

## ENTREVISTA

# Uma história com nome de gente – a evolução do processo de participação social na Avaliação de Tecnologias em Saúde na voz de Vania Canuto

## A Story with a Human Name: The Evolution of Social Participation in Health Technology Assessment through the Voice of Vania Canuto

Entrevista feita por Bruna Viana<sup>1</sup>

"A história é aquela certeza fabricada no instante em que as imperfeições da memória se encontram com as falhas de documentação". Julian Barnes

"History is that certainty produced at the point where the imperfections of memory meet the inadequacies of documentation." Julian Barnes

### Resumo

É claro que a evolução da participação social na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil é um processo histórico de mudança institucional, que perpassa a própria constituição do SUS, inserindo a população brasileira e o controle social na formulação das políticas de saúde. Mais recente que o sistema de saúde brasileiro, a ATS foi institucionalizada com a premissa da participação social. Essa história, institucional e documentada por meio de legislações, portarias e decretos, evoluiu ao longo dos anos, por vezes em passos mais largos, em outros mais lentos, sempre escrita por pessoas. Afinal, instituições são formadas por gente.

Inclusive, a evolução e o aprofundamento do envolvimento da sociedade na ATS é uma história que não tem como ser contada sem que se faça menção ao envolvimento de alguns nomes. Vania Canuto é, reconhecidamente, um deles.

Pioneira na área, Vania foi um dos primeiros nomes a trabalhar com a ATS no país. Servidora pública, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, ela vivenciou marcos importantes desse processo, como a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), da qual foi diretora-substituta e, posteriormente, diretora.

Reconhecida por seu trabalho na área por mais de vinte anos, Vania é uma das vozes importantes desse caminho. Ouvi-la é, com certeza, conhecer o que legislações, portarias e decretos não alcançam. É um resgate da compreensão de como o SUS foi, e vem sendo, arduamente, construído por gente. Sobretudo, um registro justo e necessário de um fragmento importante da nossa história.

Em entrevista, realizada remotamente em 12 de junho de 2024 pela jornalista Bruna Viana, Vania relata o aprofundamento do processo de participação social na Conitec, que tornou o Brasil uma referência internacional no tema, e apresenta marcos dessa trajetória.

<sup>1</sup> Bruna Cabral de Pina Viana (bruna.viana@saude.gov.br) possui graduação em Comunicação Social - Jornalismo pelo Centro Universitário de Brasília e aperfeiçoamento em Atualização em Comunicação e Saúde pela Fundação de Assistência ao Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), Ministério da Saúde.

### Abstract

Certainly, the evolution of social participation in Health Technology Assessment (HTA) in Brazil is a historical process of institutional change that intersects with the very formation of the Unified Health System (SUS), involving the Brazilian population and social control in health policy formulation. More recent than the Brazilian health system, HTA was institutionalized with the premise of social participation. This history, documented through laws, ordinances, and decrees, has evolved over the years, sometimes in large strides, other times more slowly, always written by people. After all, institutions are made up of people.

Indeed, the evolution and deepening of society's involvement in HTA is a story that cannot be told without mentioning the involvement of certain individuals. Vania Canuto is undeniably one of them.

A pioneer in the field, Vania was one of the first to work with HTA in the country. A public servant and Specialist in Public Policies and Government Management, she experienced significant milestones in this process, such as the creation of the Brazilian Network for Health Technology Assessment (Rebrats) and the National Commission for the Incorporation of Technologies in the Unified Health System (Conitec), where she served as deputy director and later as director.

Recognized for her work in the field for over twenty years, Vania is one of the key voices in this journey. Listening to her is, undoubtedly, understanding what laws, ordinances, and decrees cannot capture. It is a retrieval of the understanding of how SUS has been, and continues to be, arduously built by people. Above all, it is a fair and necessary record of an important fragment of our history.

In an interview conducted remotely on June 12, 2024, by journalist Bruna Viana, Vania recounts the deepening of the social participation process in Conitec, which has made Brazil an international reference on the subject, and highlights milestones of this trajectory.

