



Síntese de evidências para políticas de saúde

# Judicialização da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde  
Departamento de Ciência e Tecnologia

Síntese de evidências para políticas de saúde  
**Judicialização da Saúde**

Brasília – DF  
2020



2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 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: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br).

Esse trabalho foi desenvolvido em cooperação entre o Departamento de Ciência e Tecnologia e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6291

Site: [www.brasil.evipnet.org](http://www.brasil.evipnet.org)

E-mail: [evipnetbrasil@saude.gov.br](mailto:evipnetbrasil@saude.gov.br)

*Organização:*

Denizar Vianna Araújo (SCTIE/MS)

Vania Cristina Canuto Santos (DGITS /SCTIE/MS)

Cecília Menezes Farinasso (Decit/SCTIE/MS)

Daniela Fortunato Rêgo (Decit/SCTIE/MS)

Aurelina Aguiar de Lima (Decit/SCTIE/MS)

Fabiana Carneiro Costa (Decit/SCTIE/MS)

*Elaboração:*

Carla de Agostino Biella (MS)

Clarice Alegre Petramale (MS)

Fabiana Raynal Floriano (MS)

Fabio Luis Nóbrega Franco (MS)

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/DF)

Laura dos Santos Boeira (Instituto Veredas)

Marcel Carvalho (Instituto Veredas)

Vania Canuto dos Santos (MS)

Viviane Pereira (MS)

*Editoração:*

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Ludmila Schmaltz Pereira (Decit/SCTIE/MS)

*Projeto gráfico:*

Gustavo Veiga e Lins (Decit/SCTIE/MS)

*Fotografia:*

Domínio público

*Coordenação da elaboração:*

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/DF)

*Normalização:*

Isabella Maria Silva Barbosa (Editora MS/CGDI)

*Revisão técnica e de mérito:*

Roberta Borges Silva (Decit/SCTIE/MS)

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de evidências para políticas de saúde : judicialização da saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

45 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_judicializacao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_judicializacao_saude.pdf)  
ISBN 978-85-334-2761-7

1. Judicialização da saúde. 2. Estratégias. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título.

CDU 614:34

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0058

*Título para indexação:*

Summary of evidence for health policies: judicialization of health.

# Sumário

<b>MENSAGENS-CHAVE</b> .....	<b>7</b>
O problema .....	7
Opções para enfrentar o problema .....	7
Considerações gerais acerca das opções propostas .....	8
<b>CONTEXTO E ANTECEDENTES</b> .....	<b>9</b>
<b>DESCRIÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>11</b>
Magnitude e consequências do problema .....	11
Quais são as causas do problema? .....	12
O que está sendo feito para enfrentar o problema? .....	15
<b>OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA</b> .....	<b>17</b>
Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde .....	19
Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto .....	20
Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde .....	24
Considerações sobre a equidade .....	27
<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES</b> .....	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>38</b>
Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde .....	39
Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto .....	41
Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a Opção 3 - Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde .....	42
Apêndice D – Bases de dados e estratégias de busca utilizadas para levantar as revisões sistemáticas das opções para o problema .....	43
Apêndice E – Fluxograma do processo de seleção dos artigos .....	45
Apêndice F – Artigos excluídos após leitura do texto completo .....	46

## Síntese de evidências para políticas de saúde:

Judicialização da saúde.

### Inclui:

- Descrição de um problema do sistema de saúde;
- Opções viáveis para resolver este problema;
- Estratégias para a implementação dessas opções.

### Não inclui

Essa síntese **não inclui recomendações** sobre qual (is) opção (ões) deve (m) ser selecionada (s) para implementação da política.

### Para quem essa síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio, para os operadores do direito e outras partes interessadas no problema abordado por esta síntese de evidências.

### Para que essa síntese de evidências foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as demandas judiciais em saúde, políticas e programas de saúde, de modo que essas sejam bem fundamentadas por evidências científicas relevantes e disponíveis, identificadas, selecionadas e avaliadas por meio de processo sistemático e transparente.

### O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

É um resumo das evidências de pesquisas globais e locais relevantes<sup>1</sup> que foram identificadas, avaliadas e organizadas em opções para o enfrentamento de problemas de saúde para subsidiar o diálogo de políticas com os atores envolvidos como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

Para elaboração de síntese de evidência utiliza processos sistemáticos e transparentes para fundamentar as decisões relacionadas as políticas, bem como o julgamento e suas implicações.

### Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde

1. Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde e nas instâncias do poder judiciário;
2. Subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
3. Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
4. Apoiar o monitoramento e a avaliação dos resultados das opções.

### EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores

---

<sup>1</sup> A revisão sistemática é um estudo secundário, considerado o melhor nível de evidência para tomada de decisão, que reúne resumos de evidências que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e transparentes para identificar, coletar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes.

de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entre outros.

## **Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde**

O Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), da SCTIE, do Ministério da Saúde, atua como a secretaria-executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS), e é responsável por subsidiar a Secretaria na formulação de políticas, diretrizes e metas para a incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

## **Financiamento**

Ministério da Saúde.

## **Tutoria metodológica**

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/DF).

## **Conflito de interesse**

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados dessa síntese.

## **Revisão de método e mérito da síntese de evidências para políticas de saúde**

Essa síntese de evidências foi revisada em método por especialistas, na identificação, seleção, avaliação crítica, e no mérito por pesquisadores, gestores e atores interessadas no problema quanto sua relevância para política de saúde.

## **Agradecimentos**

À Equipe da EVIPNet Brasil pela capacitação dos técnicos, pelo apoio e assessoria em todas as etapas do processo de produção e divulgação dessa síntese.

Aos colegas Raphael Igor da Silva Correa Dias pela orientação e aos colegas do DGITS, Eliete Maia Gonçalves Simabuku, Izamara Damasceno Catanheide, José Octávio Beutel e Sarah Nascimento Silva pelas contribuições na etapa de priorização das barreiras.

Ao Instituto Veredas, pelo apoio na revisão da síntese.

## **Citação**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: judicialização da saúde**. Brasília, DF: EVIPNet Brasil, 2020. 45 p.

Glossário	
Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)	Processo contínuo e abrangente de avaliação dos impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em Saúde, que leva em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, entre outros, de modo a auxiliar os gestores em Saúde na tomada de decisões quanto à incorporação ou retirada de tecnologias em Saúde (BRASIL, 2013).
Educação continuada ( <i>continuing medical education</i> )	Atividades educacionais que servem para manter, desenvolver ou aumentar o conhecimento, as habilidades, o desempenho e os relacionamentos que o profissional da área da saúde usa para prestar serviços aos pacientes, ao público ou à profissão (MARINOPOULOS <i>et al.</i> , 2007).
Encontros educacionais ( <i>educational meetings</i> )	São comumente usados para a educação continuada com o objetivo de melhorar a prática profissional e, assim, os resultados dos pacientes. Encontros educacionais incluem cursos, conferências, palestras, workshops, seminários e simpósios (FORSETLUND <i>et al.</i> , 2009).
Visitas educacionais ( <i>educational outreach</i> )	O termo “visitas educacionais” foi usado para descrever uma visita, por uma pessoa externa treinada, a profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho, de modo a promover mudanças nas práticas profissionais (FORSETLUND <i>et al.</i> , 2009).
Judicialização da saúde	De forma resumida, a judicialização da saúde consiste na reclamação por bens e serviços de saúde através da via judicial. As ações judiciais visam a garantir acesso desde o fornecimento de medicamentos até a disponibilização de exames e cobertura para o tratamento de determinadas doenças. Neste contexto, situam-se dois atores: a sociedade civil como demandante e o Estado que é responsável pela elaboração e pela execução das políticas públicas através dos Poderes Executivo e Legislativo, como também é responsável por resolver os conflitos através do Poder Judiciário (BORGES; UGÁ, 2010; ASENSI, 2013; CHIEFFI; BARATA, 2009).
Operadores do direito	Os operadores do direito na sociedade são os responsáveis pela gestão do sistema jurídico, sendo o juiz um dos principais pontos focais. O papel do operador do direito é postular e aplicar a lei que é necessária para a manutenção da organização jurídica e da sua sociedade (FILHO, 2017).
Tipos de seleção de participantes	Seleção por estratificação - consiste em dividir a “população alvo” em diferentes subgrupos ou estratos diferentes, de maneira que um indivíduo pode fazer parte apenas de um único estrato ou camada. A seleção é feita partindo de cada camada. Seleção por companhias de pesquisa de mercado - contrata-se companhias de pesquisa, de tal modo a definir população representativa da comunidade local; Seleção a partir de pagamento de pequenas remunerações aos participantes - usa-se pequenas remunerações para estimular a participação; Seleção por amostragem aleatória - escolha aleatória a partir do cadastro de eleitores, por exemplo.
Comitês de serviços de saúde	Os comitês de serviços de saúde apresentavam formações particulares em cada um dos países que fizeram parte da pesquisa, mas geralmente eram compostos por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• trabalhadores dos serviços de saúde</li> <li>• representantes comunitários (eleitos ou não)</li> <li>• representantes dos governos locais</li> </ul>
Revisão realista ( <i>realist review</i> )	A revisão (ou síntese) realista é uma abordagem de síntese de pesquisas de natureza qualitativa que visa o desenvolvimento de modelos e teorias, bem como a prática baseada em evidências, em intervenções sociais complexas (TRACTENBERG; STRUCHINER, 2011).
Revisão integrativa ( <i>comprehensive review</i> )	A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas e a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).
Overview	Tipo de estudo projetado para integrar e sintetizar as de informações das revisões sistemáticas existentes sobre um determinado problema, considerando todas as intervenções disponíveis para abordar esse problema (SILVA <i>et al.</i> , 2012).
Monitoramento contínuo ( <i>feedback loop</i> )	Um processo de monitoramento contínuo deve levar em conta os efeitos positivos e negativos que tal ação pode oferecer ao comportamento dos trabalhadores. Uma boa avaliação exige uma mistura cuidadosa de medidas quantitativas e métodos qualitativos, tais como entrevistas, observação etnográfica e narrativas para dar sentido à transformação esforço. Os atores envolvidos nos processos de monitoramento contínuo devem ter participação ativa, inclusive na construção e revisão dos indicadores, e boa compreensão do processo e das métricas. Além disso, pode ser inserido um sistema de incentivo para estimular os atores a mudar ou manter comportamentos a partir dos resultados parciais do monitoramento contínuo (BEST <i>et al.</i> , 2012).
Serviço de respostas rápidas	Um serviço de resposta rápida é responsável por fornecer acesso compilado e otimizado a evidências de pesquisa, relevantes e de alta qualidade, para responder a determinado problema de gestão em curtos períodos de tempo - ou seja, dias ou semanas (WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015).

Fonte: Elaboração própria



Fonte: <www.freepik.com>.

## MENSAGENS-CHAVE

### O problema

O crescente número de ações judiciais que versam sobre o direito à saúde, tendo o SUS como alvo dos litígios, é um fenômeno denominado *judicialização da saúde*. Nas últimas duas décadas, o crescimento da judicialização da saúde tem sido motivo de preocupação para gestores da saúde e operadores do direito por causar impactos significativos na estruturação de políticas de saúde, no financiamento e na organização do sistema de saúde, e, conseqüentemente, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira.

Para que o Judiciário possa garantir não apenas o acesso às tecnologias em saúde, mas também a eficácia e segurança do uso dessas tecnologias para os cidadãos, as decisões judiciais devem considerar o conhecimento científico como um subsídio relevante para apoiar o processo de convencimento jurisdicional. Essa síntese teve como objetivo levantar opções para subsidiar a tomada de decisão judicial envolvendo tecnologias em saúde, nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal), de forma a contribuir com a qualidade e eficiência do SUS.

### Opções para enfrentar o problema

**Opção 1** – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde;

**Opção 2** – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto;

**Opção 3** – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde.



## Considerações gerais acerca das opções propostas

As opções de intervenção sugeridas nesta síntese, apesar de estarem descritas de modo separado, podem ser complementares entre si e exigem uma ação intersetorial e integrada localmente. A implementação das opções deve considerar a participação de diferentes atores, como tomadores de decisão, operadores do direito, empresas do complexo industrial da saúde, profissionais de saúde, sociedade civil e seus representantes. Além disso, devem ser avaliados os diferentes contextos, incluindo os aspectos epidemiológicos, as diferentes responsabilidades entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), as áreas de conhecimento específicas e os limites técnicos dos diferentes profissionais envolvidos, assim como as condições estruturais do SUS. Outro ponto importante a ser analisado é a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, adaptando as intervenções às diferentes realidades, bem como verificar a possível provisão dos dispositivos necessários. Em determinadas situações, a ampliação e a capacitação da equipe será imprescindível para o sucesso da adesão às opções propostas.

Em qualquer situação, considera-se que a implementação dessas opções deve ajudar a suprir as falhas na assistência à saúde, aumentando a eficiência e efetividade do SUS, sem trazer prejuízos ao sistema (interferências de forma negativa na organização do SUS, deslocamentos de recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas ou pressão para incorporação de tecnologias sem considerar as evidências científicas ou que nem sempre sejam totalmente eficazes).





Fonte: <www.freepik.com>.

## CONTEXTO E ANTECEDENTES

A Constituição Federal brasileira (CF), promulgada em 1988, assegura o direito de todos à saúde e define o Estado como responsável pela sua garantia (BRASIL, 1988). Para contemplar o cumprimento dos preceitos constitucionais de promoção, proteção e recuperação da saúde pelo Estado, foi regulamentado e criado o SUS, pela Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, com seus princípios de universalidade, igualdade e integralidade (BRASIL, 1990).

Apesar do significativo avanço na democratização do país pela garantia do direito universal à saúde, na prática, esse direito ainda não é realizado plenamente. Em função disso, os cidadãos, de forma individual ou coletiva, têm buscado no campo jurídico os meios para garantir seu direito à saúde, fenômeno que vem sendo denominado de *judicialização da saúde* (MACHADO; DAIN, 2012; PEPE *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas, o crescimento das ações judiciais tem sido motivo de preocupação para gestores da saúde e operadores do direito (PEPE *et al.*, 2010) por causar impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do sistema de saúde, e conseqüentemente, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira.

Nesse contexto, o SUS tem se estruturado buscando mais efetividade na oferta de serviços e tecnologias seguras e eficazes à população brasileira. No campo das políticas farmacêuticas, destacam-se a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, destinadas à garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, da promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Ambas as políticas ressaltam o uso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) como instrumento norteador oficial que elenca os medicamentos ofertados no âmbito do SUS, enfatizando a necessidade de atualização periódica (BRASIL, 1998, 2004).

