

ARTIGO

# O papel da evidência qualitativa na Avaliação de Tecnologias em Saúde

## The role of qualitative evidence in Health Technology Assessment

Clarice Moreira Portugal<sup>I</sup>, Adriana Prates Sacramento<sup>II</sup>, Andrea Brígida de Souza<sup>III</sup>,  
Andrija de Oliveira Almeida<sup>IV</sup>, Melina Sampaio de Ramos Barros<sup>V</sup>

### Resumo

Este artigo, desenvolvido sob a forma de um ensaio teórico, visa a discutir a introdução de evidências qualitativas no processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Para tal, primeiramente, foram abordadas as potenciais contribuições de dados qualitativos para subsidiar essa tomada de decisão. Secundariamente, refletiu-se sobre essa reformulação epistemológica no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Nesse sentido, o presente artigo apresenta os atuais usos e horizontes para as evidências qualitativas no contexto da ATS no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua função estratégica no sentido de fomentar a participação social, bem como a consideração de aspectos experienciais no processo de ATS no Brasil.

**Palavras-chave:** Avaliação de Tecnologias em Saúde. Evidência qualitativa. Participação social.

### Abstract

This article developed as a theoretical essay, aims to discuss the introduction of qualitative evidence in the Health Technology Assessment (HTA) process. To this end, firstly, the potential contributions of qualitative data to support this decision-making were addressed. Secondly, this epistemological reformulation was approached within the scope of National Commission for the Incorporation of Technologies into the Unified Health System (Conitec). In this sense, this paper presents the current uses and perspectives for qualitative evidence in HTA in the Brazilian Public Health System (SUS) and its strategic function in promoting patient and public involvement, as well as the consideration of experiential aspects in the HTA process in Brazil.

**Keywords:** Health Technology Assessment. Qualitative evidence. Patient and public involvement.

<sup>I</sup> Clarice Moreira Portugal (clarice.portugal@saude.gov.br) possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestrado em Ciências pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICT/Fiocruz) e doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), Ministério da Saúde.

<sup>II</sup> Adriana Prates Sacramento (adriana.sacramento@saude.gov.br) possui graduação e mestrado em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (FFCH/UFBA). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), Ministério da Saúde.

<sup>III</sup> Andrea Brígida de Souza (andrea.brigida@saude.gov.br) possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) e mestrado profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto Nacional de Cardiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INC/UFRJ). Coordenadora de Incorporação de Tecnologias no Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (CITEC/DGITS), Ministério da Saúde.

<sup>IV</sup> Andrija de Oliveira Almeida (andrija.almeida@saude.gov.br) possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Pedagogia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Direito pela Universidade Católica de Salvador (UCSal), mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), Ministério da Saúde.

<sup>V</sup> Melina Sampaio de Ramos Barros (melina.barros@saude.gov.br) possui graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB). Mestrado em Política Social (UnB). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde (DGITS/MS).



## Introdução

Mais e mais a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem sido vista como uma componente vital na elaboração de políticas de saúde ao redor do mundo. Segundo a Health Technology Assessment international Society (HTAi),<sup>1</sup> a ATS pode ser compreendida como um processo multidisciplinar que utiliza métodos explícitos para determinar o valor de uma tecnologia de saúde para informar a tomada de decisões, com o objetivo de promover um sistema de saúde equitativo, eficiente e de alta qualidade.

Vale lembrar que a ATS está intimamente ligada a um crescente interesse em expandir o uso de evidências científicas para tomada de decisão em políticas públicas.<sup>2</sup> No caso específico da saúde e da ATS, é preciso considerar outros fatores para além da eficácia clínica.<sup>3</sup> Adicione-se a isso a constatação de que as tecnologias em saúde, por melhor que seja o seu desempenho em condições controladas, apenas serão úteis se e quando assimiladas culturalmente. Incluir a perspectiva do usuário na ATS envolve reformular o que está sendo avaliado e considerar o seu papel ativo nesse processo, considerando o seu conhecimento como algo que pode, inclusive, reformular o processo de avaliação em si.<sup>4</sup>

Dito de outro modo, os tomadores de decisão devem levar em conta a viabilidade, a aceitabilidade e os impactos da tecnologia na vida dos usuários.<sup>5</sup> Para tanto, é necessário incluir na tomada de decisão não só aspectos ligados à avaliação de evidências clínicas e econômicas, mas também aspectos sociais, culturais, psicológicos, políticos e éticos.<sup>6,7</sup>

Compreender esse escopo de fenômenos exige que se parta de um arcabouço teórico-metodológico específico e adequado para acessar tais experiências, interpretações e relações sociais. Tais informações, todavia, dificilmente serão acessadas com a devida profundidade em estudos quantitativos. Isso exige a consideração de dados qualitativos, os quais são obtidos frequentemente no ambiente do participante, com um processo indutivo de análise – ou seja, que parte dos detalhes para temas mais gerais –, de modo a chegar a interpretações relacionadas ao significado dos dados empíricos.<sup>8</sup>

No âmbito específico da saúde, essa abordagem permitiria identificar, descrever e interpretar comportamentos, preferências e expectativas de usuários, familiares, cuidadores, profissionais em saúde envolvidos nos processos de cuidado, seja ele formal ou informal.<sup>9</sup>

Por essa lógica, dados relativos a tais questões teriam uma dupla função: contribuir para que a ATS permaneça centrada no usuário e, também, de forma triangulada com dados econômicos e clínicos, para a elaboração de interpretações consistentes sobre o impacto, a eficiência e a efetividade da tecnologia no contexto sociopolítico em questão.<sup>10,11</sup> O uso sistemático de dados qualitativos pode ainda expandir evidências consideradas *ad hoc* e anedóticas, muitas vezes obtidas como parte do processo de contribuição dos pacientes para a ATS – como ocorre, por exemplo, nas consultas públicas.

Entre os usos potenciais da pesquisa qualitativa em ATS, a literatura destaca a avaliação da aceitabilidade e do valor subjetivo, compreensão de perspectivas e do contexto, a obtenção de dados de grupos que podem ser de difícil acesso (p. ex. pessoas com doenças raras), o fornecimento de base para modelos quantitativos, como *surveys* dirigidos a pacientes, e de contribuições para o desenvolvimento de modelo econômico, ao oferecer dados específicos para o estabelecimento de parâmetros.<sup>12</sup>

Uma ferramenta que viabiliza de forma sistemática e objetiva a introdução de dados e achados qualitativos na ATS concerne à elaboração de sínteses rigorosas de investigações qualitativa primária, referidas aqui como Síntese de Evidência Qualitativa (SEQ). Essas produções permitem agregar, por meio de uma metodologia de revisão sistemática de literatura, os resultados de pesquisas qualitativas que podem conter achados relacionados a dados de mundo real, efetividade, bem como aspectos subjetivos e experienciais acerca do uso de uma dada tecnologia.<sup>13</sup> Contudo, vale lembrar que elas podem agregar outros tipos de evidência qualitativa que não aquelas obtidas em estudos científicos (por exemplo, documentos de políticas).<sup>9</sup>

Por esse raciocínio, as SEQs se apresentam como uma variante da revisão sistemática, de forma

a descrever e agregar resultados de vários estudos primários ou sintetizar resultados para produzir uma interpretação nova e integrativa.<sup>10</sup> De todo modo, vale dizer que as SEQs devem se orientar pelo princípio de que a pesquisa qualitativa demanda outros métodos de análise sensíveis ao caráter específico desses dados, em vez de apenas traduzir os parâmetros quantitativos de revisão sistemática.<sup>9</sup>

A SEQ deriva de um paradigma distinto daquele das revisões sistemáticas ou meta-análises quantitativas. No caso das SEQs, a busca centra-se na identificação de trabalhos que tragam elementos relevantes sobre o tema em investigação e por maior variabilidade e heterogeneidade dos achados, o que se contrapõe à busca de representatividade estatística e homogeneidade que, em geral, norteiam as revisões de dados quantitativos.<sup>14</sup>

Em seu guia para desenvolver diretrizes,<sup>15,16</sup> a Organização Mundial de Saúde (OMS) discute como a produção de SEQs tem facilitado o uso de achados qualitativos para embasar esses documentos. Nesse sentido, as evidências qualitativas podem ser úteis para avaliar: a importância para as pessoas de potenciais benefícios ou danos de uma intervenção; os níveis de aceitação da intervenção por parte dos diversos atores; a viabilidade da implementação da intervenção em diferentes contextos; e as consequências da intervenção sobre a equidade em saúde. Além disso, vale dizer que duas instituições de referência na comunidade científica e na medicina baseada em evidências possuem suas próprias orientações para a elaboração de SEQs, quais sejam, a Cochrane Collaboration<sup>17</sup> e o Joanna Briggs Institute.<sup>18</sup>

Por outro lado, poder-se-ia argumentar que a adoção desse tipo de evidência possivelmente geraria um aumento de custos e a necessidade de um maior tempo de desenvolvimento de produtos que deem suporte à tomada de decisão. Sem desconsiderar a veracidade da afirmação, defende-se que, com o tempo, é provável que os benefícios venham a se mostrar superiores aos ônus apontados, já que a evidência qualitativa, ao demonstrar os fatores contextuais relativos à aceitação e viabilidade de implementação, pode

melhorar significativamente a adequação de serviços e/ou tecnologias em saúde.<sup>2,13</sup>

No entanto, é pertinente ressaltar que, para que a evidência qualitativa de fato informe os processos de tomada de decisão em saúde, é necessário que se estabeleça uma espécie de “ecossistema da evidência”.<sup>19</sup> Para os autores, estabelece-se uma espécie de círculo virtuoso entre a produção e a sintetização de evidências nas suas diversas etapas, passando pelo desenvolvimento, com base nesses dados, de produtos e intervenções que devem ser disseminados para os tomadores de decisão e implementados, sendo, então, avaliados, de forma que novamente se inicia a produção de evidências.

Com respeito a isso, salientam que uma melhor compreensão da influência da pesquisa qualitativa na tomada de decisão deve ser investigada, potencialmente por meio da investigação *in loco* do curso dos processos deliberativos. Complementarmente, sugerem o desenvolvimento de pesquisas para compreender as preferências das partes interessadas em ATS em relação aos dados qualitativos e onde eles veem oportunidades importantes. A orientação dos tomadores de decisão em torno de tópicos ou áreas-chave para investigação pode ser útil para garantir que a voz do paciente seja ouvida, enquanto os resultados de estudos qualitativos bem conduzidos preenchem lacunas no conhecimento para informar a ATS.<sup>12</sup>

De todo modo, o uso desse tipo de evidência no Brasil ainda não é sistemático,<sup>2</sup> muito embora o interesse institucional em torno de sua utilização na tomada de decisão em políticas públicas no Brasil seja patente, assim como o reconhecimento de que agências de ATS de grande prestígio já o fazem, como o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e a Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), bem como a própria OMS incentiva o seu uso.<sup>15</sup> Já existem, inclusive, publicações e diretrizes que tratam especificamente do uso dessa metodologia no campo da ATS.<sup>9,20,21</sup>

À guisa de conclusão, verifica-se que a introdução de evidências qualitativas na tomada de decisão em políticas públicas – sobretudo na saúde e na ATS – tem

ganhado destaque não só no Brasil como no mundo e vem se mostrando uma ferramenta confiável e robusta, adequada e necessária às boas práticas em ATS. Dessa forma, faz-se necessário pensar sobre a integração dessa abordagem às avaliações de tecnologias desenvolvidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), de modo a humanizá-las e torná-las mais complexas e adequadas (portanto, possivelmente mais efetivas) ao contexto, às decisões e às intervenções a elas relacionadas – ao que nos dedicaremos na próxima seção.

### **Evidência qualitativa e participação social em ATS no Brasil**

Para que seja desenvolvida com excelência, a ATS deve ser transparente, envolver todas as partes interessadas, bem como incluir mecanismos de contestação, adequada comunicação e divulgação de seus achados, de forma que a conexão entre a ATS e a tomada de decisão em si seja pública e notória. Por isso, os processos de ATS devem se calcar em uma série de princípios básicos, quais sejam: a transparência, o envolvimento de todos os atores interessados, a clareza do vínculo entre as descobertas oriundas da ATS e o processo de tomada de decisão em si, bem como a detenção de um claro sistema de definição de prioridades.<sup>22,23</sup>

Isso porque, em diversos contextos sociodemográficos – sobretudo nas economias em desenvolvimento, como é o caso dos países das Américas Central e do Sul –, o papel das agências de ATS centra-se em garantir a maior eficiência na alocação de recursos finitos diante de um escopo praticamente infinito de demandas por tecnologias em saúde.<sup>24</sup>

Levar em conta todas essas variáveis durante a condução da ATS e dos processos deliberativos amparados por evidências a ela subjacentes traz à tona a necessidade de desenvolver uma base compartilhada entre os diferentes atores para fundamentar a tomada de decisão. Esse tipo de processo envolve deliberação mútua, o que concorre para o intercâmbio e o incentivo à exposição de diversos pontos de vista nesse ciclo de tomada de decisão. Diante desse

contexto, a participação social aparece como um elemento que permeia o processo de ATS no Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui para a obtenção de melhores resultados.

Quando se fala aqui em participação social, é preciso levar em conta que ela, para se exercer enquanto espaço por excelência de envolvimento de diferentes forças sociais na implementação (o que inclui a concepção, fiscalização, avaliação e monitoramento) das políticas públicas e/ou serviços, deve efetivamente possibilitar o diálogo e valorizar as necessidades e experiências de indivíduos e grupos.

Trata-se, em grande medida, de garantir e ampliar a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade, a inclusão e qualificação de atores e segmentos sociais nos processos de tomada de decisão e a construção de espaços institucionais de apoio ao controle social.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a participação da comunidade se constitui como uma das diretrizes do SUS, juntamente com a descentralização e o atendimento integral.<sup>25</sup> Mais especificamente, a Lei nº 8.142/90<sup>26</sup> regula a participação social e o controle social no SUS e institui as instâncias colegiadas em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, a saber: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Por meio delas, a população pode atuar tanto na proposição de diretrizes para a formulação de políticas de saúde e na formulação de estratégia, quanto no controle da execução dessas políticas, incluindo-se a fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros, executados ou não.<sup>27</sup>

Assim, a participação social está assegurada por um arcabouço legal tanto no SUS quanto na Conitec – órgão colegiado vinculado ao Ministério da Saúde responsável por, entre outras coisas, a condução da ATS no SUS. Com respeito a isso, destacam-se a realização de consultas públicas ou de audiências públicas e sua delimitação enquanto etapas do processo de avaliação de incorporação de tecnologias no SUS. Apesar desses mecanismos de participação estarem previstos legalmente, por meio da Lei nº 12.401/2011,<sup>28</sup> o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em

Saúde (DGITS) – responsável pela Secretaria-Executiva da Conitec – considera que eles ainda são limitados e tem investido na realização de estratégias para aprimorar essa participação.

O DGITS tem buscado investir nesses espaços, expandindo os flancos de diálogo com a sociedade e ampliando a escuta dos diferentes segmentos interessados no processo de ATS (usuários e associações, especialistas, gestores do SUS, metodologistas, operadores do Direito e fabricantes de tecnologias), vide as iniciativas já em curso, como a Perspectiva do Paciente (espaço para relato de experiência do usuário no momento da apreciação inicial da tecnologia), o cadastro de pacientes e associações, gestores e especialistas no sítio eletrônico da Conitec, os Fóruns de ATS no SUS, entre outros.

Em paralelo, vem se observando que as SEQs têm se estabelecido como abordagem metodológica para acessar as evidências qualitativas e fundamentar a tomada de decisão em ATS. Ainda que esse seja um movimento relativamente recente, mostra-se em expansão nas últimas décadas.<sup>7,12</sup>

Com relação à Conitec, a introdução das evidências qualitativas nos relatórios técnicos vem ganhando atenção, tal como dito anteriormente. Para que a introdução de evidências qualitativas seja feita de forma simultaneamente gradual e efetiva, seu uso foi cotejado à elaboração e atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), podendo informar de forma mais direta o seu desenvolvimento já a partir da definição do escopo do documento. Até o momento, foram publicadas seis SEQs na página da Conitec.<sup>28</sup>

Em boa medida, trata-se da devida consideração do princípio doutrinário do SUS referente à integralidade na elaboração dos PCDT, ao tempo em que os dados da SEQ permitem discutir em maior profundidade aspectos que incluem não só a diversidade de níveis de atenção, mas também o olhar global sobre as necessidades do sujeito e o impacto social das medidas de cuidado em saúde.<sup>30,31</sup>

Ainda assim, é preciso pensar que os estudos de ATS no contexto nacional possuem prazos específicos para a sua elaboração, o que exige considerar as

limitações para o seu desenvolvimento. Nessa linha, consideram que uma abordagem agregativa, descritiva e aplicada é viável e pode ser rigorosa; ao tempo em que enfoca mais a descrição, a identificação e a elaboração das implicações das evidências sobre questões de ATS e menos as dimensões mais interpretativas da investigação qualitativa que podem ser menos relevantes para os tomadores de decisão e mais demoradas para serem elaboradas.<sup>10</sup>

Em que pese o fato de não serem um instrumento de participação social *per se*, as SEQs capturam e fornecem de forma sistematizada tais opiniões e experiências, reforçando sua importância e pertinência para a tomada de decisão em torno de uma dada tecnologia em saúde. Iluminando aspectos pouco ou insuficientemente abordados por estudos quantitativos – embora há muito seja reconhecida a insuficiência dos dados de eficácia e efetividade para embasar tomadas de decisão em políticas de saúde<sup>3</sup> –, as evidências qualitativas contribuem para “humanizar os processos de decisão e ajudar a garantir que as intervenções e as opções selecionadas para abordar problemas de saúde e sociais sejam bem aceitas pelos atores, viáveis de serem implementadas e não piorem iniquidades ou acesso a direitos”.<sup>2</sup>

Por outro lado, tal humanização não pode prescindir da integridade axiológica,<sup>32</sup> isto é, do tratamento em profundidade de aspectos ligados aos valores, tanto na produção da SEQ quanto dos próprios estudos que compõem a síntese. Ademais, é importante ter uma posição crítica de leitura das SEQs e dos estudos incluídos, considerando, por exemplo, fatores como transparência e reflexividade<sup>33</sup> no processo de elaboração da pesquisa e dos seus achados.

Tal consideração, todavia, demanda um esforço reflexivo maior e mais amplo, agregando também outros atores. É justamente nesse ponto que o uso de evidências qualitativas se alia aos processos de participação social, de tal forma que se estabelece um círculo virtuoso: ao tempo em que as evidências qualitativas viabilizam a consideração de aspectos socioculturais e psicológicos nesse processo deliberativo, enfatizando-os; mais a participação social pode

se consolidar enquanto fator estratégico, promotor de engajamento e efetivamente inclusivo na ATS no SUS.

### **Considerações finais**

Traçado esse panorama, pôde-se perceber que a pluralidade de fatores a que a ATS deve se endereçar – o que inclui eficácia clínica, efetividade, bem como aspectos econômicos, socioculturais, éticos e políticos – exige que a sua análise seja multidisciplinar, amparando-se em dados quantitativos e qualitativos. Para tanto, é importante que seja dado um tratamento sistemático a esses achados por meio de metodologia de revisão sistemática de literatura; no caso das evidências qualitativas, isso pode ser feito a partir da elaboração de SEQs, ainda que no formato de síntese rápida.

Como se pôde verificar, as SEQs se mostram como uma abordagem utilizada por agências de ATS para avaliar os mais diversos tipos de intervenções e tecnologias, ainda que não seja uma prática consolidada em boa parte delas quando se pensa em escala global. Por outro lado, são patentes o interesse e o investimento por parte de grupos de pesquisa e redes internacionais de ATS em discutir e aprimorar essa ferramenta.

De todo modo, a inclusão desse tipo de evidência no processo de ATS vai ao encontro dos objetivos da Conitec,<sup>28</sup> no sentido da construção do processo de ATS com as devidas consistências teórico-metodológica e inclusão das perspectivas e posicionamentos das partes interessadas.

Ressalta-se ainda que o uso de evidências qualitativas em ATS pode (e deve) caminhar de forma articulada às ações de participação social, visto que ambas acessam – cada uma à sua maneira – os anseios, demandas, expectativas e percepções dos atores e segmentos sociais interessados no processo de ATS.

Ao lado das consultas públicas, do espaço “Perspectiva do Paciente”, do cadastro de pacientes e associações, gestores do SUS e especialistas, entre outras iniciativas, a introdução das evidências qualitativas no processo de ATS emerge como um espaço de

reconhecimento dos atores interessados no trabalho da Conitec. Inclusive, podendo contribuir para a melhoria da atuação da Comissão e dos seus produtos técnicos, visto que a análise se complexificará e trará ainda mais elementos para que a tomada de decisão seja adequada às especificidades do contexto e feita com base em uma análise multidisciplinar que agregue as melhores e mais robustas evidências.

Sendo assim, a adoção das SEQs se coloca como um instrumento que pode contribuir, a médio e longo prazos, para aprimorar os processos de ATS e o acesso a flancos que possibilitem (re)pensar a difusão de informação e literacia em saúde no âmbito da Comissão. Daí se pode vislumbrar seu potencial do ponto de vista epistemológico e mesmo para fomentar a equidade em saúde e a construção compartilhada de conhecimento, permitindo a emergência de sentidos por vezes silenciados ligados às problemáticas a que se endereça o trabalho da Conitec.

### **Referência**

1. O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T, International Joint Task Group. The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care*. 2020;36(3):187-90.
2. Barreto J, Lewin S. Uso da evidência qualitativa para informar decisões no Brasil e na região da América Latina. *Bis, Bol Inst Saúde*. 2019;20(2):23-36.
3. Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):341-51.
4. Gunn CJ, Regeer BJ, Zuiderent-Jerak T. A HTA of what? Reframing through including patient perspectives in health technology assessment processes. *Int J Technol Assess Health Care*. 2023;39(1):e27.
5. Hansen HP, Draborg E, Kristensen FB. Exploring qualitative research synthesis: the role of patients' perspectives in health policy design and decision making. *Patient*. 2011;4(3):143-52.
6. Lehoux P, Blume S. Technology assessment and the sociopolitics of health technologies. *J Health Polit Policy Law*. 2000;25(6):1083-120.
7. Leys M. Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment. *Health Policy*. 2003;65(3):217-26.

8. Creswell JW, Creswell JD. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 5. ed. Thousand Oaks: SAGE; 2018.
9. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, Van Der Wilt G et al. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions [Internet]. 2016 [acesso em 2 set 2021]. Disponível em: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/>.
10. Majid U, Weeks L. Rapid qualitative evidence syntheses (rQES) in health technology assessment: experiences, challenges, and lessons. *Int J Technol Assess Health Care*. 2021;37(e14):1-9.
11. Facey KM, Hansen HP, Single ANV. Patient involvement in health technology assessment. Singapore: Springer; 2017.
12. Szabo SM, Hawkins NS, Germeni E. The extent and quality of qualitative evidence included in health technology assessments: a review of submissions to NICE and CADTH. *Int J Technol Assess Health Care*. 2023;40(1):e6.
13. Sousa MSA, Wainwright M, Soares CB. Sínteses de Evidências Qualitativas: guia introdutório. *Bol Inst Saúde*. 2019;20(2):7-22.
14. Booth A. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Systematic Reviews*. 2016;5:74.
15. Glenton C, Lewin S, Norris S. Using evidence from qualitative research to develop WHO guidelines. In: World Health Organization. Handbook for Guideline Development. 2. ed. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 183-200.
16. Lewin S, Glenton C. Are we entering a new era for qualitative research? Using qualitative evidence to support guidance and guideline development by the World Health Organization. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):126.
17. Noyes J, Booth A, Cargo M, Flemming K, Harden A, et al. Qualitative evidence. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, organizadores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: version 6.4* [acesso em 18 mar 2024]. Cochrane; 2023. Cap. 21. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-21>.
18. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Systematic reviews of qualitative evidence. Aromataris E, Munn Z, organizadores. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. Cap. 2. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
19. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kass H, Carlsen B, Colvin CJ, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895.
20. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011;27(4):384-90.
21. NICE - Methods for the development of NICE public health guidance [acesso em 25 jan 2022]. 3. ed. 2012. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/resources/methods-for-the-development-of-nice-public-health-guidance-third-edition-pdf-2007967445701>.
22. Drummond M, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, Sullivan SD. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002;24(3):362-68.
23. Pichon-Riviere A, Soto NC, Augustovski FA, Martín SG, Sampietro-Colom L. Evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones en Latinoamérica: principios de buenas prácticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;19(4):e138.
24. Pichon-Riviere A, Augustovski F, Rubinstein A, Martí SG, Sullivan SD, Drummond MF. Health technology assessment for resource allocation decisions: Are key principles relevant for Latin America?. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010;26(4):421-27.
25. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
26. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil: Presidência da República; 1990 [acesso em 19 fev 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).
27. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
28. 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. Brasil: Presidência da República; 2011 [acesso em 19 fev 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm).
29. Conitec [internet]. [acesso em 12 mar 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/centrais-de-conteudo/biblioteca-virtual/sintese-de-evidencia-qualitativa>.
30. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO; 2001. p. 39-64.

31. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atuação em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO; 2001. p. 113-26.

32. Kelly M, Ellaway RH, Reid H, Ganshron H, Yardley S, Bennett D, Dornan T. Considering axiological integrity: a methodological analysis of qualitative evidence syntheses, and its implications for health professions education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2018;23(4):833-51.

33. Bearman M, Dawson P. Qualitative synthesis and systematic review in health professions education. *Med Educ.* 2013;47(3):252-260.