de ensaios clínicos randomizados é a da Colaboração Cochrane, que contempla os seguintes vieses:

1. seleção;
2. desempenho;
3. detecção;

4. atrito;
5. relato; e
6. outros tipos de viés⁴².

Para avaliar os estudos incluídos numa revisão sistemática de acurácia, utiliza-se o *Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies* (QUADAS-2), uma ferramenta que compreende quatro domínios:

1. seleção de pacientes;
2. teste avaliado;
3. padrão de referência; e
4. fluxo e tempo³⁹.

Nas revisões sistemáticas de fatores de risco e prognóstico, pode-se utilizar o *Newcastle Ottawa Scale*, um instrumento que traz questões separadas para avaliar os estudos de coorte e de caso-controle. Ele contempla os seguintes domínios de avaliação de risco de viés:

1. seleção dos pacientes (generalização e aplicabilidade);
2. comparabilidade dos grupos no estudo;
3. métodos para avaliação dos desfechos (estudo de coorte);
4. comprovação da exposição (caso-controle); e
5. seguimento adequado⁴⁰.

Uma etapa opcional na realização de uma revisão sistemática é avaliar a qualidade da evidência para a elaboração de recomendações utilizando o sistema GRADE, que atribui níveis de evidência e classifica a força da recomendação para questões em saúde. O nível de evidência representa a confiança na informação utilizada, e a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo, conforme o quadro abaixo⁴³.

Quadro 8

Nível de evidência segundo o sistema GRADE

Nível de evidência	Definição	Implicações
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais possam modificar a confiança na estimativa do efeito.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante na confiança na estimativa de efeito.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.

Fonte: Adaptado de GRADE *working group*⁴⁴.

Embora as revisões sistemáticas sejam muito úteis para subsidiar a tomada de decisões em saúde, há uma preocupação crescente quanto à sua qualidade e pertinência, uma vez que elas têm sido produzidas em grande quantidade nos últimos 20 anos. Por isso, é necessário que o leitor também saiba avaliar as limitações metodológicas desse tipo de estudo.

A qualidade metodológica de revisões sistemáticas pode ser avaliada com o *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR), uma ferramenta que contém 11 questões e é de aplicação rápida e relativamente fácil⁴⁵.

2.2.1 Cenário

Estratégias de rastreamento de violência doméstica

Título do estudo: *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*⁴⁶.

O que justificou a realização do estudo?

No contexto brasileiro, as consequências da violência são mostradas pelos dados de óbitos por agressões contra a mulher. Entre 2011 e 2013, ocorreram 17.581 óbitos e uma taxa de mortalidade anual de 5,87 mortes por 100 mil mulheres. Isso representa, em média, a morte de 16 mulheres por dia, atingindo todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. A ocorrência de mortes nos domicílios (28,1%) e em finais de semana (35,7%) sugere situações de violência doméstica e familiar⁴⁷.

O Caderno de Atenção Básica para atenção domiciliar recomenda que as equipes de saúde identifiquem a violência doméstica e conheçam estratégias para a prevenção dessa situação⁴⁸.

A melhoria das formas de identificação das mulheres agredidas exige mecanismos ágeis de rastreamento. Existem recomendações para se realizar uma triagem universal de formas de violência de todas as mulheres que chegam aos serviços de saúde, em detrimento de abordagens voltadas apenas para mulheres com sinais e sintomas de abusos.

Para conhecer as melhores formas de detectar a violência doméstica em serviços de atenção básica, buscamos revisões sistemáticas que pudessem mostrar efeitos de estratégias de rastreamento.

A seguir, apresentamos um resumo da revisão da Colaboração Cochrane sobre triagem de mulheres vítimas de violência de parceiros íntimos detectada nos serviços de saúde.

O que o estudo buscou responder?

O estudo buscou responder se o rastreamento da violência de parceiros e ex-parceiros por profissionais de saúde em todas as mulheres atendidas nos

serviços de saúde aumenta a identificação dessas mulheres, diferenciando-a em relação ao ambiente realizado, além do encaminhamento aos serviços de apoio específicos, dos benefícios para a mulher e dos possíveis danos. Podemos considerar a pergunta estruturada apresentada no Quadro 9.

Quadro 9

Pergunta PICO de estratégias de rastreamento de violência doméstica

População	Mulheres acima de 16 anos que comparecem aos serviços de saúde por qualquer motivo.
Intervenção	Deteção por rastreamento universal em diferentes tipos de serviços de saúde conduzido por profissional da saúde.
Comparação	Cuidado de saúde habitual (sem rastreamento ou com um tipo de rastreamento que não envolva profissionais de saúde ou interação presencial com as mulheres).
Outcome (desfecho)	Identificação pelos profissionais de saúde do abuso sofrido pela mulher. Encaminhamento para serviços de apoio específicos. Saúde física, mental e psicossocial das mulheres. Apoio social percebido. Abuso de álcool e drogas. Ocorrência de eventos adversos, como aumento da morbimortalidade física ou psicossocial; aumento dos abusos, falsos-negativos ou positivos.

Fonte: *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*⁴⁶.

O rastreamento foi definido como qualquer estratégia para perguntar às mulheres sobre as experiências de violência provocadas por parceiro íntimo, tanto no passado como no presente. Pode ser realizado diretamente por um profissional de saúde ou indiretamente por meio de questionário preenchido no computador, desde que o profissional da saúde tenha acesso imediato aos resultados do questionário.

Como o estudo foi realizado?

Trata-se de uma revisão sistemática com metanálise que incluiu estudos

randomizados ou quase randomizados de rastreamento com envolvimento de profissionais de saúde para todas as mulheres que procuram os serviços de saúde, comparando com o cuidado habitual ou o rastreamento sem o suporte de profissionais de saúde. Os serviços envolvidos foram atenção familiar e serviços de saúde comunitários, serviços de pré-natal e pós-natal, serviços de emergência ambulatorial ou hospitalar, obstetrícia e ginecologia, psiquiatria, odontológicos e oftalmológicos, e serviços especializados em drogas, álcool e saúde mental.

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

A busca por estudos primários foi realizada em 12 fontes de informação, incluindo registros de ensaios clínicos, bases da literatura científica e busca manual em congressos e periódicos especializados. As bases de dados utilizadas foram: EMBASE, MEDLINE, DARE, CINAHL, PsycINFO, Sociological Abstracts e ASSIA e registros de ensaios clínicos.

Dois revisores, de forma independente, fizeram a seleção dos estudos e avaliaram a qualidade dos estudos incluídos.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

A avaliação de qualidade foi realizada usando a ferramenta de risco de viés da Cochrane, que permite classificar os ensaios controlados como de alto e baixo risco de viés ou risco incerto. A heterogeneidade dos estudos foi avaliada pelo teste estatístico I^2 e pela análise das características de população, intervenção e desfechos dos estudos incluídos. Para verificar quais resultados poderiam ser sumarizados em uma metanálise, os autores usaram a metodologia GRADE e identificaram a qualidade da evidência por desfechos.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

Os autores incluíram 13 ensaios clínicos controlados realizados no Canadá, Estados Unidos, Japão, Portugal e Nova Zelândia. Os questionários e as estratégias para rastreamento universal foram diversificados entre os estudos. Oito dos 13 estudos (10.074 mulheres) abordaram rastreamento universal envolvendo um profissional de saúde. A metanálise elaborada

para esse desfecho (Figura 1) mostrou que as estratégias de rastreamento mais que dobraram a identificação do número de mulheres que sofreram abusos [*odds ratio*: 2,95; intervalo de confiança de 95% (IC95%): 1,79 a 4,87], sendo a qualidade dessa evidência classificada como moderada.

Figura 1

Metanálise: Rastreamento universal para detecção de violência cometida por parceiros comparado ao grupo controle de triagem por sinais e sintomas



Fonte: Screening women for intimate partner violence in healthcare settings⁴⁶.

Outros resultados foram destacados pelos autores:

- As mulheres grávidas tiveram quatro vezes mais chances de serem identificadas como tendo sofrido alguma violência por parte de parceiro íntimo, mas esse achado precisa ser confirmado em estudos maiores e mais robustos.
- Não houve diferença na identificação de mulheres que sofreram abuso com a utilização de rastreamento universal por meio de diferentes abordagens, a saber questionário autopreenchido e perguntas realizadas diretamente por profissionais de saúde.
- Não houve relato de danos relacionados ao rastreamento universal. Entretanto, apenas um estudo avaliou esse desfecho com maior tempo de seguimento.
- Apenas dois estudos analisaram se o rastreamento diminui a violência pelo parceiro íntimo e não encontraram efeito da intervenção nesse desfecho.
- O impacto do rastreamento na saúde física e mental foi avaliado em um estudo que não encontrou efeito no rastreamento em 18 meses nesse desfecho.
- Apesar do aumento da taxa de identificação de casos de violência, o rastreamento universal não teve efeito nas taxas de encaminhamento para serviços especializados na atenção a vítimas de violência.

2.3 Estudo

Revisão de revisões sistemáticas

A revisão de revisões sistemáticas⁴⁹ (RRS) é um estudo que sintetiza e integra informações geradas por revisões sistemáticas existentes, podendo reduzir incertezas quanto a determinado problema ou situação clínica. É capaz de compilar múltiplas evidências em um único documento e abordar potenciais intervenções para uma mesma condição, permitindo aos tomadores de decisão em saúde localizar, avaliar, comparar e sintetizar as revisões⁵⁰.

Esse tipo de estudo de síntese surgiu pela necessidade de tomadores de decisão serem informados por evidências de qualidade e em tempo oportuno sobre as várias alternativas de intervenções para um mesmo problema. A qualidade se refere ao fato de utilizar como fonte de informação revisões sistemáticas que se baseiam em métodos transparentes e reproduzíveis. O tempo oportuno está relacionado ao fato de se iniciar a busca partindo de revisões e não de estudos individuais.

