



Avaliação e Incorporação: do quê precisamos realmente?

Clarice Alegre Petramale*

Resumo

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) é um novo campo da ciência que estuda os benefícios, os riscos, os custos e as demais consequências da incorporação de uma nova tecnologia num sistema de saúde. É a ferramenta que vem sendo usada na maioria dos países desenvolvidos para subsidiar a decisão por incorporar, não incorporar, excluir ou alterar o uso de uma dada tecnologia em saúde. Nos sistemas públicos de saúde de cobertura universal como é a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS, a entrada de novas tecnologias no sistema obrigatoriamente deve ser regulada, de modo a garantir modernização sem perda de qualidade, sem riscos à saúde e em bases sustentáveis. Isso porque ter a inovação como padrão de consumo na saúde, se torna uma ameaça à sustentabilidade e ao desenvolvimento dos sistemas de saúde ainda incipientes dos países em desenvolvimento. A substituição do cuidado pela tecnologia, uma vez que não haverá recursos bastantes para manter ambos os investimentos, é uma aposta sem futuro. A sedução da tecnologia como um fim em si, além de não trazer resultados para a saúde, ainda aprofundará a desorganização dos sistemas públicos de saúde. A seleção racional das tecnologias a serem incorporadas deve ser feita em base nacional, regional e local cabendo também a essas instâncias o monitoramento de resultados dessas incorporações, e também, quando pertinente, a exclusão ou mesmo o reposicionamento do uso dessas tecnologias no rol de prestações de saúde do país.

Introdução

Seria fantástico se pudéssemos responder a essa pergunta de forma objetiva. Caso houvesse uma fórmula para se chegar a esse cálculo, sem dúvida sopesaria fatores como envelhecimento da população, seu perfil epidemiológico, estágio de desenvolvimento do sistema de saúde e indicadores de desenvolvimento social e econômico do país.

Se a mesma pergunta fosse feita aos diferentes atores que compõem o contexto da saúde: médicos, profissionais das equipes de saúde, pacientes, familiares, fabricantes de tecnologias, gestores de serviços de saúde; cada um deles nos daria uma resposta diferente. Igualmente diversa seria a resposta, caso viesse de quem paga pela tecnologia, de quem a prescreve ou recomenda, ou de quem a recebe.

Compreensivelmente, a saúde, a vida, a morte extrapolam dimensões racionais e invadem searas subjetivas como a percepção das pessoas sobre o direito à saúde, sobre a ética ou sobre a qualidade da atenção oferecida.

A indústria explora com competência tais dilemas éticos e os usa a seu favor para vender mais e gerar mais lucros. As despesas com tecnologia crescem exponencialmente em todos os países do mundo, porém o retorno para a saúde é cada vez menor. Nos países em desenvolvimento o excesso de tecnologia pode prejudicar a saúde, seja pelo

uso incorreto, gerando eventos adversos, seja por substituir investimentos em áreas cujos resultados para a saúde seriam melhores.

Assim por receber influências diretas da ética, mas também da mídia, do contexto político e econômico e da propaganda, entre outros; a incorporação de tecnologias em sistemas de saúde é matéria que demanda regulação, devendo os países, mormente os em desenvolvimento, implantar instâncias reguladoras fortes e amparadas legalmente.

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) é um novo campo da ciência que estuda os benefícios, os riscos, os custos e as demais consequências da incorporação de uma nova tecnologia num sistema de saúde. É a ferramenta que vem sendo usada na maioria dos países desenvolvidos para subsidiar a decisão por incorporar, não incorporar, excluir ou alterar o uso de uma dada tecnologia em saúde.

Nos sistemas públicos de saúde de cobertura universal como é a proposta do SUS, a entrada de novas tecnologias no sistema obrigatoriamente deve ser regulada, de modo a garantir modernização sem perda de qualidade, sem riscos à saúde e em bases sustentáveis. Deve-se pautar na melhor ciência disponível, na comunicação e na transparência, no cumprimento dos requisitos legais e ainda deve dispor de força de lei para decidir quando o consenso não é possível.