**Bruna Viana: Eu gostaria que você contasse a sua trajetória na ATS, acredito que, de certa forma, é também uma forma de conhecer mais da história da ATS no Brasil.**

**Vania Canuto:** O início do meu envolvimento com área de Avaliação de Tecnologias em Saúde é, coincidentemente, também o início do tema no Brasil. Em 2002, fui para Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, trabalhar na secretaria-executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), na área que fazia avaliação de novos medicamentos que entravam no mercado brasileiro. Nesse momento a gente trabalhou na elaboração de uma resolução que elencava parâmetros para avaliação e estabelecimento de preços para medicamentos novos, genéricos e antigos. A resolução de diretoria colegiada (RDC) que foi publicada em 2004 (RDC 2/2004) é válida até hoje e foi ela que estabeleceu, pela primeira vez, critérios para Avaliação de Tecnologias em Saúde que, na época, conhecíamos como Farmacoeconomia. A ATS surge muito atrelada à avaliação de medicamentos. Enfim, passamos a desenvolver estudos de comparação que avaliavam os resultados de eficácia dos medicamentos que chegavam no mercado em relação aos que já existiam, para que fosse possível estabelecer os preços de entrada. Naquela época, o Ministério da Saúde ainda não tinha uma área que tratasse do tema.

Então, a ATS nasce ali, com estudos de benefício comparado. Não tínhamos, naquele momento, capacidade para desenvolver estudos de custo-efetividade, que eram mais complexos e exigiam um tempo maior de elaboração. Nessa época, passamos a estabelecer uma parceria com a Rede Sentinela, que agregava hospitais e que era coordenada pela Clarice Petramale, lá na Anvisa. Por volta de 2005, o Ministério da Saúde (MS) passou a trabalhar com ATS, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que estabeleceu um grupo informal no assunto e tinha parceria também com o então Departamento de Economia da Saúde (DESID). Passamos a trabalhar em um formato de rede, trocando informações e incentivando capacitações. Elaboramos também guias e manuais no tema, buscando uniformizar e trazer qualidade para os estudos

que começavam a ser desenvolvidos. Nessa época, alguns mestrados no tema em ATS foram financiados pelo DECIT e eu fiz um deles, na ENSP, na Fiocruz.

Inclusive, a Rebrats nasce desse movimento, em 2008, embora a portaria de criação da rede tenha sido publicada anos depois, em 2011. A criação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde, os NATS, foi uma parceria entre a Anvisa e o Ministério da Saúde. Nesse momento, eu já tinha passado a atuar no Ministério, no DECIT, e passei a trabalhar no projeto de criar núcleos de ATS nos hospitais, juntamente com a Clarice. Inclusive, essa foi uma ideia da própria Clarice que seguia na Anvisa.

No DECIT, atuei diretamente com a ATS. Na época, fizemos o primeiro congresso internacional do HTAi [Sociedade Internacional, sem fins lucrativos, que busca apoiar o desenvolvimento da ATS ao redor do mundo] na América Latina, até hoje a principal sociedade no tema do mundo. Esse congresso ocorreu em 2011, organizado pelo DECIT, no Rio de Janeiro, e nele foi criada a RedETSA, rede de ATS das Américas, que hoje conta com 42 instituições e 21 países.

Aquele foi um ano importante nessa história, com muitos marcos. Além do Congresso tivemos a publicação da lei de criação da Conitec, que vinha sendo articulada pelo então secretário Reinaldo Guimarães, e que foi publicada em abril daquele ano, após sua gestão na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

Antes ainda da publicação da lei, a Clarice assumiu a direção da Citec, antiga comissão que avaliava as incorporações de tecnologias, que funcionava apenas para o Ministério da Saúde, e me convidou para estar com ela. Então, trabalhamos juntas em toda regulamentação, decreto e estabelecimento da Conitec.