Os profissionais de saúde também podem se beneficiar do acesso a informações sistematizadas com menos esforço, pois, para se manterem atualizados no seu campo de atuação⁵¹, precisariam ler de 17 a 20 artigos originais todos os dias.

A RRS possui uma variedade de nomenclaturas, como revisões “guarda-chuvas” e metarrevisões⁵².

De modo geral, o formato de uma RRS contém o contexto de um tomador de decisão especificando a quem está endereçado e o propósito – intervenção clínica, formulação de política ou abordagem para paciente/consumidor/usuário dos serviços. Abarca uma única condição ou problema de saúde.

Algumas experiências internacionais podem ilustrar o perfil de RRSs realizadas até o momento. A Colaboração Cochrane produz RRSs com temas direcionados para intervenções clínicas ou voltados para a organização de serviços assistenciais⁵³. A Universidade McMaster produz RRSs para políticas e programas de saúde, e algumas agências de ATS elaboram relatórios para apoiar decisões de cobertura e financiamento de tecnologias⁵⁴.

Embora o método não esteja totalmente definido internacionalmente, as experiências existentes são promissoras para incentivar o uso desse tipo de estudo nas tomadas de decisão.

Quadro 10

Características das revisões de revisões sistemáticas (RRSs)

Pergunta	Estratégia de busca	Principais bases de dados	Avaliação crítica	Interpretação	Aplicação
Síntese de evidências de revisões sistemáticas de efeitos de intervenções, problemas de saúde ou outras situações que necessitem de uma tomada de decisão. Utilizam o formato SPICE para estruturar a pergunta: S – Contexto P – População-alvo ou serviços de saúde I – Intervenções C – Alternativa em comparação ou prática habitual E – Efeitos na saúde de uma população-alvo (redução de mortalidade e morbidade) ou na melhoria de práticas, aderência, cobertura, acesso.	Utiliza palavras-chave que estão relacionadas à pergunta em duas principais bases de dados sobre vocabulário indexado: MeSH (MEDLINE) DeCS (BVS) A estratégia de busca emprega filtros validados para capturar revisões sistemáticas e mesmo RRSs.	Revisões Cochrane: a. <i>Cochrane Library</i> <i>Cochrane Effective Practice and Organization of Care</i> Relatórios de agências de ATS: a. <i>INAHTA</i> b. <i>Centre for Reviews and Dissemination</i> Revisões direcionadas a políticas: a. <i>Health Systems Evidence</i> b. <i>PDQ-Evidence</i> c. <i>Campbell Collaboration</i> Revisões catalogadas na MEDLINE: a. PubMed b. LIACS Registros de revisões sistemáticas: a. PROSPERO	A avaliação crítica de RRS segue as mesmas regras da revisão sistemática, observando-se principalmente o viés de relato. Características importantes: » Autores de RRS devem priorizar um conjunto de resultados-chave antes de examinar as revisões sistemáticas. » Atentar para achados sobrepostos e discordantes. » Avaliar a qualidade da evidência por efeitos/desfechos usando o sistema GRADE⁴³. » Usar AMSTAR⁵⁵.	Resumo de resultados em função do propósito da RRS. Análise qualitativa pode realizar comparações indiretas e de múltiplas intervenções.	Utilizada como método nas agências de avaliação de tecnologias para decisão comparativa de múltiplas tecnologias para uma mesma indicação e nos estudos que fundamentam políticas informadas por evidências destinadas a resolver um problema de saúde ou de serviços de saúde.

Fonte: Diretrizes Metodológicas: sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde⁴³.

2.3.1 Cenário

Redução de danos relacionados ao uso abusivo de álcool

Título do estudo: *Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews*⁵⁶.

O que justificou a realização do estudo?

O álcool é o terceiro maior fator de risco para doenças, causando cerca de dois milhões e meio de mortes anualmente em todo o mundo⁵⁷. Resulta, além disso, em altos custos para a sociedade e para o sistema de saúde, criminalidade e perda de produtividade⁵⁸.

Portanto, a implementação de intervenções em nível populacional para reduzir as consequências do consumo de álcool é uma prioridade em saúde pública⁵⁹.

A comparação entre dois inquéritos de base populacional (I e II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, LENAD) mostra que é crescente o consumo de álcool no Brasil. O II LENAD, conduzido em 2012, estima que 11,7 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool no país. Entre os adultos, um total de 54% dos entrevistados revelou consumir álcool regularmente, ou seja, uma vez por semana ou mais. Houve crescimento de 20% no consumo frequente de álcool em relação ao estudo de 2006, quando 45% das pessoas revelaram beber com regularidade. Quando diferenciada a ingestão de bebidas entre homens e mulheres, o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens saltou, da primeira para a segunda análise, de 56% para 64%, e entre mulheres, de 29% para 39%. Já na segmentação dos entrevistados entre as regiões do Brasil, o consumo de álcool regular revelou-se maior na região Sudeste (aumento de 46% para 60%). Houve aumento também nas regiões Norte (33% para 36%), Sul (43% para 55%) e Centro-Oeste (40% para 56%) e estabilidade na região Nordeste, com percentual de consumo frequente de álcool de 48%⁶⁰.

Estudos realizados com estudantes também apontam alta frequência de consumo de bebidas alcoólicas. Na pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas (CEBRID) sobre o uso indevido de drogas por estudantes dos antigos 1º e 2º graus, em 10 capitais brasileiras, revelou que 74,1% dos adolescentes já haviam feito uso de álcool na vida e 14,7% faziam uso frequente. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola após beber e que 11,5% brigaram sob o efeito do álcool⁶¹. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (2009) mostraram que, para o conjunto dos alunos entrevistados, 71% haviam experimentado bebida alcoólica e 27% relataram consumo regular de álcool⁶².

Muitos avanços foram alcançados no SUS desde 2003, com a publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁶¹, que além de reafirmar o uso de drogas como um fenômeno complexo de saúde pública, avança quando define como marco teórico-político-ético a redução de danos (RD). Mais recentemente, com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, têm-se buscado estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos em parceria com outras redes intra e intersetoriais. Elas devem estar baseadas em boas práticas, em práticas inovadoras, em evidências científicas, nas diretrizes da política de saúde e em princípios éticos.

O uso abusivo de álcool é um problema enfrentado frequentemente pelas equipes de AB, o que justifica a necessidade de buscar evidências sobre intervenções efetivas que possam ser implementadas nesse nível de atenção.

Dada a complexidade dos determinantes do consumo de álcool e seu impacto em diferentes grupos populacionais, a RRS é um tipo de estudo que possibilita uma visão abrangente sobre a efetividade de diferentes intervenções voltadas à redução do consumo.

A seguir, apresenta-se o resumo de uma RRS voltada a essa temática, identificada por meio de uma busca na base de dados *Health Systems Evidence*.

O que o estudo buscou responder?

Considerando as consequências do consumo de álcool sobre a saúde e a sociedade e o fato de atingir diferentes grupos populacionais, quais intervenções em nível populacional são efetivas para a sua redução?

Quadro 11

Pergunta PICO da redução de danos relacionada ao uso abusivo de álcool

População-alvo	Diferentes grupos populacionais (crianças/adolescentes/adultos).
Intervenção	Intervenções comunitárias.
Comparação	Nenhuma intervenção.
Outcome (desfecho)	Redução do uso de álcool.

Fonte: *Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews*³⁶.

Como o estudo foi realizado?

O estudo consiste em uma RRS cujo objetivo central foi oferecer uma análise abrangente e atualizada do nível de evidência de diferentes intervenções voltadas à redução do consumo de álcool ou de seus efeitos adversos sobre a saúde.

As etapas do estudo consistiram em:

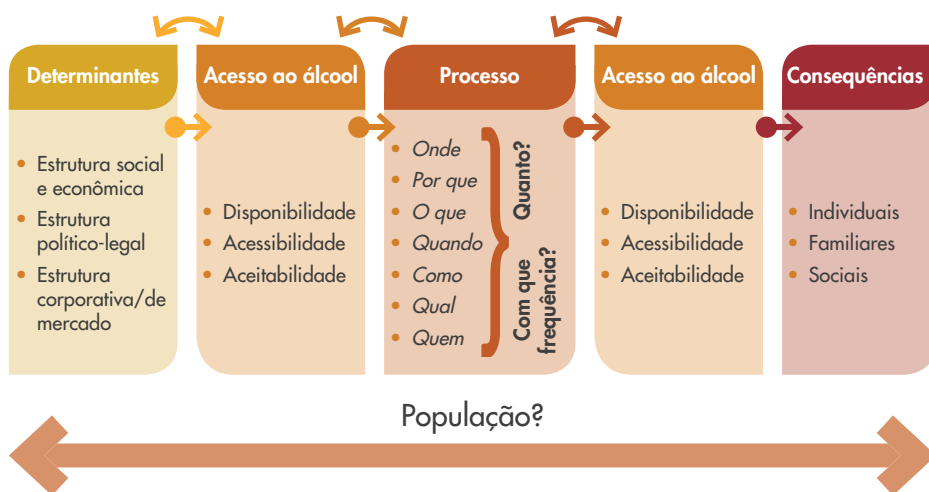
1. Busca por revisões sistemáticas em seis bases de dados;
2. Aplicação de critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
3. Extração de dados através de um formulário padronizado contendo informações sobre o objetivo do estudo, critérios de inclusão, desfechos analisados, resultados e um resumo sobre as conclusões, recomendações e limitações apontadas pelos autores;
4. Avaliação da qualidade dos estudos;
5. Análise dos dados por meio de síntese narrativa, pois não foi possível combinar os resultados em uma metanálise dada a heterogeneidade de intervenções e desfechos analisados.

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

Realizou-se uma busca nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, *Cochrane*, *Social Police and Practice*, DARE e bancos de dados do NICE. As buscas foram orientadas por um modelo conceitual (Figura 2), que aponta os caminhos causais que conectam os usuários ao consumo de álcool e seus resultados para a saúde e a sociedade.