* Clarice Alegre Petramale é médica e especialista em infectologia e saúde pública pela USP. Atualmente exerce as atividades de diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - SCTIE/MS.

Esse trabalho enfoca os aspectos que definem a necessidade de tecnologias em saúde em países em desenvolvimento, considerando também os fatores que motivam o abuso, o uso indevido, ou inseguro dessa tecnologia.

A Revolução Industrial, a Saúde Pública e o IDH

É emblemático que a saúde pública tenha se originado, justamente para responder ao desafio da Revolução Industrial, de aumentar a força de trabalho e a produtividade. Na Inglaterra dos séculos 18 e 19, o trabalho nas fábricas e nas minas, tão necessário ao desenvolvimento, literalmente dependia de braços humanos.

Infeções, acidentes de trabalho, jornadas excessivas, trabalho infantil, expressavam condições sub-humanas e abusivas, que passaram a merecer atenção quando ficou claro que resultavam em perda de produtividade, em mau desempenho na economia, em perda da liderança do país na corrida para o desenvolvimento.

Nos países em desenvolvimento a revolução Industrial teve início bem mais tarde. No Brasil, a industrialização ganhou força com a era Vargas a partir da década de trinta. Abriu-se, assim, uma nova era de desenvolvimento econômico, porém com consequências para a saúde e para o meio ambiente. Êxodo rural, aglomeração humana nas periferias das cidades, marginalização, violência, aumento das desigualdades, sofrimento físico e mental são as marcas desse processo.

Se por um lado a industrialização leva a um aumento da renda, uma das três dimensões do IDH - Índice do Desenvolvimento Humano, os prejuízos para a saúde, mais intensos e difíceis de compensar quanto mais é rápida é a transição¹, podem comprometer parte desses ganhos.

Conforme ensina o PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, essas três dimensões: Saúde, Educação e Renda formam a base do desenvolvimento de um país, ou região². O desenvolvimento sustentável pressupõe que o IDH seja harmônico em sua expansão e progressivo em sua evolução, pois que as três dimensões são interdependentes e avanços ou retrocessos em qualquer uma delas induzem a consequências de mesmo vetor nas demais.

Se tomarmos como parâmetro a saúde, não há quem duvide que sem avanços tempestivos, proporcionais e sinérgicos nas áreas da educação e renda, a saúde não terá como avançar além de um nível bastante rudimentar. Com as demais dimensões ocorre exatamente o mesmo: a interdependência é clara e sua resultante tem impactos

significativos na vida das pessoas e no desenvolvimento das nações.

Os programas de saúde pública foram desenvolvidos inicialmente com a função de manter a população saudável e capaz para o trabalho, compensando parte dos danos gerados pela industrialização. Com a evolução da sociedade e a política de bem estar social, a saúde passa a ser um direito.

A Saúde Como Direito

Foi no contexto mundial da Grande Depressão de 1929 e do Pós-Guerra que o direito à saúde passou a fazer parte das garantias do cidadão. Em países desenvolvidos, como os escandinavos e alguns outros países europeus, a política do *Welfare State* teve grande projeção³. Reconhecia-se, assim, como direitos inalienáveis da pessoa humana, a saúde, a educação e renda mínima à sobrevivência, devendo estes direitos ser providos pelo Estado por meio de políticas públicas.

Em sua concepção, o direito à saúde significava que o Estado deveria prover acesso à saúde pública gratuita e universal conforme as prioridades do país e as necessidades da sociedade. Na Constituição Brasileira de 88 o direito à saúde está estabelecido para todos os brasileiros, provido de forma universal e equânime, mediante políticas públicas.

No entanto, a interpretação do Direito à Saúde nos países em desenvolvimento passou a ser ofertar “toda e qualquer tecnologia para todos”. Vários são os fatores que levaram a essa mudança: o baixo conhecimento científico, as falhas de comunicação, a falta de transparência na gestão pública, e, sem dúvida, o marketing pesado dos fabricantes de tecnologias em busca de novos mercados. Como resultado, a maciça judicialização tem obrigado o Estado a prover toda e qualquer inovação, mesmo sem comprovação de necessidade ou pertinência. No Brasil, diz-se que assoreia a Justiça, algo em torno de cem milhões de ações judiciais em saúde! O Ministério da Saúde gasta cerca de 1/7 do seu orçamento de 100 bilhões, só na compra de medicamentos, dos quais cerca de 1/6 é destinado ao cumprimento de ações judiciais que envolvem algumas poucas centenas de pacientes.