Estive na Comissão como diretora substituta desde a sua criação, em 2011, até 2017, quando saí e passei a atuar no gabinete da SCTIE, período que atuei também como secretária-substituta. Retornei ao DGITS, secretaria-executiva da Conitec, como diretora em 2018, onde fiquei até 2023. Em 2020, fui eleita para o quadro de diretores do HTAi, para o mandato de três anos. Participo das reuniões da sociedade desde

2006 e, naquele período, fui a única representante dos países da América Latina e Caribe.

Em 2023 eu vim para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sediada em Washington, onde vivo atualmente, como oficial técnica atuando nos temas de acesso e avaliação de tecnologias em saúde.

**Bruna: O tema desta edição do BIS é a evolução da participação social. Acredito que nesse início da Conitec e da ATS no país e no mundo eram muitos os desafios, inclusive, até da própria implementação e do uso das evidências por gestores. A participação social nesse processo já era um tema discutido? Se não, quando essa discussão ganhou maior robustez?**

**Vania:** Na verdade, a lei da Conitec já vem com a priorização da participação social. Antes de existirem as análises de impacto regulatório e tudo que se faz hoje em dia, a criação da Conitec já estabeleceu que todos os temas deveriam passar por consulta pública. Isso pode parecer trivial, mas não é. Na época, não se tinha muitos órgãos que realizassem consultas públicas para suas análises, então a lei da Conitec foi bem inovadora. Inclusive, são poucos órgãos de ATS que fazem consulta pública ampla. Por exemplo, o NICE, do Reino Unido, realiza uma consulta pública mais focada. A lei também trouxe a possibilidade de realização de audiência pública e a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Comissão. Essa representação, aliás, foi nesse início sempre exercida por uma paciente, que trazia importantes contribuições para a avaliação. A lei da Conitec, nesse sentido, é bem inovadora porque já estabelecia critérios para participação social.

O envolvimento de pacientes na ATS começou a ser discutido de forma mais robusta nos últimos dez anos, no mundo inteiro. Em 2016, em um dos *Policy Forum* do HTAi, foram discutidas boas práticas de ATS na América Latina. Foram priorizados cinco itens, são eles: a existência de critérios claros de priorização de demandas para avaliação; de vínculo entre avaliação de tecnologias e tomada de decisão; de mecanismo

de contestação da sociedade; envolvimento dos atores interessados no processo e, por fim, transparência nos processos e comunicação dos resultados. O Brasil evoluiu em quatro destes itens. Atualmente, o país não tem ainda a priorização do que vai ser avaliado, que considere nossas necessidades de saúde pública.

Então, a transparência e envolvimento vieram definidas por lei, passamos por movimentos mundiais nesse sentido e nós, internamente, passamos a sentir necessidade de aprofundar e tornar mais amplos os mecanismos para participação social. A primeira conquista foi ter um site próprio da Conitec, em 2014, que nos deu governabilidade para dar transparência às ações. Nesse mesmo ano também criamos dois formulários de consulta pública, que possibilitaram disponibilizar perguntas mais direcionadas: um para pacientes, familiares e cuidadores, ou seja, pessoas que não eram especialistas em ATS, mas que queriam trazer suas experiências, e um formulário para contribuições técnicas. Com isso, sentimos a necessidade de elaborar também um relatório “traduzido”, em linguagem menos técnica e mais acessível para o público que não é da ATS entender os critérios que estavam sendo considerados em cada avaliação. No ano seguinte, em 2015, fizemos o primeiro Relatório para a Sociedade. Nesse mesmo ano, também conseguimos criar um sistema eletrônico para submissão das demandas. Em 2016, começamos a fazer reuniões pré-submissão com a indústria, para recebermos documentos melhor elaborados, porque na época havia muita não conformidade nas demandas protocoladas. Em 2017, tivemos a primeira participação da indústria na reunião da Conitec, um espaço de 15 minutos para fazer a defesa da tecnologia. Nesse mesmo ano, passamos a incluir representantes de pacientes e de especialistas na reunião de escopo das diretrizes clínicas, quando são elaboradas as perguntas de pesquisa que norteiam o processo de elaboração dos documentos.