Destaca-se também a sanção presidencial da Lei 12.401, em 28 de abril de 2011, que definiu que a assistência terapêutica integral no âmbito do SUS se dará em conformidade com os Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) para as doenças, e que a incorporação, pelo SUS, de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração dos PCDT serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta)

dias, contados da data em que foi protocolado o pedido, admitido a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem (BRASIL, 2011). Neste sentido, o preceito constitucional da integralidade na saúde foi regulamentado (GUIMARÃES, 2014).

Nos países que possuem sistemas de acesso universal à saúde, o conceito de integralidade é regulamentado por agências de excelência específicas, por meio de metodologias complexas (GUIMARÃES, 2014). De modo geral, essas agências subsidiam o governo através de recomendações sobre intervenções de saúde para o sistema de saúde. No Brasil, esse papel é exercido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2011).

Apesar das leis, políticas de saúde e ações para aperfeiçoar a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, o Brasil ainda enfrenta o desafio de assegurar o acesso aos insumos essenciais, frente às iniquidades existentes. Desta forma, o acesso aos insumos de saúde é prioridade nas políticas de saúde, enfatizando a importância de assegurar padrões de equidade e produtos de qualidade (BERMUDEZ, 2007).

O sistema jurisdicional, por sua vez, tem primado pelo cumprimento da CF no tocante ao direito fundamental à saúde, aspecto bastante evidenciado no debate ocorrido durante audiência pública do STF, em 2009, que promoveu a interlocução de diversos atores e setores sociais envolvidos (GOMES *et al.*, 2014). As ações resultantes desta audiência foram a publicação da Resolução nº 107 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituindo o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e da Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010a), que fornece diretrizes para os trabalhos dos magistrados sobre as análises dos pedidos em saúde, além de recomendar que os gestores sejam chamados para esclarecer suas decisões, principalmente quando há a recusa na ação judicial (GOMES *et al.*, 2014).

A publicação da Recomendação nº 31 do CNJ 2010 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010b) também é um marco importante, visto que indica aos Tribunais a adoção de medidas para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. As medidas que se destacam são: a instrução das ações, se possível com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, prescrição de medicamentos com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral e indicação da posologia exata; a não autorização do fornecimento de medicamentos não registrados pela ANVISA; quando possível, a realização da escuta da parte dos gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; e da realização de convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico aos magistrados (VALLE; CAMARGO, 2011). É possível observar, através das publicações do CNJ uma preocupação do Judiciário em adotar procedimentos que tendem ao uso de evidência científica (GOMES *et al.*, 2014).



Fonte: <www.freepik.com>.

## ■ DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O crescente número de ações judiciais que versam sobre o direito à saúde, tendo o SUS como alvo dos litígios, é um fenômeno que vem gerando discussões tanto no Poder Judiciário, como entre técnicos, pesquisadores e gestores da área da saúde. A judicialização da saúde concretiza-se por meio das demandas que chegam ao Judiciário requerendo a satisfação das necessidades em saúde não atendidas pelo Estado, enquanto provedor ou regulador da saúde. A solicitação e a concessão de ações judiciais têm se baseado na interpretação de que a integralidade comporta o direito a toda e qualquer tecnologia em saúde que visem à promoção, prevenção, recuperação ou manutenção da saúde dos brasileiros (GUIMARÃES, 2014; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

### **Magnitude e consequências do problema**

Dentre os estudos com informações sobre a magnitude da judicialização e as divergências das decisões judiciais em relação aos conhecimentos científicos, observa-se uma predominância de determinações judiciais para o fornecimento de medicamentos sem recomendação sustentada por evidência científica (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011; CHIEFFI; BARATA, 2009) e de medicamentos que não integram os componentes da assistência farmacêutica do SUS (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011; LOPES *et al.*, 2010). Já em Minas Gerais, um estudo apontou que, entre os 1.675 medicamentos solicitados nos processos judiciais com relato do diagnóstico, havia evidência de eficácia limitada para apenas 7,3% destes medicamentos, não havia evidência comprovada para 3,7% e não foi encontrado nenhum tipo de informação sobre a eficácia para 33,4% (MACHADO *et al.*, 2011).

Na Bahia, Lisboa (2015) analisou 154 ações judiciais, quanto aos argumentos e às motivações de seus autores e réus, para obtenção de tratamento da diabetes, entre 2010 e 2013. Em 87% das ações houve concessão de liminar ou antecipação de tutela, garantindo o fornecimento do medicamento com urgência, respaldadas no Art. 196 da CF. A maioria dos medicamentos pleiteados (95,3%) não estava incluída no financiamento da assistência farmacêutica, com base na Rename, e 70,4% foram prescritos pelo nome comercial, demonstrando divergências com a Lei Federal 9.787/99 (Lei dos Genéricos) na atuação de médicos e magistrados.

Neste sentido, a judicialização pode ser entendida, na perspectiva do SUS, como a incapacidade do sistema de aplicar concretamente seus princípios e diretrizes, principalmente no que se refere em atender as demandas regularmente; já na perspectiva do cidadão, reflete o posicionamento do paciente que acredita na necessidade e potencial benefício da tecnologia prescrita, considerando que o SUS deveria fornecer terapias a quem necessitar; para os prescritores, reflete a crença na superioridade da tecnologia prescrita em relação àquelas disponíveis ou não no SUS; e, por fim, na perspectiva dos juízes, quando o Estado se omite ou falha na implementação plena das políticas públicas, cabe ao Poder Judiciário o papel de garantir o direito à saúde, como estabelecido no Art. 196 da CF, e decidir, geralmente em caráter de urgência, baseando-se principalmente na opinião do médico, em detrimento das melhores evidências científicas disponíveis (LISBOA, 2015).

Um estudo realizado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS) consolidou dados dos gastos do Ministério da Saúde (MS) durante o período de 2009 até 2012. Como resultado, observou-se que, em 2009, existiram 10.486 novas ações e, em 2012, esse número aumentou para 13.051. Em relação aos gastos para aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais, em 2009, o MS gastou em torno de 87 milhões de reais e, em 2012, o montante passou para 287,8 milhões de reais. Também há de se considerar que a judicialização pode interferir nas políticas de saúde, aumentando a pressão sobre o sistema público para a incorporação de tecnologias que não foram anteriormente incorporadas ao SUS por falta de evidências científicas ou que não sejam totalmente eficazes (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012; REVEIZ *et al.*, 2013; TORRES, 2010).

Ressalta-se que, mesmo após a concessão de tecnologias, esses processos não são necessariamente extintos no ano seguinte, gerando um efeito cumulativo. Esse efeito contribui para explicar uma das causas do crescimento constante do uso de recursos com compras de ações judiciais pelo MS evidenciado acima. Nesse estudo, também foram apresentados os dados de nove estados brasileiros, os quais, somados aos do MS, representaram um gasto de aproximadamente 949 milhões de reais com demanda judicial no Brasil, em 2010 (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012).

A área de medicamentos tem maior expressão no fenômeno da judicialização no SUS. Uma revisão sistemática realizada em 2013 avaliou estudos sobre litígios de direito à saúde no Brasil, Colômbia e Costa Rica, e apontou que, no Brasil, as demandas por medicamentos eram maioria (REVEIZ *et al.*, 2013). Padrão semelhante é observado nos diferentes Estados brasileiros: ao analisar as ações judiciais impetradas contra o estado da Bahia, 361 tinham como objeto principal o fornecimento de medicamentos (TORRES, 2010). Em Santa Catarina, no ano de 2012, foram registrados aumentos crescentes dos mandados judiciais para a compra de medicamentos, gerando um gasto de R\$ 820.570,32, valor nove vezes maior que o do ano de 2007, R\$ 90.984,00 (ZAGO *et al.*, 2016). Situação semelhante também foi encontrada nos Estados de São Paulo (WANG *et al.*, 2014).

## Quais são as causas do problema?

Quanto ao uso de evidência científica para a tomada de decisão, existem algumas situações que colocam o judiciário em posição delicada, especialmente quando a tecnologia demandada na ação judicial, se enquadra na categoria de: i) presente no rol de tecnologias ofertadas pelo SUS, mas solicitada para indicação diferente daquela contemplada no SUS; ii) não consta no rol de tecnologias ofertadas pelo SUS, tem registro junto à ANVISA e foi solicitada para a indicação que consta na bula ou que não consta na bula (uso *off label*<sup>2</sup>); e iii) não consta no rol de tecnologias ofertadas pelo SUS, não tem registro junto à ANVISA, podendo ter ou não (medicamento experimental) registro em outros países (FIGUEIREDO; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2013; MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

Nas situações relativas às categorias ii e iii, ou ainda quando a tecnologia se encontra em fase experimental, não há subsídios técnico-científicos para sustentar a concessão do fornecimento da tecnologia pelo SUS, com o judiciário atuando no campo das incertezas. Entretanto, nas situações relativas à categoria i, ou ainda quando a tecnologia tem registro junto à ANVISA, foi solicitada de acordo com a indicação da bula, mas não consta no rol de tecnologias ofertadas pelo SUS, faz-se necessária uma análise criteriosa das melhores evidências científicas disponíveis, que permitam avaliar os dados de eficácia, efetividade, segurança e viabilidade econômica, bem como as considerações sociais e éticas em relação às tecnologias já incorporadas e ofertadas pelo SUS.

<sup>2</sup> Off label: o uso não aprovado do medicamento, no Brasil; que não consta da bula. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro\\_offlabel.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm). Acesso em: 06/11/2015.



Assim, para que o Judiciário possa garantir não apenas o acesso às tecnologias em saúde, mas também sua eficácia e segurança para os cidadãos, suas decisões devem considerar o conhecimento científico como um subsídio relevante para apoiar o processo de convencimento jurisdicional.

Diversos estudos têm demonstrado que o judiciário tem considerado de forma limitada as evidências científicas na tomada de decisão. Uma revisão sistemática, realizada em 2013, avaliou os achados de 37 estudos empíricos sobre o fenômeno da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil. Como resultado, observou-se que o critério mais utilizado pelo Judiciário para o deferimento do pedido liminar foi a prescrição médica, não considerando as evidências científicas disponíveis que poderiam subsidiar esta decisão. Além disso, medicamentos foram habitualmente demandados pelo nome comercial em detrimento da denominação do princípio ativo. Outro importante resultado aponta que muitas ações judiciais poderiam ter sido evitadas se as alternativas terapêuticas contempladas nas listas do SUS (Rename) fossem levadas em conta pelos prescritores (TORRES, 2013), visto que parte dos medicamentos solicitados já consta na lista ou possui genéricos a substituir os patenteados (OLIVEIRA *et al.*, 2015; NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016; LEITÃO *et al.*, 2016).

De modo geral, o acesso às tecnologias em saúde, viabilizado por ações judiciais, revela que as lacunas entre o conhecimento científico e a prática jurisdicional se assemelham àquelas verificadas entre ciência e a tomada de decisão na formulação e implementação de políticas de saúde. Diante da premência de decidir sobre questões específicas de saúde, muitas vezes são desconsideradas como subsídio útil e disponível, as evidências científicas em articulação com as políticas públicas e as opções de garantia do acesso às tecnologias já incorporadas ao SUS. Assim, de uma forma geral, a prescrição médica tem sido considerada prova pré-constituída e legítima da necessidade do medicamento respaldando a decisão judicial, sendo desconsiderados potenciais danos aos pacientes em razão de possíveis prescrições inadequadas, sem comprovação científica sobre a segurança e a eficácia das tecnologias, ou mesmo sobre sua efetividade (GOMES *et al.*, 2014).

Por outro lado, a alta demanda gerada através das prescrições e a conseqüente judicialização das tecnologias em saúde, pode revelar uma estratégia de grupos econômicos relacionados com a produção de tecnologias em saúde, para promover pressão para a incorporação de novas tecnologias (BIEHL; PETRYNA, 2016). Os operadores do direito podem adotar mecanismos para avaliar criticamente as estratégias que promovem pressão para a incorporação de novas tecnologias e ampliar os canais de comunicação com as instâncias de gestão e sociedade civil, visando às reais necessidades dos cidadãos. O Poder Judiciário pode obter importantes subsídios para decisão, consistentes com os resultados de pesquisas científicas, considerando as tecnologias disponíveis pelo SUS como alternativas terapêuticas seguras e eficazes, uma vez que, sua evidência científica já é consolidada.

## O que está sendo feito para enfrentar o problema?

Esta preocupação, em relação à qualidade do tratamento oferecido pela rede pública, pode ser verificada nos enunciados nº 12<sup>3</sup> e nº 14<sup>4</sup> aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do CNJ, que aponta a necessidade de relatório médico adequado às normas éticas, sanitárias e farmacológicas, que comprove superioridade dos tratamentos solicitados em relação aos disponíveis no SUS. A solicitação deve ser indeferida quando não houver comprovação da superioridade. Adicionalmente, o enunciado de nº 15<sup>5</sup> demonstra a preocupação do CNJ quanto às informações contidas nas prescrições médicas (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

Entretanto, a não observância da legislação sanitária que orienta o uso racional da prescrição, das políticas de medicamentos e dos documentos de orientação produzidos pelo próprio Poder judiciário, demonstra que, em geral, as ações são deferidas sem contemplar todos os critérios que assegurem a segurança do requerente. Neste sentido, a Lei 12.401/2011 pode auxiliar diretamente no julgamento das ações judiciais que visam à concretude do direito à saúde (LISBOA, 2015).

No ano de 2010, os Tribunais Federais e Estaduais foram encorajados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a disponibilizar apoio técnico dos médicos e farmacêuticos para que formem magistrados com conhecimento agregado sobre questões em saúde juntamente com guias da medicina baseada em evidências. Dessa maneira sanaria algumas dessas problemáticas que a judicialização provoca na União, Estado e Município (DIAS; DA SILVA JUNIOR, 2016).

A utilização das evidências científicas como subsídio no processo de tomada de decisão pelos principais sistemas de acesso universal à saúde causou um crescimento da produção de estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), que, embora tenham se mostrado como uma forma mais eficiente de análise ampla e completa dos impactos das tecnologias, seja pelo lado do benefício em saúde ou pela dimensão dos custos incrementais ao sistema, ainda são pouco divulgados e utilizados (GOMES *et al.*, 2014). Os estudos de ATS apresentam elevado potencial de uso pelo Poder judiciário como fonte de consulta para respaldar técnico-cientificamente as decisões das ações judiciais em saúde. Entretanto, nem sempre é uma tarefa de fácil execução, subsidiar a tomada de decisão utilizando os estudos de ATS.