Foram realizadas buscas por revisões sistemáticas de estudos primários que avaliaram a eficácia das intervenções de nível populacional para reduzir o consumo de álcool ou danos relacionados usando desenhos do tipo controlado, antes e depois ou séries temporais. Estudos publicados de 2002 a 2012 foram incluídos, sem restrição de idioma ou de revisão por pares. No total, foram identificados 6.778 artigos.

Figura 2
Modelo conceitual sobre os caminhos causais que ligam o consumo de álcool aos resultados distais de saúde e sociais



Fonte: Adaptado do estudo *Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews*⁵⁶.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada de forma independente por dois revisores utilizando o AMSTAR⁵⁵. As revisões foram categorizadas em alta (escore de 9-11), média (6-8) ou baixa (0-5) qualidade. É importante ressaltar que o escore obtido pelo AMSTAR reflete a qualidade da revisão sistemática, e não necessariamente a qualidade dos estudos primários incluídos na revisão.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

Os autores identificaram 52 revisões sistemáticas, das quais nove conduziram metanálises. Doze revisões foram classificadas como de alta, 29 de média e 11 de baixa qualidade. As intervenções foram categorizadas de acordo com 10 áreas: 1) bares e estabelecimentos comerciais; 2) disponibilidade de venda de bebidas alcoólicas; 3) produção e venda ilícita de álcool; 4) tributação; 5) meios de comunicação; 6) beber ao dirigir; 7) escolas; 8) universidades; 9) intervenções familiares e comunitárias; e 10) intervenções no local de trabalho.

Verificou-se que, dada a multiplicidade de fatores associados ao consumo de álcool, faz-se necessária a implementação de intervenções voltadas para diferentes aspectos do problema. Trazendo para o contexto da AB, entre as intervenções analisadas, alguns programas direcionados às famílias ou comunidades, com foco nas crianças e adolescentes, demonstraram impacto na redução do uso e retardo no início do uso de álcool. Foram identificadas três revisões sistemáticas sobre intervenções realizadas fora das escolas, em ambiente comunitário. Uma das revisões apontou que em cinco de seis estudos foram identificados benefícios nesse tipo de intervenção, com maior efeito entre as meninas. A segunda revisão apontou que as intervenções familiares reduziram o uso de álcool e seu início, porém com efeitos inconsistentes sobre desfechos sociais e na saúde. A terceira revisão mostrou que as intervenções que mais efetivamente reduziram o consumo de álcool foram aquelas que envolveram ativamente os pais e enfatizaram habilidades sociais ou a responsabilidade pessoal entre os jovens.

Em resumo, os resultados dessa RRS sinalizam a importância da implementação de ações intersectoriais para a redução de riscos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, mas apontam uma janela de oportunidades para a atuação da AB, no sentido de trabalhar com intervenções voltadas à redução do consumo de álcool entre crianças e adolescentes por meio de intervenções em nível familiar e comunitário.

2.4 Estudos

Avaliação econômica em saúde e análise de impacto orçamentário

As avaliações econômicas em saúde (AESs)⁶³ são estudos que utilizam técnicas analíticas formais para comparar diferentes alternativas de ação, levando em consideração custos e consequências para a saúde. As AESs baseiam-se no conceito de custo de oportunidade. Como os recursos financeiros são limitados, o custo de oportunidade pressupõe que, ao se fazer opção por uma intervenção equivocada, perde-se a oportunidade de investir os recursos em alternativas que poderiam trazer mais benefícios para a população.

Os sistemas e serviços de saúde são influenciados por um conjunto de fatores que têm exigido cada vez mais recursos financeiros, comprometendo sua sustentabilidade. Assim, a Lei nº 12.401/2011, que criou a CONITEC, estabeleceu a ATS e os estudos de avaliação econômica como critérios indispensáveis para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS⁶⁴.

Características das avaliações econômicas

Os estudos de avaliação econômica são classificados como parciais ou completos dependendo das análises envolvidas. As avaliações econômicas parciais contemplam a descrição ou a análise dos custos e podem conter informações sobre o desempenho de uma determinada tecnologia, mas não fazem comparação dos custos e das consequências para a saúde entre duas ou mais alternativas.

As avaliações econômicas completas são aquelas em que há comparação dos custos e de alguma medida de desempenho das alternativas consideradas. São quatro os tipos fundamentais de avaliações econômicas completas: a) custo-minimização; b) custo-benefício; c) custo-efetividade; e d) custo-utilidade. Esses estudos diferem quanto aos desfechos utilizados⁶³.

Custo-minimização: é um caso particular de AES. Pode ser utilizada quando a efetividade das intervenções comparadas for considerada equivalente, sendo necessário apenas determinar qual das alternativas implicará menores custos.

Custo-efetividade: a efetividade é aferida em termos de benefício clínico, como anos de vida salvos e número de eventos evitados.

Custo-benefício: tanto o consumo de recursos quanto o benefício em saúde são medidos em unidades monetárias, sendo o valor resultante um benefício financeiro líquido.

Custo-utilidade: difere do estudo de custo-efetividade, porque a efetividade é aferida em termos de “utilidade”, que consiste em uma medida combinada de benefícios em tempo de vida e em qualidade de vida. Exemplos de “utilidade” são os anos de vida ajustados por qualidade (*quality-adjusted life years*, QALY) ou os anos de vida ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years*, DALY).

Os estudos de custo-utilidade e de custo-benefício permitem comparar diferentes programas, sendo interessantes para orientar a tomada de decisão.

No quadro abaixo, são apresentadas algumas características comparativas entre os estudos completos de avaliação econômica.

Quadro 12

Tipos de estudos

Tipos	Custos	Desfechos em saúde	Vantagens	Desvantagens
Custo-minimização	Monetários	Espera-se desempenho igual das intervenções comparadas ^a	Praticidade, pois necessita apenas mensurar custos.	Aplicabilidade limitada, visto serem raras as intervenções com desfechos em saúde idênticos.
Custo-benefício	Monetários	Monetários	Facilita ^a a comparação de vários estudos, pois todos são mensurados na mesma unidade de valor.	Difícil valorar monetariamente os desfechos em saúde.
Custo-efetividade	Monetários	Anos de vida ganhos; dias de incapacidade evitados	Utiliza desfechos concretos da prática clínica.	Comparação dos estudos restrita a desfechos unidimensionais e comuns aos estudos.
Custo-utilidade	Monetários	Utilidade ^b	Considera efeitos na mortalidade e na morbidade ^b .	Eventuais problemas de validação dos instrumentos para mensuração de utilidade.

Fonte: Adaptado de SILVA et al., 2016; SILVA et al., 2014^{65, 66}.

Notas: a. Por exemplo, um mesmo desempenho entre medicamento genérico e referência.

b. Normalmente, é aferida por meio de anos de vida ajustados pela qualidade (*quality-adjusted life years*, QALY) ou anos de vida ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years*, DALY).

Análise de impacto orçamentário

A análise de impacto orçamentário (AIO) é um instrumento de análise econômica para estimar o potencial impacto da inclusão da tecnologia no orçamento do sistema de financiamento e cobertura.

A AIO relaciona os custos de uma ou mais tecnologias para a doença/agravo, considerando toda a população indicada para aquela intervenção. Enquanto na análise de custo-efetividade se avalia a nova tecnologia para

uma coorte de indivíduos cujos estados de saúde variam com o tempo, na AIO se analisa os cenários de difusão de cada tecnologia para a população indicada. A análise de custo-efetividade emprega, geralmente, um horizonte de tempo estimando custos e benefícios para o resto da vida, enquanto a AIO trabalha com períodos mais curtos, necessários ao processo decisório. O impacto orçamentário corresponde à etapa final do processo de avaliação da incorporação, sendo realizado após a tecnologia ter sido comprovada como eficaz e segura⁶⁷.

A AIO parte de um cenário de referência que normalmente reflete a proporção de população coberta (distribuição do mercado) e o tratamento disponível na tabela de procedimentos, comparando-o a cenários alternativos contendo a proporção da população de interesse para determinada doença e os custos da nova intervenção. O impacto orçamentário incremental é a diferença entre esses cenários.

Essas análises são úteis para identificar o montante de recursos que precisa ser investido para cobrir a população-alvo considerando que a implementação pode ser gradual, mas após atingir toda a população a ser coberta, a atenção deve ser completa e sustentável ao longo do tempo.

Atualmente, a AIO é um requisito das novas regras de incorporação e retirada de tecnologias do SUS introduzidas pela Lei nº 12.401, de 2011, como padrão nos pedidos de incorporação de tecnologias, a exemplo do que já acontece com os estudos de custo-efetividade.

A elaboração de uma AIO contém as seguintes etapas:

- Definição da doença/agravo, da população-alvo, da nova intervenção, da caracterização de cenários de referência e alternativo(s);
- Definição da perspectiva e do horizonte temporal da análise;
- Cálculo da distribuição/difusão da nova intervenção ao longo do horizonte temporal tendo em vista que novos procedimentos não se iniciam com cobertura total no primeiro ano de implantação;
- Estimativa da população-alvo considerando as pessoas elegíveis e a indicação de uso da nova intervenção e prevendo restrições de acesso a subgrupos devido a contraindicações;

- Estimativa de custos da nova intervenção e outros procedimentos a ela associados. Também se estimam os custos que podem ser evitados em decorrência da introdução da nova intervenção, como diminuição de cirurgias ou de uso de medicamentos;
- Cálculo do impacto orçamentário anual por cenários (referência e alternativo) considerando a distribuição/difusão da população a ser coberta gradualmente;
- Cálculo do impacto orçamentário incremental, ou seja, a diferença entre o cenário alternativo e o de referência. Esse impacto incremental é a diferença de custos entre os cenários de incorporação, que pode demonstrar aumento ou redução de custos para o sistema de saúde.

Podemos encontrar estudos de AIO nos relatórios de recomendação da CONITEC⁶⁸ e no sistema de informação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – SISREBRATS (<<http://rebrats.saude.gov.br/sisrebrats>>).