Gestores e Sociedade pensam e sentem de forma diversa. A percepção da sociedade sobre o sistema de saúde é muito mais aguda para a oferta de alguns meses de vida ao doente terminal (... quem sabe, nesse tempo, a cura não vem?) do que para a promoção da saúde ou a prevenção de agravos que nem aconteceram ainda. Para a sociedade quanto mais procedimentos e tecnologias melhor. Para

a gestão do sistema essa complexidade é indesejável, é cara e demanda alta dose de capacitação, articulação e monitoramento.

No entanto, não há saúde da população sem saneamento, sem promoção de estilos de vida saudáveis, sem prevenção de doenças evitáveis. A saúde pública coloca o cuidado, a educação e o auto-cuidado no centro da estratégia, e em situações bem delimitadas em que a certeza de benefício é robusta, é que pode decidir por usar novas tecnologias como meio para ampliar o acesso e otimizar ações.

Os governantes têm que equilibrar a difícil tarefa de garantir investimentos nas ações preventivas e de promoção da saúde (de longo prazo) sem descuidar das ações curativas reclamadas pelo eleitorado sempre com a máxima urgência e com todas as inovações propagandeadas na mídia.

Para os fabricantes de tecnologias não podia haver ambiente melhor. Há sempre muita inovação incremental disponível para vender com bons lucros. Por essa razão, o complexo produtivo da saúde gera renda, mas não nos países em desenvolvimento. Esse importante nicho de negócios tem grande lucratividade e movimenta somas anuais da ordem de um trilhão de dólares, basicamente em favor dos países desenvolvidos⁴.

A indústria investe pesadamente para aproveitar todas as oportunidades de transformar seu papel de adjuvante em protagonista na área da saúde. A propaganda e o marketing de novas tecnologias, muitas vezes ainda em fase experimental, como estratégias salvadoras e imprescindíveis, são exemplos dessa atuação que dialoga diretamente com o conceito ampliado de direito à saúde e com os anseios da sociedade de consumo.

O dilema é que na saúde menos é mais. O rol de políticas públicas que um país deve implementar com prioridade, se quiser crescer e se desenvolver, é bem conhecido. São práticas baseadas em evidências robustas capazes de reduzir mortes e sequelas. Dependem de muito pouca tecnologia e, por isso, podem ser usadas com sucesso em qualquer lugar do planeta.

Alma Ata e os Sistemas de Cobertura Universal

A partir do final do século passado muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, decidiram que investir na saúde das populações era fundamental para o seu desenvolvimento econômico e humano e passaram a estabelecer programas de saúde pública e pacotes de cobertura assistencial, seguindo o paradigma dos sistemas de saúde e bem estar social da Europa do pós-guerra.

Influenciou positivamente essa tomada de decisão a famosa conferência da OMS em Alma Ata, em 1978, que propôs o lema: Saúde para todos no ano 2000 e que determinou as linhas mestras dos sistemas de saúde públicos e universais⁵. O ideal de Alma Ata se expressou em várias conferências mundiais sobre Promoção da Saúde, na emblemática Carta de Ottawa no Canadá e nas demais declarações elaboradas em conferências subsequentes. Essas cartas traduzidas e compiladas pelo Ministério da Saúde em documento único, até hoje norteiam as ações da saúde pública no Brasil⁶.

O foco de Alma Ata estava na saúde das crianças, na redução da mortalidade infantil e da carga de doenças evitáveis por meio de ações simples e eficientes de atenção primária, garantindo, assim, a baixo custo, a qualidade da força de trabalho das gerações futuras, alavanca primordial do desenvolvimento econômico e social das nações.

