

## Economia da saúde: novos modelos

### INTRODUÇÃO

Pode dizer-se que uma das mais importantes características da «nova medicina», desenvolvida em paralelo e, por vezes, em contraponto aos vertiginosos avanços tecnológicos, é a sua dependência cada vez maior dos aspectos sociais e económicos da actividade humana. Por um lado, os factores sócio-económicos são universalmente reconhecidos como sendo dos principais determinantes da saúde; por outro, as escolhas quanto ao financiamento e provisão dos cuidados médicos são cada vez mais difíceis, dada a contínua escalada dos custos.

É neste espectro de problemas que se pode esperar o contributo da economia da saúde, também ela uma «ciência da escassez», parafraseando o epíteto da própria economia (St. Leger, Schnieden e Walsworth-Bell, 1999). Fuchs, que a considera uma ciência comportamental, aponta-lhe duas grandes missões: (a) melhorar a compreensão do comportamento económico; (b) dar contributos válidos para a política de saúde e para a investigação sobre os serviços de saúde (Fuchs, 2000).

No presente trabalho seguiu-se de certo modo esta linha de pensamento. Primeiro, analisam-se as principais insatisfações com a saúde (escalada de custos, insuficiente nível de saúde atingido, desigualdades evitáveis), estabelecendo o pano de fundo para os importantes contributos da economia da saúde. Depois, apresentam-se as principais linhas de reforma dos sistemas de saúde que as têm procurado colmatar. Em seguida, desenvolvem-se alguns

---

\* Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa.

tópicos principais em que os novos modelos<sup>1</sup> da economia da saúde têm trazido achegas importantes ou que se consideram fundamentais para o desenvolvimento de novos modelos: a procura da eficiência e da equidade, as decisões com fundamentos mais racionais e a relevância do contexto social.

## INSATISFAÇÕES COM A SAÚDE

### AUMENTO DAS DESPESAS COM A SAÚDE

As generalizadas preocupações com a saúde podem talvez resumir-se na seguinte formulação: o crescimento das despesas com a saúde parece imparável e, não obstante o esforço continuado, julga-se insuficiente e desigual o nível de saúde atingido.

O crescimento das despesas com a saúde pode ser ilustrado com o aumento da despesa global em saúde em todos os países da UE de 1980 a 1997 (figura n.º 1) (Ferrinho, Bugalho e Pereira Miguel, 2001). Esta tendência verifica-se também em Portugal, apesar de ser o país em que, tradicionalmente, se registam os menores gastos com a saúde por habitante (1151 PPP\$<sup>2</sup>). Este valor representa 7,6% do PIB, situando-se muito abaixo da despesa *per capita* da Alemanha (2325 PPP\$ e 10,5% do PIB).

A evolução das principais componentes das despesas com a saúde em Portugal mostra um aumento de todas no período referido (figura n.º 2). A componente com maior peso é a despesa pública: 689 PPP\$ em 1997, representando 67,1% da despesa global, tendo vindo a sofrer um ligeiro aumento desde 1980. Nesse ano, Portugal despendia 256 PPP\$ *per capita*, dos quais 167 PPP\$ (65% do total) constituíam despesa pública.

No que respeita às despesas com medicamentos, estas têm registado um grande aumento. Enquanto em 1980 os gastos com medicamentos representavam 51 PPP\$ por habitante, equivalendo a um quinto da despesa global em saúde, em 1997 estas despesas situavam-se em 310 PPP\$ e representavam 26,9% do total.

---

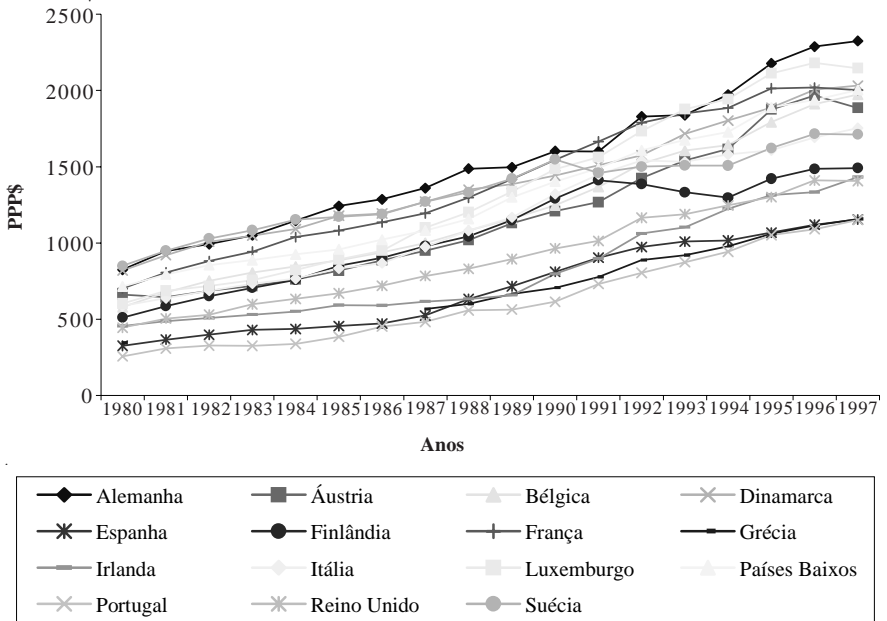
<sup>1</sup> O termo «modelo» é utilizado num sentido amplo — por exemplo, (a) uma solução resultante de uma articulação de variáveis, como num modelo econométrico, (b) uma metáfora, uma simplificação da realidade, como também é uso em economia (Folland, Goodman e Stano, 2001), (c) formas de intervenção, como nas estratégias da saúde ou na organização de serviços, etc.

<sup>2</sup> A taxa de *paridade do poder de compra* (PPP) é uma taxa de conversão que elimina os diferenciais nos níveis de preços entre os países. A PPP apresenta alguns problemas de medição, nomeadamente o facto de as suas estimativas quinquenais não reflectirem as alterações observadas no cabaz de bens utilizado no período. Esta limitação é sentida na saúde, sector em que o método se mostra incapaz de traduzir a rápida evolução tecnológica. Mas, para além desta limitação relacionada com o período temporal, existem outras relacionadas com o próprio cabaz utilizado: por um lado, os serviços médicos representam apenas uma pequena parte do cabaz; por outro, há um evidente enviesamento relativamente aos preços de medicamentos (dos 294 preços incluídos, 228 referem-se a medicamentos) (Mossialos e Le Grand, 1999).

Muitas têm sido as razões apontadas para o aumento das despesas, sempre mais rápido do que o aumento dos recursos disponíveis. Entre as principais contam-se o envelhecimento da população, o aumento de consumo dos cuidados médicos, a utilização de novas tecnologias mais onerosas, a ineficiência dos serviços de saúde, a irracionalidade das decisões e de muitas práticas dos profissionais.

Despesa global com a saúde em PPP\$ per capita  
para os países da União Europeia

[FIGURA N.º 1]



Fonte: OECD Health Data, 2000.

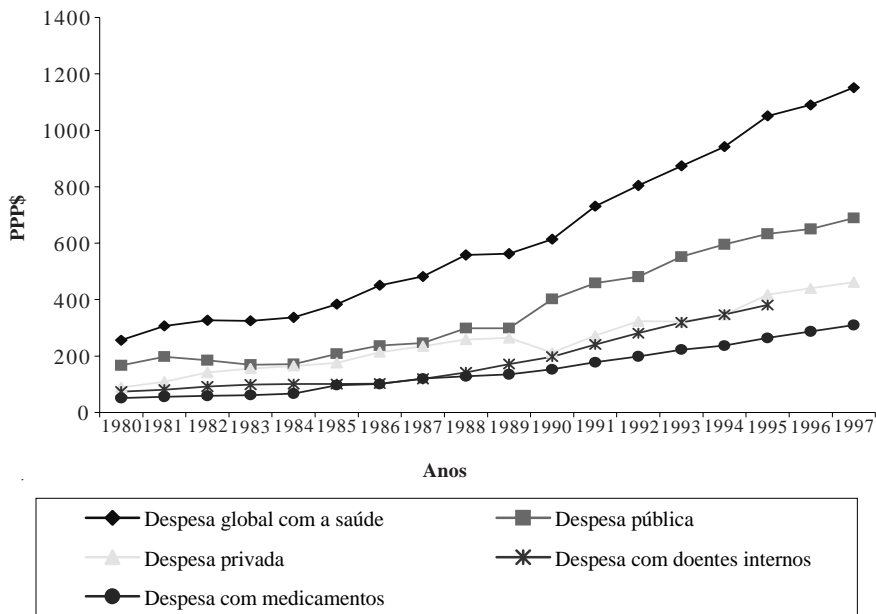
#### INSUFICIENTE E DESIGUAL NÍVEL DE SAÚDE ATINGIDO

Apesar dos esforços realizados, o nível de saúde atingido em muitos países, mesmo desenvolvidos, e em muitos subgrupos populacionais tem ficado aquém do desejável. Existem, por outro lado, gritantes desigualdades em saúde entre indivíduos e povos, muitas de causa evitável.

