



Escolhas críticas em políticas de saúde

É perfeitamente claro que a Comunidade Europeia (CE) e mesmo o mercado único europeu (SEM) não pretendem pôr em causa a organização de cada um dos sistemas nacionais de saúde.

Este princípio não contraria, porém, que se tentem atenuar grandes diferenças entre sistemas e regimes, nomeadamente no que respeita a orientações quanto a acesso e obtenção de prestações de saúde.

Este desiderato, no que se refere a políticas de saúde e de cuidados de saúde, foi tentado atingir segundo a ideia da «harmonização», deixada cair em certo momento por se ter chegado à conclusão de que o seu prosseguimento deparava com demasiados obstáculos de carácter nacionalista, político e administrativo.

A Comunidade optou então pela expressão e pela linha da «convergência», menos ameaçadora e sugerindo mais a aproximação do que a uniformidade precisa, mais a tendência do que a concretização de uma meta (Le Grand, 1990).

nefastos do mercado único — a marginalização social, o desemprego social e o turismo social (de saúde).

Ora, sendo o fim último da CE obter uma Europa unificada, em que a coesão e justiça sociais desempenham papel de relevo, estas exigirão dos Estados membros atitudes de convergência na saúde e cuidados de saúde, para que se opte por uma estratégia orientada para a equalização das possibilidades oferecidas pela vida. Igualmente legítimo que a CE procure garantir que os recursos de que dispõe sejam utilizados efectivamente e eficientemente. (*Eficácia* significa o impacte de uma prestação ou de um serviço em condições ideais; *efectividade*, o impacte ou efeito prático obtido em condições reais; *eficiência*, a relação entre o impacte ou efeito real obtido e os recursos investidos.)

Políticas e estratégias de saúde em convergência visariam, como últimos objectivos, (1) melhorar o estado de saúde dos cidadãos da Europa comunitária, assim como a sua qualidade de vida, sem acentuadas diferenças, o que, numa expressão mais concreta, significaria uma tendência para a equalização da esperança de vida no interior da Comunidade, e (2) controlar e domar a competitividade, concentrando-se nos *inputs* para a convergência e particularmente nos gastos, visando equalização no acesso a cuidados de saúde de qualidade (Le Grand, 1990). (Por *acesso* entende-se a entrada no sistema de saúde com o fim de obter serviços ou cuidados, englobando componentes organizacionais,

1. Justifica-se a convergência, no campo da protecção social e, portanto, dos cuidados de saúde, em resultado daquilo a que Le Grand chama aspectos indirectos e

financeiras, de distribuição de recursos e de informação/comunicação.)

2. Está definitivamente aceite que há limites em cuidados de saúde e na sua prestação, ou, segundo outra abordagem, que os recursos em saúde são limitados.

Esta constatação tem implicações para a política e estratégia de saúde, assim como significa algo para os prescritores de cuidados, os utilizadores e os prestadores.

Se a prestação de cuidados é limitada, tem de aceitar-se que há que fixar prioridades e encarar o racionamento. Há, assim, que fazer escolhas, que, em saúde, são geralmente críticas.

As escolhas em políticas e estratégias de saúde têm uma conotação forte com decisões financeiras, particularmente nos cuidados de saúde organizados em sistemas, em que o utilizador coloca numa terceira entidade a responsabilidade pelo pagamento, total ou parcial, dos custos das prestações.

Mas não só. Há limites alheios directamente aos custos, como, por exemplo, os que são colocados pela escassez de órgãos para transplantações.

Como escrever *Poullier*, apesar de uma forte tendência ideológica de conjunto no interior da Comunidade nos últimos dez anos em favor de uma reprivatização dos sistemas económicos, a fixação de tectos para as despesas com a saúde resulta, na maioria dos casos, de uma rotura do princípio do financiamento automático das despesas geradas pelos doentes e pelos prescritores.

As políticas de saúde deverão, talvez, transferir de certa maneira para os doentes/utilizadores uma parte da responsabilidade e decisão nas escolhas — no que se refere ao consumismo de cuidados — através de uma estratégia que engloba a informação esclarecida das populações, acrescida de uma forte consciencialização de que o consumo desses cuidados tem um custo, responsabilizando-os pelo correspondente preço, total ou parcialmente (partilha de custos).

Conter a procura e contrariar o consumismo de serviços de saúde tem sido tentado desde que se colocou a questão da limitação dos recursos financeiros, sob várias modalidades de partilha de custos no momento da prestação dos cuidados. A orientação, como bem sabemos, tem constituído matéria controversa e as discussões geradas envolvem muitas vezes componentes emotivas.