2.4.1 Cenário

Prevenção de agravos pelo uso de estatinas no tratamento das dislipidemias

Título do estudo: *Análise de custo-efetividade e impacto orçamentário das estatinas no tratamento da dislipidemia*⁶⁹.

O que justificou a realização do estudo?

As doenças cardiovasculares (DCVs) são responsáveis por expressiva carga de morbimortalidade na população brasileira. A mortalidade por DCV correspondeu a 32% do total de óbitos em 2002. Nesse mesmo ano, elas representaram 17% do custo das internações no SUS. Em 2003, o SUS financiou a realização de 30.666 angioplastias coronarianas com implante de stent e 19.909 cirurgias de revascularização do miocárdio, totalizando aproximadamente R\$214 milhões.

O uso de estatinas é o tratamento de escolha para as dislipidemias, pois, ao modificar o perfil lipídico, contribuem para a redução da mortalidade

por DCV e de incidências de acidentes isquêmicos coronários agudos e acidentes vasculares cerebrais, além de facilitarem a revascularização do miocárdio⁷⁰. Em 2002, a Portaria nº 1.015 do Ministério da Saúde definiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tratamento das dislipidemias em pacientes de alto risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, a qual foi atualizada pela Portaria nº 200 de 25 de fevereiro de 2013⁷¹. Existem seis tipos de estatinas disponíveis no Brasil: lovastatina, sinvastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina e rosuvastatina. No país, o gasto do setor público com as estatinas, no ano de 2009, foi de cerca de R\$92 milhões, sendo que, deste valor, 96% foram gastos somente com a atorvastatina⁷².

A AB tem um papel importante na prevenção e no tratamento das DCVs. A dislipidemia isoladamente é responsável pelo desenvolvimento de 56% das doenças cardíacas e 18% dos casos de infarto, e está associada a um terço dos casos de mortalidade no mundo⁷³. As estatinas são consideradas os medicamentos de escolha no tratamento dos distúrbios lipídicos⁶⁹, e a população tem acesso garantido pelo sistema público de saúde.

Para que o tratamento das dislipidemias seja feito adequadamente no sistema de saúde, é importante que se conheça a relação custo-efetividade das diferentes estatinas hoje disponibilizadas no mercado. Para um planejamento orçamentário e, portanto, para a garantia da disponibilidade desse medicamento no SUS, é importante estimar o custo e o impacto no orçamento total.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou, em 2010, uma avaliação econômica intitulada *Análise de custo-efetividade e impacto orçamentário das estatinas no tratamento das dislipidemias*⁶⁹, que usaremos para exemplificar esses tipos de estudos, que são fundamentais para orientar o planejamento de intervenções e sua disponibilidade no sistema de saúde.

O que o estudo buscou responder?

O estudo buscou estimar a relação custo-efetividade entre as estatinas disponíveis no mercado brasileiro, assim como o impacto orçamentário para o SUS em pacientes com alto risco de DCV.

Quadro 13

Pergunta PICO de prevenção de agravos pelo uso de estatinas no tratamento das dislipidemias

População	Indivíduos com idade média de 50 anos e alto risco de DCV.
Intervenção	Estatinas (sinvastatina e atorvastatina).
Comparação	Sem tratamento.
Outcome (desfecho)	Os desfechos considerados no modelo econômico foram: • Anos de vida • Mortalidade cardiovascular • Evento cardiovascular • Infarto agudo do miocárdio fatal • Infarto agudo do miocárdio não fatal • AVC fatal • AVC não fatal • Revascularização do miocárdio

Fonte: Análise de custo-efetividade e impacto orçamentário das estatinas no tratamento da dislipidemia⁶⁹.

Como o estudo foi realizado?

O foco do estudo foi a avaliação da sinvastatina e atorvastatina, pois são as únicas estatinas que possuem os desfechos de interesse documentados em ensaios clínicos controlados randomizados.

Foram construídos três modelos de Markov. Cada modelo representa uma coorte hipotética de pacientes, que foram submetidos a três intervenções:

1. tratamento com sinvastatina;
2. tratamento com atorvastatina; e
3. não tratamento.

Essas três coortes simularam os custos e consequências para dois horizontes de tempo: 5 e 30 anos. A perspectiva do estudo foi do sistema de saúde, então apenas os custos relacionados aos serviços de saúde são considerados, e não os custos relacionados ao absenteísmo causado pela doença.

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

Para parametrizar os modelos de Markov com relação às probabilidades de transição entre estados de saúde e efetividade dos tratamentos, foram realizadas buscas na literatura. Para a informação sobre eficácia, utilizou-se o risco de ocorrência de infarto agudo do miocárdio fatal e não fatal, AVC fatal e não fatal, revascularização e mortalidade por qualquer causa nos pacientes sem tratamento com estatina, assim como as taxas de interrupção de tratamento obtidos do ensaio clínico controlado randomizado *Heart Protection Study* (HPS)⁷⁴. A incidência de cada evento no grupo placebo ao final dos cinco primeiros anos foi obtida do HPS⁷⁴.

Com relação aos custos, foram utilizados valores de atorvastatina e sinvastatina disponibilizados pelo Ministério da Saúde com base no preço médio de cada um dos medicamentos nas últimas compras praticadas pelos hospitais da rede pública, ponderado pela quantidade de comprimidos adquiridos. Os custos unitários dos exames laboratoriais e de imagem, consultas médicas e fisioterapia foram extraídos a partir do *software* SIGTAP Desktop (do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). O custo do episódio agudo do infarto agudo do miocárdio e o custo anual de acompanhamento ambulatorial dos pacientes após o evento, assim como o custo do episódio agudo do AVC e da cirurgia de revascularização, foram obtidos de três publicações científicas^{75, 76, 77}. Quando necessário, os valores foram convertidos para a moeda brasileira através do *purchasing power parity* (PPP) no ano de 2005⁷⁸ e ajustados pela inflação de saúde⁷⁹. Os custos das intervenções cirúrgicas foram obtidos da administração contável do hospital com base na remuneração que o SUS disponibiliza para os tratamentos cirúrgicos dessa enfermidade. Todos os custos e desfechos de saúde foram descontados a uma taxa de desconto de 5% ao ano. Esse processo visa dar mais peso aos custos e ganhos que ocorrem no presente e menor peso aos que vão ocorrer em um futuro distante.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

Os autores não relataram o uso de uma metodologia específica para avaliar a qualidade dos estudos incluídos. Cabe salientar que em AES, como existe um grande número de estudos que são utilizados para popular o modelo, não é usual apresentar a avaliação da qualidade desses estudos.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

As análises de custo-efetividade mostraram que a sinvastatina 40 mg/dia é a estratégia de menor custo e maior efetividade, em comparação ao placebo, em todos os desfechos analisados, mostrando eficiência em se utilizar o medicamento na AB. A atorvastatina 10 mg/dia também foi efetiva, mas requer maior investimento por parte do SUS.

A AIO identificou um custo total com cada tratamento para os 29.191.766 pacientes de alto risco atendidos no SUS, e as projeções para cinco anos mostram que o tratamento com sinvastatina proporciona uma economia de, aproximadamente, 6,5 bilhões de reais em comparação ao não tratamento. Em contrapartida, o tratamento dos pacientes com atorvastatina leva a um gasto adicional de cerca de 329,5 bilhões de reais em comparação ao não tratamento.

A AIO permite complementar a análise de custo-efetividade, o que possibilita a tomada de decisão final sobre a incorporação da nova terapêutica. Isso porque, além de maximizar a eficiência na alocação dos recursos, o financiador deverá analisar se a inclusão da nova terapêutica é compatível com o seu orçamento. Portanto, esse estudo contribui para o entendimento de o porquê determinadas tecnologias em saúde são incorporadas no SUS e disponibilizadas na AB.

2.5 Estudo

Avaliação e adaptação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico com relação à efetividade do tratamento e à supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDTs também objetivam criar mecanismos para garantir a prescrição segura e eficaz.

O instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE)⁸⁰ foi elaborado para abordar a variabilidade na qualidade das diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. A ferramenta possibilita o julgamento

sobre o método utilizado para elaborar as diretrizes clínicas, o conteúdo das recomendações finais e os fatores que estão ligados à sua aceitação.

O AGREE II consiste em uma ferramenta de 23 itens que abrange seis domínios de qualidade com uma escala Likert de 1 a 7 (em que 1 significa “discordo totalmente” e 7 significa “concordo totalmente”) para pontuação de cada item. Os seis domínios são: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza e apresentação, aplicabilidade e independência editorial.

O domínio “escopo e finalidade” diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo. O “envolvimento das partes interessadas” avalia o grau em que a diretriz representa os pontos de vista de seus usuários e se os indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes foram representados. O domínio “rigor do desenvolvimento” avalia especificamente se os métodos sistemáticos foram usados para a busca de evidências. A “clareza da apresentação” diz respeito à linguagem, à estrutura e ao formato da diretriz. Já o domínio “aplicabilidade” avalia questões que são pertinentes à implementação da diretriz e considera as barreiras organizacionais e os recursos relacionados à sua utilização. A “independência editorial” considera os conflitos de interesse na formulação das recomendações.

A Colaboração ADAPTE⁸¹ é uma colaboração internacional de pesquisadores, desenvolvedores e implementadores de diretrizes que visa promover seu desenvolvimento e sua utilização para a prática clínica através da adaptação de diretrizes existentes. O trabalho principal do grupo é desenvolver e validar um processo de adaptação genérico que promova diretrizes adaptadas válidas e de alta qualidade, assim como sua apropriação pelos usuários.

O desenvolvimento e a atualização de diretrizes de alta qualidade para a prática requerem recursos substanciais e a maioria das organizações sofre pressão para produzir mais diretrizes em tempo mais curto e com menos recursos. Esse documento foi proposto para aproveitar diretrizes existentes e reduzir a duplicação de esforços.