A título de exemplo, podem citar-se diversas assimetrias em vários indicadores de saúde da UE, nomeadamente na mortalidade prematura. Estas assimetrias são visíveis, em particular, na mortalidade prematura por cancro da mama e por doença isquémica cardíaca, mencionada num trabalho recente de Ferrinho *et al.* (Ferrinho, Bugalho e Pereira Miguel, 2001).

Aumento das despesas com a saúde em Portugal em PPP\$ per capita

[FIGURA, N.º 2]



Fonte: OECD Health Data, 2000.

A mortalidade prematura acima referida é aquela que ocorre antes dos 65 anos. Na UE, 1% das mortes verifica-se antes dos 15 anos e cerca de 20% antes dos 65. Em Portugal, os valores correspondentes são 1,3% e 22,8%. Tanto para a UE como para Portugal, a mortalidade antes dos 65 anos (quer para homens, quer para mulheres) está a decrescer, embora mais lentamente no caso do nosso país. As diferenças são particularmente acentuadas quando comparamos Portugal com os parceiros europeus que registam os melhores valores para este indicador: para os homens, Portugal regista uma taxa de mortalidade padronizada (TMP) de 399 por 100 000 habitantes, bem distante da TMP de 227 por 100 000 habitantes da Suécia. Esta diferença permite um ganho potencial de 43,1% para Portugal. Quanto às diferenças registadas entre as mulheres, apesar de os valores serem muito inferiores aos dos homens, ainda é possível a obtenção de ganhos significativos através da redução da TMP do país (175 por 100 000 hab.): os 126 por 100 000 habitantes registados pela Grécia permitem um ganho de 28%.

Se, de entre a mortalidade precoce, seleccionarmos a mortalidade prematura resultante de acidentes de viação, Portugal, com 17,3 mortes por 100 000 habitantes, regista uma taxa superior à média da UE (6,8 por 100 000 hab.), mais do dobro dos 3,1 por 100 000 habitantes registados na Finlândia.

O insuficiente nível de saúde atingido é também visível quando se compara a *esperança de vida* em diferentes idades nos países da UE. Portugal surge sempre entre os países com menor esperança de vida à nascença, a 1 ano, aos 15, aos 45 e aos 65 anos tanto para homens como para mulheres.

Em relação a Portugal, as tendências negativas na área da saúde podem exemplificar-se, como o fazem Mota Pinto e cols. (Pinto, Ramos e Pereira, 2000), ainda relativamente à mortalidade infantil, doenças cárdio-vasculares no grupo 0-64 anos, mortalidade materna, mortalidade por causas externas no grupo 15-64 anos, incidência de tuberculose e mortalidade por acidentes.

Para lá das diferenças entre países, sabe-se que os grupos desfavorecidos têm uma menor esperança de vida em comparação com os grupos sócio-económicos de rendimentos mais elevados. O diferencial na mortalidade dos grupos desfavorecidos é também visível quando se comparam populações urbanas e rurais e regiões do mesmo país: em Espanha morrem duas vezes mais filhos de trabalhadores rurais do que de trabalhadores na indústria ou serviços (Whitehead, 1990).

Não é apenas na mortalidade que estas diferenças existem: o fardo da doença é mais elevado entre os grupos desfavorecidos, enquanto o estabelecimento de doenças crónicas e de incapacidade ocorre em idades mais jovens (Whitehead, 1990). Verificam-se também diferenças a nível da qualidade de vida e do bem-estar. Em diversos países, os desempregados mostram mais problemas, por exemplo, a nível da saúde mental.

## REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde<sup>3</sup> organizados tal como hoje os conhecemos começaram há pouco mais de cem anos. O modelo de sistema nacional de saúde mais antigo é o alemão, de Bismarck, com início em 1883. O serviço nacional de saúde inglês, possivelmente o sistema de saúde mais influente, muitas vezes referido como modelo Beveridge, só surge em 1948 (WHO, 2000).

No momento actual pode considerar-se que nos encontramos na terceira geração de reformas fundamentais, que têm abrangido, entre outros aspectos, a criação de sistemas de saúde nacionais, a extensão dos esquemas de segurança social e a promoção de cuidados de saúde primários (integrada nos objectivos da «Saúde para Todos» da OMS).

Esta evolução dos sistemas de saúde tem sido pressionada por muitas insatisfações, como as acima apontadas, particularmente nas últimas décadas,

---

<sup>3</sup> *Sistemas de saúde* são «todas as organizações, instituições e recursos devotados à produção de acções de saúde». Se o grande objectivo dos sistemas de saúde é melhorar a saúde, na realidade podem considerar-se dois: o mais elevado nível médio (*goodness*) e a menor diferença exequível entre indivíduos e grupos (*fairness*) (WHO, 2000).

em que se tem verificado uma manifesta incapacidade de corresponder às legítimas expectativas dos cidadãos.

As pressões têm surgido de fora do sector da saúde (factores políticos, ideológicos, sociais, históricos, culturais e económicos), mas têm também resultado dos problemas de saúde e do sector da saúde.

Fora do sector da saúde, podem salientar-se os aspectos macroeconómicos, conjunturais, como o estado das economias nacionais ou as exigências no âmbito dos acordos da União Europeia. No sector da saúde têm particular relevância económica a modificação do padrão de doença (com um aumento importante das doenças crónicas e degenerativas) e a necessidade de disponibilizar cuidados médicos universais, incluindo novas e onerosas tecnologias.

#### ORIENTAÇÃO ACTUAL DAS REFORMAS

A estas pressões têm os países, sobretudo da Europa, respondido com um conjunto de estratégias que visam um balanço viável entre vários mecanismos orientados para o mercado (na afectação de recursos e na gestão das instituições) e um complicado *mix* de descentralização do sector público, vigilância estatal mais rigorosa e maior capacitação (*empowerment*) dos cidadãos.

Num recente trabalho sobre as reformas dos sistemas de saúde na Europa consideram-se quatro grupos de políticas dominantes (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000):

- *Políticas que lidam com a escassez de recursos* — deslocação de outros recursos do sector público, aumento de impostos ou de contribuições para a segurança social; grande debate sobre o nível apropriado de financiamento; estratégias de contenção de custos, influenciando a oferta e a procura.
- *Financiamento dos sistemas de modo mais equitativo e sustentável* — tanto entre os países que seguem o modelo Beveridge, sistema de saúde baseado predominantemente em impostos – como a Irlanda, os países escandinavos, Reino Unido, Grécia, Itália, Portugal e Espanha —, com acesso universal ou quase universal aos cuidados de saúde, como entre os que seguem o modelo Bismarck, sistemas baseados em seguros obrigatórios — como a Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Suíça —, com aumento de controlo e regulação governamental. Nalguns destes últimos países tem sido ensaiada a aplicação de incentivos de mercado no financiamento dos cuidados de saúde pela introdução da livre escolha do segurador.
- *Afectação de recursos efectiva* — afastamento dos modelos integrados de provisão de cuidados médicos para uma separação entre terceiros pagadores públicos ou quasi-públicos dos prestadores de serviços de

saúde. É nesta linha que se têm tentado formas mais efectivas de afectação de recursos: contratualização, afectação de capital, sistemas de pagamento a profissionais e instituições, mecanismos de compra de medicamentos.

- *Eficiência na prestação de cuidados* — maior atenção aos problemas organizacionais, concentração de esforços na melhoria da eficiência na gestão e nos desfechos (*outcomes*) de saúde: desenvolvimento de programas de qualidade dos cuidados, reestruturação da organização interna e externa dos hospitais, melhoria da capacidade dos cuidados primários, substituição de cuidados menos apropriados por mais apropriados (através da criação de *guidelines*), alterações na área dos recursos humanos.

#### OS TRÊS PILARES<sup>4</sup> (EFICIÊNCIA, EQUIDADE E QUALIDADE)

No conjunto das estratégias de reforma dos sistemas de saúde adoptadas pela generalidade dos países, incluindo Portugal, as questões da eficiência, equidade e qualidade têm estado no centro das atenções. Elas são fulcrais para que os sistemas de saúde atinjam os três objectivos fundamentais propostos pela OMS (WHO, 2000): (1) melhorarem a saúde das populações que servem; (2) responderem às expectativas das pessoas; (3) proporcionarem protecção financeira contra os custos da falta de saúde (*ill health*).