Entretanto, *Brook* (1983) demonstrou, através de um muito significativo estudo, que eram positivos para o estado de saúde os efeitos da partilha de custos.

Escolhas podem também ser transferidas para os prescritores, sem ofender o princípio da autonomia e liberdade clínica.

A autonomia clínica, no seu sentido clássico e tradicional, basear-se-ia na ética individualista da virtude e do dever, ignorando a ética social, ou seja, a

do bem colectivo e comum; a eficiência representaria o grande inimigo da autonomia clínica (*Mooney*, 1984).

Refira-se, entretanto, que nos países civilizados a liberdade clínica, mesmo no sentido amplo e tradicional, é relativa e condicionada pela ética, pela lei e pelas convenções sociais.

No estado actual da organização dos cuidados de saúde e do desenvolvimento da tecnologia, a liberdade clínica, levada ao limite, representaria um ataque à equidade e bem comum e a negação dos conceitos de custo-oportunidade.

Na transferência parcial de escolhas críticas para os prescritores haverá que fazer apelo ao novo conceito de autonomia clínica, ou seja, a capacidade de decidir em liberdade o que é melhor para um utente, usando apenas os recursos e cuidados indispensáveis (e só estes) de entre aqueles que existem disponíveis.

As escolhas críticas em políticas de saúde não vão ignorar três aspectos importantes: a equidade no acesso aos cuidados, a sua qualidade e as questões de ética.

No que respeita à equidade no acesso, em síntese, as escolhas terão de guiar-se pela obtenção de uma melhoria no acesso dos mais desfavorecidos ao aparelho das prestações de saúde.

Quanto à qualidade dos cuidados, as escolhas não poderão afectar o seu nível e, por outro lado, as políticas deverão incentivar esquemas e programas de monitorização e garantia de qualidade, actuando como obstáculo forte a uma eventual degradação que invoque, para a justificar, as limitações e a escassez de recursos.

No campo da qualidade dos cuidados de saúde existem dois instrumentos ou armas poderosas a utilizar face aos limites e às escolhas que são impostas — a efectividade e a eficiência.

Pelo estudo criterioso da real efectividade das prestações oferecidas e pela avaliação das novas tecnologias poderá ser obtido um consumo mais reduzido e mais racional, que permitiria recorrer menos às difíceis escolhas críticas. Prestações e tecnologias não efectivas poderiam, assim, ser retiradas do «cabaz» sobre o qual se vai exercer o racionamento ou a fixação de prioridades.

O recurso sistemático à análise da eficiência e a adopção consciente deste princípio pelos prescritores e prestadores, a todos os níveis, em associação com um conceito esclarecido sobre liberdade clínica, são opções importantes a ter presentes em políticas de saúde.

O modelo unificado de qualidade de *Donabedian*, em que esta é aferida de uma forma global em função de quatro parâmetros — benefícios, riscos, danos e custos —, ilustra bem que a «parcimónia» médica, ou seja, a quantidade de cuidados devidos, e só essa, representa componente importante na definição de qualidade dos cuidados.

O facto de haver variação na decisão e, portanto, na prescrição não significa obrigatoriamente cuidados desnecessários; uma elevada utilização não tem corre-

lação directa com utilização desnecessária, mas existe evidência de uma sobreutilização na maior parte do exercício médico (Eisenberg).

São inegáveis as questões de ética que se levantam quando os limites impostos aos cuidados de saúde obrigarem a escolhas.

Mas, enquanto os problemas ético-jurídicos colocados pela biomedicina e pela aplicação das novas tecnologias à vida humana têm merecido rigorosa abordagem, os que poderão decorrer de escolhas críticas, prioridades e racionamento de cuidados parece estarem menos tratados pelos especialistas e órgãos apropriados (veja-se o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida).

3. Uma perspectiva económico-financeira tem implicações directas com equidade e eficiência.

Os sistemas de financiamento dos serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares têm sido tradicionalmente distintos e contêm subjacentes princípios justificativos diversos.

Os serviços de cuidados hospitalares têm vindo a ser financiados com base em critérios de financiamento que têm subjacentes princípios de eficiência. Enquanto isso, os serviços de cuidados de saúde primários têm vindo a ser financiados na ausência de princípios orientadores, ou seja:

- O orçamento é elaborado numa base incrementalista, tomando-se como ponto de partida o ano anterior;
- Existe uma completa falta de articulação com o planeamento;
- Orçamento centralizado e, por conseguinte, não participado;
- Existe um desfasamento entre os responsáveis pela elaboração e os responsáveis pelo seu controle, o que conduz a um diluir de responsabilidades;
- O orçamento é aberto para serviços contratados e fixo para os serviços próprios.