Eu saí da Conitec nesse período e voltei no fim de 2018. Em 2019, antes da pandemia, conseguimos desenvolver outras ações. Durante esse período, aproveitamos para tentar atender demandas que chegavam de alguns atores interessados no processo, como

pacientes, a própria indústria, gestores do SUS, entre outros. Na época, ouvimos muitas solicitações para que o processo tivesse mais transparência. Passamos a disponibilizar o dossiê do demandante, que até então não ficava no site, além da data de submissão das demandas, que foi importante para que as pessoas pudessem acompanhar o prazo de avaliação dos processos pela Conitec. Também criamos a página das diretrizes clínicas, com status de atualização e elaboração dos documentos. Passamos também a fazer o PCDT [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas] resumido, que era um documento de mais fácil acesso, para consulta rápida de gestores e profissionais de saúde.

Ainda nesse período, a secretaria-executiva da Rebrats, até então exercida pelo DECIT, passou para o DGITS também. Essa era uma demanda antiga e fundamental já que se relaciona com desenvolvimento de capacidade técnica para apoiar o trabalho da Conitec. Essa foi uma decisão muito importante do então secretário SCTIE [Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos] Denizar Vianna. Fizemos também o primeiro Congresso da Rebrats, com a participação de diversos metodologistas, especialistas e profissionais de ATS dos diversos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil.

Também fizemos o Primeiro Fórum de ATS, evento que surgiu com a proposta de ouvir diversas perspectivas sobre a gestão de tecnologias em saúde no SUS. Reunimos representantes do sistema judiciário, de pacientes, prescritores, pesquisadores, fornecedores de tecnologias, gestores do SUS e membros do Plenário da Conitec, e ouvimos diversas sugestões de melhorias. Compilamos, reunimos a equipe e passamos a implementar aquilo que era aplicável em curto prazo.

Em 2020, veio a pandemia, foi um período extremamente complicado. Trabalhamos muito com questões relacionadas à covid-19, mas mesmo assim conseguimos evoluir em ações de transparência. Um grande exemplo disso foi que passamos a disponibilizar os vídeos da reunião da Conitec. A gente já tinha discutido isso algumas vezes com o Plenário, era algo que, como equipe, a gente achava muito importante, por ser uma demanda da sociedade e por ser uma forma

de dar acesso às discussões. A pandemia facilitou, já que as reuniões passaram a ocorrer de forma online e conseguimos disponibilizar as gravações na íntegra no site. Esse foi um passo extremamente importante, passamos a dar acesso à reunião inteira gravada, com todas as discussões, o que foi extremamente inovador. Ainda hoje, acredito que não tenha nenhuma agência de ATS no mundo que faça isso.

Também passamos a disponibilizar as pautas com as deliberações do Plenário, logo após a reunião. Também fizemos o painel “Conitec em Números”, que eu julgo fundamental, porque as pessoas conseguem acompanhar os dados do processo, como quantas tecnologias foram avaliadas, demandas foram recebidas, consultas públicas realizadas.

Em 2020, também fizemos o cadastro de pacientes e de associações e tivemos a primeira chamada pública e a primeira participação de paciente na reunião da Conitec na Perspectiva do Paciente. Esse espaço começou como piloto, naquele ano, mas deu certo e a gente passou a implementar. Inclusive, em muitos casos, essa participação foi muito relevante, trazendo aspectos que não eram ainda conhecidos ou que não estavam nas evidências.

Em 2021, fizemos a primeira audiência pública, que também foi um marco. E, nesse período, passamos a realizar reuniões periódicas com associações de pacientes, para ouvir e tirar dúvidas sobre os mecanismos de participação social. Também passamos a fazer o monitoramento das tecnologias incorporadas, buscando evidências de efetividade do que tinha sido disponibilizado no SUS, se atingiu o resultado esperado ou não.