<sup>3</sup> ENUNCIADO Nº 12: A inefetividade do tratamento oferecido pelo SUS, no caso concreto, deve ser demonstrada por relatório médico que a indique e descreva as normas éticas, sanitárias, farmacológicas (princípio ativo segundo a Denominação Comum Brasileira) e que estabeleça o diagnóstico da doença (Classificação Internacional de Doenças), tratamento e periodicidade, medicamentos, doses, e fazendo referência também à situação do registro na Anvisa.

<sup>4</sup> ENUNCIADO Nº 14: Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do SUS.

<sup>5</sup> ENUNCIADO Nº 15: As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica.



### Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade

O crescimento da judicialização da saúde tem sido motivo de preocupação para gestores da saúde e operadores do direito por causar impactos significativos na estruturação e organização do sistema de saúde, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira e no financiamento. Além da questão orçamentária, muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade.

A equidade em saúde refere-se à diminuição das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis. Para o SUS, todo cidadão é igual perante a lei e deve ser atendido de acordo com suas necessidades. Assim, os serviços de saúde precisam conhecer as necessidades dos diferentes grupos da população e trabalhar para satisfazê-las, oferecendo mais a quem mais precisa, contribuindo para a diminuição das desigualdades existentes (CHIEFFI; BARATA, 2009).

As ações judiciais ferem o princípio da equidade quando garantem a poucos indivíduos a obtenção de tecnologias que não são oferecidas pelo SUS, beneficiando aqueles indivíduos que conseguem acionar o Estado via judiciário, em detrimento de outros. Desse modo, o acolhimento dessas demandas, na maioria das vezes, significa o estabelecimento de privilégios para aqueles que estão se beneficiando do resultado das ações judiciais, interferindo de forma negativa na organização do SUS, deslocando recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas (SANTOS, 2016).

Apesar das leis, políticas de saúde e ações para aperfeiçoar a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, o Brasil ainda enfrenta o desafio de assegurar o acesso aos insumos essenciais, frente às iniquidades existentes. Desta forma, o acesso aos insumos de saúde é prioridade nas políticas de saúde, enfatizando a importância de assegurar padrões de equidade e produtos de qualidade.

A obtenção dos benefícios pelos que entram na esfera jurídica fere o princípio da equidade prejudicando assim a coletividade pelo desvio da alocação dos recursos finitos e causando ainda a desarticulação nas políticas, ações e serviços existentes e a não consolidação dos objetivos originários do SUS. Ao interferir nas políticas de saúde, a judicialização pode revelar-se como uma estratégia de grupos econômicos relacionados com a produção de tecnologias em saúde, para promover pressão sobre o SUS para incorporação de tecnologias sem considerar as evidências científicas ou que nem sempre sejam totalmente eficazes.

Neste sentido, as ações judiciais em saúde podem ajudar a suprir as falhas na assistência à saúde, mas também podem trazer, como efeitos colaterais, prejuízos aos esforços de distribuição equânime de tecnologias, o aumento da desigualdade entre os que têm e os que não têm acesso à já sobrecarregada Justiça e a promoção do uso de tecnologias cuja efetividade ainda não está comprovada. Além da possibilidade de haver interesses escusos sobrepondo indústria farmacêutica, advogados e médicos, que poderiam ver nos altos custos das tecnologias judicializadas uma fonte de recursos financeiros.



Fonte: <www.freepik.com>.

## OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

A metodologia proposta pela EVIPNet foi utilizada para a elaboração desta síntese. Baseia-se em um conjunto de ferramentas que foram desenvolvidas pelo projeto SUPPORT (SUPporting Policy relevant Reviews and Trials) (OXMAN *et al.*, 2009).

A definição do problema prioritário resultou da demanda do Ministério da Saúde (MS), visto que a judicialização da saúde é uma questão que ameaça a sustentabilidade e a organização do SUS, infringindo e distorcendo o princípio da equidade, enfrentado pelas três esferas de governo. O foco deste trabalho foi a busca de artigos publicados entre os anos de 2010 a 2016, nas principais bases de dados de literatura científica e a análise de opções que pudessem contribuir para informar e subsidiar a tomada de decisão judicial envolvendo tecnologias em saúde.

A iniciativa para a realização desta síntese de evidência surgiu através do contato com as ferramentas da EVIPNet em oficina realizada pelo Decit e da necessidade de um suporte teórico visando o aprimoramento das ações na área de judicialização da saúde já desenvolvidas pelo DGITS. A partir da descrição do problema, inicialmente foram estabelecidas internamente pelo DGITS/SCTIE/MS e equipe elaboradora da síntese quatro opções para abordar o problema, sendo consideradas, para a busca em base de dados, três opções amparadas nas evidências disponíveis.

A partir desse momento, novas buscas por evidências foram realizadas, especificamente revisões sistemáticas para as três opções. Foram selecionadas aquelas de alta relevância para a temática, apesar da dificuldade, devido à escassez de revisões sistemáticas nas bases científicas abordando o tema da judicialização da saúde. Por fim, nove revisões sistemáticas foram selecionadas e analisadas para a extração de informações sobre alternativas viáveis, para o enfrentamento da judicialização da saúde no SUS pelas três esferas de governo, descritas a seguir.

## Buscando evidências científicas sobre as opções

A busca de evidências científicas foi realizada com o objetivo de identificar estudos do tipo revisões sistemáticas e overviews, nas seguintes bases de dados: PubMed; Health Systems Evidence; Campbell; Cochrane Library; Rx for Change e PDQ-Evidence.

Foram realizadas estratégias de buscas específicas, para cada uma das três opções para abordar o problema, como descrito a seguir:

### **Opção 1: Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde.**

Esta opção foi construída a partir da atualização das buscas realizadas em um *issue brief* da Universidade McMaster, intitulado "Developing a 'Rapid-response' Program for Health System Decision-makers in Canada" (WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015).

Para essa opção, foram pesquisadas as bases Cochrane Library/Collaboration, PDQ-Evidence e Health Systems Evidence. Os termos foram adaptados e utilizou-se o filtro de revisão sistemática "systematic review", obtendo-se um total de 290 estudos inicialmente.

Foram excluídos 09 estudos duplicados, ficando 281 estudos para leitura dos títulos (275 excluídos) e 06 para leitura dos resumos, dos quais 02 foram excluídos por não atenderem ao interesse desta síntese restando 04 artigos selecionados para leitura completa com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Após a leitura completa dos textos, 01 artigo foi excluído por não ser uma revisão sistemática e 01 artigo foi excluído por não atender ao objetivo da síntese.

Ao fim, 02 revisões sistemáticas foram selecionadas para extração de dados. Após a conclusão das buscas, foi identificada uma *overview* sobre o tema, publicada no ano de 2016 e intitulada "Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies" (HABY *et al.*, 2016), a qual foi também incluída para extração de dados, com um total de 03 artigos embasando a opção, além do além do *issue brief* supracitado.

### **Opção 2: Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto**

Termos utilizados: education\*, teach\*, learn\*, course, teaching, health information, health communication, public health, policymak\*, decision mak\*, Evidence-Based Practice, evidence-informed, systematic review.

Em todas as bases, os termos foram adaptados e utilizou-se os filtros de: revisão sistemática "systematic review" e qualquer organização dos sistemas de saúde "Health Systems Evidence", obtendo-se 434 estudos inicialmente.

Foram excluídos 31 estudos duplicados, ficando 403 estudos para seleção por títulos e 36 para leitura dos resumos, dos quais 25 foram excluídos por não atenderem ao interesse desta síntese restando 11 artigos selecionados para leitura completa com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos.

Após a leitura completa dos textos, 08 artigos foram excluídos por não atenderem ao objetivo ou por apresentarem resultados inconclusivos, restando 03 revisões sistemáticas para extração de dados.

### **Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde**

Termos utilizados: negotiating, mediati\*, conflict resolution, alternative dispute resolution, external dispute resolution.

Em todas as bases, os termos foram adaptados e utilizou-se o filtro de revisão sistemática "systematic review", obtendo-se um total de 703 estudos.

Continua

## Continuação

Foram excluídos 103 estudos duplicados, ficando 600 estudos para leitura dos títulos e 53 para leitura dos resumos, dos quais 46 foram excluídos por não atenderem ao interesse desta síntese restando 07 artigos selecionados para leitura completa com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos.

Após a leitura completa dos textos, 04 artigos foram excluídos por não atenderem ao objetivo ou por apresentarem resultados inconclusivos, restando 03 revisões sistemáticas para extração de dados, 01 das quais foi excluída após a extração.

Os detalhes da estratégia de busca e seleção dos artigos de cada opção são apresentados nos apêndices D, E e F. A busca dos estudos foi realizada por um pesquisador, enquanto a seleção e extração dos dados envolveu dois pesquisadores de forma independente. As divergências foram posteriormente discutidas e sanadas por consenso.

A qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi avaliada de forma independente por dois pesquisadores, utilizando-se o instrumento AMSTAR – A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews (SHEA et al., 2007). As divergências foram sanadas por consenso. Em situações onde a avaliação da qualidade metodológica dos estudos tivesse sido conduzida previamente por outros pesquisadores que utilizaram o mesmo instrumento, considerou-se a nota atribuída por esses. Os detalhes dos estudos encontram-se nos apêndices A, B e C.

### Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde

Esta opção foi construída a partir da atualização das buscas realizadas em um issue brief da Universidade McMaster, intitulado “Developing a ‘Rapid-response’ Program for Health System Decision-makers in Canada” (WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015).

Os serviços de respostas rápidas são entendidos como um serviço de apoio ao tomador de decisão na busca e síntese de evidências necessárias para conhecer opções custo-efetivas para abordar um problema, em situações onde o tempo disponível para a tomada de decisão é restrito.

### Quadro 1 – Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Foi encontrada uma <i>overview</i> recente (HABY et al., 2016), de boa qualidade, sobre a elaboração de um serviço de resposta rápida para a tomada de decisões informada por evidências em políticas e práticas de saúde para a região das Américas. Os autores indicam que parece haver evidências de que distribuição de material impresso e de sumários executivos de sínteses de evidência facilitam o uso de evidências na tomada de decisão.</p> <p>Uma revisão integrativa (GANANN; CILISKA; THOMAS, 2010) analisada indicou que o tempo de realização da revisão para resposta rápida pode variar de três a seis meses, se aplicadas estratégias para acelerar o processo. Dentre as estratégias identificadas encontram-se: limitação das buscas por ano, bases de dados, idiomas e outras fontes além de buscas eletrônicas; e definição de apenas um revisor para revisão de título e resumo, revisão de texto completo, avaliação de qualidade metodológica e/ou extração de dados. Um dos estudos, que fez parte da revisão, apontou que revisões sistemáticas longas e revisões para respostas rápidas não variaram nas conclusões encontradas, embora houvesse limitações no segundo modelo.</p>

Continua

## Continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Danos potenciais	Não foram reportados riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções estudadas.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Nenhum estudo identificado conduziu avaliação econômica dos serviços de resposta rápida, todavia a implantação desse serviço implicaria em uma estrutura mínima para conduzir buscas, capacitação de profissionais ou contratação de profissionais capacitados e custos para a disseminação do conhecimento produzido. Todavia, os estudos encontrados parecem apontar para uma economia de longo prazo relacionada ao uso de evidências na tomada de decisão em saúde.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Na <i>overview</i> (HABY <i>et al.</i>, 2016), não foi encontrado consenso sobre a definição ou o melhor modelo de revisões para respostas rápidas. Na elaboração de um serviço de resposta rápida, é necessária uma boa descrição dos métodos utilizados, bem como a escolha de quais atalhos são adequados para maximizar o uso do tempo e minimizar perdas da qualidade. Os autores ressaltaram ser possível que, quanto maior o número de “atalhos” tomados para reduzir o tempo da revisão, maior o risco de que vieses sejam introduzidos. Por conseguinte, é necessário encontrar um equilíbrio adequado entre a qualidade e a oportunidade, para decidir quais métodos utilizar, se é necessária uma revisão rápida ou uma revisão sistemática e com que rapidez ela é realmente necessária.</p> <p>Na revisão integrativa (GANANN; CILISKA; THOMAS, 2010), os autores referem que a rapidez do processo de extração de dados pode levar à perda de informações relevantes. Há risco de viés devido ao encurtamento de prazos para pesquisa de literatura, recuperação de artigos e avaliação dos mesmos.</p> <p>Os autores identificaram que as revisões rápidas com prazos mais curtos (um a três meses) eram frequentemente menos sistemáticas no que se refere a busca da evidência do que aquelas com períodos de tempo mais longos (três a seis meses).</p> <p>Ressalta-se a importância da transparência, nas futuras revisões para respostas rápidas, tanto em termos dos métodos utilizados, como nas limitações ou vieses introduzidos por essas abordagens. A natureza da recomendação fornecida pelos autores, no âmbito de revisões rápidas, foi, em geral, restrita às questões relacionadas com a eficácia. Devido às limitações associadas às revisões para respostas rápidas, suas conclusões podem ser menos passíveis de generalização e proporcionar menos certezas do que as das revisões sistemáticas tradicionais.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>O <i>issue brief</i> (WILSON; LAVIS; GAUVIN, 2015) sobre o desenho de serviços de resposta rápida aponta que esses, em geral, são acessíveis por telefone, e-mail ou sites, fornecem instruções sobre o que o tomador de decisão precisa incluir como parte de sua demanda (por exemplo, uma pergunta clara, o contexto da demanda e o cronograma no qual a resposta é necessária), além de disponibilizar um esboço do que pode ser esperado dentro de prazos diferentes (por exemplo, o que o tomador de decisão pode receber caso o cronograma da resposta seja contado em dias ou caso seja contado em semanas). A depender do tempo, a entrega do serviço de resposta rápida pode ser: uma listagem das principais evidências encontradas sobre o tema, uma breve síntese dessas evidências ou um sumário executivo detalhado. Os produtos dos serviços de resposta rápida podem ser disponibilizados em um site para que outros tomadores de decisão possam acessá-lo ou mesmo serem disseminados ativamente para esse público (em cursos, distribuição de material impresso, etc.).</p> <p>Na <i>overview</i> (HABY <i>et al.</i>, 2016), os autores apontaram que há questões operacionais as quais precisam ser consideradas na elaboração de uma resposta rápida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>quando a resposta rápida é encomendada por um usuário que pagará por ela (em geral, órgãos das gestões públicas), o tempo do pagamento pelo produto pode demorar mais do que a realização deste, sendo necessária uma organização prévia do grupo que fará a elaboração para cobrir os custos relacionados;</li> <li>é essencial recrutar pessoal com competências e qualificações necessárias para desenvolver o material; e</li> <li>é importante assegurar a avaliação do impacto do modelo na utilização de evidências na tomada de decisão.</li> </ol>