A separação entre os dois sistemas de financiamento e as diferentes estruturas de incentivos que afectam o comportamento dos seus prestadores podem dar origem a ineficiências como resultado da transferência da procura. O administrador hospitalar tenderá a transferir doentes e custos do internamento hospitalar para a comunidade ao dar altas precoces; em sentido contrário, os serviços de cuidados de saúde primários aumentarão a prática da referência médica para os cuidados especializados.

Foi apresentada a nível académico, em 1989, uma proposta para o financiamento dos cuidados de saúde primários que se propõe atingir o conceito de equidade, ou seja, igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades. Não se irá entrar aqui na sua descrição detalhada, mas apenas se refere que esta proposta se

baseia em três critérios: o da procura/utilização, o da situação sanitária e o da cobertura por serviços de saúde.

Convém lembrar que, se bem que o objectivo da equidade e o objectivo da eficiência possam, por vezes, entrar em conflito, nem sempre tal se verifica e até, pelo contrário, poderá acontecer que a própria prossecução do objectivo de equidade promova a existência de ganhos de eficiência.

O tratamento igual das pessoas com as mesmas necessidades — equidade horizontal — promove a eficiência. É a equidade vertical, ou seja, o tratamento desigual de indivíduos com diferentes necessidades, que entra em conflito com a eficiência e onde uma escolha tem de ser feita sobre o peso relativo a ser atribuído ao objectivo de eficiência *versus* o objectivo de equidade.

Se os distritos têm de prestar serviços globais aos residentes, alguns de menor dimensão, com maior população, estarão sujeitos a uma utilização ineficiente dos recursos mais especializados, enquanto, no extremo oposto, alguns distritos com maior dimensão poderão sofrer deseconomias devido, por exemplo, a um controle administrativo mais difícil e dispendioso.

No entanto, nem sempre é real este conflito entre equidade e eficiência, não se devendo esquecer os ganhos de eficiência que podem resultar de uma mais equitativa distribuição da despesa.

São exemplos disso o encerramento de algumas camas hospitalares, obedecendo a um princípio de equidade, poder conduzir a um uso mais eficiente das camas existentes, devido a uma menor demora média e a custos mais reduzidos por caso. Um outro exemplo, no âmbito dos cuidados de saúde primários, serão os ganhos de eficiência resultantes da introdução de novos hábitos de prescrição com vista à redução da despesa total em medicamentos, derivados de um novo *plafond* orçamental resultante de um princípio de equidade.

Estudos realizados na área da equidade por grupos sócio-económicos têm demonstrado que o financiamento do sistema de saúde português é ligeiramente progressivo, ou seja, as famílias de menores rendimentos pagam uma parcela menor do que o proporcional da totalidade da despesa em saúde.

Os resultados evidenciam também a forma como as escolhas políticas podem, no futuro, afectar essa distribuição. Por exemplo, uma mudança do financiamento através dos impostos para qualquer alternativa que implique pagamentos directos conduzirá a uma distribuição mais desigual do pagamento, em que os grupos mais desfavorecidos suportarão uma maior parcela do financiamento dos serviços de saúde.

No que respeita à prestação de cuidados de saúde em Portugal, a distribuição da despesa é geralmente desfavorável aos grupos económicos mais desfavorecidos, em que a diferença se acentua se se tomar em consideração a extensão da morbilidade, mais do que simplesmente a sua existência. As classes mais des-

favorecidas são, no entanto, compensadas por uma maior parcela de consumo de serviços de saúde em relação às classes mais favorecidas. Estas assimetrias tornam-se menos pronunciadas uma vez que os resultados sejam standardizados pela idade e sexo da população.

4. A avaliação de tecnologias médicas (*technology assessment*) representa um dos instrumentos de que dispõem os decisores políticos quando confrontados com limites em cuidados de saúde e necessidade de opções críticas.

Entende-se por tecnologias médicas os medicamentos, procedimentos clínicos e equipamentos utilizados na prevenção, no diagnóstico, terapêutica e reabilitação da doença (Office for Technology Assessment, 1978).

Numa época em que é preocupação generalizada a contenção dos gastos com a saúde a inovação tecnológica é também apontada como um dos maiores responsáveis, se não o maior responsável, pelo crescimento de tais gastos (Grott, 1982).

