

Resposta rápida em avaliação de tecnologias em saúde: um estudo Delphi para uma diretriz brasileira



Marcus Tolentino Silva^{1*}, Everton Nunes da Silva² e Jorge Otávio Maia Barreto³

Resumo

Contexto: A resposta rápida na avaliação de tecnologias em saúde é uma síntese das melhores evidências disponíveis preparada em tempo oportuno para atender demandas específicas. Construímos um consenso entre especialistas brasileiros em avaliação de tecnologias em saúde para propor diretrizes para o desenvolvimento de respostas rápidas.

Métodos: Com base em uma revisão sistemática que propôs oito etapas metodológicas para conduzir uma resposta rápida, aplicamos uma técnica Delphi modificada (sem perguntas abertas na primeira rodada) para obter consenso entre especialistas brasileiros em avaliação de tecnologias em saúde. Vinte participantes foram convidados para avaliar a viabilidade de cada etapa metodológica em uma escala Likert de cinco pontos. O consenso foi obtido quando a etapa teve uma aprovação positiva de 70% ou intervalo interquartil ≤ 1 .

Resultados: A obtenção do consenso ocorreu na segunda rodada. Entre a primeira e a segunda rodada, examinamos todos os pontos relatados pelos especialistas. O painel Delphi obteve consenso de oito etapas: definição da questão estruturada da resposta rápida (com um escopo restrito); definição dos critérios de elegibilidade para os tipos de estudos (preferencialmente revisões sistemáticas); estratégia de busca (limites de data e de idioma) e fontes de informação (no mínimo duas); seleção de estudos (por dois respondentes de forma independente); avaliação crítica dos estudos incluídos e o risco de viés para os desfechos de interesse; extração de dados dos artigos incluídos; resumo das evidências; e elaboração do relatório.

Conclusões: As diretrizes para a resposta rápida em avaliação de tecnologias em saúde podem ajudar os governos a tomarem melhores decisões em um curto período de tempo (35 dias). A adoção de processos metodológicos deve melhorar a qualidade e a consistência de avaliações de tecnologias em saúde em decisões rápidas no cenário brasileiro.

Palavras-chave: Avaliação de tecnologias em saúde, Resposta rápida, Revisões rápidas, Consenso, Delphi

Contexto

Os gestores de saúde são cada vez mais pressionados a tomar decisões rápidas sobre o uso de tecnologias em saúde [1]. Os métodos de recuperação da informação disponíveis na perspectiva do gestor de saúde têm sido objeto de discussão [2]. Independentemente da abordagem adotada, uma hierarquia das evidências orienta o processo para as publicações mais confiáveis [3].

Nesse caso, as revisões sistemáticas são priorizadas por sua capacidade de divulgar as informações sobre uma questão bem estruturada [4]. No entanto, o tempo e

a estrutura necessários para o desenvolvimento de revisões sistemáticas podem ser impraticáveis na gestão da saúde [5]. Geralmente, uma revisão sistemática requer entre seis meses e dois anos para ser concluída. Por outro lado, um grande número de revisões sistemáticas – maior do que o de ensaios clínicos – vem sendo produzido [6]. Assim, as revisões sistemáticas podem ser utilizadas como as primeiras fontes de informação para respostas sobre o uso de tecnologias em saúde.

As agências de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) estão adotando revisões rápidas para apoiar decisões em tempo oportuno [7]. Experiências do Canadá [8] e da Escócia [9] revelam que a transparência e o *feedback* de usuários frequentes aumentam a responsividade. Também relatam uma ampla variedade de temas: desde a utilização do serviço de saúde à prescrição de medicamentos.

* Correspondência: marcusts@gmail.com

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil A lista completa de informações sobre os autores está disponível no final do artigo



Normalmente, os atalhos adotados apresentam resultados similares em relação às revisões sistemáticas. Esses atalhos incluem limitadas fontes de informação e ferramentas de avaliação crítica para revisões sistemáticas [10–12] e estudos primários [13–16].

Esses elementos reforçam a necessidade de uma padronização das etapas para revisões rápidas no âmbito da gestão em saúde [2]. Algumas instituições já definiram sua estratégia [17], como o Brasil no desenvolvimento da diretriz metodológica para elaboração de mini-ATS [18] e a Organização Mundial da Saúde [19]. No entanto, fontes de informação são às vezes inacessíveis, ou estratégias podem levar tempo (a diretriz brasileira sugere três meses de elaboração).

Nesse cenário, construímos um consenso entre especialistas brasileiros em avaliação de tecnologias em saúde para propor diretrizes para o desenvolvimento de uma resposta rápida a ser realizada em 35 dias. Esse período foi definido pelo Ministério da Saúde, porque seu processo de tomada de decisão sobre a introdução de uma tecnologia em saúde deve ser concluído até o final de 180 dias.

Métodos

Desenho e definições

Este é um processo de consenso realizado por uma técnica Delphi modificada enviada por e-mail [20]. No primeiro semestre de 2017, pesquisadores em avaliação de tecnologias em saúde (ATS) de universidades ou instituições de pesquisa brasileiras foram contatados.

O método Delphi consiste em etapas de questionários semiestruturados aplicados remotamente [21]. Os itens dos questionários são compostos pelas declarações de consenso na primeira rodada. A partir dessa base, cada item recebe uma escala numérica de julgamento e um espaço para comentários. Dependendo do escore obtido entre vários especialistas, a afirmativa é definida como consenso ou é revisada / corrigida para uma nova rodada de aplicação dos questionários. As etapas são repetidas até o consenso ser alcançado em todas as declarações.

No presente estudo, a técnica Delphi foi modificada: as afirmativas da primeira rodada são baseadas na revisão de literatura [2] ao invés de questões abertas aos participantes.

Participantes

A técnica Delphi não requer a inclusão de uma amostra aleatória de especialistas para garantir representatividade [20]. Recomenda-se que os participantes sejam homogêneos em suas características e que um tamanho de amostra entre 10 e 15 participantes é suficiente para generalizar o consenso [20]. Então, a princípio – e considerando possíveis perdas – 20 especialistas em ATS foram convidados para participar do consenso.

Identificamos 25 pesquisadores brasileiros em todo o país que atenderam os nossos critérios de inclusão (cinco se recusaram a participar): (i) conhecimento e experiência prática em ATS nos últimos três anos; (ii) capacidade e vontade de contribuir; (iii) tempo livre para se dedicar ao preenchimento dos questionários; (iv) boas habilidades de comunicação por escrito; e (v) um título acadêmico de doutorado. Todos os participantes foram convidados por e-mail ou telefone. Equilibramos a representatividade das regiões do país. Esses critérios para a seleção dos especialistas garantiram que todos os participantes tivessem treinamento e experiência prévios em síntese de revisões e fossem considerados adequados para fazer julgamentos precisos. Os especialistas trabalharam de forma anônima e independente entre si.

Processos

Um questionário semiestruturado composto por oito itens foi utilizado com base em um estudo prévio [2, 22]. Cada item constitui a recomendação do conteúdo das futuras diretrizes para o desenvolvimento de respostas rápidas em ATS. Para o julgamento, foi escolhida uma escala Likert, atribuindo um ponto para discordância total sobre o item e cinco pontos para concordância total. Também foi fornecido um espaço para comentários para cada item. Uma carta com instruções foi enviada com um exemplo fictício que incluía uma escala Likert e uma caixa de comentários preenchida. Os comentários eram abertos, independentemente de concordância ou discordância.

O questionário também cobria alguns atributos dos especialistas do painel, tais como gênero, idade, escolaridade, função, atividade principal no trabalho, experiência em ATS e o local de residência. Os questionários foram enviados por e-mail aos participantes, que tiveram 10 dias para devolver as informações em cada rodada.

Análise estatística

Os itens dos questionários foram analisados individualmente. Em cada rodada, foi definido o consenso quando o item obteve [20]: (I) aprovação positiva de 70% ou (ii) intervalo interquartil ≤ 1 . A aprovação positiva foi calculada pela seguinte fórmula baseada nos escores individuais atribuídos a cada item da escala Likert entre os respondentes:

$$\text{Aprovação} = \frac{(\sum \text{escore obtido}) - (n \times \text{mínimo escore possível})}{(n \times \text{máximo escore possível}) - (n \times \text{mínimo escore possível})} \times 100$$

n: número de participantes

O intervalo interquartil foi obtido pela diferença entre o terceiro quartil e o primeiro quartil. Todos os itens que apresentaram uma taxa de aprovação menor que 70% foram modificados de acordo com os comentários feitos pelos especialistas para uma nova rodada Delphi. Quando um item obteve consenso sobre sua inadequação (abaixo de 70% e intervalo interquartil ≤ 1), o item foi completamente reformulado. Estimamos três rodadas Delphi para obter o consenso.

Resultados

Vinte especialistas completaram a primeira rodada. A maioria deles eram médicos (60%) ou farmacêuticos (15%). As mulheres representaram 70% do painel de especialistas. A idade média foi de 50,1 anos (desvio padrão: 10,0) e a experiência média em ATS foi de 12,1 anos (desvio padrão: 7,1). A maioria dos especialistas trabalhava em universidades (50%), institutos de pesquisa (25%) ou hospitais (20%), e suas principais atividades eram de ensino (50%) ou pesquisa (40%).

A Tabela 1 apresenta os resultados do consenso para cada rodada Delphi. Entre a primeira e a segunda rodada, redigimos uma introdução sobre a resposta rápida, que obteve 75% de consenso. A seguir, descrevemos cada item da resposta rápida, incluindo o número de profissionais envolvidos e o período para cada etapa.

Etapa 0. Por que resposta rápida em avaliação de tecnologias em saúde?

A resposta rápida na avaliação de tecnologias em saúde é uma síntese das melhores evidências disponíveis preparada em tempo oportuno para atender demandas específicas. Esses documentos ponderam a qualidade metodológica de estudos científicos. Assim, os profissionais com experiência em revisões sistemáticas estão qualificados para essa atividade. O objetivo principal da resposta rápida é indicar as melhores evidências científicas disponíveis sobre as consequências de uma tecnologia em saúde. Está fora do escopo da revisão rápida fornecer recomendações, pois é difícil considerar os elementos adicionais envolvidos na tomada de decisão em um curto período de tempo. Para aumentar a reprodutibilidade e a transparência e para minimizar possíveis vieses, sugere-se que os protocolos de resposta rápida (etapas 1 a 3) sejam revisados por um editor ou supervisor. Esses protocolos devem ser registrados em um repositório separado.

Para atender a solicitação do demandante, espera-se que o produto seja elaborado em 35 dias. Por outro lado, de acordo com o interesse do demandante e a complexidade do problema, esse prazo pode ser flexível. Cabe notar que consultar documentos importantes,

como diretrizes clínicas e sinopses baseadas em evidências, facilitará o processo. Finalmente, o escopo da resposta rápida deve ser acordado junto ao demandante para maior aderência ao produto.

Etapa 1. Definição da questão estruturada (1 dia útil; 2 profissionais)

Uma vez que o escopo está definido pelo demandante, o estágio inicial da resposta rápida é a definição da pergunta estruturada. A resposta rápida deve ter escopo limitado e abordar um único problema específico. A pergunta deve estar clara e preferencialmente adotar a estrutura PICO (População, Intervenção, Comparador, *Outcomes* / Desfechos). Quando aplicável, a população de interesse considerará possíveis subgrupos. Algumas informações sobre a intervenção ou a tecnologia avaliada melhoram sua especificação, tais como: (i) registro da tecnologia na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), se aplicável; (ii) estágio da incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS); e (iii) presença em protocolos clínicos nacionais. O comparador, quando disponível, refletirá a tecnologia já disponível dentro do contexto analisado. Os desfechos clinicamente relevantes para a população-alvo serão priorizados, o que pode ser revisado pelo editor ou supervisor.

Etapa 2. Definição dos critérios de elegibilidade para os tipos de estudos (1 dia útil; 1 profissional)

Nessa fase, o revisor especificará quais estudos devem ser considerados na elaboração da resposta rápida. Tais critérios devem estar de acordo com o tipo de pergunta (tratamento, diagnóstico, prognóstico, etc.). Na maioria dos casos, estudos secundários serão priorizados, especificamente aqueles que avaliaram a eficácia e a segurança da tecnologia-alvo analisada, com ênfase nos relatórios de avaliação de tecnológicas em saúde e revisões sistemáticas / metanálises. Em alguns cenários, será preciso recuperar estudos primários (ensaios clínicos randomizados, coortes, estudos de caso-controle) devido à ausência ou à necessidade de atualização em estudos secundários (relatórios de avaliação de tecnologias em saúde, revisões sistemáticas, diretrizes).

Tabela 1 Resultados do consenso na primeira e na segunda rodada

Etapas	Descrição	Primeira rodada (n = 20)		Segunda rodada (n = 16)	
		Consenso (%)	IIQ	Consenso (%)	IIQ
1	Definição da questão estruturada	84,2	1,0	84,4	1,0
2	Definição dos critérios de elegibilidade para tipos de estudo	75,0	2,0	73,4	1,0
3	Estratégia de busca e fontes de informação	56,6	2,0	76,6	1,0
4	Seleção de estudos	59,2	2,0	85,9	1,0
5	Avaliação da qualidade dos estudos incluídos e risco de viés para os desfechos de interesse	68,4	1,0	76,6	1,0
6	Extração de dados dos estudos incluídos	85,5	1,0	90,6	1,0
7	Resumo das evidências	81,6	1,0	84,4	1,0
8	Elaboração do relatório	71,1	1,0	81,3	1,0

IIQ intervalo interquartil

Ao considerar estudos primários, uma hierarquia das evidências será considerada de acordo com o tipo de questão estruturada da resposta rápida. Os limites de data e idioma também podem ser especificados, dependendo da quantidade de estudos e a capacidade da equipe.

Etapa 3. Estratégia de busca e fontes de informação (2 dias úteis; 1 profissional)

Essa etapa consiste em definir dois parâmetros que permitem a reprodutibilidade da resposta rápida: (i) termos a serem usados em bases de dados de acordo com a questão na etapa 1; e (ii) locais de busca dos estudos priorizados na etapa 2. Os termos preferidos são aqueles usados na catalogação de estudos biomédicos (disponíveis no DeCS e MeSH). Na ausência desse registro, sugere-se utilizar o sinônimo mais comumente usado ou denominação comum. Dependendo da estrutura disponível, um especialista avaliará a estratégia adotada. Pelo menos duas fontes de informação devem ser consultadas. Mecanismos de meta-busca, como o NHS Evidence Search, tendem a minimizar o tempo de busca, pois há filtros para estudos primários e secundários. Sugere-se que o Medline (via PubMed, Clinical Queries) seja consultado para busca por revisões sistemáticas e evidências de potenciais estudos primários. Em alguns cenários, será necessário procurar fontes incomuns (dependendo dos recursos disponíveis) ou consultar especialistas, que devem ser especificados e justificados.

Etapa 4. Seleção de estudos (5 dias úteis; 2 profissionais)

No melhor cenário, sugere-se que os resultados da busca sejam avaliados por dois revisores. Normalmente, a seleção começa com títulos e resumos e avança para a leitura dos textos completos. As discordâncias são resolvidas por discussão. O processo tende a ser mais rápido por meio do uso de programa específico, como o gerenciamento de referências ou planilhas eletrônicas. Essas ferramentas requerem importação dos resultados em arquivos (nos formatos RIS, CSV, XML, etc.) e reduzirão os estudos duplicados.

Etapa 5. Avaliação crítica dos estudos incluídos e o risco de viés para os desfechos de interesse (5 dias úteis; 2 profissionais)

Essa etapa consiste em duas fases: (i) avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos; e (ii) análise do risco de viés sobre o efeito da intervenção na análise para os desfechos de interesse. Sugere-se que essa etapa seja realizada por um profissional e que seja revisada por outro. Os dados devem ser organizados em tabelas. A princípio, é possível que estudos secundários ou primários sejam incluídos. Caso o estudo secundário seja incluído, a utilização das ferramentas AMSTAR [11], ROBIS [12] ou similar é recomendada para sua avaliação. Nas circunstâncias em que são incluídos estudos primários, sugere-se sua avaliação por meio da ferramenta da Colaboração Cochrane [13] para ensaios clínicos randomizados ou New-Castle-Ottawa para estudos observacionais [14]. Outras ferramentas

de avaliação crítica são adequadas [15], tais como o diagnóstico executado via QUADAS [16], desde que sejam justificadas.

A segunda fase trata-se da avaliação do risco potencial de viés na estimativa do desempenho da intervenção para os desfechos de interesse. A abordagem GRADE [23] é sugerida para esse fim. Inicialmente, o delineamento do estudo é identificado nos sujeitos de pesquisa (ensaio clínico randomizado ou estudo observacional). Então, os potenciais problemas dos estudos identificados são listados (de acordo com a avaliação crítica de uma revisão sistemática de boa qualidade ou de acordo com o julgamento do revisor). Em seguida, inconsistência (heterogeneidade), evidência indireta (população, intervenção, comparador ou desfecho) e incerteza (intervalos de confiança) são ponderadas. Assim, a qualidade das evidências será definida como alta (é improvável que novos estudos alterem as estimativas encontradas), moderada (novos estudos podem modificar as estimativas), baixa (novos estudos modificarão as estimativas) ou muito baixa (incerteza quanto ao efeito da intervenção sobre o desfecho).

Etapa 6. Extração de dados dos artigos incluídos (10 dias úteis; 2 profissionais)

Essa etapa envolve a extração de informações dos estudos por meio do desenvolvimento de tabelas. Portanto, sugere-se a tabulação das informações com relação a autor, ano, contexto (localização e datas), delineamento, sujeitos de pesquisa (critérios de inclusão e exclusão), tamanho da amostra, intervenções avaliadas e desfechos. Essas atividades serão realizadas por um profissional e serão revisadas por outro.

Etapa 7. Resumo das evidências (5 dias úteis; 1 profissional)

Os resultados da resposta rápida serão apresentados em tabelas contendo os resultados por desfecho. Os seguintes dados serão tabulados: (i) o desfecho; (ii) a estimativa de efeito em relação ao comparador (risco relativo, razão de chances ou *odds ratio*, diferença de médias, etc.) com um intervalo de confiança de 95%; (iii) o número de participantes e estudos; e (iv) a qualidade da evidência (confiabilidade, de acordo com a etapa 5). Se necessário, comentários adicionais podem ser registrados na tabela ou na forma de uma nota.

Etapa 8. Elaboração do relatório (5 dias úteis; 1 profissional)

O relatório da resposta rápida incluirá o seguinte: Título (tecnologia X para indicação Y); Resumo Executivo, contendo informações sobre: tecnologia, principais, limitações) e respectiva avaliação da qualidade metodológica (tabela de resumo); Resumo dos resultados: descrição dos desfechos de interesse para a pergunta estruturada da resposta rápida (até 600 palavras); Conclusão: síntese global dos resultados sobre o tópico (até 200 palavras); Referências (com *links* para acesso, quando disponível); Normas de Vancouver; Identificação dos responsáveis pela elaboração: nome, título, afiliação e contato; Declaração de potenciais

conflitos de interesse dos responsáveis pela elaboração; *Link* para acessar o protocolo da resposta rápida utilizado.

Discussão

Principais achados

Desenvolvemos um padrão de resposta rápida a ser realizada em 35 dias com oito etapas, com base em duas rodadas de uma abordagem Delphi modificada. Todos os itens obtiveram consenso entre 73 e 91%. *Insights* importantes dos especialistas foram incluídos, como dois revisores na seleção de estudos. Este é o primeiro consenso para o nosso conhecimento sobre os requisitos metodológicos da resposta rápida para ATS para apoiar um processo de tomada de decisão.

Pontos fortes e limitações

Nosso estudo apoia uma síntese prévia sobre atalhos para resposta rápida [2, 22] com um método reconhecido de consenso [20] para gerar possíveis padrões para os governos. Um ponto forte-chave foi a ampla variedade de especialidades (professores, pesquisadores e gestores de saúde, dos setores público e privado) em nosso painel, embora reconheçamos que todas as perspectivas possíveis podem não ter sido abrangidas. Por outro lado, o fato de que todas as etapas foram confirmadas na primeira rodada indica a *expertise* dos especialistas na área. Entre a primeira e a segunda rodada, consideramos os comentários e revisamos os fundamentos para cada etapa. Apesar de nossa ênfase durante o recrutamento e as rodadas, quatro participantes deixaram de participar entre as rodadas.

Estudos prévios identificaram inúmeras definições e processos para revisões rápidas em agências de ATS [7, 19]. Optamos por “resposta rápida” porque o Ministério da Saúde do Brasil tem uma diretriz para ATS rápidas [18] e uma demanda por um retorno mais expresso. Essas nomenclaturas dificultam a comparação de métodos e resultados de diferentes processos de ATS [24]. Nossa ênfase é que cada resposta rápida aumentará a transparência de seus métodos [19, 25].

Interpretação

Três etapas foram modificadas entre a primeira e a segunda rodada: (i) estratégia de busca e fontes de informação; ii) seleção de estudos; e (iii) avaliação da qualidade dos estudos incluídos e do risco de viés para os desfechos de interesse. Na primeira etapa, as modificações refletem que estudos importantes podem ser encontrados em algumas poucas bases de dados [26] e o baixo impacto proporcionado pela literatura cinzenta [27]. Na segunda etapa, fizemos correções sobre a averiguação dos estudos da seleção, a qual deve ser feita por dois profissionais, sempre que possível [28]. Na terceira etapa, ampliamos as possibilidades de ferramentas de avaliação crítica [11–16] e o uso da abordagem GRADE [29] para oferecer transparência. Todas as modificações foram feitas com base nos comentários do painel e na revisão da literatura.

Uma pesquisa internacional indica que os tomadores de decisão podem aceitar algumas concessões na validade em troca de uma síntese acelerada das evidências [30]. Contudo, também esperam que os resultados sejam confiáveis e próximos aos obtidos em revisões sistemáticas. Há

evidências empíricas de que a síntese rápida aumenta os desafios no que diz respeito à robustez e que o respondente será desafiado com relação a questões de política e sistema de saúde [19]. No entanto, conclusões entre revisões sistemáticas e síntese rápida foram geralmente consistentes [31]. Futuras investigações podem detectar o impacto desses atalhos na validade de nossa proposta e sua importância na tomada de decisão.

Um prévio estudo Delphi obteve consenso sobre os princípios centrais dos métodos de síntese rápida de evidências [32]. Nossa proposta atende os requisitos principais [33]: um tomador de decisão endossará os métodos e os prazos da síntese (menos tempo que uma revisão sistemática), atalhos viáveis e relatórios transparentes. Tais produtos apoiarão as decisões de ATS, portanto, a vigilância em relação à sua qualidade é necessária e deve ser incluída na rotina editorial [34].

Em comparação com outros métodos de revisões rápidas [8], nossa proposta se diferencia pelo uso de princípios fundamentais do GRADE na síntese [23]. Isso pode refletir que o painel está atualizado com novas abordagens.

Outros métodos de consenso incluem a técnica de grupo nominal e a conferência de consenso [20]. De acordo com o nosso conhecimento, essas estratégias não foram adotadas para obter a concordância na síntese rápida de evidências. Provavelmente, as organizações de ATS consideram o custo desses processos e o risco de uma inadequada orientação das discussões.

A síntese rápida de evidências tornou-se extensivamente adotada pelas agências de ATS em resposta ao apelo do mundo real por dados baseados em evidências para apoiar decisões [9]. Se as revisões sistemáticas ou os relatórios de ATS exigem um longo prazo e são caros [10], não haverá métodos padrão de resposta rápida [1]. A melhor abordagem precisa ser resolvida com base nas evidências possíveis, restrições de tempo, questões contextuais, e a urgência dos tomadores de decisão [35]. Este trabalho fornece *insights* sobre a perspectiva de especialistas brasileiros, constatando que a integridade do produtor da resposta, o propósito das questões-chave, e as adaptações metodológicas aceitáveis são fatores particularmente importantes.

Conclusões

As revisões sistemáticas são muito difíceis de serem desenvolvidas no contexto de gestores de saúde. Alcançamos atalhos viáveis para a obtenção de informações valiosas e seguras por meio da resposta rápida. As diretrizes para a resposta rápida em ATS podem ser úteis para os gestores de sistemas de saúde na tomada de decisão, incluindo o Ministério da Saúde do Brasil. Esses padrões foram apoiados por um consenso formal de especialistas em ATS brasileiros. A adoção de nosso processo metodológico deve melhorar tanto a qualidade quanto a consistência das decisões de ATS rápidas. Incentivamos a pesquisa sobre a validade, aceitabilidade e praticidade desses métodos, bem como uma análise análoga em outro contexto para comparar os resultados.

Abreviaturas

AMSTAR: *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (Avaliando a Qualidade Metodológica de Revisões Sistemáticas); Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (Gradação das Recomendações de Avaliação e Desenvolvimento); ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde; PICO: População, Intervenção, Comparação, Outcome (Desfecho); QUADAS: *Quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews* (Avaliação da qualidade de estudos de acurácia de testes diagnósticos em revisões sistemáticas); ROBIS: *Risk of bias in systematic reviews* (Risco de vies em revisões sistemáticas); SUS: Sistema Único de Saúde

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer todos os especialistas do painel Delphi: Airton Stein; Gabriela Mosegui; Helena Cramer; Ivan Zimmermann; Luciana Rodrigues; Luciane Nascimento Cruz; Mabel Figueiró; Marcelo Nita; Mariângela Resende; Moacyr Nobre; Patrícia Coelho Soares; Regina El Dib; Regina Fernandes; Rosângela Caetano; Rosimary Almeida; Silvana Kelles; Suzana Silva; Tereza Toma; Tiago Veiga Pereira; e Ulysses Panisset.

Financiamento

Este estudo foi apoiado pelo Ministério da Saúde do Brasil. O Ministério da Saúde não apresentou nenhuma restrição ao desenho, coleta, análise ou interpretação dos dados ou à redação do manuscrito.

Disponibilidade de dados e materiais

Os conjuntos de dados utilizados e analisados durante o presente estudo são disponibilizados pelo autor para correspondência, mediante solicitação razoável.

Contribuição dos autores

MTS, ENS e JOMB desenharam o questionário e analisaram os dados. MTS coletou os dados e elaborou a primeira versão do manuscrito. ENS e JOMB realizaram revisões importantes no manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Aprovação ética e consentimento para participação

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e receberam os questionários após preencherem o formulário de consentimento. A participação foi completamente voluntária. As informações coletadas foram confidenciais e a identidade dos participantes foi ocultada nos resultados. Os nomes não foram registrados nos questionários e os especialistas permaneceram anônimos entre si durante o projeto. O Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) revisou e aprovou o estudo (número CAEE 65703517.8.0000.8027).

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Nota da Editora

A Springer Nature permanece neutra em relação a reivindicações jurisdicionais em mapas publicados e afiliações institucionais.

Informações dos autores

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

²Faculdade da Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. ³

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília, Brasil.

Recebido: 28 de novembro de 2017 Aceito: 22 de maio de 2018

Publicado online: 8 de junho de 2018

Referências

- Kaltenthaler E, Cooper K, Pandor A, Martyn-St James M, Chatters R, Wong R. The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):108.
- Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Health Res Policy Syst*. 2016;14(1):83.
- Garrity C, Stevens A, Gartlehner G, King V, Kamel C. Cochrane rapid reviews methods group to play a leading role in guiding the production of informed high-quality, timely research evidence syntheses. *Syst Rev*. 2016;5(1):184.
- Bero LA, Jadad AR. How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making. *Ann Intern Med*. 1997;127(1):37–42.
- Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Sci*. 2010;5:56.
- Ioannidis JP. The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses. *Milbank Q*. 2016;94(3):485–514.
- Tricco AC, Zarin W, Antony J, Hutton B, Moher D, Sherifali D, Straus SE. An international survey and modified Delphi approach revealed numerous rapid review methods. *J Clin Epidemiol*. 2016;70:61–7.
- Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst Rev*. 2012;1:10.
- McIntosh HM, Calvert J, Macpherson KJ, Thompson L. The healthcare improvement Scotland evidence note rapid review process: providing timely, reliable evidence to inform imperative decisions on healthcare. *Int J Evid-Based Healthc*. 2016;14(2):95–101.
- Mattivi JT, Buchberger B. Using the AMSTAR checklist for rapid reviews: is it feasible? *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(4):276–83.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
- Whiting P, Savovic J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, Davies P, Kleijnen J, Churchill R. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225–34.
- Higgins J, Green S: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration; 2011.
- The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp]. Acesso em 3 junho 2018.
- Viswanathan M, Ansari MT, Berkman ND, Chang S, Hartling L, McPheeters M, Santaguida PL, Shamliyan T, Singh K, Tsertsvadze A, et al. AHRQ Methods for Effective Health Care Assessing the Risk of Bias of Individual Studies in Systematic Reviews of Health Care Interventions. In: *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:25.
- Harker J, Kleijnen J. What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in health technology assessments. *International journal of evidence-based healthcare*. 2012;10(4):397–410.
- Silva MT. Avaliação de tecnologias em saúde: diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos. *BIS Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*. 2013;14(2):159–64.
- Tricco AC, Langlois EV, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
- Keeney S, McKenna H, Hasson F. The Delphi technique in nursing and health research. John Wiley & Sons; 2010.
- Junger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on conducting and Reporting DELphi studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med*. 2017;31(8):684–706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>. Epub 2017 Feb 13.
- Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. *Implementation Sci*. 2016;11(1):117.
- Balslem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6.
- Kelly SE, Moher D, Clifford TJ. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Syst Rev*. 2016;5:79.
- Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, Facey K, Hailey D, Norderhaug I, Maddern G. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):133–9.

26. Hartling L, Featherstone R, Nuspl M, Shave K, Dryden DM, Vandermeer B. The contribution of databases to the results of systematic reviews: a cross-sectional study. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):127.
27. Hartling L, Featherstone R, Nuspl M, Shave K, Dryden DM, Vandermeer B. Grey literature in systematic reviews: a cross-sectional study of the contribution of non-English reports, unpublished studies and dissertations to the results of meta-analyses in child-relevant reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):64.
28. Edwards P, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Roberts I, Wentz R. Identification of randomized controlled trials in systematic reviews: accuracy and reliability of screening records. *Stat Med*. 2002;21(11):1635–40.
29. Thayer KA, Schunemann HJ. Using GRADE to respond to health questions with different levels of urgency. *Environ Int*. 2016;92-93:585–9.
30. Wagner G, Nussbaumer-Streit B, Greimel J, Ciapponi A, Gartlehner G. Trading certainty for speed - how much uncertainty are decisionmakers and guideline developers willing to accept when using rapid reviews: an international survey. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):121.
31. Reynen E, Robson R, Ivory J, Hwee J, Straus SE, Pham B, Tricco AC. A retrospective comparison of systematic reviews with same-topic rapid reviews. *J Clin Epidemiol*. 2017;
32. Kelly SE, Moher D, Clifford TJ. Defining rapid reviews: a modified Delphi consensus approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(4):265–75.
33. Abou-Setta AM, Jeyaraman M, Attia A, Al-Inany HG, Ferri M, Ansari MT, Garritty CM, Bond K, Norris SL. Methods for developing evidence reviews in short periods of time: a scoping review. *PLoS One*. 2016;11(12):e0165903.
34. Khangura S, Polisena J, Clifford TJ, Farrah K, Kamel C. Rapid review: an emerging approach to evidence synthesis in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014;30(1):20–7.
35. Lambert R, Vreugdenburg TD, Marlow N, Scott NA, McGahan L, Tivey D. Practical applications of rapid review methods in the development of Australian health policy. *Aust Health Rev*. 2016.