Continua

## Continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Os aspectos facilitadores relatados com mais frequência para o uso das respostas rápidas na tomada de decisão são: a colaboração entre pesquisadores e formuladores de políticas, bom relacionamento e boas habilidades entre os participantes, e pesquisas que estejam de acordo com as crenças, valores, interesses ou objetivos práticos e estratégias dos tomadores de decisão.</p> <p>A revisão integrativa (GANANN; CILISKA; THOMAS, 2010) aponta para a necessidade de maior atenção à transparência e à especificação e descrição minuciosa dos métodos utilizados na revisão para resposta rápida, do modo a permitir uma avaliação da qualidade. Os autores ainda indicam que também é necessário desenvolver outras estratégias para facilitar a aceitação e o uso das revisões para respostas rápidas, avaliando e aperfeiçoando o melhor modelo para a tomada de decisão informada por evidências.</p> <p>A revisão realista analisada (BEST <i>et al.</i>, 2012) estudou elementos-chave para transformações em grandes sistemas de saúde, identificando cinco “regras simples” para essas mudanças ocorrerem de forma bem sucedida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) alinhar lideranças designadas (aquelas nomeadas formalmente para cargos) e lideranças distribuídas (as responsabilidades sobre as mudanças devem ser compartilhadas por todos os trabalhadores de um sistema de saúde), num processo onde todos devem partilhar informações e valores;</li> <li>(2) estabelecer <i>feedback</i>/monitoramento contínuo (quanto às metas e indicadores definidos em conjunto, de forma clara, compartilhada e que faça sentido para todos os grupos de interesse, utilizando não só medidas quantitativas como abordagens qualitativas, de modo a compreender o processo mais integralmente);</li> <li>(3) retomar a história pregressa (conhecer quais fatos precederam as medidas de transformação, como as coisas costumavam transcorrer antes naquele local, conhecer onde houve falhas);</li> <li>(4) envolver os médicos; e</li> <li>(5) envolver pacientes e familiares.</li> </ol>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	<p>Não foram identificados estudos que abordavam as percepções e experiências das partes interessadas, todavia os estudos reforçaram a importância das revisões para respostas rápidas serem desenvolvidas em um processo que integre membros de diferentes grupos de interesse.</p>

Fonte: Elaboração própria.

## Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto

Desenvolver estratégias de educação permanente junto aos operadores do direito, de modo a promover mudanças nas habilidades e práticas de compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e interpretação do conhecimento técnico-científico na área de ATS nos processos de judicialização na área da saúde.

### Quadro 2 – Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática de boa qualidade apontou que a educação continuada parece ser efetiva para aquisição e retenção de conhecimentos, de atitudes, de habilidades e de comportamentos, influenciando nos desfechos clínicos da prática de profissionais de saúde (MARINOPOULOS <i>et al.</i>, 2007).</p> <p>Os autores ressaltaram que, nos estudos em geral, as intervenções com uso de mídias ao vivo mostraram-se mais efetivas do que as de material impresso. O uso de multimídias também se mostrou mais efetivo do que as intervenções com mídia individuais. Por fim, o uso de múltiplas exposições ao material educativo mostrou-se mais efetivo do que uma única exposição.</p> <p>Outra revisão sistemática de boa qualidade (O'BRIEN <i>et al.</i>, 2007) avaliou os efeitos de visitas educacionais nas práticas de profissionais de saúde e nos desfechos relacionados aos pacientes. O termo “visitas educacionais” foi usado para descrever uma visita, por uma pessoa externa treinada, a profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho, de modo a promover mudanças nas práticas profissionais.</p> <p>Visitas educacionais, combinadas ou não com outras intervenções, podem ser efetivas na melhoria da prática de profissionais de saúde. Os efeitos dessa intervenção foram, em sua maioria, pequeno a moderado, entretanto, potencialmente importante. No que se refere à prescrição de medicamentos, observou-se uma melhoria pequena e consistente (mediana 4,8%, intervalo interquartil de 3,0% a 6,5%), enquanto o efeito sobre outros comportamentos profissionais é mais variável (RD 6% ajustado na mediana, intervalo interquartil de 3,6% a 16%). Entretanto, as análises e dados trazidos por esta revisão não foram capazes de explicar essa variação.</p> <p>Visitas educacionais, combinadas ou não com outras intervenções, causaram uma melhoria pequena e consistente, mas potencialmente importante, sobre a prática de profissionais de saúde, no que se refere à prescrição. O efeito dessa intervenção em outros tipos de desempenho profissional causou melhorias que variaram de pequena a moderada, entretanto, com esta revisão, não foi possível explicar essa variação.</p> <p>Uma revisão sistemática (FORSETLUND <i>et al.</i>, 2009) muito bem avaliada, que atualiza a revisão de O'Brien (2001), concluiu que encontros educacionais, sozinhos ou combinados com outras intervenções, podem melhorar a prática profissional e os resultados de saúde dos pacientes. O efeito dessa intervenção parece ser menor e semelhante a outros tipos de educação continuada, tais como auditoria e feedback, e visitas educacionais. Estratégias para aumentar o comparecimento em reuniões educacionais, usando formatos mistos, interativos e didáticos, e com foco em resultados que provavelmente serão percebidos como graves, podem aumentar a efetividade das reuniões educacionais. Apenas encontros educacionais não parecem ser efetivos para mudar comportamentos complexos.</p>
Danos potenciais	Não foram reportados riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções estudadas.

Continua

## Continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Não foram encontrados estudos que avaliaram o custo ou custo-efetividade desta opção, mas os investimentos relacionados à implementação da mesma devem, necessariamente, incluir a contratação de recursos humanos capacitados para estratégias de educação permanente sobre o tema, custo do treinamento ou capacitação dos atores envolvidos, bem como disponibilização de recursos multimídias.</p> <p>Uma revisão sistemática (O'BRIEN <i>et al.</i>, 2007) indicou que as visitas educacionais são tidas como custosas, mas pode apresentar uma economia, que supere os custos, se forem direcionadas para prescrição inapropriadas e com efeitos de longo prazo (MASON <i>et al.</i>, 2001; SOUMERAL; AVORN, 1986). Os custos e a relação custo-efetividade desta abordagem dependerão de comportamentos específicos, da comparação que são feitas e do contexto em que as intervenções são fornecidas.</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Em decorrência da limitada literatura encontrada sobre essa opção, é difícil estimar as incertezas, danos e riscos associados à implementação da mesma. Mesmo as revisões sistemáticas de boa qualidade foram baseadas em poucos estudos ou estudos de baixa qualidade. Entretanto, espera-se que não existam danos ou riscos significativos ligados a esta opção.</p> <p>É importante ressaltar que todos os estudos encontrados não são voltados diretamente à população-alvo (operadores do direito). Os ensaios apresentados na revisão de Forsetlund <i>et al.</i> (2009) tem como população-alvo os profissionais de saúde, sendo que, na maioria dos estudos, eram médicos, em dois estudos, os prestadores eram enfermeiros, e em três estudos eram farmacêuticos.</p> <p>Os estudos também apontaram para a necessidade de monitoramento dos efeitos de longo prazo (mais de um ano) das estratégias de visitas educacionais, além de novas pesquisas que possam identificar quais modelos de educação continuada são mais efetivos, considerando técnicas de intervenção, periodicidade e público-alvo (MARINOPOULOS <i>et al.</i>, 2007; O'BRIEN <i>et al.</i>, 2007).</p> <p>MARINOPOULOS <i>et al.</i> (2007) apontam que fatores externos (tais como a pressão de demandas da população, o acompanhamento por órgãos de controle, as diretrizes dos conselhos profissionais, etc.) e características do público-alvo (tais como gênero, idade, tempo de atuação profissional, etc.) são fatores que merecem atenção e que poderiam influenciar para que alguns modelos de intervenção tenham mais efetividade em determinado grupo, no entanto, devido à heterogeneidade dos estudos avaliados, não foi possível concluir algo definitivo sobre esse tema.</p> <p>O estudo de Forsetlund <i>et al.</i> (2009) sugere que futuros ensaios sobre o tema (educação continuada) devem: - incluir descrições claras e detalhadas das intervenções incluindo a proporção do público-alvo que frequentou as visitas educacionais, o tamanho dos grupos nas visitas, a duração e o número de visitas, as técnicas de ensino e se houve alguma prática de habilidades; - aderir às recomendações do CONSORT para relatar ECR's (ALTMAN <i>et al.</i>, 2001), incluindo as extensões para os ensaios randomizados de grupos (CAMPBELL; ELBOURNE; ALTMAN, 2004) e para os ensaios pragmáticos (ZWARENSTEIN <i>et al.</i>, 2008); - fazer comparações diretas entre os diferentes tipos de ações educacionais, com grupos de tamanhos diferentes e com diferentes composições e tempos de acompanhamento. Também são necessárias avaliações de modelos conceituais ou teorias para adequar a educação médica continuada a fim de maximizar sua efetividade. Essas avaliações devem usar desenhos de estudo de grupos randomizados, sempre que possível, juntamente com avaliações processuais para entender melhor por que as intervenções funcionam ou não e as variações em seus efeitos.</p> <p>Os achados do estudo de Forsetlund <i>et al.</i> (2009) são limitados devido as inadequadas descrições das intervenções em muitos dos estudos incluídos, bem como pela capacidade de caracterizar os estudos com relação aos potenciais fatores que poderiam explicar a heterogeneidade nos resultados dos estudos incluídos. Em particular, houve dificuldade em caracterizar a contribuição dos encontros educacionais para intervenções multifacetadas, a intensidade dos encontros educacionais, o formato (interativo versus didático), a complexidade dos comportamentos alvos e a seriedade dos resultados almejados.</p>

Continua



## Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Na revisão de Marinopoulos <i>et al.</i> (2007), foram encontrados os seguintes tipos de meios de comunicação para educação permanente: ao vivo, em computador off-line, via internet em tempo real, via internet remotamente, em vídeo, em áudio, com uso de materiais manuseáveis e impresso. O uso de meios de comunicação ao vivo, ou seja, com uma pessoa conduzindo a intervenção presencialmente, ou a combinação de vários meios de comunicação foram apontadas como estratégias mais efetivas, a curto e longo prazo para mudança de comportamento dos profissionais em suas práticas.</p> <p>Também encontraram maior efetividade em técnicas de ensino mais interativas e com múltiplas exposições às atividades de educação continuada, ao invés de técnicas não interativas e com exposição pontual.</p> <p>Na revisão de O'BRIEN <i>et al.</i> (2007), apenas três estudos foram realizados em países de economia em desenvolvimento (a saber, Tailândia e Indonésia), com a maioria dos estudos (95,6%) realizados na América do Norte, no Reino Unido, na Europa e na Austrália.</p> <p>No estudo de Forsetlund <i>et al.</i> (2009) trinta e dois ensaios foram desenvolvidos na América do Norte; trinta e quatro na Europa; três na Austrália; dois na Indonésia e África do Sul; e um no Mali, Tailândia, Peru, México, Zâmbia, Sri Lanka, Nova Zelândia e Brasil. Quanto ao tipo de intervenções testadas, trinta e dois ensaios testaram intervenções multifatoriais, sendo que em doze desses estudos, os encontros educacionais foram classificados como o principal componente da intervenção. Vinte e três estudos examinaram a efetividade dos encontros educacionais interativos e dez estudos examinaram a efetividade de encontros educacionais não-interativos, enquanto quarenta e três estudos testaram o formato misto. Em três estudos, não ficou claro como a intervenção foi caracterizada.</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Entre todos os fatores explicativos explorados na revisão de Forsetlund <i>et al.</i> (2009), os que podem ajudar a explicar variações no impacto dos encontros educacionais na prática profissional são a proporção de profissionais do público-alvo que participam dos encontros, a complexidade do comportamento desejado e a gravidade ou importância do resultado visado.

Fonte: Elaboração própria.

### Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde

A Comunicação e acesso limitados entre as partes envolvidas nos processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde, usuário do sistema de saúde, gestor e profissional de saúde sugere a necessidade de um serviço adequado para solucionar os conflitos entre esses atores de forma a permitir a interação dos mesmos previamente à instauração de um processo judicial.

A mediação é um recurso extra-judicial de resolução de conflito, utilizado para solucionar ou prevenir situações de litígio ou de impasse na comunicação. Neste sentido, a mediação deve ser entendida como uma conversa/negociação intermediada por alguém imparcial que favorece e organiza a comunicação entre os envolvidos no conflito. É a criação da oportunidade para que as partes discutam questionem e contestem os seus conflitos abertamente, mediante o restabelecimento da comunicação, com fins de identificar soluções consensuais que gerem benefícios mútuos, independentemente de ser melhor para um ou para outro.

Neste momento as partes poderão expor seu pensamento e terão uma oportunidade de solucionar questões importantes de um modo cooperativo e construtivo. O objetivo da mediação é prestar assistência na obtenção de acordos, num ambiente colaborativo em que as partes possam dialogar produtivamente sobre suas necessidades.