Na última década, a visão da OMS evoluiu para o que a própria organização designa por um «novo universalismo». Mais do que todos os cuidados possíveis para todas as pessoas, ou só os cuidados mais simples e básicos para os pobres, a expressão traduz antes o objectivo de prover a todos cuidados essenciais de alta qualidade, definidos sobretudo por critérios de efectividade, custo e aceitabilidade social. Isto implica escolhas específicas e prioridade nas intervenções, respeitando o princípio ético de que pode ser necessário e eficiente racionar serviços mas que é inadmissível excluir grupos inteiros da população. Se os serviços são para prestar a todos, nem todos os serviços podem ser prestados (WHO, 2000).

A importância das questões da eficiência, equidade e qualidade resulta mais remotamente das profundas mudanças políticas e económicas dos últimos tempos: economias de planeamento central reorientadas para o mercado, redução da intervenção estatal nas economias nacionais, menor controlo governamental, mais descentralização. Tem-se dado cada vez mais ênfase à escolha e responsa-

---

<sup>4</sup> Há autores que não defendem esta separação, considerando «eficiência» e «equidade» como uma só. O objectivo desta abordagem alternativa é o de se evitar a promoção de eficiências sem equidade.

bilidade individual. Há mais restrições ao que os governos podem fazer e mais expectativas das pessoas, todas querendo beneficiar dos avanços científicos (WHO, 2000). As necessidades são enormes e os recursos muito limitados.

## PROCURA DA EFICIÊNCIA

Pelas razões expostas, a eficiência, isto é, a relação entre os benefícios obtidos e os recursos despendidos, tornou-se uma preocupação omnipresente. Neste capítulo, depois de uma análise mais aprofundada do conceito, procurar-se-ão abordar algumas outras questões relacionadas com a eficiência, nomeadamente de que forma a melhoria da eficiência poderá contribuir para a contenção das despesas, para elevar o nível de saúde e para a equidade.

### CONCEITO DE EFICIÊNCIA

No campo da economia e gestão da saúde podem identificar-se pelo menos três noções de eficiência: a tecnológica, na utilização de recursos e a económica.

A eficiência tecnológica não envolve custos medidos em termos monetários, apenas avalia a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (Giraldes, 1997). A eficiência na utilização dos recursos segue um critério de minimização de custos, sendo a eficiência tecnológica condição necessária mas não suficiente para que se obtenha a eficiência na utilização dos recursos. Através da eficiência económica pretende-se a obtenção do máximo bem-estar para todos os indivíduos (Barros, 1999).

Todavia, esta definição pode ser entendida de forma diferente, conforme a «escola» económica que lhe está subjacente: uma abordagem utilitarista considera que uma combinação de recursos será mais eficiente do que outras se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual for superior ao somatório das reduções de bem-estar sofridas por outros indivíduos (Barros, 1999); mas, seguindo o critério do óptimo de Pareto, considera-se que uma afectação de recursos é economicamente eficiente se não for possível encontrar uma reafectação de recursos que aumente o bem-estar/satisfação de um dos agentes sem piorar o de nenhum outro. Esta última definição tem subjacente um certo ideal de equidade (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000), não sendo, portanto, possível abordar equidade e eficiência de forma independente.

Se a eficiência tecnológica e de afectação de recursos tem aplicação em qualquer sector da economia, a eficiência económica, dada a escassez de recursos existente no sector, torna-se um aspecto fundamental da economia da saúde. As avaliações económicas da utilização dos recursos surgem neste contexto com um papel importantíssimo a desempenhar, mas não o único: neste sector, as decisões



tomadas não se revestem de um carácter unicamente económico, tendo também uma dimensão moral ou de justiça social (Gertzen, 1997).

#### ALGUMAS QUESTÕES SOBRE EFICIÊNCIA

A aplicação da noção de eficiência ao sector da saúde faz surgir algumas grandes questões: quais as causas da ineficiência, como aumentar a eficiência e quais as repercussões que daí adviriam para o sector.

Olhando para o sector da saúde em Portugal, numa reacção imediata, pode dizer-se que as ineficiências existentes foram causadas pela insuficiência de fundos afectados ao sector (Ramos, 1999). Mas esta insuficiência poderá ser ela mesma aparente, dado que é devida, principalmente, a uma má afectação de recursos, mau planeamento e má distribuição (Pinto, Ramos e Pereira, 2000). A ineficiência crescente traduziu-se numa diminuição da qualidade dos cuidados e insatisfação quer por parte dos utentes, quer por parte dos profissionais de saúde. Registam-se também desigualdades na despesa e utilização dos serviços por classe social. A ineficiência na afectação de recursos resulta em extensas listas de espera, especialmente para consultas e cirurgias.

Aliás, esta é uma constatação que, pode dizer-se, está generalizada a toda a sociedade, pois, se inicialmente houve uma aceitação generalizada por parte da classe política de que Portugal precisa de aumentar os recursos destinados aos cuidados de saúde, assistindo-se a um forte aumento da despesa com a saúde, recentemente esta visão começou a ser contestada (Pereira *et al.*, 1999), exigindo-se uma intervenção que vá além do simples aumento de recursos financeiros disponíveis no sector.

Mas então como se poderá aumentar a eficiência em saúde? O aumento da eficiência no sector da saúde tem sido tentado recorrendo a diversas estratégias, fundamentalmente visando os utilizadores, os prestadores (serviços de saúde, médicos, farmácias), e mistas (Pereira Miguel e Costa, 1997).

As estratégias que visam os utilizadores agrupam-se em três categorias: co-pagamentos, taxas moderadoras e imposto sobre os seguros de saúde.

As estratégias que visam os prestadores agrupam-se em quatro categorias: aplicadas aos serviços de saúde (restrição da oferta, contenção de custos, pagamento prospectivo por acto, orçamento global prospectivo e capitação), aplicadas aos médicos (formas de pagamento, oferta de médicos, gastos médicos e perfis médicos), aplicadas às farmácias (despesas com medicamentos, promoção de vendas e preços de referência) e contenção global de despesas com a saúde.

As estratégias mistas englobam a competição entre planos de saúde, orientações para médicos e doentes, reforma no sistema de indemnizações e o *managed health care* (cuidados de saúde geridos), nomeadamente através da criação de organizações de manutenção de saúde e de prestadores preferenciais.

A gestão dos cuidados de saúde (*managed care*) define cuidados de saúde-padrão a prestar a grupos de pacientes que tenham determinadas patologias em comum e para as quais seja possível definir um conjunto de intervenções e serviços que possam e devam ser prestados. Esta abordagem foi desenvolvida devido à constatação de que os custos com a saúde eram elevados, nomeadamente devido ao sobreconsumo de cuidados de saúde, uma vez que os consumidores tendem a considerar apenas as despesas *out-of-pocket* (suportadas directamente pelo utente), e não o custo da totalidade do serviço prestado.

De entre as organizações e serviços desenvolvidos para responder a esta nova forma de gestão destacam-se as organizações de manutenção da saúde (*health maintenance organisations — HMO*) e as organizações de prestadores preferenciais (*preferred provider organisations — PPO*). No primeiro tipo de organização referida, as *HMO* — o tipo de organização mais popular —, é obrigatória a utilização dos serviços dos prestadores da própria organização de saúde, enquanto nas *PPO* o consumidor pode escolher o prestador de serviço a quem vai recorrer. Nestas, apesar da maior liberdade de escolha, existem incentivos financeiros, tanto a nível do prémio de seguro como do co-pagamento, destinados a induzirem o consumidor a optar por médicos indicados pelas próprias organizações.

Em Portugal, o aumento da eficiência do sector da saúde poderá passar pelas seguintes estratégias: definição de novas modalidades de pagamentos; definição de um novo enquadramento funcional e remuneratório para os profissionais de saúde; definição de normas e padrões de tratamento; introdução de mecanismos de competição; redefinição do papel dos serviços de saúde; reforço da regulação e avaliação por parte do Estado (Pereira Miguel e Costa, 1997).