Quanto aos adultos e idosos, as iniciativas se dirigiam à manutenção da saúde por meio de mudanças para um estilo de vida mais saudável, combate ao tabagismo e ao uso de álcool e drogas e ao tratamento das condições que predisõem às principais doenças que levam à morte e à incapacidade, como a hipertensão e o diabetes.

Em muitos países, como no Brasil, em que as lesões e sequelas causadas pela violência se constituem em ameaça à saúde pública, a promoção da cultura da paz, a prevenção dos acidentes, a restrição do consumo de álcool, os programas de saúde mental, além do tratamento dos feridos e a remediação das sequelas também passaram a ser objetivo importante da atenção à saúde. O SUS é um produto desse ideal de Alma Ata, traduzido e transformado em lei pela Constituição de 1988.

Anos depois um documento do Banco Mundial: o Relatório do Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde, de 1993, teve grande repercussão na comunidade da saúde pública, pois agregava conceitos econômicos à utopia de Alma Ata^{7,8}. Nesse documento aparece pela primeira vez o conceito de QALY, em português, AVAQ (anos de vida ganhos ajustados à qualidade) como medida de efetividade das intervenções em saúde.

O relatório recomendava que nem todos os tratamentos deveriam ser cobertos. Os sistemas públicos deveriam explicitar pacotes de prestação de serviços essenciais ou mínimos, selecionados entre aqueles de maior relevância para a saúde da população e que apresentassem a melhor relação de custo efetividade, medidas por QALYs, e neste caso essas ações de saúde estariam garantidas a toda a população, prioritariamente às faixas mais pobres e vulneráveis. Quanto às demais prestações de saúde, excluídas do pacote público, o financiamento deveria vir de fontes privadas.

Esse conceito de “cobertura controlada” causou muita polêmica no setor. Foi um choque do racional com a utopia. De fato não há como cobrir, *a priori*, tudo o que existe e existirá com orçamentos realistas e inelásticos. Países de baixa ou média renda têm mesmo que estudar muito bem onde investir. Posteriormente, o QALY passou a ser amplamente adotado como medida de comparação de custo-efetividade entre tratamentos. Aliado a limiares de custo efetividade definidos a priori traduz a disposição do Estado em pagar por uma determinada intervenção de saúde. Para mais informação sobre esse tópico, sugere-se consultar o excelente artigo da Dra Corah Prado⁹.

Segundo esse sistema de mensuração, as intervenções de saúde que salvam vidas de crianças nos países em desenvolvimento são as que apresentam a melhor relação de custo efetividade - CE, pois, uma vida salva na infância rende muito mais QALYs do que, por exemplo, uma intervenção de saúde dirigida a um idoso. Ainda, as doenças que acometem crianças, são em sua maioria de origem infecciosa, e quando tratadas a tempo, são curadas sem sequelas, o que também favorece a relação de CE dessas intervenções em comparação aos tratamentos por toda a vida empregados nas doenças crônico-degenerativas dos adultos.

Consequentemente as iniciativas mais custo efetivas para a saúde e o bem estar social não são ampliar o tratamento de doenças em fase terminal ou prover tecnologia médica avançada. São políticas da área da educação, do saneamento e da prevenção e promoção da saúde: como a educação e alfabetização das meninas, a oferta suficiente de água potável, a disponibilidade de alimentos frescos e naturais, a correta destinação do lixo e do esgoto, o controle e redução da poluição ambiental, a inclusão social, a oferta universal de oportunidades de desenvolvimento pessoal, moradia e emprego dignos, liberdade de expressão, entre outras.

Na área da atenção à saúde propriamente dita podemos citar como as intervenções mais custo-efetivas: o acompanhamento pré-natal, a vacinação e a suplementação nutricional e de vitaminas para gestantes e lactentes; o aleitamento materno; o planejamento familiar; o acompanhamento do desenvolvimento ponderal e neuro-psicomotor das crianças; a re-hidratação oral nas diarreias da infância; o tratamento das infecções pulmonares em crianças e jovens, as cirurgias de emergência como a apendicectomia e o tratamento das fraturas. O autor David Morley no livro *Pediatria no mundo em desenvolvimento* demonstra que salvar vidas e QALYs é possível, bastando, para isso, organização e alguns poucos recursos financeiros 10.

