

O Trilema da Saúde: Dificuldades e Soluções

Ermelinda Santos Silva ¹

RESUMO

Nas sociedades modernas a Saúde é considerada um bem de mérito e a **equidade** no acesso e na prestação de cuidados de saúde é um valor social que adquiriu grande relevância na 2ª metade do século XX, especialmente na Europa, sendo a sua aceitação consensual por quase todas as ideologias políticas (excepção feita ao liberalismo radical).

Os médicos buscam incessantemente aumentar a **eficácia** e a **qualidade** dos cuidados de saúde, numa luta infindável contra a morte e o sofrimento, e o vertiginoso avanço científico e tecnológico alcançado pela Medicina é a expressão vitoriosa deste esforço, complementado pelo de inúmeras outras áreas do conhecimento humano. Mas estes inegáveis avanços (filosóficos e científicos) comportam custos económicos, e não só. Sendo a Saúde um bem cada vez mais caro, e cada vez mais reclamado como um direito social de todos, questiona-se a adequada gestão dos recursos que lhe são destinados, tanto mais que os mesmos não são ilimitados e há outras necessidades a suprir. Neste contexto ganha terreno a busca da **eficiência** procurada por economistas e gestores.

Actualmente sempre que as sociedades procuram aumentar a equidade e os médicos tentam aumentar a eficácia e a qualidade, diminui a eficiência. Quando os gestores tentam melhorar a eficiência diminui a equidade e existe o risco de diminuir também a eficácia e a qualidade.

A procura do melhor equilíbrio entre equidade, eficácia/qualidade, e eficiência, (**o trilema da saúde**) enfrenta várias

dificuldades para as quais é necessário encontrar soluções.

É um trilema ético, técnico-profissional e económico-financeiro, difícil de resolver em qualquer país.

Palavras-chave: cuidados de saúde, gestão de recursos, equidade no acesso, eficiência, eficácia e qualidade

Nascer e Crescer 2008; 17(2): 90-100

O ESTADO DA ARTE

1 - O valor da Equidade

Nas sociedades modernas a Saúde é considerada um bem de consumo individual cuja utilização dá origem a benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor, ou seja, é um bem de mérito ou um bem social⁽¹⁾. Mas este é um conceito recente.

Antes da II Guerra Mundial a Saúde era tida como uma questão individual e os custos com a sua manutenção e com a cura das doenças eram suportados pela pessoa e/ou família. O Estado, as organizações privadas de assistência caritativa, particularmente nos países latinos, intervinham apenas para suporte dos pobres que não tinham dinheiro nem condições para serem tratados em casa ou em hospitais privados.

O problema da Saúde como uma responsabilidade pública nasceu há pouco mais de 50 anos com a criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês em 1948. Note-se, no entanto, que por exemplo a partir da lei de Bismark em 1883, se foi consolidando outro modelo com pressupostos diferentes, o qual persiste, com adaptações, na Alemanha e noutros países europeus^(2,3).

A criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês em 1948 constituiu um marco histórico ao permitir aos cidadãos in-

gleses a obtenção de cuidados de saúde sem encargos financeiros para muitos insuportáveis, e sem depender da caridade de pessoas e instituições, tendo passado a ser uma obrigação colectiva dos cidadãos contribuintes em benefício de todos os cidadãos. O direito a cuidados de saúde passou a ser uma responsabilidade da sociedade. Esta inovação surge no contexto político e social da Inglaterra do pós-guerra em que as estruturas de saúde previamente existentes tinham sido destruídas e havia um forte sentimento de solidariedade na população.

Nos últimos 50 anos muitas mudanças ocorreram, com destaque para o encarecimento dos cuidados de saúde, mercê do vertiginoso avanço científico e tecnológico alcançado e do envelhecimento da população. Esta realidade foi tornando cada vez mais difícil “dar tudo a todos” na Saúde, tanto mais que as sociedades têm outras necessidades a suprir e é por isso preciso fazer escolhas.

A decisão de como deve ser feita a distribuição dos recursos numa sociedade depende da teoria ética aceite pela mesma. As teorias éticas que servem para determinar uma distribuição justa dos recursos económicos são por vezes designadas por teorias de justiça social.

Em 1971, o filósofo americano John Rawls propõe-nos uma concepção política de justiça como equidade (“justice as fairness”) como valor social emergente que permite a coesão social, e portanto a paz, nas sociedades democráticas modernas onde convivem uma pluralidade de doutrinas entre si incompatíveis e inconciliáveis – religiosas, filosóficas e morais. Rawls pressupõe que as desigualdades, logo presentes ao nascimento (os dons naturais e as circunstâncias históricas), são imerecidas ou injustas e

¹ Serviço de Pediatria, Hospital Maria Pia / CHPorto

que uma sociedade que quer construir a justiça deve procurar anular as vantagens ou desvantagens que resultam da biologia ou de factores históricos. Este filósofo afirma que os bens económicos e os serviços que são vitais devem ser distribuídos igualmente. O conceito de igualdade de oportunidades para todos é a tese central da social-democracia e do socialismo democrático e faz parte das ideologias políticas que têm governado a Europa nas últimas décadas.