É conhecido o movimento do tipo círculo vicioso tecnologia/ciência/tecnologia, gerador de progresso imparável. Este movimento no campo da ciência e tecnologia médicas abre mais possibilidades de aplicação com êxito nos muitos idosos, com repercussões demográficas óbvias e conseqüente consumismo e aumento dos gastos.

Num tempo de contenção de custos, limitações e escolhas haverá que prestar a melhor atenção ao uso apropriado das novas tecnologias, à sua efectividade e aos seus eventuais efeitos nocivos. Banta diz que, em 1978, o OTA estimava que somente 15 % a 20 % das práticas médicas tinham sido avaliadas e comprovadas através de experiências clínicas controladas. Em 1989, outro autor adiantava que metade dos cuidados médicos prestados diariamente é baseada em falta de senso ou falta de correcta visão do problema.

Isto implica, entre outras escolhas críticas em políticas de saúde, acções conducentes a uma estratégia para monitorizar e orientar o desenvolvimento destas tecnologias, a qual se fundamenta sobretudo na avaliação das tecnologias médicas, no sentido de apreciar a sua eficácia e segurança, bem como o seu custo e custo-effectividade, e ainda das suas conseqüências económicas, sociais e éticas, de maneira a melhorar as decisões a tomar quanto à sua utilização e difusão.

A avaliação de tecnologias médicas é, assim, um processo de ajuda à tomada de decisão política.

A avaliação respeita não só ao funcionamento das tecnologias existentes, como também à implantação de novas e à sua difusão no mercado.

Com o recurso a comissões nacionais ou regionais de avaliação de tecnologias médicas e com o recurso ao planeamento é possível introduzir alguma disciplina nesta matéria de conseqüências importantes em termos de gastos, ou seja, é possível fazer algumas escolhas em políticas de cuidados de saúde.

5. Uma das escolhas críticas que os governos europeus irão, por certo, enfrentar respeita à promoção de mecanismos de garantia da qualidade dos serviços de saúde, nomeadamente daqueles que possam incentivar a transparência do mercado de saúde e que permitam aumentar a capacidade de escolha dos consumidores de cuidados de saúde.

Alcançar um tal desiderato implica que os governos contribuam para a redução, tanto quanto possível, da ignorância dos consumidores de cuidados de saúde quanto à qualidade dos serviços prestados por determinados profissionais de saúde e por unidades específicas de saúde. Porém, os governos que assumem actualmente a prestação directa de cuidados de saúde, e não apenas o financiamento dos mesmos, têm frequentemente uma atitude defensiva sobre esta questão, por se sentirem responsáveis por eventuais resultados negativos das avaliações, em vez de se colocarem na posição de defensores do interesse público, logo dos interesses dos utilizadores de cuidados de saúde.

As avaliações da qualidade dos cuidados podem assumir, entre outras, a forma de:

- a) Estudos sobre os resultados finais e objectivos (*outcomes*) dos serviços (por exemplo, mortalidade em intervenções cirúrgicas — estudos que são realizados actualmente nos EUA, nomeadamente por financiadores de cuidados de saúde, tais como organizações seguradoras, e em particular pela Kayser Foundation, Califórnia);
- b) Estudos sobre a satisfação dos consumidores pelos cuidados utilizados, quer em clínicas e centros de saúde, quer em consultas externas hospitalares, quer em unidades cirúrgicas.

A divulgação dos resultados destes estudos junto dos consumidores pode ajudar a educá-los e a torná-los cidadãos mais conhecedores e mais independentes das decisões que outros, em particular os próprios profissionais de saúde, podem pretender assumir à sua revelia sem lhes proporcionarem alternativas, sem lhes darem a conhecer métodos alternativos e sem lhes possibilitarem uma participação informada na sua escolha em função das conseqüências esperadas (quer médicas, quer financeiras).

De igual modo, poderá ser aconselhável publicitar as listas de espera para consultas e diversos tipos de intervenção. Muitos profissionais de saúde exercem actualmente pressões inadmissíveis sobre os seus doentes quando percebem que os mesmos têm alguma capacidade económica para lhes pagarem os cuidados de saúde nos seus consultórios, clínicas ou hospitais privados, invocando o argumento de (hipotéticas) filas de espera de meses ou anos.

Ao investirem na informação e educação para a saúde, os governos podem aumentar a autonomia dos

cidadãos em matéria de saúde e de cuidados de saúde, podem favorecer a promoção dos valores cívicos e dos direitos dos cidadãos, proporcionando uma qualificação da própria democracia.