O ADAPTE fornece uma abordagem sistemática à adaptação de diretrizes produzidas em um ambiente para uso em contexto cultural e organizacional diferente. Foi projetado para assegurar que a diretriz adaptada aborde não apenas questões específicas de saúde relevantes ao contexto de uso, mas que também esteja adequada às necessidades,

prioridades, legislações, políticas e recursos do ambiente ao qual é dirigida. O ADAPTE visa atender às necessidades de diferentes grupos de usuários, incluindo desenvolvedores de diretrizes, profissionais da saúde e responsáveis pela definição de políticas nos níveis local, nacional e internacional, assim como grupos com maior ou menor quantidade de recursos interessados no desenvolvimento ou implementação de diretrizes. O processo foi elaborado para ser flexível, dependendo de sua aplicação. A transparência e a clareza dos relatórios do processo de adaptação melhorarão a qualidade e a validade da diretriz adaptada.

O processo de adaptação é baseado nos seguintes princípios básicos:

- Respeito pelos princípios baseados em evidências do desenvolvimento de diretrizes;
- Métodos consistentes e confiáveis para assegurar a qualidade das diretrizes adaptadas;
- Abordagem participativa envolvendo todas as partes interessadas a fim de promover aceitação e sentimento de apropriação da diretriz adaptada;
- Consideração explícita do contexto durante a adaptação para assegurar a relevância para a prática local;
- Processo de adaptação transparente para promover a confiança nas recomendações da diretriz elaborada;
- Formato flexível para acomodar circunstâncias e necessidades específicas;
- Responsabilidade com as fontes primárias da diretriz. Esse processo consiste em três fases principais (fase de configuração, fase de adaptação e fase de finalização), cada uma com um conjunto de módulos.

Figura 3

Resumo do ADAPTE



Fonte: Diretrizes Metodológicas: Ferramentas para Adaptação de Diretrizes Clínicas⁸¹.

2.5.1 Cenário

Cuidados paliativos com oxigenoterapia domiciliar

Título do estudo: *British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults*⁸²

O que justificou a realização do estudo?

A demanda de encaminhamento de pacientes no final da vida para a assistência domiciliar ressalta a necessidade de abordar os cuidados paliativos. Embora essa abordagem tenha sido incluída na linha de cuidado de pacientes oncológicos do Ministério da Saúde, cerca de metade dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos apresentam doenças crônicas degenerativas não oncológicas, como sequelas de doenças cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Os cuidados paliativos promovem o alívio da dor e de outros sintomas estressantes e devem ser adaptados às crescentes necessidades dos doentes e de seus familiares, conforme a doença progride. A AB faz parte da rede de cuidados dos pacientes em assistência domiciliar, e com frequência há necessidade de se prescrever e acompanhar o uso de oxigenoterapia domiciliar⁴⁸.

As estatísticas europeias apontam uma prevalência aproximada de 40 pacientes/100.000 habitantes como usuários crônicos de oxigenoterapia. Utilizando esse parâmetro, pode-se inferir uma prevalência de 65.000 pacientes com essa necessidade (ou fazendo uso de oxigenoterapia) no Brasil. A oxigenoterapia domiciliar para esses pacientes tem o intuito de evitar as frequentes internações hospitalares por complicações decorrentes da hipoxemia crônica não corrigida⁸³.

De acordo com a diretriz da British Thoracic Society (BTS), “o termo oxigenoterapia paliativa (OTP) refere-se ao uso de oxigênio para aliviar a sensação de falta de ar refratária persistente em doença avançada ou que limita a vida, independentemente da patologia subjacente, em que todas as causas reversíveis foram ou estão sendo tratadas de forma otimizada”⁸².

O que o estudo buscou responder?

A diretriz se propôs a responder três perguntas estruturadas com relação à oxigenoterapia e se valeu do acrônimo PICO para a elaboração delas:

1. Quando o uso de oxigênio é benéfico na prestação de cuidados paliativos aos pacientes?
2. A oxigenoterapia ajuda a melhorar os sintomas e a qualidade de vida em pacientes com doença terminal/câncer ou estágio final de doença cardiorrespiratória e saturação normal de oxigênio em repouso, em comparação com tratamentos não farmacológicos?
3. A oxigenoterapia ajuda a melhorar os sintomas, a qualidade de vida e a utilização de cuidados de saúde em doentes em fase terminal, com câncer ou estágio final de doença cardiorrespiratória e saturação reduzida de oxigênio em repouso, em comparação com tratamentos não farmacológicos?

Quadro 14

Pergunta PICO sobre os cuidados paliativos com oxigenoterapia domiciliar

População	Pacientes que necessitam do uso de oxigenoterapia em ambiente domiciliar, incluindo para cuidados paliativos.
Intervenção	Uso de oxigenoterapia em longo prazo e uso noturno.
Comparação	Sem comparador.
Outcome (desfecho)	Melhora dos sintomas de falta de ar, da qualidade de vida e da capacidade de realizar exercícios físicos.
	Redução da gravidade dos sintomas e do uso de serviços de saúde.
	Aumento da sobrevivência.
	Segurança, em especial de pacientes fumantes.

Fonte: *British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults*⁸².

Como o estudo foi realizado?

Os autores relatam que a metodologia usada para escrever a diretriz seguiu estritamente os critérios estabelecidos pela colaboração AGREE. O Comitê de Padrões de Cuidado da BTS reviu o rascunho da diretriz, que foi então disponibilizado *online* para consulta pública e distribuído a todas as partes interessadas relevantes. O Comitê da BTS reexaminou o rascunho revisto da diretriz e a aprovou em 2015. A previsão é de que seja realizada uma revisão da diretriz nos próximos cinco anos.

A diretriz é direcionada aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes que usam oxigenoterapia domiciliar: profissionais clínicos de atenção primária, profissionais que trabalham em enfermagem comunitária ou cuidados paliativos, serviços de avaliação domiciliar de oxigênio e equipes especializadas em medicina respiratória, cardiologia, neurologia, oncologia, gerontologia e cuidados paliativos. Ela explora a base de evidências para o uso de diferentes modalidades de oxigenoterapia e os resultados relacionados ao paciente, como mortalidade, sintomas e qualidade de vida. A diretriz também faz recomendações para protocolos de avaliação e acompanhamento e avaliações de risco, particularmente para pacientes fumantes usuários de oxigênio doméstico.

Abrange pessoas adultas que necessitam de oxigênio domiciliar devido a: doença respiratória crônica, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão pulmonar, doença vascular pulmonar, fibrose cística, doença pulmonar intersticial, doença da parede torácica, doença neuromuscular e malignidade pulmonar, doença cardíaca, incluindo insuficiência cardíaca congestiva e doença cardíaca congênita do adulto, e cefaleia em salvas. Também aborda situações especiais como: cuidados paliativos e de fim de vida, pacientes que receberam alta hospitalar aguardando uma avaliação formal quando estável e fumantes. A diretriz faz recomendações para o uso dos seguintes tipos de oxigenoterapia domiciliar: oxigenoterapia de longo prazo (OTLP); oxigenoterapia noturna (OTN); oxigenoterapia ambulatorial (OTA); oxigenoterapia paliativa (OTP); e oxigenoterapia de curta duração (OTCD).

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

Pesquisas sistemáticas foram conduzidas nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Ovid MEDLINE/EMBASE e Biblioteca Cochrane desde 1980. As

buscas foram realizadas pela primeira vez em julho de 2012 e atualizadas em janeiro de 2014. As pesquisas incluíram uma combinação de termos indexados e termos de texto livre, com limitação a publicações em inglês.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

Foram analisados 135 estudos: 58 ensaios clínicos randomizados, sete ensaios clínicos não randomizados, 14 estudos de coorte, 21 estudos antes/depois e transversal, 12 séries/estudos de caso, três estudos caso-controle, seis revisões sistemáticas/metanálises, seis estudos não comparativos, sete avaliações/comparações de equipamentos e um relatório técnico.

Quatro pesquisadores leram o título e o resumo de cada artigo recuperado pelas pesquisas bibliográficas e decidiram se o artigo era definitivamente relevante, possivelmente relevante ou não relevante para o projeto, de acordo com critérios previamente definidos. A triagem identificou 567 resumos como relevantes para a diretriz, e então foi feita a leitura dos artigos completos. Dois revisores por seção da diretriz revisaram os resumos, de forma independente, usando as ferramentas de avaliação da SIGN⁸⁴. O corpo de evidências para cada recomendação foi resumido em declarações de evidências e graduado de A a D, conforme o sistema de classificação da SIGN. As discordâncias foram resolvidas por discussão com o parceiro de seção. Quando não havia evidência para responder às questões clínicas formuladas, os pareceres de peritos foram obtidos por consenso.

Foram considerados na classificação das recomendações: o volume disponível do corpo de evidências, quão aplicável era a evidência obtida na formulação de recomendações para o público-alvo definido na diretriz, se a evidência era generalizável para a população-alvo, se havia consistência nas evidências obtidas para apoiar as recomendações, quais seriam as implicações das recomendações sobre a prática clínica em termos de recursos e conhecimentos especializados. A relação custo-efetividade não foi revista em pormenor.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

A diretriz atualizou as indicações para a prescrição e o fornecimento de oxigênio domiciliar; confirmou quais os pacientes que se beneficiarão de OTLP e como os pacientes devem ser avaliados e monitorados; delineou as taxas de fluxo recomendadas e a duração de uso, juntamente com uma

revisão de todas as modalidades de equipamentos utilizados para fornecer oxigênio em casa; e considerou em detalhes os aspectos de segurança da entrega de oxigênio domiciliar. Esse estudo pode contribuir na prática das equipes de atenção domiciliar.

2.5.2 Cenário

Sinusite aguda no adulto

Título do estudo: *Acute sinusitis in adults*⁸⁵

O que justificou a realização do estudo?

A prevalência de sinusite crônica é de 5,51%, o que representa mais de 500.000 pessoas com essa condição na cidade de São Paulo⁸⁶. O quadro clínico da sinusite bacteriana aguda se caracteriza como secreção nasal purulenta e obstrução nasal; ou dor facial, com pressão e sensação de “enchimento”; ou ambos, com persistência por 10 dias ou mais sem melhora nesse período ou com piora após uma melhora transitória. A história natural da sinusite aguda em adultos é muito favorável – aproximadamente 85% das pessoas têm uma redução ou resolução de sintomas no período de 7 a 15 dias sem o uso de antibióticos⁸⁶.