No entanto, nos países em desenvolvimento as iniciativas para o estabelecimento de prestações básicas em saúde por meio de uma rede de atenção primária, coincidiram com o grande salto que a inovação em saúde teve nas últimas décadas, como nicho de negócios e fonte de renda, inovação esta aplicada às condições clínicas raras ou de final de vida, distante, portanto, das necessidades dos seus sistemas públicos de saúde.

Seus sistemas de saúde estão sob forte pressão: tem que desenvolver capacidades de rápida resposta para debelar Infecções e epidemias e atender às vítimas da violência, e ainda desenvolver capacidade de articulação em redes de cuidado para acompanhar as coortes de pacientes com doenças crônicas, que não se curam, mas que devem ser mantidas em tratamento por toda a vida. Ainda se espera que ofereçam cuidados e reabilitação às pessoas com deficiências, o que eleva o patamar de gastos e de articulação logística do sistema, não raro sem que as fontes de investimento acompanhem as novas necessidades.

Em números redondos, o sistema brasileiro aloca 4% do PIB no SUS. O sistema suplementar gasta mais 4% para atender a cerca de 50 milhões de pessoas beneficiárias de convênios, que também tem direito à assistência pública, da qual se socorrem em períodos de recessão da economia, retração dos empregos e para prestações de alto custo e alta tecnologia, dispensadas em hospitais universitários e serviços de excelência da rede SUS.

Em vista do custo direto das tecnologias e do custo das tecnologias embarcadas para que se possa usá-las com segurança há que se estudar qualquer incorporação de nova tecnologia no sistema. Esse processo de ATS institucionalizado aliado ao planejamento estratégico do setor saúde, capaz de atuar segundo as prioridades do setor com base na carga de doença e nas melhores oportunidades tecnológicas e logísticas, poderá nortear a evolução gradual do SUS sem deslocar suas prioridades.

A transparência do processo e a adequada comunicação visando à participação dos principais atores tem grande potencial de garantir o desenvolvimento do sistema público de saúde sem retrocessos e talvez reduzir a judicialização no setor. Em meio aos defeitos de comunicação, o oportunismo de pessoas e empresas se apodera do processo e cria esse perigoso desvio que é o provimento de ações de saúde por meio do judiciário.

A invenção de novos métodos de tratar é um avanço e também uma ameaça. No contexto dos países em desenvolvimento fatores relacionados à entrada intempestiva e não programada da inovação nos sistemas públicos de saúde, a imposição de preços excessivos cotados em dólar e garantidos por patentes, incompatíveis com a economia

dos países consumidores e a expansão das necessidades em saúde por conta do consumismo aliado ao aumento da longevidade e do novo modo de vida iatrogênico das cidades, têm gerado consequências negativas para a saúde das pessoas e para a sustentabilidade da saúde pública.

A Inovação em Saúde, Patentes e Regulação Sanitária

O setor produtivo mundial da inovação em saúde é importante nicho de negócios que garante lucros crescentes e demais privilégios aos países produtores, muitas vezes à custa de reduzir o acesso à saúde pública nos países em desenvolvimento. O sistema de patentes, reconhecido em muitos países e também no Brasil, é peça importante para a prosperidade do negócio.

A justificativa de se garantir patentes para tecnologias em saúde se baseia na necessidade de subsidiar a pesquisa e a inovação, porém, há sérias dúvidas se realmente esses recursos são aplicados no desenvolvimento de novas tecnologias relevantes para a saúde das populações ou se são voltados a desenvolver novidades apenas de interesse comercial.

Os longos períodos de exclusividade que a patente dá ao fabricante (superior a 20 anos) é tempo bastante para que novas invenções sobre o mesmo produto, com pequenas modificações incrementais tomem o lugar das primeiras, patente sucedendo patente, elevando os custos em saúde e mantendo os lucros sempre em alta.