### Quadro 3 – Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Foram encontradas duas revisões sistemáticas de qualidade moderada sobre estratégias e metodologias de participação social e a tomada de decisão em políticas públicas.</p> <p>Uma das estratégias, nomeada como “júri de cidadãos”, segundo os autores, é uma ferramenta útil para envolver os cidadãos na tomada de decisões sobre políticas de saúde pois é suficientemente pequena para permitir uma deliberação efetiva e relativamente barata em comparação com os exercícios deliberativos maiores e conferências para criação de consenso, mas suficientemente diversificada para que os cidadãos engajados fiquem expostos a uma vasta gama de experiências e perspectivas em políticas públicas (STREET <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>A outra estratégia avaliada, nomeada como “comitê de serviços de saúde”, implementada em países de baixa e média renda na África e na América Latina, foi referida como tendo efetividade em diversos aspectos (MCCOY; HALL; RIDGE, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no fortalecimento da prestação de contas dos serviços de saúde à comunidade e ao público;</li> <li>• na cogestão dos recursos e serviços das unidades de saúde;</li> <li>• na geração de recursos, sob a forma de recursos materiais, mão-de-obra e fundos para os serviços de saúde;</li> <li>• no suporte para que o serviço de saúde alcance a comunidade, promovendo a saúde e melhorando as demandas por atendimento;</li> <li>• como voz da comunidade, para defender os interesses da população frente aos políticos locais e gestores de saúde em altos níveis hierárquicos;</li> <li>• como um meio de transmitir informações sobre as opiniões e necessidades da comunidade para a unidade de saúde;</li> <li>• como forma para ajudar a diminuir a estratificação social, capacitando setores marginalizados da comunidade.</li> </ul>
Danos potenciais	<p>Não foram reportados riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções estudadas.</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Não foram encontrados estudos com avaliações específicas de custo ou custo-efetividade desta opção.</p> <p>Porém, de acordo com alguns autores, é necessário considerar que as barreiras sociais e econômicas à participação da comunidade podem ser agravadas por barreiras físicas associadas as características topográficas da região e à distância de viagem e disponibilidade de transporte. Além disso, é necessário também considerar os possíveis custos envolvidos com a facilitação, o apoio material, o tempo e o comprometimento dos participantes (MCCOY; HALL; RIDGE, 2012).</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>É importante ressaltar que os estudos encontrados não são voltados diretamente para mediação à instauração e continuidade de processos judiciais.</p> <p>Sobre os “júris de cidadãos”, os autores indicam que na grande maioria dos estudos, o elo entre a recomendação do júri e os tomadores de decisão não estava bem estabelecida, impossibilitando a avaliação sobre o desfecho e limitando a efetividade dessa estratégia na informação das políticas (STREET <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Quanto aos “comitês de serviços de saúde” ressalta-se que a participação da comunidade é um processo social complexo que depende de situações específicas. Não se deve esperar que o que funciona em uma comunidade, funcione da mesma forma e/ou com o mesmo efeito em outro lugar. Por isso, buscar a replicação da intervenção e do impacto pode ser uma estratégia inútil. O que se pode concluir a partir dos estudos não é que os “comitês de serviços de saúde” são efetivos, mas sim que eles podem ser efetivos (MCCOY; HALL; RIDGE, 2012).</p>

Continua

## Conclusão

<p>Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)</p>	<p>De acordo com os autores, os “júris de cidadãos” podem ser caracterizados como um processo de debate e deliberação do qual participam entre 12 e 25 cidadãos (júri), com duração que varia entre 01 e 05 dias. O júri recebe informações de especialistas que estão envolvidos diretamente com a problemática em discussão. O processo é mediado por facilitadores. É produzido um relatório final de recomendações/deliberações do júri para informar os tomadores de decisão. Destacam-se nesta metodologia os seguintes elementos (STREET <i>et al.</i>, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a necessidade de atenção especial para o recrutamento de participantes, supervisão independente, a duração do júri e a moderação, no que diz respeito aos possíveis risco de viés;</li> <li>• considerando o pequeno tamanho da amostra de um júri, a inclusão de pessoas de uma ampla variedade de origens tenderia a ser mais bem-sucedida usando estratificação, pesquisadores de mercado e honorários, do que amostragem aleatória;</li> <li>• desde que a pergunta de pesquisa seja bem definida e com natureza concreta, os júris de cidadãos, mesmo com duração de um dia, podem produzir resultados utilizáveis para informar políticas e práticas;</li> <li>• grupos com menor número de pessoas parecem proporcionar maior oportunidade para que os participantes tenham tempo de fala adequado. Além disso, os júris com curta duração (entre 01 e 02 dias) limitam a oportunidade de diálogos construtivos e deliberativos;</li> <li>• o “júri de cidadãos”, como estratégia de promoção do papel de cidadania ativa, exige que haja reconhecimento formal de perspectivas ou recomendações dos jurados pelas autoridades competentes.</li> </ul> <p>De acordo com os autores, os “comitês de serviços de saúde” são definidos como qualquer estrutura formalmente constituída, com representação comunitária, que tenha ligação explícita a uma unidade de saúde e cujo principal objetivo seja permitir que essa participação comunitária melhore a prestação de serviços e os resultados em saúde. Alguns elementos se destacam para essa metodologia (MCCOY; HALL; RIDGE, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• o desempenho e os papéis dos representantes comunitários nos “comitês de serviços de saúde”, podem ser influenciados pelo número de representantes da comunidade que compõe o comitê, suas habilidades e treinamento, se eles são pagos ou não, e o quanto são representativos da comunidade;</li> <li>• a efetividade dos “comitês” é influenciada pela clareza do seu mandato e de sua autoridade, pela sua valorização no sistema de saúde e pela atitude dos profissionais de saúde para com os membros da comunidade;</li> <li>• fatores sociais, políticos, culturais e econômicos também desempenham um papel na criação de um ambiente que seja favorável ou impeditivo. Muitos dos estudos de caso sobre os “comitês de serviços de saúde” efetivos também sugerem a importância do apoio externo e facilitação.</li> </ul>
<p>Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p>	<p>Nenhum dos estudos analisados para esta opção reportou a opinião ou percepções dos sujeitos sociais envolvidos para a implementação das intervenções.</p>

Fonte: Elaboração própria.

## Considerações sobre a equidade

A equidade, um dos princípios básicos norteadores do SUS, é entendida como a realização das ações em saúde de maneira diferenciada para aqueles que têm maior dificuldade de acesso ao SUS, possibilitando igualdade de direito à saúde, ao disponibilizar mais para aqueles que mais necessitam.

A decisão quanto às opções a serem implementadas deve levar em consideração se essas opções poderão ou não trazer prejuízos ao sistema, interferindo de forma negativa na organização do SUS, deslocando recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas ou promovendo pressão sobre o SUS para incorporação de tecnologias sem considerar as evidências científicas ou que nem sempre sejam totalmente eficazes.

Sob esta perspectiva, as ações que visem atuar sobre a judicialização da saúde, devem, acima de tudo, tentar reduzir as iniquidades em saúde, garantindo o direito à saúde e a sustentabilidade do sistema. Por isso, seguem algumas considerações sobre as três opções sugeridas por esta síntese.

### **Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde**

Nas situações em que a tecnologia demandada na ação judicial é ofertada pelo SUS, mas foi solicitada para indicação diferente daquela contemplada no sistema de saúde, ou ainda tem registro junto à ANVISA, foi solicitado para a indicação da bula, mas não consta no rol de tecnologias ofertadas pelo SUS, se faz necessária uma análise criteriosa das melhores evidências científicas disponíveis, que permitam avaliar os dados de eficácia, efetividade, segurança e viabilidade econômica, bem como as considerações sociais e éticas em relação às tecnologias já incorporadas e ofertadas pelo SUS.

Nas decisões judiciais sobre saúde, os operadores do direito devem considerar as evidências científicas como um subsídio relevante para apoiar o processo de convencimento jurisdicional. Situações nas quais não são desconsideradas como subsídio útil e disponível, as evidências científicas em articulação com as políticas públicas e as opções de garantia do acesso às tecnologias já incorporadas ao SUS, podem gerar potenciais danos ao sistema e aos pacientes em razão de possíveis prescrições inadequadas, sem comprovação científica sobre a segurança e a eficácia das tecnologias, ou mesmo sobre sua efetividade.

A implantação de um serviço de respostas rápidas para apoiar as instâncias judiciais e gestoras do SUS, nas três esferas de governo, possibilitará o uso das melhores evidências científicas como subsídio técnico para a decisão das demandas judiciais em saúde, consistentes com os resultados de pesquisas científicas e considerando as tecnologias disponíveis pelo SUS como alternativas terapêuticas seguras e eficazes.

Neste sentido, a utilização dos estudos de avaliação de tecnologia em saúde, no formato de respostas rápidas, apresenta elevado potencial de uso pelo Poder judiciário como fonte de consulta para respaldar técnico-cientificamente as decisões das ações judiciais em saúde.

### **Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto**

Nas decisões judiciais sobre saúde, os operadores do direito devem tomar decisões acerca de uma área do conhecimento específica, da qual não possuem domínio, considerando as evidências científicas como um subsídio relevante para apoiar o processo de convencimento jurisdicional. Apesar do elevado potencial de uso dos estudos de avaliação de tecnologia em saúde como fonte de consulta para respaldar técnico-cientificamente as decisões das ações judiciais, nem sempre é uma tarefa de fácil execução, subsidiar a tomada de decisão utilizando um conhecimento tão específico pelo Poder judiciário.

Neste sentido, a implantação de um programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, deve considerar a participação de atores das diferentes áreas do conhecimento e superar a barreira dos limites técnicos-científicos entre os diferentes profissionais envolvidos.

Outro ponto importante a ser analisado é a disponibilidade de recursos humanos e financeiros e a necessidade de adaptação dessa intervenção às diferentes realidades. Em determinadas situações a ampliação e a capacitação da equipe será imprescindível para o sucesso do programa de educação permanente, bem como a verificação de possível provisão dos dispositivos e estruturas necessários. Alguns grupos poderão estar em desvantagem devido à dificuldade de acesso aos programas de educação permanente, particularmente nos municípios com menor estrutura de serviços de saúde e judiciário, que não contam com uma equipe numerosa de profissionais.

### **Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde**

A implementação dessa opção deve considerar a participação de diferentes atores, como tomadores de decisão, operadores do direito, empresas do complexo industrial da saúde, profissionais de saúde, sociedade civil e seus representantes. Além disso, devem ser avaliados os diferentes contextos, incluindo os aspectos epidemiológicos, as diferentes responsabilidades entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), as áreas de conhecimento específicas e as condições estruturais e de sustentabilidade do SUS.

O crescimento da judicialização da saúde tem sido mobilizado os gestores da saúde e operadores do direito por causar impactos significativos na estruturação e organização do sistema de saúde, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira e no financiamento.

As ações judiciais ferem o princípio da equidade quando garantem a poucos indivíduos a obtenção de tecnologias que não são oferecidas pelo SUS, beneficiando aqueles indivíduos que conseguem acionar o Estado via judiciário, em detrimento de outros. Neste sentido, a obtenção dos benefícios pelos que entram na esfera jurídica fere o princípio da equidade prejudicando assim a coletividade pelo desvio da alocação dos recursos finitos e causando ainda a desarticulação nas políticas, ações e serviços existentes e a não consolidação dos objetivos originários do SUS.

Neste sentido, os serviços de mediação devem ajudar a suprir as falhas na assistência à saúde, possibilitando a melhoria do SUS, principalmente no que se refere ao atendimento das demandas que não estão sendo devidamente supridas, garantindo ao cidadão o direito à saúde de acordo com a Lei, ou seja, fazendo com que os cidadãos tenham acesso à assistência terapêutica integral em conformidade com as políticas de saúde e legislação do SUS.





Fonte: <www.freepik.com>.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

As opções apresentadas não são excludentes e podem ser implementadas de forma conjunta e completa. O sucesso da implementação das opções deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente as que se referem ao campo técnico dos diferentes atores. Os Quadros a seguir explicitam algumas barreiras possíveis e apontam estratégias para superação das mesmas, baseadas nos sumários de intervenções do RX for Change Database (WEIR *et al.*, 2010).

### Quadro 4 – Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	O público-alvo pode ter pouca familiarização e baixo interesse pela ATS como subsídio da tomada de decisão. Alternativas para enfrentar essa barreira incluem organizar atividades educativas (conferências, palestras, oficinas ou estágios) e distribuir materiais educativos (recomendações publicadas ou impressas sobre cuidados clínicos, incluindo diretrizes de prática clínica, materiais audiovisuais e publicações eletrônicas, entregues pessoalmente ou através de correspondências em massa) para operadores do Direito sobre ATS e decisão informada por evidências.
Serviços de saúde	A criação de novos serviços em qualquer nível de atuação pode requerer a realocação de recursos. A implantação de serviços em nível local pode requerer a padronização de métodos. Pode existir baixa disponibilidade de profissionais aptos a desenvolverem produtos de resposta rápida em ATS no contexto de implantação. As estratégias incluem facilitar comunicação e tomada de decisão, para envolver os consumidores na tomada de decisões sobre medicamentos, por exemplo, além de adotar padrões metodológicos sistemáticos e transparentes para organizar atividades para aquisição de habilidades e competências em torno do uso de evidências sobre tecnologias em saúde para o desenvolvimento de respostas rápidas sobre tecnologias em saúde.
Organização de serviços de saúde	A adesão aos serviços de respostas rápidas no âmbito das organizações do Poder Judiciário poderá ser heterogênea e dependente de posicionamentos individuais. Pode ser necessário organizar atividades educativas e distribuir materiais educativos, além de facilitar a comunicação e tomada de decisão, mediante o envolvimento dos consumidores na tomada de decisões sobre medicamentos.
Sistemas de saúde	Grupos de interesse podem apresentar contraposições à elevação da importância das evidências científicas nos processos judiciais envolvendo acesso à saúde. Estratégias efetivas incluem ajudar os consumidores a tomar decisões sobre o uso de medicamentos, tais como intervenções para incentivar os consumidores a expressar suas crenças, valores e preferências sobre tratamentos e cuidados; e / ou para otimizar a comunicação com os consumidores sobre o uso de medicamentos e questões relacionadas.

Fonte: Elaboração própria.

## Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	<b>Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto</b>
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>O público-alvo da opção pode não estar interessado ou disponível para o engajamento em um programa de educação permanente sobre o SUS e ATS.</p> <p>Os membros do Poder Judiciário podem apresentar níveis de conhecimento muito variável sobre o funcionamento do SUS. Um programa de educação permanente específico sobre o SUS e ATS pode ter baixa aplicabilidade para membros do Poder Judiciário. É possível usar líderes de opinião e envolver pessoas e instituições líderes no público-alvo para disseminar a importância de um programa de educação permanente sobre ATS. Uso de líderes de opinião locais sozinhos ou combinados com outras intervenções foi geralmente eficaz para melhorar os resultados de cuidados adequados. Também pode ser útil organizar atividades educativas (conferências, palestras, oficinas ou estágios) e distribuir materiais educativos, com linguagem adaptada para este público específico, sobre ATS e decisão informada por evidências.</p>
Serviços de saúde	Um programa de educação permanente sobre o SUS e ATS para membros do Poder judiciário pode requerer uma abordagem didática diferenciada e adaptada ao público-alvo. O modelo educacional e a linguagem adaptada podem ser determinantes para o sucesso da opção. Assim, estratégias para facilitar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada no desenvolvimento do programa podem ampliar sua adequação ao público-alvo e obter melhores resultados.
Organização de serviços de saúde	A criação de um programa de educação permanente sobre o SUS e ATS para operadores do Direito pode requerer o estabelecimento de parcerias institucionais e justificativas para a locação de recursos do SUS para esta finalidade. O envolvimento das organizações interessadas desde a concepção do programa pode ajudar o estabelecimento e manutenção das parcerias institucionais necessárias.
Sistemas de saúde	O sistema normativo pode ser usado para questionar a legalidade do desenvolvimento da opção, em face dos limites de aplicação de recursos para finalidades distintas das previstas. Pode ser necessário garantir o apoio das instâncias de controles interno, externo e social à implementação da opção. Nesse caso, o uso de líderes de opinião e facilitar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada pode ser uma estratégia útil.