No entanto, antibióticos são prescritos para 84 a 91% dos pacientes com sinusite aguda diagnosticados em serviços de emergência e serviços ambulatoriais^{87, 88, 89}. As doenças respiratórias representam um dos motivos de consulta mais frequentes na AB⁹⁰, onde a disponibilidade de procedimentos diagnósticos é limitada, o que contribui para a incerteza diagnóstica e o estímulo para prescrever antibiótico, mesmo quando não se tem uma indicação clara de infecção bacteriana⁹¹. Considerando que o uso de antibiótico leva ao desenvolvimento de resistência antibiótica, é fundamental desenvolver estratégias de atraso na indicação da prescrição. Ainda que haja uma preocupação, o uso global de antibiótico continua crescendo⁹².

O que o estudo buscou responder?

1. Como o tempo de evolução da doença auxilia no diagnóstico diferencial entre sinusite viral e bacteriana em adultos?
2. Qual o papel do exame de imagem no diagnóstico de sinusite aguda em adultos?
3. Como escolher entre conduta expectante e tratamento com antibiótico no manejo da sinusite bacteriana aguda?
4. Qual antibiótico que deve ser utilizado para o tratamento de sinusite bacteriana aguda?

Quadro 15

Pergunta PICO da sinusite aguda no adulto

População	Adultos com sinusite aguda.
Intervenção	Antibioticoterapia em pacientes com sinusite aguda.
Comparação	Observação atenta.
Outcome (desfecho)	Melhora clínica.

Fonte: *Acute sinusitis in adults*⁸⁵.

Como o estudo foi realizado?

Trata-se de uma revisão da literatura realizada por um especialista, que sintetizou as principais diretrizes clínicas sobre o diagnóstico e manejo de sinusite aguda e revisões sistemáticas sobre o tema. O autor desse artigo não apresenta informações para avaliar a qualidade das diretrizes por meio do AGREE II. No entanto, a diretriz da *American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery* (AAO-HNS), da qual o usuário participou da elaboração ao lado de profissionais de diferentes categorias, tem uma pontuação mais elevada. Ainda que não tenha utilizado a sequência bem definida na estratégia ADAPTE, o artigo pode se caracterizar como um exemplo de adaptação de diretrizes clínicas e possibilita ao leitor uma

comparação das orientações sobre o diagnóstico e manejo da sinusite aguda entre as diferentes diretrizes clínicas.

Onde os autores buscaram as informações necessárias para a realização do estudo?

○ estudo não apresenta de forma transparente a estratégia de busca.

Como os autores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?

A avaliação da qualidade dos estudos não foi apresentada, o que também diminuiria a pontuação do domínio do AGREE II com relação à qualidade do rigor metodológico. Não é utilizado o critério GRADE de avaliação da diretriz clínica.

Como o estudo pode contribuir para a implementação de ações na AB?

○ manejo inicial de sinusite aguda bacteriana deve ser baseado na decisão compartilhada com o paciente, que pode ser facilitada pelas informações disponíveis nos dados suplementares do artigo do *New England Journal of Medicine*⁸⁵ (veja abaixo).

Quadro 16

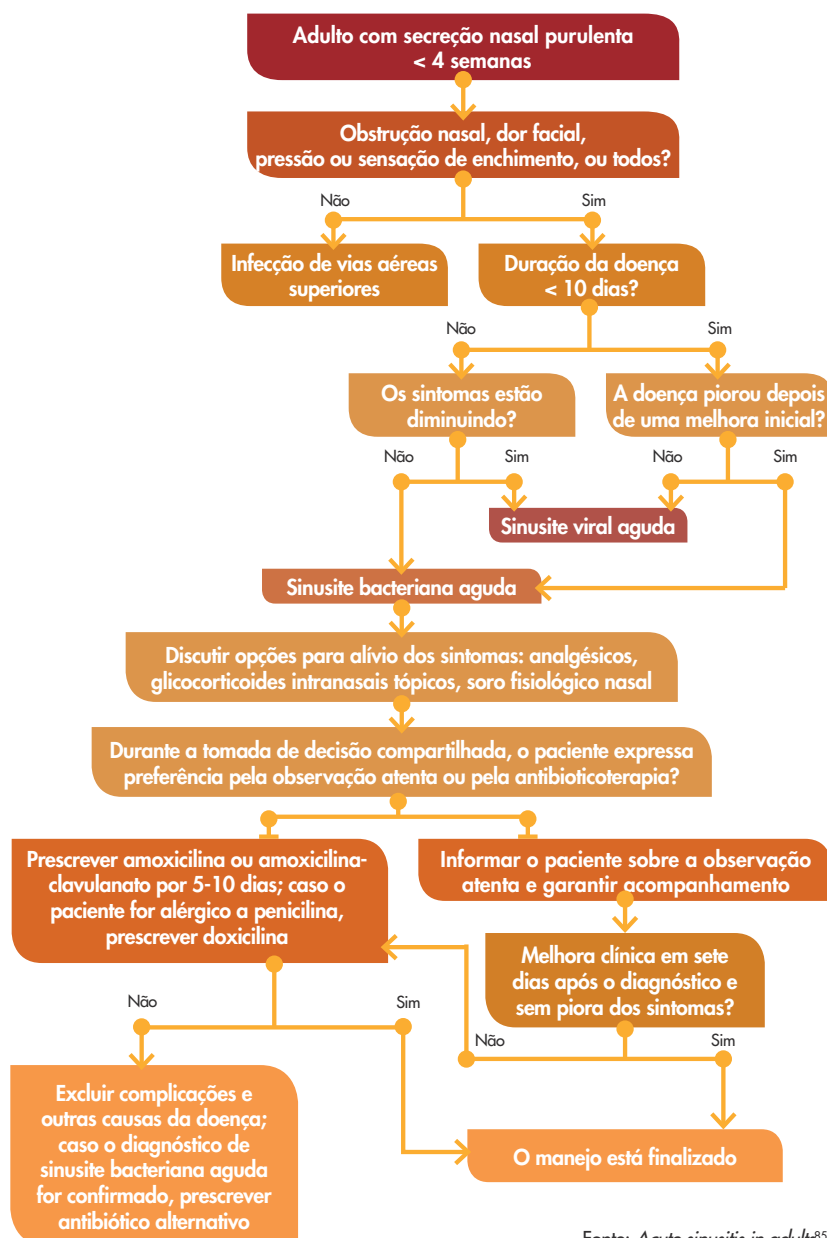
Decisões compartilhadas entre médicos e pacientes para o manejo inicial de sinusite bacteriana aguda

	Observação atenta	Tratamento com antibiótico
O que envolve?	Esperar melhorar até sete dias após a sinusite ter sido diagnosticada, sem o uso de antibiótico.	Tomar um antibiótico por 5 a 10 dias quando a sinusite é diagnosticada.
Tem alguma restrição?	Não é recomendada se houver um sistema imune comprometido, outra infecção ao mesmo tempo que necessita antibiótico ou uma infecção complicada que tem comprometimento fora dos seios da face (olho e cérebro).	Deve levar em conta alergia a drogas, história de intolerância ao antibiótico ou possível interação com outra medicação que você tome regularmente.
Tem alguma coisa a mais que você faça ao mesmo tempo?	Pode estar combinada com medicamentos para a dor, soro fisiológico nasal, esteroide nasal, ou todos.	Medicamentos para a dor, soro fisiológico nasal, esteroide nasal, ou todos.
Quais são os benefícios?	Há cerca de 70 a 85% de chance de sentir-se melhor após 7 a 15 dias, e evita o custo e os efeitos adversos do uso de antibiótico.	Há cerca de 80 a 90% de chance de sentir-se melhor após 7 a 15 dias, com possibilidade de melhorar mais rapidamente em comparação com a observação atenta.
Quais os possíveis riscos e efeitos colaterais?	Pode levar um pouco mais de tempo para a sinusite melhorar e pode atrasar o início da antibioticoterapia.	Pode causar rash, diarreia, náuseas, desconforto estomacal, infecção por fungo, reações alérgicas ou resistência bacteriana.

Fonte: Adaptado de *Acute sinusitis in adults*⁸⁵.

Figura 4

Abordagem de terapia em pacientes com sinusite aguda



Fonte: *Acute sinusitis in adults*⁸⁵.

O diagnóstico de sinusite bacteriana aguda é definido pela presença de secreção nasal purulenta acompanhada por obstrução nasal, dor facial, pressão ou sensação de enchimento; ou todos esses sintomas persistindo por pelo menos 10 dias sem melhora ou com piora após uma melhora inicial.

Analgésicos, irrigação nasal com soro fisiológico e glicocorticoide intranasal tópico ou descongestionante podem ser utilizados para aliviar os sintomas.

A observação atenta é oferecida apenas se o médico tem segurança que o paciente irá retornar para o seguimento no caso de os sintomas não diminuírem. O tratamento com antibiótico é iniciado se a condição do paciente não melhorar ao longo de sete dias depois do diagnóstico ou se piorar em qualquer momento. No caso de indicar antibiótico, amoxicilina ou amoxicilina e clavulanato são recomendados como tratamento de primeira linha.

Apesar de esse estudo apresentar uma revisão de qualidade que contribui para a tomada de decisão na prática clínica, é importante destacar que ele possui limitação por usar uma metodologia não reproduzível e ser conduzido por um único especialista.