O mecanismo de privilegiar a inovação com a outorga de patentes, além de manter a inovação pouco acessível aos países periféricos, ainda acaba por reduzir a circulação de informação e de conhecimento tecnológico, inibindo a capacidade inovativa e a inovação relevante e adequada aos sistemas de saúde globais. Isso explica a absoluta raridade de descobertas realmente importantes para a terapêutica nas últimas décadas. A prestigiosa revista *Reveu Prescrire*, que a cada ano premia os medicamentos inovadores com a *Pilule d'Or* constata o deserto de inovação relevante nas últimas duas últimas décadas do prêmio¹¹.

Observe-se, ainda, que a concentração da produção de bens tecnológicos se dá nos países centrais, que recebem os dividendos econômicos e científicos oriundos da pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. O resto do mundo se caracteriza apenas como mercado consumidor de tecnologia, muitas vezes, como já dito, inadequada às necessidades primordiais do país.

No Brasil, embora a maioria das multinacionais produtoras de medicamentos tenham filiais no país, algumas estabelecidas há mais de 70 anos entre nós, não há um

único centro de pesquisas dessas multinacionais em funcionamento. Apenas pesquisas em fase avançada, já próximas ao registro, são feitas aqui, com o duplo propósito, de ampliar a possibilidade de recrutar voluntários de pesquisa e depois, finda esta etapa, ampliar o mercado consumidor do produto, por meio de propaganda e demais métodos de convencimento, incluindo a via judicial.

Os produtos sob patente são comercializados nos países em desenvolvimento a preços muitas vezes superiores aos praticados nos países centrais. Estudos comprovam que a necessidade dos países, razões humanitárias ou mesmo o volume de compras públicas, têm pouco reflexo na redução de preços de produtos de inovação para aquisições governamentais. Apenas instâncias organizadas de avaliação de tecnologia com base em evidências científicas são efetivas para incorporar tecnologias relevantes a custos reduzidos. Experiências recentes com o funcionamento da CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS atestam amplamente esse potencial de redução de preços de novas tecnologias pela via criteriosa da avaliação de benefícios riscos e consequências¹².

Ainda, as compras são balizadas pelo valor do dólar e os lucros dos fabricantes são remetidos às matrizes, o que causa flutuação da capacidade de compra ao sabor da cotação da moeda americana e desequilíbrio na balança comercial dos países compradores. No Brasil todo o superávit produzido pela agricultura é neutralizado pelo déficit produzido pela importação de medicamentos e produtos para a saúde.

Finalmente, em nome do apelo emocional, traduzido em urgência que a doença rara ou a condição de final de vida inspiram, o complexo produtivo da saúde se beneficia de autorização privilegiada para comercialização precoce de produtos, ainda com grande incerteza, com resultados de eficácia modestos ou incertos a altíssimos preços.

Neste contexto de inovação como padrão de consumo na saúde, é real a ameaça à sustentabilidade e ao desenvolvimento dos sistemas de saúde ainda incipientes dos países em desenvolvimento. A substituição do cuidado pela tecnologia, uma vez que não haverá recursos bastantes para manter ambos os investimentos, é uma aposta sem futuro. E é mais grave ainda, pois o uso indiscriminado dessas inovações incorporadas por motivos alheios às necessidades de saúde da população, além de custos trazem eventos adversos que de outra forma poderiam ser evitados.

No Brasil e em muitos países em desenvolvimento, a autorização do registro de comercialização de tecnologias para a saúde se espelha nos procedimentos do FDA-Food and Drug Administration dos EUA, obviamente sensível aos interesses econômicos das empresas americanas e,

portanto, tendente a flexibilização na autorização dos registros, mesmo quando os estudos são iniciais, o benefício é marginal ou quando a incerteza ainda é excessiva.

A partir da publicação da Lei 12401 de 2011, o registro de uma tecnologia na ANVISA é condição necessária, porém não suficiente para sua incorporação no SUS. A avaliação de sua eficácia, segurança e relação de custo-efetividade, bem como do impacto orçamentário e logístico de sua eventual incorporação no SUS, passa a ser condição *sine qua non* para que seja ofertada pelo sistema público brasileiro¹³.