Fonte: Elaboração própria.

## Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	<b>Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde</b>
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	A baixa familiarização entre os usuários sobre as funções e objetivos dos serviços de mediação, bem como potenciais conflitos de interesse individuais dos advogados envolvidos, em face dos ganhos financeiros decorrentes de processos judiciais instaurados, podem ser barreiras importantes para a implementação efetiva da opção. A difusão em massa deste recurso, mediante o uso variado da comunicação para atingir um grande número de pessoas (televisão, rádio, jornais, cartazes, folhetos e livretos), pode ser necessária para informar e favorecer a adesão do público a esta opção, como alternativa ao processo judicial.
Serviços de saúde	A comunicação entre as partes envolvidas (governo, sociedade civil e judiciário) é pouco efetiva. A implantação de serviços de mediação pode requerer a realocação de recursos para sua implantação e operação contínua. Não existe disponibilidade de profissionais de saúde habilitados a desenvolverem atividades de mediação no seu próprio nível de atuação.



### Conclusão

Níveis	Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde.
Organização de serviços de saúde	A mediação poderá ser vista como uma oportunidade adicional de exercer pressão sobre o SUS, a fim de produzir a flexibilização dos gestores, sem considerar as evidências científicas. Pode ser necessário garantir o apoio das instâncias de controles interno, externo e social à implementação da opção a fim de produzir máxima transparência sobre os processos.
Sistemas de saúde	A instalação de instâncias de mediação pode requerer a definição de marcos normativos adicionais, para que possam ser consideradas legítimas. Grupos de interesse podem utilizar a opção para aumentar sua capacidade de intervir diretamente sobre decisões individualizadas no SUS. Pode ser necessário garantir o apoio das instâncias normativas à implementação da opção. Nesse caso, o uso de líderes de opinião e facilitar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada pode ser uma estratégia útil. O apoio das instâncias de controles interno, externo e social para a máxima transparência sobre os processos pode ser uma alternativa.

Fonte: Elaboração própria.

## REFERÊNCIAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Intervenção Judicial na Saúde Pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-dajudicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em: 1 out. 2015.

ALTMAN, D. G. *et al.* The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, [ s. l. ], v. 134, n. 8, p. 663–94, 17 abr. 2001.

ASENSI, F. A. Judicialização da saúde no Brasil. **Revista Justiça e Cidadania**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, ago. 2013. Disponível em: <http://www.editorajc.com.br/a-judicializacao-da-saudenobrasil/>. Acesso em: 23 set. 2015.

BERMUDEZ, J. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 23, n. 4, p. 744–745, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/00.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BEST, A. *et al.* Large-System Transformation in Health Care: a realist review. **Milbank Quarterly**, [ s. l. ], v. 90, n. 3, p. 421–456, set. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479379/pdf/milq0090-0421.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [ s. l. ], v. 23, n. 1, p. 173–192, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/01045970-hcsm-23-1-0173.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1 instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 26, n. 1, p. 59–69, jan. 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Conflitos.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. [ Constituição (1988) ]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. p.133-137. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-epesquisa/publicacoes/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-2>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF: Presidência da República, [ 2011 ]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12401-28-abril-2011-610586-publicacaooriginal-132349-pl.html>. Acesso em: 10 nov. 2015

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [ 1990 ]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04\\_lei\\_8080.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf). Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Presidência da República, [ 2004 ]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Presidência da República, [ 1998 ]. Disponível em: [http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria\\_federal\\_3916\\_GM\\_98.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria_federal_3916_GM_98.pdf). Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: ciência e tecnologia em saúde**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf). Acesso em: 10 nov. 2016.

CAMPBELL, M. K.; ELBOURNE, D. R.; ALTMAN, D. G. CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. **BMJ**, [ s. l. ], v. 328, n. 7441, p. 702–708, 20 mar. 2004. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/328/7441/702.full.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 25, n. 8, p. 1839–1849, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Enunciados aprovados no I Jornada de Direito da Saúde do CNJ em 15 de maio de 2014**. São Paulo, SP: CNJ, 2014. Disponível em: [http://www.defensoria.ba.gov.br/portal/arquivos/downloads/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAUDE\\_PLENARIA\\_15\\_5\\_14.pdf](http://www.defensoria.ba.gov.br/portal/arquivos/downloads/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_PLENARIA_15_5_14.pdf). Acesso em: 5 out. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Diário de Justiça Eletrônico/CNJ**, n. 61, p. 4-6, 7 abr. 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/?documento=1195>. Acesso em: 5 out. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Resolução nº 107 de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **Diário de Justiça Eletrônico/CNJ**, n. 61, p. 9-10, 7 abr. 2010. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/resolucao/resolucao\\_107\\_06042010\\_11102012191858.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/resolucao/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf). Acesso em: 10 nov. 2015.

DIAS, E. R.; DA SILVA JUNIOR, G. B. A Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1–5, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n1/pt\\_1679-4508eins-14-1-0001.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n1/pt_1679-4508eins-14-1-0001.pdf). Acesso em: 10 maio 2017.

FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 1, p. 159-66, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29s1/a14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LUZ FILHO, F. **Aspectos éticos da magistratura: o magistrado como operador do direito**. 20 set. 2017. Disponível em: <http://flavioluzfilho.jusbrasil.com.br/artigos/349555291/aspectos-eticos-da-magistratura>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FORSETLUND, L. *et al.* Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [ s. l. ], n. 2, p. 2–4, 15 abr. 2009.

GANANN, R.; CILISKA, D.; THOMAS, H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. **Implementation Science**, [ s. l. ], v. 5, n. 1, p. 56, 19 dez. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914085/pdf/17485908-5-56.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

GOMES, D. F. *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em Debate**, [ s. l. ], v. 38, n. 100, p. 139–156, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0139.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

GUIMARÃES, R. **Judicialização na Saúde: o que há de novo?** 06 mar. 2014. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/judicializacao-na-saude-o-que-ha-de-novo/1733/>. Acesso em: 20 ago. 2015.

HABY, M. M. *et al.* Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. **Implementation Science**, [ s. l. ], v. 11, n. 1, p. 117, 18 dez. 2016. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990866/pdf/13012\\_2016\\_Article\\_472.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990866/pdf/13012_2016_Article_472.pdf). Acesso em: 10 maio 2017.

LEITÃO, L. C. A. *et al.* Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, [ s. l. ], v. 25, n. 3, p. 800–807, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00800.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

Lisboa, E. S. **Acesso ao tratamento da diabetes na Bahia: por que se recorre ao judiciário?** 2015. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17910/1/DISS%20FINAL.%20ERICK%20LISBOA.%202015.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LOPES, L. C. *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 44, n. 4, p. 620–628, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/05.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 45, n. 4, p. 706–713, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2603.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [ s. l. ], v. 46, n. 4, p. 1017–1036, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n4/a06v46n4.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [ s. l. ], v. 45, n. 3, p. 590–598, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARINOPOULOS, S. S. *et al.* Effectiveness of continuing medical education. **Evidence report/technology assessment**, [ s. l. ], v. 56, n. 149, p. 1–69, jan. 2007.

MASON, J. *et al.* When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? **JAMA**, [ s. l. ], v. 286, n. 23, p. 2988–2992, 19 dez. 2001. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d21e/de7e609e3a7a3d50cee96cf67939b955f7f1.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

MCCOY, D. C.; HALL, J. A.; RIDGE, M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, [ s. l. ], v. 27, n. 6, p. 449–466, set. 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto: Enfermagem**, [ s. l. ], v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MOAT, K.A. *et al.* Twelve myths about systematic reviews for health system policymaking rebutted. **J Health Serv Res Policy**, Thousand Oaks, v. 18, n. 1, p. 44-50, 2013. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/jhsrp.2012.011175?url\\_ver=Z39.882003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/jhsrp.2012.011175?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&). Acesso em: 10 out. 2015.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 192–199, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414462X-cadsc-24-2-192.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

O'BRIEN, M. A. *et al.* Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. CD000409, 17 out. 2007.

OLIVEIRA, M. D. R. M. *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525–535, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00525.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OXMAN, A. *et al.* Support tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **Health Research Policy and Systems**, [ s. l. ], v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3287&Itemid=3514&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3287&Itemid=3514&lang=pt). Acesso em: 5 out. 2015.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Revista de Salud Pública**, [ s. l. ], v. 14, n. 2, p. 340–349, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405–2414, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

REVEIZ, L. *et al.* Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [ s. l. ], v. 33, n. 3, p. 213–222, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a08v33n3.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis Comunicação em Saúde**, Campinas, n. 49, set. 2006. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_49.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_49.pdf). Acesso em: 5 out. 2015.

SHEA, B. J. *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **BMC Medical Research Methodology**, [ s. l. ], v. 7, n. 1, p. 10, 15 dez. 2007. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomed-central.com/track/pdf/10.1186/1471-2288-7-10?site=bmcmmedresmethodol.biomed-central.com>. Acesso em: 5 out. 2015.

SILVA, V. *et al.* Overview of systematic reviews - a new type of study: part I: why and for whom? **Medical Journal**, São Paulo, v. 130, n. 6, p. 398–404, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v130n6/v130n6a07.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SOUMERAI, S. B.; AVORN, J. Economic and policy analysis of university-based drug “detailing”. **Medical Care**, [ s. l. ], v. 24, n. 4, p. 313-331, 1986.

STREET, J. *et al.* The use of citizens’ juries in health policy decision-making: a systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 109, p. 1-9, maio 2014. Disponível em: [https://ac.els-cdn.com/S027795361400166X/1-s2.0-S027795361400166X-main.pdf?\\_tid=-8580ca40-bfd1-4480-8a09aff582bcf5bb&acdnat=1520625148\\_01c8d9ac19691a49f857d6b4be2a1f5e](https://ac.els-cdn.com/S027795361400166X/1-s2.0-S027795361400166X-main.pdf?_tid=-8580ca40-bfd1-4480-8a09aff582bcf5bb&acdnat=1520625148_01c8d9ac19691a49f857d6b4be2a1f5e). Acesso em: 5 out. 2015.

TORRES, I. D. C. **Análise das ações judiciais de medicamentos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: 2002 a 2008**. Monografia de Especialização – Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

TORRES, I. D. C. **Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13137/1/Diss%20MP.%20Izamara%20Torres%202013.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

TRACTENBERG, L.; STRUCHINER, M. Revisão realista: uma abordagem de síntese de pesquisas para fundamentar a teorização e a prática baseada em evidências. **Ciencia da Informacao**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 425–438, 2011. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1299/1477> . Acesso em: 10 nov. 2015.

VALLE, G. H. M.; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 13, 1 fev. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220/15034>. Acesso em: 10 nov. 2015.

WANG, D. W. L. *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

WEIR, M. C. *et al.* The Rx for Change database: a first-in-class tool for optimal prescribing and medicines use. **Implementation Science**, [ s. l. ], v. 5, n. 1, p. 89, nov. 2010.

WILSON, M. G.; LAVIS, J. N.; GAUVIN, F. P. Developing a rapid-response program for health system decision-makers in Canada: findings from an issue brief and stakeholder dialogue. **Systematic Reviews**, [ s. l. ], v. 4, n. 1, p. 25, 11 dez. 2015. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373100/pdf/13643\\_2015\\_Article\\_9.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373100/pdf/13643_2015_Article_9.pdf). Acesso em: 10 nov. 2016.

ZAGO, B. *et al.* Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Acta bioethica**, Santiago, v. 22, n. 2, p. 293– 302, 30 nov. 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n2/art16.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

## APÊNDICES

As tabelas a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas. Cada linha da tabela corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionadas com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão sistemática utilizando o instrumento AMSTAR (SHEA *et al*, 2007), que avalia a qualidade global em usa uma escala de 0 a 11, onde 11 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR será diferente de 11. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa (MOAT *et al*. 2013). As demais colunas trazem a proporção dos estudos incluídos na revisão que incluíram os grupos prioritários do problema abordado nesta síntese, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda, a proporção dos estudos incluídos que foram dirigidos especificamente à elevação do uso de evidências científicas por tomadores de decisão e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.

## Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Ganann, R.; Ciliska, D.; Thomas, H.; 2010. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews	Produzir revisões para respostas rápidas, de modo a informar a tomada de decisão.	Examinar métodos utilizados para realização de revisões para respostas rápidas, bem como as implicações de agilizar etapas metodológicas em termos de rigor, viés e resultados.	<p>As revisões para respostas rápidas variaram em tempo de três semanas a seis meses. Vários métodos para acelerar o processo foram empregados: algumas pesquisas limitaram as buscas por anos, bases de dados, idiomas e outras fontes além de buscas eletrônicas; várias pesquisas tinham apenas um revisor para revisão de título e resumo, revisão de texto completo, avaliação de qualidade metodológica e/ou extração de dados. Acelerar o processo de extração de dados pode levar à perda de informações relevantes. Há risco de viés devido ao encurtamento de prazos para pesquisa de literatura, recuperação de artigos e avaliação dos mesmos.</p> <p>Devido às limitações associadas a revisões rápidas, as conclusões podem ser menos capazes de ser generalizadas e podem proporcionar menos certeza do que as das revisões sistemáticas tradicionais</p> <p>A natureza da recomendação fornecida no âmbito de revisões rápidas foi tipicamente limitada a questões relacionadas com a eficácia ou eficácia. É importante que futuras revisões para respostas rápidas sejam transparentes tanto em termos dos métodos utilizados como nas limitações ou vieses introduzidos por essas abordagens.</p> <p>O processo de produção de evidências científicas e o desenvolvimento subsequente de políticas devem ser processos separados. Além disso, uma questão bem formulada e um contexto bem definido são imperativos.</p>	6/11	0/45	0/45	0/45	2009
Best, A.; Greenhalgh, T.; Lewis, S.; Saul, J. E. Carroll, S.; Bitz, J. 2012. Large-System Transformation in Health Care	Apresentar elementos para facilitar a promoção de transformações em grandes sistemas de saúde.	Analisar exemplos de iniciativas de transformação, bem-sucedidas ou menos bem-sucedidas, para sintetizar o conhecimento sobre os mecanismos subjacentes, definindo o papel do governo e ressaltando opções para avaliação.	<p>A revisão identificou cinco “regras simples” para transformações de grandes sistemas em saúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) misturar lideranças designadas (aquelas nomeadas formalmente para cargos) com lideranças distribuídas (as responsabilidades sobre as mudanças devem ser compartilhadas por todos os trabalhadores);</li> <li>(2) estabelecer feedback/monitoramento contínuo (quanto às metas e indicadores definidos em conjunto, de forma clara, compartilhada e que faça sentido para todos os grupos de interesse);</li> <li>(3) prestar atenção à história pregressa (conhecer quais fatos precederam as medidas de transformação, como as coisas costumavam transcorrer antes naquele local, saber onde houve “furos” e falhas);</li> <li>(4) envolver os médicos; e</li> <li>(5) envolver pacientes e familiares</li> </ol> <p>Esses princípios se diferenciam nos variados contextos que afetam o comportamento humano (e, assim, contribuem para a mudança) através de uma ampla gama de mecanismos diferentes.</p> <p>A metodologia de revisão realista pode ser aplicada combinada a uma varredura complexa da literatura publicada para produzir opções de transformação de grandes sistemas.</p> <p>Um processo colaborativo envolvendo produtores de pesquisa e usuários de pesquisa contribui para aplicar localmente princípios universais e teorias de médio alcance, além de servir como uma base de conhecimento mais robusta para a pesquisa aplicada.</p>	5/11	0/84	0/84	0/84	2011