Considerações Finais

A avaliação de diferentes tecnologias, de suas consequências e de seus custos contribui para uma melhor compreensão dos problemas identificados nos serviços de saúde, sendo uma importante ferramenta para a formulação de ações e políticas. Neste documento, foram discutidas apenas as principais metodologias em ATS. Entretanto, assim como se expande o espectro de tecnologias em saúde, também se expandem as metodologias em ATS. A utilização da ATS no contexto da AB busca ampliar a resolutividade da atenção à saúde e produzir melhora da qualidade de vida da população nos territórios. Cabe ressaltar que a implementação de tecnologias na AB deve levar em consideração não apenas evidências científicas, mas também os dispositivos propostos nas diversas políticas que têm sua efetivação no âmbito da AB, como a política de humanização com o acolhimento, a escuta qualificada, o projeto terapêutico singular e o matriciamento das ações de saúde.

Referências

1. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. D. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.
2. MADUREIRA, P. R.; DE CAPITANI, E. M.; CAMPOS, G. W. D. S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 45-59, 1989.
3. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
4. BRASIL. Is primary care essential? **The Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p.
9. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Fórum da Saúde**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/ouvidoria-page/455-acoes-e-programas/programas-de-a-a-z/forum-da-saude/79016-nats-notas-tecnicas>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

10. NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 7-16, 2013. Supl. 1.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de pareceres técnico-científicos. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 80 p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 22 nov. 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parecer técnico sobre promoção da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo**. 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.101/rebrats/visao/estudo/detEstudo.cfm?codigo=506&evento=6&v=true>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
13. SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 74-82, 2009. Supl. 2.
14. BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.
15. HAYNES, R. B.; MCDONALD, H. P.; GARG, A. X. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. **Journal of the American Medical Association - JAMA**, Chicago, v. 288, n. 22, p. 2880-2883, 2002.
16. KRONISH, I. M.; YE, S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. **Progress in cardiovascular diseases**, Philadelphia, v. 55, n. 6, p. 590-600, 2013.
17. STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376 p.
18. GUYATT, G. et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 64, n. 4, p. 383-394, 2011.

19. STEWART, M.; et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.
20. SAFRAN, D. G. et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. **Medical Care**, Philadelphia, v. 36, n. 5, p. 728-739, 1998.
21. HIBBARD, J. H. et al. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, Malden, v. 39, n. 4, p. 1005-1026, 2004.
22. Roter, D.; LARSON, S. The Roter Interaction Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 46, n. 4, p. 243-251, 2002.
23. KAPLAN, S. H. et al. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study. **Medical Care**, Philadelphia, v. 33, n. 12, p. 1176-1187, 1995.
24. LERMAN, C. E. et al. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 29-33, 1990.
25. GLASGOW, R. E. et al. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). **Medical Care**, Philadelphia, v. 43, n. 5, p. 436-444, 2005.
26. HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. **Journal of Counseling Psychology**, Whashington, v. 36, n. 2, p. 223-233, 1989.
27. RUDD, P. et al. The natural history of medication compliance in a drug trial: limitations of pill counts. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, Hoboken, v. 46, n. 2, p. 169-176, 1989.

28. MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.
29. CATZ, S. L. et al. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. **Health Psychology**, Whashington, v. 19, n. 2, p. 124-133, 2000.
30. HORNE, R.; WEINMAN, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 47, n. 6, p. 555-567, 1999.
31. SVARSTAD, B. L. et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 37, n. 2, p. 113-124, 1999.
32. COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, 2005.
33. CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH (CADTH). **Multidisciplinary rehabilitation interventions for patients with acquired brain injuries**: clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. 2016. Disponível em: < <https://www.cadth.ca/multidisciplinary-rehabilitation-interventions-patients-acquired-brain-injuries-clinical-0>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
34. LEITE, I. D. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.
35. FALCÃO, I. V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 95-101, 2004.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

37. CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH (CADTH). Evidence Driven. **Rapid Response Service**. Disponível em: <<https://www.cadth.ca/about-cadth/what-we-do/products-services/rapid-response-service>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 92 p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 21 nov. 2016.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz brasileira de revisão sistemática e metanálise de estudos diagnósticos de acurácia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 21 nov. 2016.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 132p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 21 nov. 2016.
41. COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 126, n. 5, p. 376-380, 1997.
42. CARVALHO, A. P. V.; SILVA, V.; GRANDE, A. J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 38-44, 2013.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

44. GRADING OF RECOMMENDATIONS ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE). **GRADE working group**. Disponível em: <<http://www.gradeworkinggroup.org/>>. Acesso em: 29 nov 2016.
45. SHEA, B. J. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 7, n. 10, 2007.
46. O'DOHERTY, L. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 7, CD007007, 2015.
47. GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013)**. Brasília: Ipea, 2016.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
49. SILVA, V. et al. Overview of systematic reviews - a new type of study: part I: why and for whom? **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 130, n. 6, p. 398-404, 2012.
50. BRASIL. Overview de revisões sistemáticas - um novo tipo de estudo. Parte II. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2014.
51. BECKER, L.; THOMSON, D.; CALDWELL, D. **Addressing Multiple Treatments I: Cochrane Overviews**. Disponível em: <<http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.cmi/files/public/uploads/Becker%20-%20Intro%20to%20Overviews%20Keystone.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.
52. THOMSON, D. et al. The evolution of a new publication type: steps and challenges of producing overviews of reviews. **Research Synthesis Methods**, Malden, v. 1, n. 3-4, p. 198-211, 2010.
53. DAVIDOFF, F. et al. Evidence based medicine. **British Medical Journal - BMJ**, London, v. 310, n. 6987, p. 1085, 1995.

54. LAVIS, J. N. How can we support the use of systematic reviews in policymaking? **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 6, n. 11, p. e1000141, 2009.
55. ASSESSING THE METHODOLOGICAL QUALITY OF SYSTEMATIC REVIEWS. **AMSTAR checklist**. Disponível em: <http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php>. Acesso em: 25 nov. 2016.
56. MARTINEAU, F. et al. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. **Preventive Medicine**, New York, v. 57, n. 4, p. 278-296, 2013.
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: WHO, 2014.
58. ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D. C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **The Lancet**, London, v. 373, n. 9682, p. 2234-2246, 2009.
59. BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9775, p. 1438-1447, 2011.
60. LARANJEIRA, R. (Org.). **II LENAD—Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo: INPAD/UNIAD/UNIFESP, 2012. 85 p.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
62. MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 136-146, 2011. Supl. 1.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 132 p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

- 64.** LARANJEIRA, F. D. O.; PETRAMALE, C. A. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 165-170, 2013.
- 65.** SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 205-207, 2016.
- 66.** SILVA, E. N. et al. Estudos de **avaliação econômica de tecnologias em saúde**: roteiro para análise crítica. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 35, n. 3, p. 219-227, 2014.
- 67.** SILVA, A. L. F. et al. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1223-1238, 2012.
- 68.** BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 2011. Seção 1, p. 3.
- 69.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde**: análise de custo-efetividade e impacto orçamentário das estatinas no tratamento da dislipidemia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 38 p.
- 70.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 146 p.

- 71.**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 200, de 25 de fevereiro de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2013. Seção 1, p. 116.
- 72.**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Research for universal health coverage**: world health report, 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- 73.**BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (BRATS). **Estatinas na prevenção primária de eventos cardiovasculares**. Brasília, v. 4, n. 9, set. 2009.
- 74.**COLLINS, R. et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: A randomized placebo-controlled trial. **The Lancet**, London, v. 360, n. 9326, p. 7, 2002.
- 75.**RIBEIRO, R. A. et al. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: perspectiva pública e privada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 3-8, 2005.
- 76.**CHRISTENSEN, M. C. et al. Acute treatment costs of stroke in Brazil. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 32, n. 2, p. 142-149, 2008.
- 77.**GIRARDI, P. B. M. A. et al. Custos comparativos entre a revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 6, p. 369-376, 2008.
- 78.**INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT. **Global purchasing power parities and real expenditures**: 2005 international comparison program. 2008. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/icp-final.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2009.

79. FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). **Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE)**. Disponível em: <www.fipe.org.br>. Acesso em: 23 jan de 2009.
80. APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH AND EVALUATION (AGREE). **AGREE Advancing the science of practice guidelines**. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org/>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
81. BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 107 p. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
82. HARDINGE, M. et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. **Thorax**, London, v. 70, p. i1-i43, 2015. Supl. 1.
83. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 341-350, 2000.
84. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **Critical Appraisal: notes and checklists**. 2014. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
85. ROSENFELD, R. M. Acute sinusitis in adults. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 375, n. 10, p. 962-970, 2016.
86. PILAN, R. R. et al. Prevalence of chronic rhinosinusitis in Sao Paulo. **Rhinology**, Leiden, v. 50, n. 2, p. 129-138, 2012.
87. BURGSTALLER, J. M. et al. Antibiotic efficacy in patients with a moderate probability of acute rhinosinusitis: a systematic review. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, New York, v. 273, n. 5, p. 1067-1077, 2016.
88. JONES, B. E. et al. Variation in outpatient antibiotic prescribing for acute respiratory infections in the veteran population: a cross-sectional study. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 163, n. 2, p. 73-80, 2015.

89. DONNELLY, J. P.; BADDLEY, J. W.; WANG, H. E. Antibiotic utilization for acute respiratory tract infections in US emergency departments. **Antimicrobial agents and chemotherapy**, v. 58, n. 3, p. 1451-1457, 2014.
90. GULLIFORD, M. C. et al. Continued high rates of antibiotic prescribing to adults with respiratory tract infection: survey of 568 UK general practices. **BMJ open**, London, v. 4, n. 10, p. e006245, 2014.
91. LLOR, C.; HERNÁNDEZ, S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo efectuado durante todo un año. **Enfermedades infecciosas y microbiología clínica**, Waltham, v. 28, n. 4, p. 222-226, 2010.
92. LITTLE, P. et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 348, p. g1606, 2014.
93. VAN BOECKEL, T. P. et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. **The Lancet infectious diseases**, New York, v. 14, n. 8, p. 742-750, 2014.

Glossário

ADAPTE – Ferramenta para adaptação de diretrizes na área da saúde. Revisão e avaliação crítica da literatura.