As tentativas de reforma do sistema têm abrangido, essencialmente, a alteração do *mix* dos recursos financeiros da saúde, a introdução de novos mecanismos de gestão do sistema e a introdução de formas de gestão privada nos serviços de saúde (Pereira Miguel e Costa, 1997). No que respeita aos recursos financeiros, surgem três soluções, em alternativa, para controlar o aumento dos gastos: implementação de um seguro alternativo/complementar de saúde, aumento da componente privada na captação de recursos financeiros e introdução do *opting out* (opção dos consumidores por um subsistema). A nível da gestão do sistema de saúde foram criadas as administrações regionais de saúde, de âmbito regional alargado. Quanto à gestão privada, esta começa a ser implementada nos hospitais, prevendo-se também a aplicação de modelos de gestão privada aos centros de saúde.

Mas o que resulta destas medidas para aumentar a eficiência, uma vez colocadas em prática? De entre as repercussões possíveis no sector da saúde interessará distinguir repercussões na contenção de custos e na equidade.

Quanto à contenção de custos, a aplicação de métodos de avaliação económica às diversas tecnologias da saúde, apresentada de uma forma simplificada, permite

tratar um doente escolhendo, de entre as tecnologias existentes, aquela que para um mesmo *outcome* é a menos dispendiosa (como é o caso dos «genéricos»).

No que respeita à relação entre eficiência e equidade, a relação que se estabelece entre elas é complexa, podendo mesmo existir um *trade-off* entre as duas. Embora esta questão seja analisada mais em pormenor sob o capítulo do aumento da equidade, podemos dizer que, *grosso modo*, o aumento da eficiência e a racionalização de recursos que lhe está subjacente permitem diminuir as desigualdades sócio-económicas na utilização dos serviços de saúde. Um exemplo pode ser dado pelas «tristemente famosas» listas de espera: um aumento na eficiência permitirá a sua redução para níveis internacionalmente reconhecidos como aceitáveis, acelerando o acesso dos grupos mais desfavorecidos a consultas e cirurgias e reduzindo o diferencial em termos do tempo de espera registado em comparação com os grupos sócio-económicos mais elevados, que, tendo capacidade financeira para recorrerem ao sector privado, têm acesso imediato a cuidados médicos.

## PROCURA DA EQUIDADE

As desigualdades em saúde acima documentadas são apenas alguns exemplos das vastas assimetrias verificadas, mesmo nos países mais desenvolvidos, entre grupos sócio-económicos, étnicos, género, relativamente a um vasto conjunto de indicadores de saúde. Estas desigualdades em saúde são muitas vezes inaceitáveis nas sociedades modernas e democráticas. Neste capítulo abordam-se o conceito de equidade e algumas questões importantes nesta problemática.

## CONCEITO DE EQUIDADE

A expressão *desigualdades em saúde* tem sido usada, por vezes, apenas no seu sentido matemático, mas noutras tem-se procurado que transmita também um sentimento de desonestidade, deslealdade. Nesta acepção, e para maior clareza, prefere-se o termo *inequidades*, salientando-se que as diferenças verificadas são desnecessárias e evitáveis, logo injustas. Esta designação assume assim uma dimensão moral e ética. O valor moral em questão, e o ideal que se procura atingir, é o da *equidade*. A equidade concerne, pois, à criação de oportunidades iguais para a saúde e à redução dos diferenciais de saúde para o mínimo possível (pela acção sobre os factores que se consideram evitáveis e desonestos) (Whitehead, 1990).

Idealmente, a equidade em saúde implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde; como tal, sempre que seja possível, ninguém deve ser colocado em desvantagem no processo de atingir a «saúde ideal» (WHO, 1999).

A equidade pode ser interpretada de diversas formas: justiça na distribuição de recursos, direito a usufruir dos recursos por necessidade ou contribuição, produção da maior quantidade de bem para o maior número de beneficiários (Jones, 2001).

Operacionalmente, estas questões têm levado a preocupações com o acesso igual aos cuidados disponíveis para necessidades iguais, igual utilização para iguais necessidades e igual qualidade de cuidados para todos (Whitehead, 1990). Noutra formulação prática, equidade em saúde pode ser entendida em duas perspectivas: por um lado, a equidade vertical, centrada na justiça do financiamento do sistema de saúde; por outro, a equidade horizontal, centrada no estado de saúde e nos cuidados prestados aos indivíduos (Jourdain, 2000).

#### ALGUMAS QUESTÕES SOBRE EQUIDADE

De entre as questões que se levantam quando se fala em equidade em saúde, há alguns aspectos que merecem aqui ser abordados: as causas da inequidade em saúde, a promoção da equidade, da qualidade, e a equidade no financiamento.

Ao abordar as causas das desigualdades em saúde (isto é, os seus determinantes) convém referir quais as diferenças nos determinantes que são consideradas injustas e desnecessárias. O julgamento sobre se as situações são injustas ou não pode variar de lugar para lugar e de tempo para tempo, mas um critério geralmente usado é o grau de escolha envolvido (Whitehead, 1990). De forma breve, podem referir-se os comportamentos de risco, em que o grau de escolha dos estilos de vida é severamente limitado, nomeadamente exposição a condições de vida e trabalho não saudáveis, acesso inadequado a serviços públicos essenciais (como os de saúde), mobilidade social descendente (tendência para as pessoas doentes serem despromovidas ou mesmo perderem os seus empregos).

O uso e o acesso inadequado aos cuidados de saúde, bem como diferenças na qualidade da sua prestação, têm sido alguns dos aspectos mais analisados. No que diz respeito ao *uso* dos cuidados de saúde, este está intimamente ligado à oferta: os indivíduos podem procurar cuidados de saúde, mas não os obterem, porque o preço é muito elevado ou porque há deficiências do lado da oferta (Bélgica, Universidade Católica de Lovaina, 1999).

Tanto num como noutro caso, as pessoas de menores recursos financeiros são afastadas por não poderem pagar um serviço demasiado dispendioso para a sua capacidade económica. Relativamente ao primeiro caso, a relação entre poder económico e *uso* é óbvia, mas também se verifica no segundo. As deficiências no lado da oferta resultam na prestação de cuidados médicos em primeiro lugar aos casos prioritários — dado que esta é uma desigualdade justa, não podemos falar de inequidade. Mas há inequidade quando, de dois indivíduos com o mesmo problema de saúde, um deles recebe tratamento por ter recursos suficientes para recorrer à clínica privada.

O *acesso*<sup>5</sup> aos cuidados de saúde está também ligado, principalmente, à oferta dos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde devem estar disponíveis de forma idêntica e deve haver uma oportunidade igual para usar os serviços por parte daqueles que têm uma necessidade idêntica<sup>6</sup>. O igual acesso continua a permitir aos indivíduos expressarem as suas preferências pessoais pelo consumo de cuidados de saúde, de acordo com as suas percepções e prioridades (Bélgica, Universidade Católica de Lovaina, 1999).

Mas, como atrás referido, o acesso a cuidados de saúde pode depender de limitações financeiras, impedindo a sua utilização por parte de pessoas que têm esse direito. Factores que podem parecer insignificantes, como os custos dos transportes, limitam o acesso aos serviços disponíveis por parte das classes mais pobres. O próprio facto de faltar um dia ao trabalho (perdendo um dia de remuneração) pode afastar alguns indivíduos de cuidados de saúde — gratuitos — a que têm direito por tornar insustentável a perda de rendimento associada.

Também há limitações de acesso quando os serviços estão mal distribuídos nos países ou regiões ou quando os recursos disponíveis são gastos quase exclusivamente com serviços de alta tecnologia médica dirigidos a um pequeno segmento da população.

Finalmente, no que toca à desigual *qualidade*, este factor pode ser influenciado pela apropriação que os indivíduos fazem dos serviços que são disponibilizados. Há casos em que a redução de camas hospitalares por cortes orçamentais levou a mais admissões das classes sociais mais elevadas do que das outras ou, ainda neste âmbito, casos em que os prestadores dão consultas mais abreviadas e fazem menos encaminhamentos para especialistas a doentes de classes mais baixas (Whitehead, 1990). Esta diferença na qualidade da prestação do serviço está, nomeadamente, ligada à compreensão que os indivíduos têm relativamente aos seus direitos e à sua capacidade reivindicativa.

Referiu-se no início desta secção que o estado de saúde é fortemente influenciado pelo comportamento dos indivíduos, mas há também que assinalar que o comportamento das pessoas é fortemente influenciado por

---

<sup>5</sup> *Acessibilidade*: (1) distância ou espaço de tempo mínimo para dispor de cuidados de saúde; (2) custo de acesso aos serviços (custo de transporte e valorização do tempo despendido); (3) custo da apropriação do bem ou serviço por um indivíduo com um dado orçamento e função.

<sup>6</sup> O que nem sempre acontece: veja-se o caso dos imigrantes indocumentados (que se pode considerar, na generalidade, como integrando classes sociais mais baixas), a quem é negado acesso aos cuidados. Esta questão ultrapassa mesmo a justiça em relação ao indivíduo, que tem maior ou igual necessidade de cuidados de saúde, mas geralmente não tem direito a usufruir deles, excepto em situações de emergência. Mas, na verdade, a prestação de cuidados a estes indivíduos em moldes idênticos ao que acontece à população em geral teria custos muito inferiores aos que resultam do sistemático recurso às urgências e, por outro lado, inferiores aos resultantes do alastramento de uma doença infecto-contagiosa (v. g., tuberculose) por ausência de tratamento.

restrições materiais que enfrentam no decorrer das suas actividades (Abel-Smith, Figueras, Holland *et al.*, 1997). As escolhas que fazem são, em parte, resultado dos seus gostos e preferências, mas dependem também muito das suas restrições (nomeadamente de rendimento) (Whitehead, 1990). Note-se que as próprias preferências podem ser o resultado das restrições que os indivíduos ou os seus progenitores enfrentam. Destas restrições, além da pobreza, importa considerar outras que conduzem à exclusão social: a educação e a situação de imigrante, refugiado ou pertença a minoria étnica.

No que respeita à pobreza, independentemente de esta ser definida em termos de rendimento, estrato sócio-económico, condições de vida ou nível educacional, é o principal determinante de doença, surgindo correlacionada com elevadas taxas de abuso de substâncias (tabaco, álcool e drogas), depressão, suicídio, comportamento anti-social e violência e um largo espectro de problemas físicos (WHO, 1999). Num estudo sobre a prestação de cuidados de saúde na Europa e nos EUA (Doorslaer, Wagstaff, Burg *et al.*, 2000), os pobres são utilizadores mais intensivos do clínico geral, do médico especialista e do hospital, uma vez que a necessidade de cuidados de saúde tende a concentrar-se nas classes de menor rendimento.

A educação é um importante determinante da saúde: as qualificações dos indivíduos influenciam a futura profissão e o rendimento auferido (WHO, 1999). Normalmente, um menor nível de educação limita as profissões a que o indivíduo poderá ter acesso (trabalho manual, trabalho não qualificado), o que, por sua vez, condiciona o nível de rendimento. A educação desigual tem repercussões na saúde: sabe-se que existe uma relação entre o tipo de emprego e a mortalidade (por exemplo, os trabalhadores manuais têm taxas de mortalidade mais elevadas, nomeadamente por doenças cardíaco-vasculares) e a morbilidade (nomeadamente as taxas de absentismo por doença). Por outro lado, o desemprego e a insegurança no trabalho têm efeitos negativos sobre a saúde, aumentando o risco de problemas físicos e psicológicos e de suicídio (WHO, 1999).

Finalmente, as minorias étnicas, refugiados e imigrantes — ainda que integrando, em grande medida, os grupos desfavorecidos acima descritos —, dada a sua condição, correm um risco acrescido de doença. Embora o seu número esteja a aumentar em diversos países, as suas necessidades são pouco atendidas, em particular, porque não beneficiam dos mecanismos existentes a nível dos cuidados de saúde e da segurança social (WHO, 1999). Embora os imigrantes sejam, normalmente, os indivíduos mais saudáveis das suas comunidades de origem, a sua saúde exige cuidados nos países de acolhimento (dois exemplos: das dificuldades de adaptação poderão resultar problemas psicológicos; das más condições de vida, a emergência de doenças, como a tuberculose). Quanto aos refugiados, muitas vezes despojados de tudo e já de precária saúde, todas as circunstâncias favorecem uma saúde física e mental pior do que a das populações autóctones. A saúde das minorias tende também a ser pior do que a das etnias maioritárias.

Referidos os principais determinantes das inequidades em saúde, pergunta-se: de que instrumentos se dispõe para as reduzir? A procura da equidade em saúde tem assumido duas vertentes principais: por um lado, a formulação de políticas exteriores ao sector da saúde que favoreçam a equidade global e, por outro, as medidas tomadas pelo sector da saúde, promovendo a equidade no acesso, na qualidade e na utilização dos cuidados de saúde.

No que respeita às medidas exteriores ao sector da saúde, pode dizer-se que muitas políticas públicas, ainda que delineadas para o bem da globalidade da população, podem ter um impacto enorme nos que vivem em piores condições, promovendo desta forma a equidade em saúde. Entre os vários exemplos encontram-se as medidas que favorecem o pleno emprego e o aumento dos rendimentos dos grupos sócio-económicos mais pobres (Whitehead, 1990). Não só a política económica desempenha um papel activo na busca da equidade em saúde, como os efeitos das políticas de todos os sectores podem ter impacto na saúde, particularmente na saúde dos grupos mais vulneráveis da sociedade, pelo que estes efeitos têm de ser avaliados.

Neste combate pode mesmo ser necessário promover políticas desiguais<sup>7</sup>. Assim, os objectivos em política de saúde ou de cuidados de saúde devem derivar dos objectivos fundamentais da organização social e económica, como a promoção da justiça social, a obtenção de eficiência económica e a preservação da liberdade individual. Atingir um ou todos estes objectivos pode exigir certas desigualdades em áreas de política social, como a saúde, em vez de uma igualdade total. Por exemplo, enquanto a promoção da eficiência económica pode exigir que a saúde e os cuidados de saúde estejam centrados, principalmente, nos elementos produtivos da sociedade, e menos nos elementos improdutivos (v. g., idosos e incapacitados), a justiça social pode exigir o oposto (Abel-Smith, Figueras, Holland *et al.*, 1997).

Mesmo em sociedades de abundância, as desigualdades na saúde aumentam com o alargar das desigualdades sócio-económicas, percorrendo todos os grupos sócio-económicos. Assim, pese embora a necessidade de as políticas nacionais de saúde darem prioridade aos grupos que vivem em pior situação económica, deverão igualmente visar a distribuição desigual entre classes sociais dos resultados do crescimento económico e de bens sociais, como a educação e o emprego (WHO, 1999).

Tendo em vista a necessidade da distribuição desigual dos resultados do crescimento económico, na década de 90 o Reino Unido promoveu um estudo das desigualdades em saúde decorrentes de desigualdades sócio-económicas que não só identificou as diferenças com origem nas características

---

<sup>7</sup> Embora não tenha aplicado a sua teoria aos serviços de saúde, Rawls acha justa a maximização dos benefícios dos indivíduos mais desfavorecidos (*maximin*), considerando que têm tendência a quererem melhorar a sua situação, particularmente se se encontram na pior posição social (Giraldes, 1997).

económicas e sociais de grupos da população, como apontou algumas soluções políticas (Scientific Advisory Group, 1998).

A influência da educação nas desigualdades em saúde é tão forte que este relatório, realizado pelo *Department of Health*, recomenda a provisão adicional de recursos para escolas que recebam crianças de grupos mais desfavorecidos, por forma a melhorar a sua educação. Igualmente, no que toca à situação das minorias, o mesmo relatório recomenda que as suas necessidades específicas devem ser consideradas no desenvolvimento e implementação de políticas de redução de desigualdades sócio-económicas. Finalmente, e reconhecendo a pobreza como forte condicionante da saúde, o relatório apresenta algumas recomendações, tendo os grupos sócio-económicos mais baixos como alvo, sugerindo a implementação de políticas que reduzam as desigualdades no rendimento e melhorem o nível de vida dos agregados familiares dependentes de apoio social. Em particular, os autores destacam as medidas de redução da pobreza direccionadas para mulheres em idade fértil, grávidas, crianças e idosos, recomendando ainda o aumento das oportunidades de emprego.

No que respeita a medidas tomadas pelo sector da saúde, convém recordar que melhorar a equidade nos cuidados de saúde exige não só a redução das desigualdades em saúde, mas também no uso dos cuidados de saúde e/ou no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 1999).

Equidade no uso de cuidados de saúde implica também equidade na afectação de recursos em relação às necessidades sociais e de saúde. Esta é uma questão que se depara com muitos problemas devido à introdução de programas de contenção de custos (necessários em resultado da escalada de custos a que se tem assistido). É muito importante que se avaliem essas políticas e o seu impacto no acesso, utilização e qualidade de cuidados para os grupos em maior desvantagem.

É aqui que, de novo, se levanta a questão da eficiência, uma vez que — apesar de se reconhecerem as vantagens da utilização de medidas de eficiência — o seu aumento não conduz, necessariamente, a um aumento da equidade (Whitehead, 1990). Veja-se uma questão de acessibilidade: de um ponto de vista de ocupação do território, uma solução eficiente pode levar a que, devido à baixa densidade populacional, a distância aos serviços de saúde de elevada utilização ultrapasse o nível considerado aceitável, gerando desigualdades no acesso aos serviços por parte dos utentes dos serviços. A decisão pela localização deve ser tomada a nível político, optando por reduzir o tempo de acesso aos serviços e, desta forma, melhorando a equidade.

Em Portugal, o Ministério da Saúde, no documento *Saúde, Um Compromisso* (Portugal, Ministério da Saúde, 1999), considera o acesso aos cuidados de saúde «um elemento crucial do desempenho e da efectividade do sistema de saúde». Esta não constituiu, contudo, a primeira vez em que foi considerada necessária a resolução dos problemas ligados à acessibilidade, sendo



desenvolvidos programas específicos desde 1996: nesse ano, iniciou-se um programa orientado para «a recuperação das listas de espera e para a extensão dos períodos de atendimento nos centros de saúde e nos hospitais». Mais tarde, no final de 1998, iniciou-se o programa para a promoção do acesso, a ser desenvolvido até 2002, cujos objectivos são clarificar a natureza e dimensão das listas de espera, tornar mais transparentes as causas dessas listas e reduzir e «eliminar progressivamente e de forma priorizada até níveis clinicamente aceitáveis a dimensão das listas de espera».

No seguimento das estratégias adoptadas no *Saúde, Um Compromisso*, e visando a promoção do acesso, o *Programa Saúde XXI* (2000-2006), no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio a Portugal, através do Eixo Prioritário II (Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade), referencia quatro medidas a serem implementadas neste âmbito: rede de referenciação hospitalar, sistemas de informação e comunicação, certificação e garantia de qualidade e formação de apoio a projectos de modernização em saúde (Portugal, Ministério da Saúde, 2001).

Contudo, para que o próprio sector tome medidas efectivas, a saúde tem de ser aceite como um dos principais objectivos do desenvolvimento, por direito próprio e por integrar os planos nacionais de desenvolvimento social e económico. É preciso aceitar que a política de saúde vai muito além da prestação de serviços médicos e que, portanto, não pode deixar de ser prioritária em tempos de recessão económica.

A política de saúde tem de ser integrada também a nível do seu impacto sobre outras políticas e tendo presente o seu impacto sobre o desempenho económico do país. Um trabalhador doente tem menor produtividade, o que irá reflectir-se no PIB. Ora, num país que tem uma produtividade inferior à média europeia, o empenho no combate à ineficiência e à desigualdade em saúde é um instrumento importante no combate ao absentismo e à baixa produtividade.

No que respeita à relação entre equidade e financiamento, convém distinguir entre dois sistemas de financiamento: contribuições de terceiros e pagamento directo pelos compradores individuais; um serviço que é financiado através de contribuições de terceiros (*third party insurance*), em vez de ser pago directamente pelos compradores individuais, tem mais características de serviço público. No primeiro sistema, a diferenciação dos indivíduos através do pagamento é eliminada. Ora, quando os cuidados médicos são financiados por um grupo, qualquer alteração na qualidade ou padrões do serviço afecta todos os contribuintes da mesma forma e, portanto, exige a tomada de medidas colectivas (Gertzen, 1997).

Este sistema de contribuições é tornado possível pela própria consciência da sociedade. Na busca da equidade em saúde é aceitável que diferentes grupos sociais contribuam para o sistema de cuidados de saúde com montantes diferentes (Bélgica, Universidade Católica de Lovaina, 1999), uma vez

que os indivíduos com baixos rendimentos — nomeadamente aqueles cujos rendimentos são constituídos na sua totalidade por subsídios do Estado — não têm capacidade financeira suficiente para comprar bens e serviços necessários a uma boa saúde (Scientific Advisory Group, 1998).

As formas de financiamento não são independentes dos sistemas de cuidados de saúde; os sistemas concebidos para reduzir as desigualdades relacionadas com a saúde têm consequências tanto para o financiamento como para a prestação de cuidados de saúde. As contribuições financeiras individuais não devem depender do estado de saúde (prévio) do indivíduo, mas sim da sua capacidade de pagar. Os serviços não devem ser prestados conforme a capacidade para pagar, mas conforme a necessidade — apesar de o termo ser vago. Como consequência, um sistema de cuidados de saúde respeita a solidariedade se atinge alguma redistribuição *ex ante* entre grupos de idade, entre classes de rendimento, entre pessoas sós e famílias e entre riscos para a saúde, bons e maus, comparados com um mercado de cuidados de saúde privados, hipotético e não regulamentado.

## DECISÕES MAIS RACIONAIS

Um dos aspectos que mais recentemente têm interessado os profissionais de saúde é o das decisões racionais. Tem-se procurado que em todos os domínios, da gestão em saúde à medicina clínica, as decisões sejam cientificamente melhor fundamentadas e por isso menos emocionais. Razões de eficácia, eficiência e éticas estão na base desta preocupação. Como afirma um dos mais conceituados autores, Muir Gray, a nova agenda da gestão consiste em, a todos os níveis, fazer bem as coisas que devem ser feitas (*doing the right things right*) (Muir Gray, 1997).

Uma das constatações importantes dos últimos anos tem sido a de que muitos serviços clínicos, possivelmente mais de 30%, podem ser ineficazes (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000). Abundam também os exemplos de ineficiência a todos os níveis de cuidados de saúde.

Como apoio a uma decisão mais informada, têm-se desenvolvido várias abordagens que, apesar das diferenças, têm em comum visarem a melhoria dos desfechos em saúde — avaliação das tecnologias da saúde, medicina baseada na evidência, investigação de *outcomes*, garantia de qualidade, desenvolvimento contínuo da qualidade (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000).

A economia da saúde tem contribuído para este esforço de decisões mais correctas com diversas metodologias, entre as quais se destaca a chamada *avaliação económica das tecnologias da saúde*. Devido à escassez de recursos, cada escolha feita, no que respeita à sua afectação, impede que sejam utilizados em oportunidades alternativas. Esta é uma noção central da economia, o conceito de custo de oportunidade, que aqui tem plena aplicação.

AVALIAÇÃO ECONÓMICA DAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE

A avaliação económica das tecnologias da saúde<sup>8</sup> apoia-se sobretudo em quatro tipos de estudos de complexidade crescente: minimização de custos, custo-efectividade, custo-utilidade e custo-benefício.

A análise de minimização de custos apenas leva em linha de conta os custos incorridos por duas tecnologias (programas, tratamentos) consideradas equivalentes. Mas Drummond *et al.* (Drummond, O'Brien, Stoddart *et al.*, 1997) consideram que esta análise é um caso particular da análise custo-efectividade.

A análise custo-efectividade<sup>9</sup> é uma abordagem da eficiência que analisa os resultados em unidades «naturais» (v. g., melhoria do estado de saúde), comparando-os com os custos monetários dos cuidados de saúde (Jones, 2001). Pode ser realizada de duas formas: maximizando o *output* associado a um dado custo ou minimizando o custo para um determinado fim (por exemplo, vacinação). Este tipo de análise tem como principal limitação ignorar dimensões importantes da saúde, como a qualidade dos cuidados prestados (St Leger, Schnieden e Walsworth-Bell, 1999; Brito de Sá, 2001). Apesar das suas limitações, é um instrumento de análise precioso. Um exemplo da sua aplicação prática no rastreio da infecção ginecológica por *Chlamydia trachomatis* pode ser encontrado em Brito de Sá.

A análise custo-utilidade<sup>10</sup> relaciona o custo de uma acção médica com as suas consequências expressas em variáveis qualitativas, utilizando critérios não monetários (Béresniak e Duru, 1999). Têm sido ensaiadas diversas medidas de utilidade, tais como os QALYs (*quality adjusted life years* — anos de vida ganhos ajustados à qualidade), os DALY (*disability adjusted life years* — anos de vida ajustados à incapacidade) ou os HYE (*healthy year equivalents* — equivalentes de anos saudáveis); esta combinação de indicadores é mais rica e vantajosa do que as medidas de uma única dimensão, como as utilizadas na análise custo-efectividade.

Esta análise aborda questões de eficiência na afectação de recursos em relação à determinação das prioridades em saúde. A sua principal vantagem é a de não ser uma abordagem meramente monetária, mas tem também diversas desvantagens, nomeadamente a incapacidade para lidar com ques-

---

<sup>8</sup> *Tecnologias da saúde* é a designação genérica de todas as intervenções em saúde, qualquer que seja o domínio em que sejam aplicadas ou os recursos tecnológicos envolvidos. A designação abrange uma grande variedade de intervenções, tais como, por exemplo, sessões de educação para a saúde, medicamentos ou utilização de próteses ou ortóteses.

<sup>9</sup> *Eficácia* é o impacto de uma intervenção em saúde numa situação de utilização ideal, num ensaio experimental que reúna as condições mais favoráveis. *Efectividade* é o impacto de uma intervenção quando esta é aplicada, na prática, nas contingências do quotidiano dos serviços de saúde. Uma intervenção pode ter-se revelado eficaz em «laboratório», mas ser inefectiva em utilização corrente (por exemplo, por baixa adesão da população-alvo).

<sup>10</sup> *Utilidade* é a satisfação que uma pessoa pode retirar de um dado produto.

tões de equidade nos cuidados de saúde ou em considerar outros objectivos dos serviços que não a maximização da saúde (Jones, 2001).

A análise custo-benefício resume os custos em que é necessário incorrer para obter um dado benefício, associando um determinado valor monetário aos benefícios de uma intervenção e comparando-o com os custos monetários. Os custos considerados podem ser julgados em termos da sua amplitude, relevância, exactidão ou tipo. O princípio subjacente a esta análise é o de que os programas sejam implementados apenas quando os benefícios ultrapassam os custos. Tem a grande vantagem de permitir a comparação entre serviços diferentes (Jones, 2001).

Estes tipos de estudos têm sido utilizados em diversos campos, incluindo o dos medicamentos e o da prevenção.

Em Portugal, conforme assinalam Mota Pinto e cols. (Pinto, Ramos e Pereira, 2000), a avaliação económica das tecnologias da saúde não é praticada de uma forma sistemática, integrada e coerente. Há estudos de avaliação económica, embora escassos, nas áreas dos medicamentos, equipamento pesado e dispositivos médicos. Os medicamentos são, possivelmente, o sector mais desenvolvido neste aspecto, com legislação e orientações metodológicas publicadas para estudos de avaliação económica, tendo em vista decisões de reembolso (Silva, Gouveia Pinto, Sampaio *et al.*, 1999).

Contudo, em Portugal, como em muitos países, as decisões políticas não são geralmente baseadas em avaliações sistemáticas. Na generalidade dos casos, a adopção de novas tecnologias é tomada, principalmente, pelos profissionais de saúde, uma vez que na tomada de decisão os factores de ordem técnica têm muito peso. Assim, a influência dos estudos económicos depende muitas vezes, na prática, da sua utilização pelos profissionais de saúde (Gouveia Pinto e Miguel, 2000).

## RELEVÂNCIA DO CONTEXTO SOCIAL

Uma moderna abordagem económica da saúde não pode deixar de valorizar, em particular, o ambiente social. Como se afirmou no início deste trabalho, existem múltiplos factores sociais que determinam a saúde (génese social) e, por outro lado, a saúde tem por vezes enormes repercussões sociais. Para além disso, não se pode ignorar que há uma dinâmica social sempre presente, afectando os sistemas de saúde, resultante de um conjunto de forças que vão desde as concepções sobre a saúde à forma como se comportam os actores (individuais e grupos organizados) do sistema de saúde e da sociedade em geral. Mesmo considerando as mais importantes inovações tecnológicas no âmbito da medicina, é em função da qualidade do ambiente social, económico e cultural em que estas inovações têm lugar que a saúde será positiva ou negativamente afectada (Evans e Stoddart, 1994).

Ainda que os determinantes da saúde estejam interligados e a saúde tenha uma causalidade multifactorial, é costume dividi-los em várias categorias: biológicos (por exemplo, idade, sexo, factores genéticos), comportamento e estilos de vida (por exemplo, fumar, exercício físico, alimentação), ambiente físico e condições de vida (por exemplo, alojamento, água, esgotos, condições de trabalho), condições sociais (por exemplo, emprego, posição sócio-económica, apoio e coesão sociais), assim como nas relacionadas com o sistema de saúde (por exemplo, políticas de saúde, serviços de saúde, acesso e modo como os cuidados são prestados).

Existe uma vasta literatura sobre a questão dos determinantes da saúde e até uma reflexão recente sobre a sua pertinência no contexto da UE promovida pela última presidência portuguesa (Portugal, Ministério da Saúde, 2000). Importa, contudo, salientar que cada vez mais se perspectiva como limitado (ainda que imprescindível) o contributo dos serviços de saúde para o nível global de saúde e que outros sectores sociais são cada vez mais considerados (ambiente, agricultura, etc.).

Entre os determinantes mais importantes e que mais relações directas têm com o foro económico devem citar-se o rendimento e a pobreza. Cada vez mais outras políticas, que não só as políticas da saúde (económicas, de segurança social, do trabalho, etc.), devem conter preocupações com os seus possíveis impactos na saúde, justificando-se, assim, a designação de «políticas saudáveis».

Quanto aos outros aspectos da dinâmica social que importa considerar, deve reconhecer-se, com Contandriopoulos *et al.* (Contandriopoulos, Lauristin e Leibovich, 2000), que a crise dos sistemas de saúde não é só uma crise financeira, é também uma crise de conhecimento, de valores e de regulação (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000). A estabilidade dos sistemas sociais, incluindo o da saúde, é o resultado da coerência existente entre os valores da sociedade (aquilo a que os autores chamam o «sistema de crenças dominante») e as estruturas sociais e materiais (processos, leis e regulações que estruturam a maneira como os recursos e a autoridade são distribuídos, o volume e o tipo de recursos disponíveis), sendo esta organização, também ela, em certa medida, um reflexo dos valores da sociedade.

Os principais valores referidos, em tensão entre si, são a equidade, a eficiência e a autonomia individual. A equidade e a eficiência já foram acima tratadas; quanto à autonomia individual, esta é entendida como sinónimo de liberdade e independência, em contraste com a visão colectivista da sociedade que ressalta do conceito de equidade (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000).

Mas, no campo dos valores, talvez se deva ainda acrescentar o próprio conceito de saúde. Apesar de o moderno conceito de saúde da OMS<sup>11</sup> ser mundialmente uma referência, a sua visão é julgada demasiado utópica e

---

<sup>11</sup> De acordo com a definição da OMS, saúde é: (1) um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade; (2) a redução na mortalidade, morbidade e incapacidade devida a doenças ou desordens e um aumento no nível de saúde.

pouco operacional por alguns autores (Saracci, 1997). Por outro lado, em determinados sistemas políticos, como o da própria UE, o conceito de saúde surge apenas sob uma forma operacional, pragmática, que representa, neste caso, o consenso possível atingido no Tratado de Amsterdão<sup>12</sup>.

Os conceitos de saúde e doença abrangem realidades muito diferentes: numa visão clássica, a doença é um fenómeno observável e quantificável, existindo uma clara separação entre doenças; esta leitura corresponde a uma concepção positivista do mundo. Foi este conceito que esteve na origem dos importantes desenvolvimentos registados pela ciência biomédica e pela capacidade de diagnóstico, e a legitimidade dos sistemas de saúde assenta nele. Contudo, apesar da sua importância, esta visão de doença começa a ser questionada: as disparidades na saúde entre grupos de população estão a aumentar, as doenças não são vistas como independentes entre si e começa a surgir a ideia de que existe uma diferença qualitativa entre saúde e doença.

Assim, são a saúde e os seus determinantes que se tornam o novo objecto de estudo, constituindo esta visão a génese de uma ciência da saúde generalista e complementar da visão tradicional, estudando a saúde e os seus determinantes ao nível do indivíduo. O desafio de uma sociedade evoluída é ser capaz de dar a cada indivíduo acesso a tratamentos de alta qualidade e, ao mesmo tempo, desenvolver políticas públicas que promovam a saúde da população (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000).

Na já citada obra de Contandriopoulos *et al.* (Contandriopoulos, Lauristin e Leibovich, 2000) fazem ainda parte do sistema de crenças dominante a definição de jurisdições, a afectação de recursos e a lógica da regulação

---

<sup>12</sup> No seu artigo 152.º, referente à saúde pública, o Tratado de Amsterdão (Comissão das Comunidades Europeias, 1997) estabelece que:

«1. Na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade será assegurado um elevado nível de protecção da saúde.

A acção da comunidade [...] incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana. Esta acção abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e da prevenção [...]

4. O Conselho [...] após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, contribuirá para a realização dos objectivos a que se refere o presente artigo, adoptando:

- b) [...] medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham directamente por objectivo a protecção da saúde pública;
- c) Acções de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana [...] com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados membros.

5. A acção da Comunidade no domínio da saúde pública respeitará plenamente as competências dos Estados membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos [...]

(modelos tecnocrático, de auto-regulação profissional, baseado no mercado e democrático) (Figueras, Saltman e Sakellarides, 2000).

No modelo tecnocrático, em nome do interesse público, o Estado inter-vém directamente na operacionalização do sistema de saúde, sendo a sua actividade justificada pela capacidade de agir de forma apolítica e racional. Este modelo opõe-se, assim, às reformas propostas com o objectivo de produzir novos tipos de relações entre políticos, prestadores e consumidores.

O modelo de auto-regulação profissional considera que o papel da administração pública se deve limitar à eliminação de barreiras económicas à prestação de cuidados de saúde, à garantia de que existem profissionais e equipamentos de saúde em número suficiente e à criação de programas de promoção de saúde destinados à população. Aqui o controlo do sistema de saúde deve ser delegado nos médicos.

Quanto ao modelo baseado no mercado, a regulação é feita de acordo com a oferta e a procura em mercados competitivos, sujeitas a algumas restrições, reduzindo a intervenção do Estado em matérias económicas ao mínimo possível. Este é um modelo que conduziria a um óptimo de Pareto, sendo impossível alterar a afectação determinada sem penalizar algum agente económico.

De acordo com o modelo democrático, cada cidadão tem o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões e acções sócio-políticas. Este modelo liga a população ao processo de formulação de necessidades, problemas, prioridades e soluções, à gestão e administração do sistema de saúde. Num sector em que os decisores são nomeados, e não eleitos, esta é talvez a forma de aumentar a participação e a capacidade de decisão das populações relativamente aos serviços prestados — nomeadamente a nível local. Claro que se pode questionar a racionalidade de, pelo menos, algumas das decisões assim tomadas, mas poderá ser uma evolução positiva e inovadora no que respeita aos mecanismos de tomada de decisão.

Numa altura em que tanto se fala da importância de uma abordagem integrada não é de mais voltar a referir a importância dos contributos de diferentes ciências sociais para a construção de modelos de saúde que ultrapassem uma visão meramente económica. Sabe-se que, dada a escassez de recursos, a avaliação económica e os novos modelos de gestão têm um papel importante a desempenhar, mas, se bem que a contenção de custos seja uma prioridade, para que esta medida não se transforme, a prazo, num acréscimo de custos financeiros e sociais é preciso dar à sociedade (comportamentos, normas, valores que a regem) a devida importância, integrando-os nos modelos a desenvolver.

Aliás, no que respeita ao papel desempenhado pelas normas sociais, desde há muito que antropólogos e sociólogos reconheceram que estas afectam as atitudes perante a saúde e a utilização de cuidados médicos. Esta é uma questão tanto mais importante quanto os economistas da saúde tendem a ignorar as questões sociais, centrando a sua atenção na dicotomia regulamentação *vs.* competição (Fuchs, 2000).

Para terminar, pode concluir-se que, depois de tanto tempo a ser tratada como uma ciência exacta, há que recolocar a economia no local que lhe pertence por direito: no grupo das ciências sociais.

## Agradecimentos

Os AA. agradecem a valiosa revisão dos professores C. Gouveia Pinto (ISEG) e Pedro Pita Barros (Faculdade de Economia, UNL) e do Dr. Rui Portugal (IMP, FML). De igual modo, expressam ainda o seu agradecimento à Dr.<sup>a</sup> Sofia Amador pelo apoio secretarial e bibliográfico.

## BIBLIOGRAFIA

- ABEL-SMITH, B., FIGUERAS, J., HOLLAND, W., *et al.* (1997), *Choices in Health Policy — An Agenda for the European Union*, Luxemburgo, Dartmouth.
- BARROS, P. (1999), *Eficiência e Qualidade: Mitos e Contradições — Colóquio-Debate «Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde»*, Lisboa.
- BÉLGICA, Universidade Católica de Lovaina (1999), *Inequality and Inequity in Health. The Challenge for Policy Making*, Lovaina.
- BÉRESNIAK, A., e DURU, G. (1999), *Economia da Saúde*, 1.<sup>a</sup> ed., Lisboa, Climepsi.
- BRITO DE SÁ, A. (2001), *Custo-Efectividade do Rastreo da Infecção Ginecológica por «Chlamydia trachomatis»*, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1997), «Tratado de Amsterdão, que altera o Tratado da União Europeia, os tratados que constituem as Comunidades Europeias e alguns actos relativos a esses tratados», in *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, C 40, pp. 1-380.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., LARISTIN, M., e LEIBOVICH, E. (2000), «Values, norms and the reform of health care systems», in R. Saltman, J. Figueras e C. Sakellarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 339-361.
- DRUMMOND, M., O'BRIEN, B., STODDART, G., *et al.* (1997), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2.<sup>a</sup> ed., Oxford, Oxford University Press.
- EVANS, R., e STODDART, G. (1994), «Producing health, consuming health care», in R. Evans, M. Barer e T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Nova Iorque, Aldine de Gruyter, pp. 27-64.
- FERRINHO, P., BUGALHO, M., e PEREIRA MIGUEL, J. M. (coords.), (2001), *For Better Health in Europe*, 2 vols., Office for Official Publications of the European Communities, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- FIGUERAS, J., SALTMAN, R., e SAKELLARIDES, C. (eds.) (2000), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press.
- FOLLAND, S., GOODMAN, A., e STANO, M. (2001), *The Economics of Health and Health Care*, 3.<sup>a</sup> ed., Nova Jérssia, Prentice Hall.
- FUCHS, V. (2000), «The future of health economics», in *Journal of Health Economics*, 19, pp. 141-157.
- GERTZEN, T. (1997), *Health Economics — Fundamentals and Flow of Funds*, Nova Iorque, John Wiley and Sons.
- GIRALDES, M. (1997), *Economia da Saúde: da Teoria à Prática*, 1.<sup>a</sup> ed., Lisboa, Imprensa Universitária.
- GOUVEIA PINTO, C., e MIGUEL, L. (2001), «A avaliação económica das tecnologias e a tomada de decisões no sistema de saúde português», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (1), pp. 5-14.



- JONES, I. (2001), «Costing health services: health economics», in A. Bowling (ed.), *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, Buckingham, Open University Press, pp. 79-98.
- JOURDAIN, A. (2000), «Equity of a health system», in *European Journal of Public Health*, 10, pp. 138-142.
- MOSSIALOS, E., e LE GRAND, J. (1999), «Cost containment in the EU: an overview», in E. Mossialos e J. Le Grand (eds.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Buckingham, Ashgate Publishing Company, pp. 1-154.
- MUIR GRAY, J. (1997), *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill New York, Livingstone.
- PEREIRA, J., CAMPOS, A., RAMOS, F., et al. (1999), «Health care reform and cost containment in Portugal», in E. Mossialos e J. Le Grand (eds.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Hampshire, Ashgate Publishing Company, pp. 635-660.
- PEREIRA MIGUEL, J. M., e COSTA, C. (1997), «A reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15 (2), pp. 5-17.
- PEREIRA MIGUEL, J. M., e FERRINHO, P. (coords.) (2000), *Determinantes da Saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- PINTO, M., RAMOS, F., e PEREIRA, J. (2000), «Health technology assessment in Portugal», in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16 (2), pp. 520-531.
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999), *Saúde, Um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*.
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), *III Quadro Comunitário de Apoio 2000-2006 — Programa Operacional de Saúde: Saúde XXI Mais e Melhor Saúde*.
- RAMOS, V. (1999), «Public health and health care in Portugal», in W. Holland (ed.), *Public Health Policies in the European Union*, Hampshire, Ashgate Publishing Company, pp. 299-315.
- SARACCI, R. (1997), «The World Health Organization needs to reconsider its definition of health», in *BMJ*, 314, pp. 1409-1410.
- SCIENTIFIC ADVISORY GROUP (1998), «Her Majesty Stationery Office», in *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, Londres, The Stationery Office.
- SILVA, E., GOUVEIA PINTO, C., SAMPAIO, C., et al. (1999), *Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Económica de Medicamentos*, Lisboa, Infarmed.
- ST LEGER, A., SCHNIEDEN, H., e WALSWORTH-BELL, J. (1999), «Some basic economic concepts and their uses», in *Evaluating Health Services' Effectiveness: a Guide for Health Professionals, Service Managers and Policy Makers*, Buckingham, Open University Press, pp. 59-75.
- VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A., VAN DER BURG, H., et al. (2000), «Equity in the delivery of health care in Europe and the US», in *Journal of Health Economics*, 19, pp. 553-583.
- WHITEHEAD, M. (1990), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Copenhagen, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999), *Health21 — Health for All in the 21st Century*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Genebra, WHO.