Continua



## Conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Haby, M. M.; Chapman, E.; Clark, R.; Barreto, J.; Reveiz, L.; Lavis, J. N.; 2016. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies	Desenvolver um programa de resposta rápida	Informar a elaboração de um programa de resposta rápida para a tomada de decisões informada por evidências em políticas e práticas de saúde para a região das Américas. (1) Quais são as melhores abordagens metodológicas para revisões rápidas de evidência da pesquisa? (2) Que outras estratégias são necessárias para facilitar a tomada de decisões informadas por evidências nas políticas e práticas de saúde? (3) Qual a melhor forma de operacionalizar um programa de resposta rápida?	<p>Não há consenso sobre a definição ou o melhor modelo para revisões para respostas rápidas. Uma melhor descrição dos métodos é necessária. Escolher quais atalhos são adequados para maximizar o uso do tempo e minimizar perdas da qualidade é essencial. Parece haver evidências de que distribuição de material impresso e sumários executivos de sínteses de evidência facilitam o uso de evidências na tomada de decisão.</p> <p>É possível que quanto maior o número de “atalhos” que são tomados para reduzir o tempo necessário para concluir a revisão maior o risco de que vieses sejam introduzidos. Por conseguinte, é necessário encontrar um equilíbrio adequado entre a qualidade e a oportunidade para decidir quais os métodos a utilizar, se é necessária uma revisão rápida (ou revisão sistemática) e com que rapidez ela é realmente necessária. Questões operacionais que precisam ser consideradas na elaboração de uma resposta rápida incluem as implicações de um modelo de “usuário-pagador” (em contratos feitos pelo estado, pode demorar muito tempo o pagamento), a importância de recrutar pessoal com as competências e qualificações necessárias para desenvolver o material e assegurar a avaliação do impacto do modelo na utilização de evidências na tomada de decisão.</p> <p>Ao desenvolver um novo programa de resposta rápida, deve ser dada maior atenção à transparência e à especificação e descrição minuciosa dos métodos utilizados na revisão para resposta rápida, do modo a permitir uma avaliação da qualidade. Serão também necessárias outras estratégias para facilitar a aceitação e o uso das revisões de respostas rápidas, avaliando e aperfeiçoando o melhor modelo para a tomada de decisão informada evidências.</p>	10/11	0/31	11/31	0/31	2015

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis DA, Haynes RB, Harvey EL., 2007. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes	Realizar visitas educacionais como forma de alterar condutas de profissionais de saúde	Investigar os efeitos de visitas educacionais nas práticas de profissionais de saúde ou nos desfechos relacionados aos pacientes	Visitas educacionais, combinadas ou não com outras intervenções, parecem ser efetivas em mudar práticas de profissionais de saúde. O efeito dessa intervenção seria pequeno a moderado, mas potencialmente importante. Os efeitos sobre a prescrição são pequenos e consistentes (mediana 4,8%, variação interquartil de 3,0% a 6,5%), enquanto que o efeito sobre outros comportamentos profissionais é muito mais variável (mediana RD ajustada de 6%, variação interquartil de 3,6% a 16%). Não se sabe até que ponto desempenho observado pode deteriorar-se ou melhorar ao longo do tempo, ou se a realização de várias visitas vale a pena considerando o custo adicional. Tendo em conta que poucos estudos foram localizados para intervenções multifacetadas de visitas educacionais em comparação com auditoria e feedback, e visitas educacionais em comparação com distribuição de materiais educativos, é difícil tirar conclusões sobre a sua efetividade.	8/11	0/69	3/69	0/69	2007
Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, Miller RG, Thomas PA, Prokopowicz GP, Qayyum R, Bass EB, 2007. Effectiveness of continuing medical education.	Realizar atividades de educação continuada para transmitir conhecimento e alterar condutas e comportamentos de profissionais de saúde.	Identificar que métodos de educação continuada são mais efetivos para: a) transmitir conhecimento aos médicos; b) mudar as atitudes dos médicos; c) desenvolver habilidades; d) mudar os comportamentos dos médicos em suas práticas profissionais; e e) alterar os desfechos clínicos das práticas médicas.	As intervenções com uso de mídias ao vivo mostraram-se mais efetivas do que as de material impresso. O uso de multimídias mostrou-se mais efetivo do que as intervenções com mídia individuais. O uso de múltiplas exposições ao material educativo mostrou-se mais efetivo do que uma única exposição. O número de artigos que abordou características internas e/ou externas das atividades de educação continuada era muito pequeno e os estudos eram muito heterogêneos para determinar se algum destes são cruciais para o sucesso da intervenção. As evidências indicam que a simulação, em métodos de educação continuada, é efetiva para o desenvolvimento de habilidades psicomotoras e processuais. Apesar da baixa qualidade das evidências, a educação continuada parece ser efetiva para aquisição e retenção de conhecimentos, de atitudes, de habilidades, de comportamentos, influenciando nos resultados clínicos dos pacientes.	7/11	0/144	0/144	0/144	2006
Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. 2009. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review)	Realizar reuniões educativas e atividades de educação continuada para mudança de condutas de profissionais de saúde e melhora nos desfechos de saúde dos pacientes.	Avaliar os efeitos das reuniões educativas/ educação continuada na prática profissional e nos resultados de saúde dos pacientes	Reuniões educativas mostraram-se geralmente eficazes para melhorar comportamentos de cuidados apropriados. Intervenções multifacetadas que envolvem reuniões educativas também se mostraram eficazes para ambos os resultados de cuidados adequados. Foram coletadas provas insuficientes para concluir sobre a eficácia de fazer alterações no sistema ou determinar os benefícios de visitas de extensão de ensino ou distribuição de materiais educativos sobre reuniões educativas. Reuniões educativas e intervenções multifacetadas, envolvendo reuniões educativas, mostraram-se geralmente eficazes. Não havia evidências suficientes para avaliar a eficácia das reuniões educativas nos resultados administrativos.  Encontros educacionais sozinhos ou em intervenções multifacetadas foram mais efetivos que nenhuma intervenção.	10/11 McMaster Health Forum	0/81	11/81	0/81	2006

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a Opção 3 - Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
McCoy DC., Hall JA., Ridge M., 2011. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries	Estratégias e metodologias de participação social e a tomada de decisão em políticas públicas.	a) revisar a literatura sobre a efetividade dos “comitês de serviços de saúde” em países de baixa ou média renda. b) desenvolver uma compreensão dos fatores que determinam e influenciam o funcionamento e a efetividade dos comitês de serviços de saúde	<p>Buscar a replicação da intervenção e do impacto pode ser uma estratégia de pouca utilidade. A participação da comunidade é um processo social complexo que depende de situações específicas. Não se deve esperar que o que funciona em uma comunidade, funcione da mesma forma ou com o mesmo efeito em outro lugar.</p> <p>O desempenho e os papéis dos representantes comunitários nos comitês de serviços de saúde, podem ser influenciados pelos seguintes aspectos: número de representantes da comunidade que compõe o comitê, suas habilidades e treinamento, se eles são pagos ou não, e quão são representativos da comunidade.</p> <p>Outros fatores que influenciam a efetividade incluem a atitude dos profissionais de saúde com os membros da comunidade, a clareza do mandato e autoridade do comitê, e se o sistema de saúde valoriza integralmente e favorece a existência de comitê.</p> <p>Fatores sociais, políticos, culturais e econômicos também desempenham um papel na criação de um ambiente que seja favorável ou impeditivo. Muitos dos estudos de caso de comitês de serviços de saúde efetivos também sugerem a importância do apoio externo e facilitação.</p> <p>Para que os comitês de serviços de saúde tenham um impacto real e sustentável na qualidade da assistência e melhoria da saúde são necessários: facilitação, apoio material, tempo e comprometimento. No entanto, deve notar-se que os comitês operam sinergicamente com outras intervenções, por exemplo, a literatura sugere a importância de acompanhar os esforços na ampla mobilização da comunidade e a necessidade de abordar as dinâmicas políticas locais.</p>	5/9	nenhum estudo inclui a presença do poder judiciário nos comitês	4/4	0/4	2011
Street J., Duszynski K., Krawczyk S., Braunack-Mayer A., 2014. The use of citizens' juries in health policy decision-making: A systematic review	Estratégias e metodologias de participação social e a tomada de decisão em políticas públicas.	Analisar o uso dos júris de cidadãos (citizens juries) para o envolvimento da comunidade, a partir de pesquisas em saúde, enfocando aspectos metodológicos.	<p>Os júris de cidadãos oferecem uma ferramenta útil para envolver os cidadãos na tomada de decisão sobre políticas de saúde: são suficientemente pequenos para permitir uma deliberação efetiva, relativamente baratos em comparação com os exercícios deliberativos maiores e conferências de consenso, mas suficientemente diversificados para que os cidadãos engajados fiquem expostos a uma vasta gama de experiências e perspectivas.</p> <p>Desde que a pergunta de pesquisa seja bem definida e com natureza concreta, os júris de cidadãos, mesmo com duração de um dia, podem produzir resultados utilizáveis para informar políticas e práticas.</p> <p>Na grande maioria dos estudos, o elo entre a recomendação do júri e os tomadores de decisão não estava bem estabelecida, impossibilitando a avaliação sobre o desfecho e limitando a efetividade dessa estratégia na informação das políticas.</p> <p>O júri de cidadãos, como estratégia de promoção do papel de cidadania ativa, exige que haja reconhecimento formal de perspectivas ou recomendações dos jurados pelas autoridades competentes.</p> <p>A revisão mostra que os pesquisadores usam uma variedade de técnicas para promover os resultados de júris de cidadãos, incluindo literatura acadêmica, canais de mídia e engajamento direto com os tomadores de decisão.</p> <p>A revisão aponta a necessidade de atenção especial para o recrutamento de participantes, supervisão independente, a duração do júri e a moderação no que diz respeito aos possíveis riscos de viés.</p> <p>Considerando o pequeno tamanho da amostra de um júri, a inclusão de pessoas de uma ampla variedade de origens tendia a ser mais bem-sucedida usando estratificação, pesquisadores de mercado e honorários em comparação com amostragem aleatória.</p> <p>Grupos pouco numerosos parecem proporcionar maior oportunidade para que os participantes tenham tempo de fala adequado. Além disso, os júris com curta duração (entre 01 e 02 dias) limitam a oportunidade de diálogos construtivos e deliberativos.</p>	5/9 McMaster Health Forum	Não reportado	1/37 (um dos estudos foi realizado no Brasil)	0/37	2010

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice D – Bases de dados e estratégias de busca utilizadas para levantar as revisões sistemáticas das opções para o problema

Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde			
Data	Bases de dados	Estratégia	Resultado
Opção 1 22/10/2016	Cochrane Library	Opção 1 - rapid response:ti,ab,kw or rapid review:ti,ab,kw or rapid synthesis:ti,ab,kw or rapid systematic review:ti,ab,kw or rapid evidence synthesis or rapid assessment or rapid evaluation or rapid HTA:ti,ab,kw Publication Year from 2010, in Cochrane Reviews (Reviews only), Other Reviews and Methods Studies (Word variations have been searched)	Opção 1 – Identificados 212 artigos; 08 excluído por duplicação; 202 excluídos por títulos e resumos; 02 selecionados (01 excluído após leitura completa).
Opção 1 – 22/10/2016	PDQ-Evidence	Opção 1 - (title:(title:(rapid response) OR abstract:(rapid response)) OR (title:(rapid review) OR abstract:(rapid review)) OR (title:(rapid synthesis) OR abstract:(rapid synthesis)) OR (title:(rapid systematic review) OR abstract:(rapid systematic review)) OR (title:(rapid evidence synthesis) OR abstract:(rapid evidence synthesis)) OR (title:(rapid assessment) OR abstract:(rapid assessment)) OR (title:(rapid evaluation) OR abstract:(rapid evaluation)) OR (title:(rapid HTA) OR abstract:(rapid HTA))) OR abstract:(title:(rapid response) OR abstract:(rapid response)) OR (title:(rapid review) OR abstract:(rapid review)) OR (title:(rapid synthesis) OR abstract:(rapid synthesis)) OR (title:(rapid systematic review) OR abstract:(rapid systematic review)) OR (title:(rapid evidence synthesis) OR abstract:(rapid evidence synthesis)) OR (title:(rapid assessment) OR abstract:(rapid assessment)) OR (title:(rapid evaluation) OR abstract:(rapid evaluation)) OR (title:(rapid HTA) OR abstract:(rapid HTA))) Filtros: Publication year: Last 5 years; Publication type: Systematic Review.	Opção 1 – Identificados 78 artigos; 01 excluído por duplicação; 75 excluídos por títulos e resumos; 02 selecionados (01 excluído após leitura completa).
Opção 1 – 22/10/2016	Health Systems Evidence	Opção 1 - rapid response OR rapid review OR rapid synthesis OR rapid systematic review OR rapid evidence synthesis OR rapid assessment OR rapid evaluation OR rapid HTA	Opção 1 – Não foi identificado nenhum artigo

Fonte: Elaboração própria.

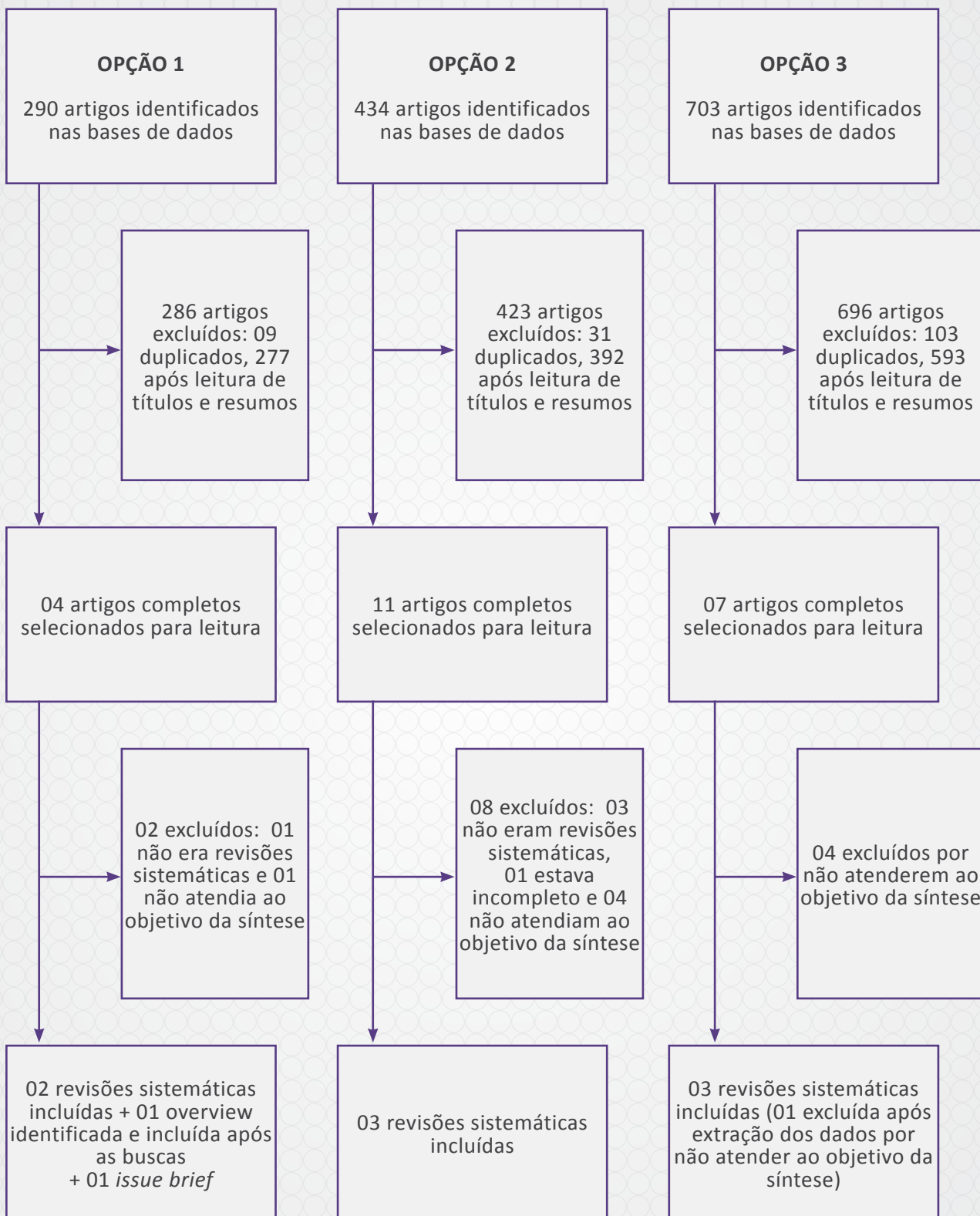
Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto			
Data	Bases de dados	Estratégia	Resultado
06/06/2016	PubMed	((education* OR teach* OR learn* OR course) AND teaching[MeSH Terms]) AND public health AND (policymak* OR decision mak*) AND systematic review (60 referências)  ((education* OR learn*) AND teaching[MeSH Terms]) AND ((public health) AND (policymak* OR decision mak*)) AND ((Evidence-Based Practice[MeSH Terms]) OR evidence-informed) AND systematic review (14 referências)	Identificadas 74 referências, 14 repetidas foram excluídas, 48 excluídas pela leitura do título; 9 excluídas pela leitura do resumo, 03 excluídas após leitura do texto completo.
07/06/2016	Centre for Reviews and dissemination (CRD)	Education (any field) OR teaching (any field) OR learn (any field) OR Course AND public health AND (policymake OR decision making) Any field FILTRO: DARE	Identificadas 21 referências, 2 repetidas, 19 excluídas pela leitura de títulos.
13/06/2016	Health Systems Evidence	(education OR teach OR learn OR course) AND (health information OR health communication) AND public health AND (policymak OR decision make) AND systematic review Filtro: Qualquer organização dos sistemas de saúde	Identificadas 30 referências, 26 excluídas pela leitura do título; 03 excluídas pela leitura do resumo; 01 excluída após leitura do texto completo.
20/06/2016	Cochrane Library	((education\$ OR learn\$ OR teach\$ OR course) AND (public health) AND (policymak\$ OR decision mak\$) AND (Evidence based practice OR evidence informed)) AND systematic review Filtro: Cochrane Reviews - Reviews	Identificadas 06 revisões; 5 excluídas por títulos, 01 excluída após leitura do texto completo.
23/06/2016	Campbell Library	education* OR teach* OR learn* OR course AND public health AND policymak* OR decision mak* AND Evidence-Based Practice OR evidence-informed AND review (type of document)	Identificadas 126 referências, 1 repetida, 121 excluídas pela leitura do título; 3 excluída pela leitura do resumo; 01 excluída após leitura do texto completo.
06/07/2016	Rx for Change	(education OR teach* OR learn* OR course) AND (public health OR policymak* OR decision mak*)	Identificadas 172 revisões; 14 repetidas, 144 excluídas por títulos e 9 excluídas pelo resumo. 02 excluídas após leitura completa. Selecionadas 3 referências.
15/09/2016	PDQ-EVIDENCE	a(title:(title:(education) OR abstract:(education)) OR (title:(teach*) OR abstract:(teach*)) OR (title:(learn*) OR abstract:(learn*)) OR (title:(course) OR abstract:(course))) OR abstract:(title:(education) OR abstract:(education)) OR (title:(teach*) OR abstract:(teach*)) OR (title:(learn*) OR abstract:(learn*)) OR (title:(course) OR abstract:(course))) AND (title:(public health) OR abstract:(public health)) Filtro: Publication type: systematic review	Identificadas 5 revisões; 4 excluídas por títulos e 01 excluída após leitura do resumo.

Fonte: Elaboração própria.

<b>Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde</b>			
<b>Data</b>	<b>Bases de dados</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Resultado</b>
13/05/16	PubMed	((negotiating[Title/Abstract] OR mediati*[Title/Abstract] OR mediator[Title/Abstract] OR conflict resolution[Title/Abstract] OR alternative dispute resolution[Title/Abstract] OR external dispute resolution[Title/Abstract])) AND ((policymaking[Title/Abstract] OR decision making[Title/Abstract])) Filtro: revisão sistemática	Identificadas 30 referências, 25 excluídos pela leitura do título; 05 excluídas após leitura do resumo.
13/05/16	Centre for Reviews and dissemination (CRD)	negotiating OR mediati* OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution)	Identificadas 100 referências, 15 repetidas, 80 excluídas pela leitura do título; 05 excluídas após leitura do resumo.
13/05/16	Healthvidence	negotiating OR mediation OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution	Identificadas 45 referências, 9 repetidas, 36 excluídas pela leitura de títulos.
13/05/16	Health Systems Evidence	negotiating OR mediati* OR mediator OR “conflict resolution” OR “alternative dispute resolution” OR “external dispute resolution”	Identificadas 31 referências, 8 repetidas, 21 excluídos pela leitura do título; 02 excluídas após leitura do resumo.
13/05/16	Cochrane Library	negotiating or mediation or (conflict and resolution) or (alternative and dispute and resolution) or (external and dispute and resolution) Título, abstracts e keyword Filtros: Cochrane Reviews	Identificadas 46 referências; 13 repetidas, 32 excluídas pela leitura dos títulos; 01 excluída após leitura do resumo.
13/05/16	Campbell Library	(negotiating OR mediation OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution) and (policymaking OR decision making) all text	Identificadas 206 referências, 1 repetida, 194 excluídos pela leitura do título; 10 excluídos pela leitura do resumo. Selecionado 1 artigo.
01/06/16	Rx for Change	negotiating OR mediation OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution	Identificadas 70 revisões; 20 repetidas, 45 excluídas por títulos e 4 por resumos. 01 excluído após leitura do texto completo.
13/05/16	PDQ-Evidence	((title:(negotiating OR mediati* OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution) OR abstract:(negotiating OR mediati* OR mediator OR conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution)) AND (title:(policymaking OR decision making) OR abstract:(policymaking OR decision making)) Filtro: revisão sistemática	Identificadas 170 referências; 37 repetidas, 112 excluídos pela leitura do título; 16 excluídos pela leitura do resumo, 03 excluídos após leitura completa. Selecionado 2 artigos. 1 artigo foi excluído após extração dos dados.
13/05/16	BVS	conflict resolution OR alternative dispute resolution OR external dispute resolution mh:“Negociação”	Identificadas 5 referências; 2 excluídas pela leitura do título; 03 excluídas após leitura do resumo.

Fonte: Elaboração própria.

### Apêndice E – Fluxograma do processo de seleção dos artigos



## Apêndice F – Artigos excluídos após leitura do texto completo

Referências	Motivo da exclusão
DUSETZINA, S.B. <i>et al.</i> Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review. <b>Med. Care.</b> , v. 50, p. 466–478, 2012. Disponível em: <a href="http://europepmc.org/abstract/med/22266704">http://europepmc.org/abstract/med/22266704</a> . Acesso em: 10 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
TRICCO, A. C.; TETZLAFF, J.; MOHER, D. The art and science of knowledge synthesis. <b>J Clin Epidemiol.</b> , v. 64, p. 11–20, 2011. Disponível em: <a href="https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(09)00361-8/fulltext">https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(09)00361-8/fulltext</a> Acesso em: 10 nov. 2016.	Não é revisão sistemática/ <i>overview</i>
KRAINOVICH-MILLER, B. <i>et al.</i> Evidence-based practice challenge: teaching critical appraisal of systematic reviews and clinical practice guidelines to graduate students. <b>J Nurs Educ.</b> v. 48, n. 4, p. 186–95, 2009. Disponível em: <a href="https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/evidence-based-practice-challenge-teaching-critical-appraisal-of-">https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/evidence-based-practice-challenge-teaching-critical-appraisal-of-</a> Acesso em: 10 nov. 2016.	Não é revisão sistemática/ <i>overview</i>
WOLF, F.M. <i>et al.</i> Teaching skills for accessing and interpreting information from systematic reviews/meta-analyses, practice guidelines, and the Internet. <b>Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium.</b> p. 662–666, 1997. Disponível em: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2233330/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2233330/</a> Acesso em: 10 nov. 2016.	Não é revisão sistemática/ <i>overview</i>
STRAUB, C.; NEBLING, T.; MÜLLER, H. Translating research into practice: a german sickness fund supporting patient participation. <b>Patient Education and Counseling.</b> v. 73, n. 3, p. 544–550, dez. 2008. Disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108003467">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108003467</a> . Acesso em: 10 nov. 2016.	Não é revisão sistemática/ <i>overview</i>
RYAN, R. <i>et al.</i> Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicines use: an overview of systematic reviews. <b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b> , 2011. Disponível em: <a href="http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub2/abstract">http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub2/abstract</a> . Acesso em: 10 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
MURTHY, L. <i>et al.</i> Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. <b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b> , 12 set. 2012.	Não atendeu ao objetivo da síntese
ROWHER, A. <i>et al.</i> E-learning of evidence-based health care to increase EBHC competencies in healthcare professionals. <b>The Campbell Collaboration</b> , 2017. Disponível em: <a href="https://campbellcollaboration.org/library/e-learning-evidence-based-competencies-healthcare-professionals.html">https://campbellcollaboration.org/library/e-learning-evidence-based-competencies-healthcare-professionals.html</a> . Acesso em: 21 nov. 2016.	RS em andamento, não finalizada.
GOYDER, C. <i>et al.</i> Email for clinical communication between healthcare professionals. <b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b> , 2012. Disponível em: <a href="http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007979.pub2/abstract">http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007979.pub2/abstract</a> . Acesso em: 21 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
JAMAL, A.; MCKENZIE, K.; CLARK, M. The impact of health information technology on the quality of medical and health care: a systematic review. <b>The HIM journal</b> , v. 38, n. 3, p.26–37, 2009. Disponível em: <a href="http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/183335830903800305">http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/183335830903800305</a> . Acesso em: 11 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
STRANG, H. <i>et al.</i> Restorative Justice Conferencing (RJC) Using Face to Face Meetings of Offenders and Victims Effects on Offender Recidivism and Victim Satisfaction. <b>Campbell Systematic Reviews</b> , 2013:12. Disponível em: <a href="http://www.crim.cam.ac.uk/people/academic_research/heather_strang/rj_strang_review.pdf">http://www.crim.cam.ac.uk/people/academic_research/heather_strang/rj_strang_review.pdf</a> . Acesso em 21 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese (excluída após extração)
STACEY, D. <i>et al.</i> Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (update). <b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b> , v. 10, 2011. Disponível em: <a href="http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub4/abstract">http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub4/abstract</a> . Acesso em: 11 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
GIAMBRA, B. K.; STIFFLER, D.; BROOME, M. E. An Integrative Review of Communication Between Parents and Nurses of Hospitalized Technology-Dependent Children: Parent-Nurse Communication. <b>Worldviews on Evidence-Based Nursing</b> , v. 11, n. 6, p. 369–375, 2014. Disponível em: <a href="https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12065">https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12065</a> . Acesso em: 11 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
LÉGARÉ, F. <i>et al.</i> Patients' Perceptions of Sharing in Decisions: A Systematic Review of Interventions to Enhance Shared Decision Making in Routine Clinical Practice. <b>The Patient: Patient-Centered Outcomes Research</b> , v. 5, n. 1, p. 1–19, 2012. Disponível em: <a href="https://link.springer.com/article/10.2165%2F11592180-000000000-00000">https://link.springer.com/article/10.2165%2F11592180-000000000-00000</a> . Acesso em: 11 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese
DURAND, M.-A. <i>et al.</i> Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis. <b>PLoS ONE</b> , v. 9, n. 4, p. e94670, 2014. Disponível em: <a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094670">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094670</a> . Acesso em: 21 nov. 2016.	Não atendeu ao objetivo da síntese

Fonte: Elaboração própria.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.saude.gov.br](http://bvsm.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