Considerações finais

A tecnologia deve ser entendida como auxiliar ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, nunca como substitutiva do cuidado. Na maioria dos casos demandam ainda mais controles e mão de obra especializada. Tecnologias de ponta podem funcionar com níveis diferentes de eficácia e segurança conforme sejam aplicadas a sistemas de saúde mais ou menos preparados para recebê-las, que disponham de recursos humanos mais ou menos capacitados para operar essas novidades, que disponham ou não dos necessários controles de monitoramento e assistência técnica, garantindo assim que o uso dessas tecnologias não provoque mais malefícios do que benefícios aos pacientes.

Observe-se ainda que a saúde de base tecnológica alimenta a iniquidade, pois ela só funcionará adequadamente em ilhas de excelência, com equipes estruturadas e capacitadas e, assim, será heterogênea a sua distribuição no território, justamente desprivilegiando as regiões em

que a assistência à saúde é precária e, portanto, ainda mais necessária. Para equilibrar essa tendência inerente a qualquer inovação, os sistemas de saúde devem desenvolver estratégias de articulação pactuadas entre municípios e regiões estabelecendo referência e contra-referência para os procedimentos tecnológicos selecionados como essenciais ao cuidado, o que não é exatamente simples de se realizar na prática.

A sedução da tecnologia como um fim em si, além de não trazer resultados para a saúde, ainda aprofundará a desorganização dos sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento. A possibilidade de incorporar tecnologia irrelevante e até mesmo nociva é um risco real nos países em desenvolvimento. Os recursos financeiros e humanos alocados para a incorporação dessas tecnologias são subtraídos dos programas de saúde pública existentes ou em fase de implantação o que pode ter efeitos deletérios à saúde das pessoas e à sustentabilidade dos sistemas.

A seleção racional das tecnologias a serem incorporadas deve ser feita em base nacional, regional e local cabendo também a essas instâncias o monitoramento de resultados dessas incorporações, e também, quando pertinente, a exclusão ou mesmo o reposicionamento do uso dessas tecnologias no rol de prestações de saúde do país.

Competência técnica, comunicação e transparência são atributos imprescindíveis para o processo de avaliação de tecnologias visto que ela que interessa a todos os usuários do sistema público e privado de saúde, às instituições da saúde, da justiça e ao congresso brasileiro. Nesta área, como em várias da gestão pública, menos é mais. A saúde das pessoas agradece!

Referências bibliográficas

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado 2006 Nov 25]; 21(4):533-538. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt.
2. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Página da internet, disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>. Acesso em 29/fev/16.
3. Fleury, S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
4. Angell, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito - editora Record, 2007.
5. OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados Primários de Saúde. Conferência Alma Ata. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf. Acesso em 29/fev/16.
6. Ministério da Saúde. Cartas de Promoção da Saúde. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 29/fev/16.
7. Banco Mundial: Relatório de Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde, de 1993
8. Omran, AR. – The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem. Fund.*, 49:509-583, 1971.
9. Prado CCL. Adoção Do Limite De Custo Efetividade Na Incorporação De Tecnologias No SSUS. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Vol. 6 (Supl. 4). Outubro, 2015 p. 3127- 49. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1429/pdf>. Acesso em 29/fev/16.

10. Morley D - Pediatria no mundo em desenvolvimento – Prioridades. Ed. Paulinas, 1982.
11. Revue Prescrire. Disponível em: <http://www.prescrire.org/Fr/109/652/ReportList.aspx>. Acesso em 29/fev/16.
12. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em: www.conitec.gov.br
13. Brasil. Lei Federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em 29/fev/16.

© 2015 Organização Pan-americana da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. Este Boletim é direcionado a gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, com linguagem simplificada e fácil compreensão. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Internet: www.paho.org/bra

ISBN: 978-85-7967-108-1 Coleção completa.

Coordenação editorial:

Felipe Dias Carvalho e Lenita Wannmacher.

Revisão técnica:

Lenita Wannmacher e Helaine Carneiro Capucho

Projeto gráfico, revisão textual e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas