

# Utilização da análise de custo-efetividade distributiva para apoiar a tomada de decisões no reembolso de tecnologias em saúde: uma revisão de escopo.

Mariana Millan Fachi<sup>1</sup>, Maiara Silva Araujo<sup>1</sup>, Ludmila Peres Gargano<sup>1</sup>, Rosa Camila Lucchetta<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A análise de custo-efetividade (ACE) é amplamente utilizada na avaliação de tecnologias em saúde (ATS) para comparar custos e desfechos em saúde entre intervenções<sup>1</sup>. Entretanto, as abordagens tradicionais priorizam resultados médios populacionais e frequentemente não incorporam dimensões distributivas, limitando a consideração explícita da equidade nos processos decisórios. A análise de custo-efetividade distributiva (DCEA) surge como estratégia complementar ao examinar como custos e benefícios se distribuem entre subgrupos populacionais definidos por critérios como status socioeconômico ou vulnerabilidade, contribuindo para decisões mais alinhadas à justiça social<sup>1,2</sup>.

## OBJETIVO

Mapear metodologias, aplicações e parâmetros de equidade da DCEA com foco em seu papel na tomada de decisão para adoção e reembolso de tecnologias em saúde no contexto mundial.

## METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão sistemática de escopo conforme a metodologia do Instituto Joanna Briggs e reportada segundo o Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). O protocolo foi registrado na OSF. A busca, realizada em 18 de junho de 2025. As etapas dessa revisão e a PCC são apresentados na **Figura 1 e 2**.



Figura 1. Etapas da revisão sistemática de escopo

P	Qualquer condição clínica ou população abordada em um DCEA ou ECEA.
C	Estudos sobre economia da saúde ou estudos de modelagem em DCEA ou ECEA ou que abordem parâmetros de equidade em AES
C	Compreender a aplicação global, o desenvolvimento e a documentação de DCEA/ECEA em ATS para decisões de reembolso.

Figura 2. PCC

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 76 estudos. A maioria foi conduzida em países de baixa e média renda (57%). Outros detalhes são apresentados na **Figura 3**. Ainda, identificaram-se 17 critérios distintos de equidade, com maior ênfase em dimensões econômicas (29%) e status socioeconômico (14%). Nenhum estudo relatou explicitamente a utilização de seus resultados para fundamentar decisões concretas de política pública, cobertura ou reembolso.

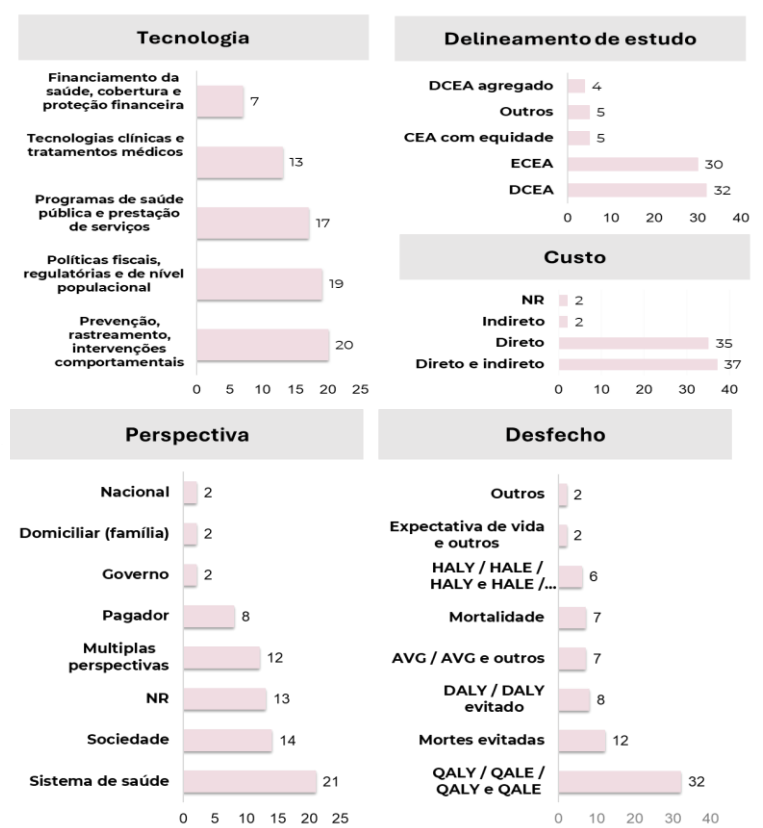


Figura 3. Principais características dos estudos incluídos

Tabela 1. Critérios de equidade ou distribuição adotados

Critérios	n
Econômico	29
Socioeconômico	14
Índice de Deprivação Múltipla (IDM)	12
Raça/etnia	10
Geográfico	9
Índice de Vulnerabilidade Social (SVI)	4
Idade	4
Escolaridade	3
Sexo	3
Índice socioeconômico por área (SEIFA)	2
Clínico	2
Pesos distributivos	2
Índice internacional de riqueza (IWI)	1
Índice de Privação por Área (IAP)	1
Demográfico	1
Prevalência da doença	1

## CONCLUSÃO:

A incorporação da equidade nas AES, por meio da DCEA e ECEA, está em expansão, mas ainda enfrenta desafios metodológicos e limitações de dados. Não há um método único aplicável a todos os contextos. O avanço nessa área depende do fortalecimento dos sistemas de informação e da melhoria dos dados.

## REFERÊNCIAS:

- Yang F, Angus C, Duarte A, et al. Impact of Socioeconomic Differences on Distributional Cost-effectiveness Analysis. *Medical Decision Making* 2020; 40: 606.
- Verguet S, Kim JJ, Jamison DT. Extended Cost-Effectiveness Analysis for Health Policy Assessment: A Tutorial. *Pharmacoeconomics* 2016; 34: 913-923.