Naquele ano, também fizemos o segundo Fórum de ATS, com os atores apresentando o que tínhamos encaminhado e discutindo as próximas ações.

No ano seguinte, passamos a realizar análise qualitativa das contribuições de experiência e opinião das consultas públicas. O próprio relatório de recomendação da Conitec foi evoluindo, ficando mais completo, com a parte da inclusão do depoimento na Perspectiva do Paciente, da análise qualitativa, do Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT), enfim, o que fomos agregando na avaliação.

Acho que vale falar que realizar a análise qualitativa foi um processo longo, estabelecemos uma parceria com a Fiocruz anos antes, com a equipe do Jorge Barreto, para mapear experiências de participação social no mundo. Em seguida, fizemos uma cooperação com a Universidade Federal da Bahia, para que a equipe se capacitasse para realizar as análises qualitativas. Também buscamos melhorar os formulários que eram disponibilizados nas consultas, com perguntas direcionadas, inclusive, para que a análise qualitativa fosse realizada.

Fizemos o cadastro para gestores do SUS e especialistas, como uma forma de atender uma necessidade que havia em alguns processos, em que algumas questões surgiam e precisávamos ouvir profissionais das áreas ou responsáveis pela implementação no SUS.

O cadastro foi um banco de dados importante, convidamos especialistas médicos em diversos temas. Em alguns casos, também convidados gestores, por exemplo, para trazer experiências de tecnologias que já vinham sendo utilizadas em outros estados. Esses relatos traziam pontos importantes para a avaliação, por exemplo, dificuldades de disponibilização para paciente ou vantagens do uso.

Percebemos o quanto o envolvimento desses atores agrega ao processo e o cadastro possibilitou que isso fosse feito de maneira sistemática, convidando especialistas nos temas de cada demanda avaliada.

Naquele ano, conseguimos aprimorar o site oficial da Conitec, migrando para o sistema GOV.BR, o que facilitou a disponibilização das informações. Nesse site, criamos uma seção específica para a participação social, que reunia todas as informações para envolvimento dos atores.

Em 2022, meu último ano como diretora, trabalhamos no novo decreto e na reestruturação da Conitec. Por meio dela, foi possível estabelecer critérios mais transparentes para avaliação, com a adoção do limiar de custo-efetividade. Esse também foi um processo longo e que a gente tentou fazer de forma democrática. Primeiro, realizamos oficinas com especialistas no tema, elaboramos uma proposta que foi submetida à consulta pública. Consideramos as contribuições e

submetemos a uma audiência pública, para, enfim, chegar ao parâmetro que temos hoje.

A lei também trouxe outros ganhos, como a distribuição aleatória dos processos de avaliação e a entrada de representantes dos NATS e da Associação Médica Brasileira (AMB) na composição dos Comitês da Conitec. A participação dos NATS era algo que há muito já defendemos, para ter esse componente metodológico nesse processo. A AMB também agregaria, já que passaria a contribuir com falas de especialistas nos temas, inclusive no processo de elaboração das diretrizes clínicas.

Com a nova lei, também conseguimos a divisão do Plenário em três Comitês por tipo de tecnologia, o que foi muito importante para qualificar as discussões, pois possibilitou que a composição do grupo avaliador e de a visão de todo o processo fossem mais direcionados, inclusive sobre a participação social.

### **Bruna: Esse processo de evolução das iniciativas de transparência do Brasil para fomentar a participação social é uma tendência mundial ou nisso o Brasil é pioneiro? O país se destaca nesse cenário?**

**Vania:** Com certeza é uma tendência mundial na ATS, mas também em outras áreas. O mundo mudou, né?! A migração para online, o acesso rápido a informações, tudo isso acabou fomentando também esse envolvimento. É um processo mundial, mas, no nosso contexto, acredito que também passamos por um amadurecimento da sociedade brasileira. Um fruto e desdobramento da Constituição cidadã de 1988, da criação do SUS, com o CNS e as conferências. A sociedade se envolve de outra forma, talvez estejamos mais cientes dos nossos direitos, da nossa cidadania. E isso se reflete também nas gerações. Quando eu assumi, abracei muito esse tema da transparência, era a lacuna que eu enxergava. Acredito que tenha muita relação com a minha geração. Talvez outros que vierem, de outras gerações, privilegiem outras questões. A gente imprime esses valores na gestão. Muito do que implementamos foi de demandas da sociedade que chegavam até nós,

seja nesses fóruns e eventos, por meios informais ou não, mas muitas dessas ações foram necessidades que nós, como equipe, enxergamos como prioridade. Coisas que nós decidimos abraçar e implementar. A gente tinha entendimento de que era importante ter transparência, ter envolvimento dos atores. Foi um momento que vivemos mesmo como equipe, de querer e ter oportunidade de implementar essas ações.

Enfim, há uma tendência mundial, mas o Brasil se destaca nesse tema da participação, já que há o envolvimento em todo esse processo de avaliação. Mas esse é o cerne do SUS, né, nosso sistema nasce participativo. E precisa ser, para que ele funcione, com toda sua complexidade.

E, como disse, há também esse momento dessa equipe, que veio amadurecendo no tema junto, que entendeu a importância de aprimorar e aprofundar os mecanismos de participação para aprimorar a própria ATS.

Hoje, trabalhando em um organismo internacional, percebo que o Brasil é, sim, uma grande referência em transparência e participação social. Mas outros países também estão avançando muito no tema.

### **Bruna: A evolução da participação social significou, ao longo dos anos, um aprimoramento da ATS? Você pode trazer exemplos práticos que tenha vivenciado?**

**Vania:** Diversas publicações científicas discutem a importância do envolvimento da sociedade nas várias etapas do processo de avaliação de tecnologias em saúde. Inclusive, desde a definição da pergunta de pesquisa até a tomada de decisão. O paciente participar da pergunta de pesquisa, por exemplo, do escopo de um protocolo, possibilita que sejam compreendidos quais são desfechos importantes, porque nem sempre um desfecho clínico considerado tem relevância para quem convive com uma determinada doença ou condição de saúde. Sabemos que os ensaios clínicos nem sempre são desenhados considerando as necessidades que o usuário de uma tecnologia tem. Com o envolvimento do paciente, é possível direcionar melhor as perguntas de pesquisa e ter melhores evidências para incorporar

o que realmente faz diferença. Afinal, é isso que importa, que as pessoas tenham acesso a tratamentos que trazem os melhores resultados, claro, no contexto possível, que preserve a sustentabilidade do sistema.

O Brasil começou a fazer ATS institucionalmente, no SUS, tendo a consulta pública já como mecanismo de participação. Em muitos processos, as contribuições na consulta pública mudaram a recomendação inicial de um tema. Depois, como falei, esse processo foi se aprimorando.

O relato do paciente nas reuniões também mostrou o quanto a perspectiva de quem usa a tecnologia ou vive com a condição de saúde pode transformar e agregar a recomendação. Eu me lembro de quando avaliamos dispositivos para tratamento da asma, o depoimento do paciente foi muito importante. Ele explicou as dificuldades de usar a tecnologia, por ser idoso, o que foi considerado na recomendação. Um outro caso, simbólico disso, quando avaliamos uma tecnologia para tratamento de uma doença inflamatória e, no momento, julgávamos que seria melhor a aplicação por via subcutânea. Só que a participação de pacientes mostrou que não, que se sentiam mais seguros com a aplicação por infusão. Inclusive, porque nesse momento podiam conversar com um profissional de saúde, que nem sempre era acessível na realidade do SUS. Enfim, informações que só tivemos acesso pela presença de outros atores no processo de avaliação. E que nos mostraram que, por mais que a gente achasse, com base nas evidências, que sabíamos qual opção era melhor, na verdade, não sabíamos. Era preciso ouvir o usuário, o gestor do SUS, o especialista, enfim, que estava ali, na realidade, na prática. Inclusive, muitas vezes, a fala de um gestor nos trouxe uma impossibilidade para incorporar uma tecnologia, ou mesmo apresentou a necessidade de alguma articulação entre áreas do ministério. O Brasil é gigantesco, são muitas realidades. Não dá para conhecer a necessidade do Brasil estando em um escritório em Brasília, certo?! Acredito que a participação desses atores traz mais a realidade, revela as necessidades da população e as capacidades do sistema.

**Bruna: Hoje, de fora do país, com uma visão mais ampliada do cenário internacional, quais são os possíveis horizontes para o Brasil ou oportunidades de melhorias nesse tema do envolvimento?**

**Vania:** Então, o Brasil avançou muito ao longo desses anos e é, de fato, um país referência em termos de participação social e transparência. Mas, hoje vemos alguns outros países da nossa região com experiências interessantes, que trazem novas perspectivas para o envolvimento social. Na América Latina, por exemplo, a Argentina criou, na *Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica* (CONETEC), sua instituição de ATS, uma mesa de pacientes com reuniões periódicas, que discute os valores e preferências dos pacientes e prioridades para avaliação.

Enfim, o Brasil realmente segue à frente em muitos quesitos, mas acredito que é preciso seguir avançando. Inserir, a exemplo da Argentina, outros mecanismos de participação. Sei que é muito difícil. A vida é muito difícil na secretaria-executiva da Conitec. É muito trabalho e pouca gente para executar. Sei o quanto é complicado criar uma nova demanda. Mas uma mesa de pacientes, um fórum constante e periódico para pensar em melhorias para o processo, é uma ideia interessante.

O Uruguai instituiu uma agência de avaliação de tecnologias, a AETSU. Espero que um dia o Brasil alcance também essa conquista, de que a instância de ATS seja uma agência. É uma iniciativa que não é fácil, claro. Exige corpo técnico capacitado e, por isso, estável. Sabemos que esse é um grande gargalo para o trabalho da Conitec, pelo vínculo de contratação mesmo, profissionais acabam saindo para lugares com remuneração e condições de trabalho melhores. Com certeza, a experiência uruguaia, embora recente, é um bom exemplo a ser seguido, já que a ATS exige uma expertise específica, mais estável e menos suscetível a mudanças de gestão.

Enfim, o Brasil realmente segue à frente em muitos quesitos, somos referência em transparência. Ao longo dos anos, eu participei de muitos fóruns e encontros internacionais, comparando as experiências de outros países, e o Brasil realmente se destaca.

Não falo isso porque sou ufanista, mas por essa ampla gama de ações que implementamos ao longo do tempo. Eu acredito que também tem uma questão cultural. No Brasil, é necessária essa transparência, porque você tem que provar o tempo inteiro que você está fazendo a coisa certa. Em outros países, como o caso de vários países mais desenvolvidos, essa não é uma questão. Nesses lugares, se você diz que fez algo, é isso, as pessoas acreditam, não é preciso ter provas. Talvez por isso, nesses países a transparência dada ao processo de ATS, e a outros também, não seja grande, porque não há necessidade disso. As pessoas podem criticar o NICE, no Reino Unido, mas não duvidam que o trabalho tenha sido feito com qualidade. Acredito que, pela cultura do país, não é necessária tanta transparência, porque há confiança no processo e as necessidades são outras.

Então, inseridos nessa cultura, a gente achava importante a transparência. Para prestar contas, para aumentar envolvimento, para fortalecer a ATS. A gente evolui em passinhos, porque tudo no serviço público demora mesmo. Envolve muita coisa, muita gente e muitas gestões.

**Bruna: Para finalizar, eu gostaria que você falasse mais da Rebrats, da presença dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde também nesse caminho de evolução da participação. Claro que além de apoiadores e elaboração de estudos, eles também são atores importantes na ATS. Inclusive, foram fundamentais no processo da pandemia. Na sua gestão, até houve uma aproximação entre Rebrats e Conitec, já que a rede se tornou parceira mesmo para elaboração de estudos das demandas de avaliação. Qual a importância do maior envolvimento da Rebrats, dos NATS, nesse processo?**

**Vania:** Quando começamos a pensar na criação dos NATS na Rebrats, entendemos que esses núcleos deveriam ser vinculados a hospitais, onde se tinha especialistas e, de certo modo, mais estabilidade naqueles profissionais. A gente conhecia algumas

experiências de outras redes em secretarias de saúde que não foram muito bem sucedidas no passado. Primeiro, pela rotatividade de pessoas e também porque boa parte das tecnologias que a gente avaliava era de alto custo e, por isso, muitas vezes usadas nos hospitais. É no hospital onde estão os profissionais, especialistas, que vão usar a tecnologia. Então, a ideia de criar um NATS nos hospitais foi muito nesse sentido, de juntar a avaliação de tecnologias com uma equipe extremamente capacitada em relação às doenças e às tecnologias de alto custo, em instituições que, por desenvolverem pesquisas, são atualizadas e não vivem grande rotatividade profissional. A ideia inicial era unir também a expertise da Rede Sentinela [Sistema de monitoramento e vigilância sanitária criado pela Anvisa, composto por hospitais, clínicas e laboratórios de várias regiões do Brasil que atuam como unidades sentinelas], que já tinha uma rede de notificação de eventos adversos já estruturada em hospitais.

Entendemos que o melhor lócus era o hospital, por todos esses motivos, que já tinha corpo técnico capacitado, mas que precisaria de ter capacitação em ATS. Tinha também o fato dos institutos do próprio Ministério da Saúde serem hospitais e institutos de pesquisa. Para nós, criar os NATS nesses ambientes tinha mais chance de sucesso. Só que isso foi aos poucos. Quando retornei como diretora e a Rebrats passou para o DGITS, fizemos levantamento de capacidades, para classificar os níveis dos núcleos e trilhar capacitações direcionadas. Passamos a aumentar o número de projetos e de análises desenvolvidas por NATS. A ideia de descentralizar é também diminuir as fragilidades institucionais do processo de ATS. Inclusive, num período da gestão em que vivíamos a pandemia. Nesse momento, aliás, perdemos muitos profissionais, que passaram a trabalhar para a indústria farmacêutica, pela facilidade do trabalho remoto e pelas melhores condições de trabalho. Foi uma grande evasão e, na época, com o volume de trabalho, vimos que não iríamos conseguir mesmo dar conta de executar todo aquele trabalho. A gente precisa contar com equipes mais perenes, mais estáveis, com corpo técnico mais multidisciplinar. Esse é um ponto muito importante dessa aproximação. A

ATS precisa de multidisciplinaridade, um corpo técnico com diversas expertises e que, naquele contexto, conseguisse permanecer independente das mudanças de gestão, que não deixasse ocorrer descontinuidade nos trabalhos. A ideia foi essa. E eu acho que deu super certo, assim, é o que vemos hoje, né?! Muitos hospitais trabalhando com ATS, várias pessoas capacitadas, profissionais que hoje são referências em vários eventos, publicando e fazendo tantas coisas, inclusive, capacitando outras pessoas. Muitos dos hospitais do Brasil que estão na Rebrats são muitas vezes hospitais universitários. Então, é uma iniciativa que foi muito importante, que teve sucesso em unir a prática e assistência clínica à pesquisa e ao ensino. Então a gente entendeu que esse lugar seria o ideal, por unir a assistência, a pesquisa e a inovação, para atender o paciente. Pensamos em reunir num lugar só esses atributos necessários para dar conta da ATS, que é uma ferramenta multidisciplinar, que perpassa todo o ciclo de vida da tecnologia, desde a inovação até a obsolescência. Foi uma ideia muito boa, né? Também é uma maneira de institucionalizar, de não deixar que mudanças de gestão acabem um processo tão importante para o SUS. É uma história bonita, eu acho. Bom ver onde chegamos.