6. Ao futuro processo político da saúde colocam-se desafios a não ignorar.

Os governos europeus continuarão a ter de assumir uma parcela importante da responsabilidade pelo funcionamento e pela distribuição dos cuidados de saúde. O estabelecimento de prioridades afigura-se uma decisão que, cada vez menos, pode ser feita unilateralmente, quer pela profissão médica, quer pelas estruturas burocráticas. Um largo consenso terá de ser obtido sobre prioridades, dadas as consequências sociais e éticas que estas comportam. Porém, na cultura política do Sul da Europa, ao contrário do que ocorre nos países escandinavos nomeadamente, as decisões sobre políticas de saúde ou de cuidados de saúde são altamente concentradas, seguindo um processo de formulação e de decisão predominantemente de tipo *top-down*, com graves consequências em termos de implementação das mesmas.

Em ordem a prevenir distorções na implementação das políticas, nos países do Norte da Europa são adoptados dois métodos: um deles refere-se ao processo político prévio ao processo legislativo e reporta-se à institucionalização de «consultas» a órgãos para esse efeito, como o Conselho de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde Pública, o Conselho Nacional de Seguradoras de Saúde, a quem são solicitados pareceres fundamentados sobre problemas ou matéria que importa regular, e de «negociação» com grupos de interesses ou *lobbies*, tais como associações empresariais, ordens, colégios de especialidade, sindicatos e outras organizações de profissionais de saúde, bem como com associações de defesa de consumidores.

A segunda intervenção é realizada, já no decorrer do processo legislativo, nas assembleias legislativas, onde as medidas são sujeitas a várias leituras «públicas», permitindo não só o conhecimento, como também a apresentação de críticas e sugestões realizadas por cidadãos interessados, mas também por grupos de interesses e de pressão. É óbvio que, deste modo, a participação democrática é bem mais alargada, podendo envolver toda a sociedade civil, impedindo-se, assim, a predominância das associações corporativas (como acontece em Portugal ao nível da Assembleia da República, fenómeno este que perpassa todos os partidos políticos da direita à esquerda do hemiciclo) e dos poderosos *lobbies* empresariais (indústria farmacêutica, em particular) na determinação das prioridades da política de saúde e da sua regulamentação.

7. Cada vez mais — em resultado das rápidas mutações que se verificam na área da saúde e dos cuidados de saúde — são feitos desafios às políticas de saúde para o futuro.

Autênticos desafios, de facto, obrigando os decisores políticos a reflectirem laboriosamente sobre a apropriação e as consequências das suas decisões a nível macro.

As vagas de reformas e de acentuadas inflexões na orientação política sucedem-se desde o termo da Segunda Guerra Mundial, desde os modelos bismarckiano e beveridgiano, passando pela voga dos omnipresentes cuidados primários e contenção de custos até à privatização e concorrência. As verdades dogmáticas do passado transformam-se em meras dúvidas do presente, o que levou Blanpain a aconselhar os decisores políticos a realizarem um exercício de regresso ao futuro.

Como foi sublinhado na Conferência de Malta sobre Política de Saúde, em 1990, (1) futuros por decreto, através de uma definição política cega, parece terem falhado sempre, (2) foram frequentes as orientações políticas que erraram ou ultrapassaram o alvo e (3) soluções do passado transformaram-se em problemas do futuro.

Daí que se fale hoje e se proponha uma política sustentada de saúde, querendo significar a capacidade de o desenvolvimento social e económico ir ao encontro das necessidades colocadas pela geração actual sem comprometer a capacidade de as próprias gerações satisfazerem expectativas e necessidades (de saúde) próprias (I. Kickbusch, 1989).

Para Iona Kickbush a saúde pública é multissectorial no âmbito, ecológica na perspectiva e colaboradora na estratégia.

Segundo estes conceitos hodiernos de políticas de desenvolvimento sustentado e saúde ecológica, preconiza-se que todas as políticas que respeitem ao sector público sejam «políticas saudáveis», querendo chamar a atenção para a preocupação quanto à equidade e à saúde nas orientações políticas próprias de cada um e de todos os sectores da sociedade e quanto à responsabilização pelos seus impactes na saúde (Carta de Otava, 1986, e recomendações de Adelaide, 1988).

Uma vez mais o carácter multi e intersectorial da saúde representa um desafio — talvez o desafio — para a definição da política no campo da saúde para cada Estado membro e segundo o prisma da convergência comunitária.

É conhecida a frase de Halfdan Mahler: «[...] the domain of personal health over which the individual has direct control is very small when compared to the influence of culture, economy and environment.»



Preço:
Portugal. 980\$00
Resto do mundo. \$9 US.d