Atenção básica (AB) – Responsável pelo primeiro contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é caracterizada, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção centrada na família e pela orientação e participação comunitária. A promoção da saúde é a principal estratégia da AB, que tem o objetivo de reduzir os riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

Avaliação de tecnologias em saúde (ATS) – Processo abrangente por meio do qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos e custo-efetividade. Auxilia os gestores de saúde na tomada de decisões coerentes e racionais quanto à incorporação de tecnologias em saúde.

Bases da literatura científica – Repositório de dados científicos que reúne estudos de determinado campo do conhecimento.

Busca manual – Processo de busca em *sites* e/ou periódicos sem a inserção de palavras-chave para o acesso a estudos.

Cochrane – Uma coleção de bancos de dados, publicada em CD-ROM e na internet, atualizada a cada quatro meses, contendo a Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, o Registro Cochrane de Ensaio Controlados, o Banco de Dados de Resumos de Revisões de Efetividade, o Banco de Dados de Metodologia de Revisões Cochrane e informações sobre a Colaboração Cochrane.

DALY – É uma medida de carga de doença expressa pelo número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce. É uma medida cada vez mais comum no domínio da saúde pública e de avaliação de impacto de saúde.

Diretriz – Documento desenvolvido sistematicamente sobre problemas específicos de saúde para auxiliar médicos e pacientes na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde apropriados.

Eficácia – Capacidade de atingir um resultado com dispêndio mínimo de recursos e esforços, demonstrando o real efeito da intervenção.

Estratégia de Saúde da Família – Visa à reorganização da AB no país de acordo com os preceitos do SUS e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB.

Estudos primários – Investigações originais.

Estudos quase randomizados – O método de alocação dos participantes para as diferentes formas de intervenção não é verdadeiramente randomizado.

Estudos randomizados controlados – Delineamento experimental de estudo no qual os indivíduos estudados são alocados de forma randômica para receber uma determinada intervenção em avaliação ou uma intervenção controle.

Evidência científica – Conjunto de elementos utilizados para fundamentar a confirmação ou a negação de uma determinada teoria ou hipótese científica.

GRADE – Sistema desenvolvido por um grupo colaborativo de pesquisadores que visa à criação de um sistema universal, transparente e sensível para graduar a qualidade das evidências e a força das recomendações.

Implementação – Inclui métodos para promover a absorção dos achados de pesquisa na rotina do sistema de saúde nos contextos clínicos e de políticas e, portanto, para melhorar a qualidade e a eficácia do sistema de saúde.

Integralidade – Princípio do SUS que compreende um conjunto articulado de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

Intervalo de confiança – Variação de dois valores com determinado grau de certeza (por exemplo, 95% ou 99%), entre os quais é provável que o verdadeiro valor se encontre para toda a população de onde os pacientes do estudo são selecionados.

Longitudinalidade – Refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde.

Metanálise – Análise estatística que combina os resultados de dois ou mais estudos independentes, gerando uma única estimativa de efeito.

Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) – Serviços organizados que articulam um conjunto de atividades de ATS em um contexto institucional ou regional definido.

Odds ratio – É a razão de chances entre um grupo de expostos e um grupo de não expostos de apresentarem um determinado evento ou desfecho.

Parecer técnico-científico (PTC) – Documento emitido por um especialista manifestando opinião acerca de questões técnicas específicas baseado na mesma racionalidade que envolve uma ATS, embora com uma execução e um conteúdo mais simplificados.

Piso de atenção básica – Montante de recursos financeiros federais destinados aos estados e municípios para a viabilização das ações de AB, composto de uma parte fixa e outra variável.

Política de saúde – Ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como a relação à produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – Programa que busca alternativas para melhorar as condições de saúde das comunidades.

Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde – Estrutura física das unidades básicas de saúde – acolhedora e dentro dos melhores padrões de qualidade – que facilite a mudança das práticas das equipes de saúde.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde com elevação do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Randomização – Processo de alocação aleatória de elementos de uma população em que cada exemplar tem igual probabilidade de ficar no grupo de teste ou de controle, a fim de evitar viés de seleção e de aferição.

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) – Rede estratégica instituída para viabilizar a elaboração e a disseminação de estudos de ATS prioritárias para o sistema de saúde brasileiro, bem como para possibilitar a padronização de metodologias, o alinhamento conceitual e a avaliação da qualidade de estudos.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Rede de ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas. Estão articuladas com ações de assistência social, prevenção, formação e segurança coordenadas entre União, estados e municípios.

Revisão sistemática – Revisão de um tema a partir de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar, avaliar, localizar, recuperar e analisar toda evidência disponível sobre uma questão específica a fim de minimizar os possíveis vieses de uma investigação.

Tecnologia leve – Tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão, como forma de governar processos de trabalho.

Tecnologia leve-dura – Tecnologia que abrange os saberes estruturados.

Testes estatísticos – Instrumento para calcular a probabilidade de os resultados observados em uma experiência serem devidos às flutuações aleatórias entre os grupos.

Viés – Processo que, de forma proposital ou não, induz ou tende a produzir resultados e conclusões diferentes da realidade.

Anexo

Bases da literatura úteis para as avaliações de tecnologias em saúde

Sites e bases de dados	Contexto	Endereço eletrônico
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	Reúne cerca de 50 bases de dados organizadas em coleções. Inclui referências bibliográficas de documentos técnicos e científicos de saúde.	www.bvsalud.org
Center for Reviews and Dissemination (CRD) da Universidade de York	Disponibiliza relatórios de agências de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), revisões sistemáticas e análises econômicas. Oferece um registro de protocolos de revisões sistemáticas em andamento.	http://www.inahta.org
Cochrane Library	Dá acesso a revisões sistemáticas da Cochrane, revisões sistemáticas avaliadas (DARE), ATS, avaliações econômicas, ensaios clínicos controlados (CENTRAL).	www.thecochranelibrary.com
Colaboração Campbell	Reúne revisões sistemáticas na área de justiça, assistência social e educação.	http://www.campbellcollaboration.org/
CONITEC	Disponibiliza relatórios de decisão de incorporação de tecnologias no SUS e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs).	http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes
ClinicalTrials.gov	Oferece informações sobre estudos clínicos.	https://clinicaltrials.gov/
DynaMed Plus	Ferramenta que fornece análise objetiva das evidências clínicas a partir da síntese das evidências.	http://www.dynamed.com/home/content

Sites e bases de dados	Contexto	Endereço eletrônico
Effective Practice and Organization of Care (EPOC)	Grupo de revisão da Colaboração Cochrane direcionado a elaborar e disponibilizar revisões sistemáticas na área de organização e práticas de cuidados à saúde.	http://epoc.cochrane.org/
Effective Health Care Research Consortium (EHCRC)	Busca aumentar a base de evidências e sua disseminação com foco em problemas de saúde relevantes para países de baixa e média rendas.	http://www.evidence4health.org/
GuiaSalud	Reúne guias de prática clínica do sistema nacional de saúde da Espanha.	http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica
Health Evidence	Propicia acesso a revisões sistemáticas sobre efetividade de intervenções de saúde pública, com qualidade avaliada.	http://www.healthevidence.org/
Health Systems Evidence	Contém sínteses de evidências científicas: resumos de políticas, overviews de revisões, resumos de revisões, revisões sistemáticas. Inclui também informações sobre governança, arranjos financeiros e provisão dos sistemas de saúde, assim como estratégias de implementação que podem apoiar mudanças nos sistemas de saúde.	www.healthsystemsevidence.org
Epistemonikos	Reúne revisões sistemáticas e revisões de revisões sistemáticas (RRSs) com escopo clínico e de organização de serviços de saúde.	http://www.epistemonikos.org/

Sites e bases de dados	Contexto	Endereço eletrônico
NHS Evidence	Reúne todo o acervo de documentos do National Institute for Health and Care Excellence (NICE).	https://www.evidence.nhs.uk/
National Guideline Clearinghouse	Reúne sumários de guias de prática clínica baseados em evidências e disponibiliza links para textos completos.	https://www.guideline.gov/
PDQ Evidence	Inclui revisões sistemáticas, RRSs, resumos de políticas informadas por evidências e lista os estudos primários incluídos nesses documentos.	http://www.pdq-evidence.org/pt
PubMed	A principal base de dados é a MEDLINE, que indexa artigos de mais de seis mil revistas científicas de todo o mundo. No PubMed Clinical Queries, encontram-se filtros validados para revisões sistemáticas.	www.pubmed.gov
REBRATS	O sistema de informação da REBRATS reúne pareceres técnico-científicos (PTCs), revisões sistemáticas, análises econômicas e estudos de gestão de tecnologias para o contexto brasileiro.	http://rebrats.saude.gov.br/sisrebrats http://189.28.128.101/rebrats/visao/sociedade/estudo.cfm

Sites e bases de dados	Contexto	Endereço eletrônico
Reproductive Health Library, da Organização Mundial da Saúde (OMS)	Oferece evidências sobre saúde sexual e reprodutiva em adolescentes; regulação da fertilidade; ginecologia, infertilidade e cânceres; HIV; como melhorar a prática clínica; saúde do recém-nascido; gravidez e nascimento; infecções transmitidas sexualmente.	http://apps.who.int/rhl/en/
Rx for Change	Base de dados que contém evidências atuais de pesquisa sobre estratégias de intervenção utilizadas para modificar comportamentos de prescrição, prática e uso de tecnologias de saúde. O objetivo é ajudar na escolha informada e uso de intervenções com base em evidências.	https://www.cadth.ca/rx-change
Tripdatabase	Base de dados de evidências clínicas que também permite a pesquisa de outros tipos de conteúdo, incluindo imagens, vídeos, folhetos informativos de pacientes, cursos educacionais e notícias.	https://www.tripdatabase.com/
UpToDate	Fornecer suporte a decisões médicas com base em evidências.	http://www.uptodate.com/pt/home

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.





ISBN 978-85-334-2514-9



Biblioteca Virtual em Saúde do
Ministério da Saúde
www.suade.gov.br/bvs

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



PROADI SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Hospital Alemão Oswaldo Cruz
www.haoc.com.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