Na Saúde a questão essencial é saber se os cidadãos de uma sociedade democrática e livre têm direito a cuidados de saúde pagos por todos em nome do princípio da justiça como equidade e igualdade de oportunidades. Se sim, esta teoria dá origem aos serviços públicos de Saúde financiados através dos impostos e tendencialmente progressivos e, quando o princípio da generalidade é aceite sem restrições, a cobertura deve ser total. A Medicina Privada tem um papel complementar do sistema público para quem quiser cobertura adicional ou quiser ter maior liberdade de escolha.

Em 1974 Robert Nozick propõe uma teoria diametralmente oposta, uma concepção de justiça assente no respeito absoluto pela liberdade individual (“entitlement theory”) que justifica as ideologias radicalmente liberais (pouco populares na Europa mas com bastante influência, por exemplo, nos Estados Unidos da América). Esta teoria vê a intervenção social no mercado dos cuidados de saúde feita em nome do que chamam “falsa” ideia de justiça porque coloca restrições injustificadas às liberdades individuais das pessoas doentes e dos médicos. Os partidários desta teoria defendem as regras do mercado livre e do princípio material da capacidade de pagar o bem ou o serviço médico recebido. Os programas sociais providenciando cuidados de saúde não seriam necessários e as necessidades de uma pessoa não imporiam qualquer obrigação sobre outra pessoa para além daquilo que ela própria esteja voluntariamente disposta a aceitar. No limite esta teoria dá origem à ausência de qualquer serviço público e ao mercado livre da saúde onde os pagamentos são directos (altamente regressivos) ou

através de seguros privados (igualmente regressivos).

Voltando à teoria de Rawls e confrontando-a com a dura realidade de que os recursos não são ilimitados, levantam-se certo tipo de questões que põem em causa o princípio da generalidade. O direito a cuidados de saúde pagos em nome do princípio da justiça como equidade deve cobrir todas as formas do adoecer, ou apenas aquelas pelas quais a pessoa não seja directamente responsável? Ou apenas as que ameaçam a sua vida? Ou têm apenas direito a um pacote mínimo de cuidados cujos custos, a sociedade livre e democrática, no seu todo pode pagar?

Para tentar responder a estas questões tão desagradáveis quanto pertinentes criou-se o conceito de necessidade. De que cuidados de saúde têm necessidade, de facto, os cidadãos? De todos os possíveis, ou apenas dos que se referem a situações que põem em risco a vida ou impedem a actividade profissional? Ou apenas daqueles que servem para melhorar a saúde colectiva das sociedades, dependente ou independentemente da situação financeira de cada um?

Talvez inspirado no conceito de necessidade, em 1997 Alan Williams apresentou a teoria do “fair innings”, que não é mais do que uma proposta de racionamento de cuidados pelo critério da idade.

Com a idade aumenta a probabilidade de doença e a capacidade de recuperação diminui. Se o objectivo for otimizar a saúde da população como um todo deve dar-se prioridade a quem obtém maior benefício do tratamento. Quando o tratamento traz efeitos que duram o resto da vida, o benefício é maior para os mais jovens. Assim sendo, geralmente o objectivo de otimizar a saúde da sociedade discrimina os idosos. Dada a limitação dos recursos disponíveis, optar por atribuir um pequeno benefício a um idoso pode impedir a atribuição de um grande benefício a um jovem.

Pode ser usado o argumento de que os anos de vida trazem utilidade crescente com a idade, e que um idoso valoriza mais um pequeno impacto na sua saúde do que um jovem valoriza um grande im-

pacto na sua. No entanto, como cidadãos (e não como consumidores de cuidados), devemos garantir que os cuidados são oferecidos de acordo com a necessidade, não dependendo das preferências individuais. Esta é decidida por um terceiro que atribui pesos relativos a diferentes necessidades de forma a estabelecer prioridades na prestação de cuidados.

Um dos objectivos sociais deve ser a redução de desigualdades na experiência de uma vida saudável e, sendo assim, faz mais sentido promover a sobrevivência de um jovem do que a de um idoso que já viveu uma vida saudável “suficiente”. Inquéritos feitos à população indicam que, quando pressionadas, as pessoas tendem a dar prioridade aos jovens. Os profissionais de saúde tendem a fazer o mesmo. Mesmo entre os idosos este facto tende a verificar-se.

A aceitação de teorias baseadas no conceito de necessidade, dá origem a sistemas onde se admite a existência de racionamento de cuidados de saúde através da concepção de pacotes básicos e públicos de serviços, definidos segundo os critérios aceites pela sociedade como um todo, e onde existem paralelamente sistemas privados de saúde para quem os quiser, e puder, livremente escolher e pagar.

Os critérios de definição do pacote básico são variáveis: a idade (“fair innings”), certo tipo de doenças (incuráveis ou consideradas demasiado banais), o nível de rendimento, etc. Se o critério principal for o nível de rendimentos este caminho pode levar a opções de financiamento da Saúde que contemplam o “opting-out”, voluntário ou obrigatório para cidadãos com rendimentos superiores a um certo nível⁽⁴⁾.

A situação portuguesa

Em Portugal a situação dos cuidados de saúde nos primeiros ¾ do século XX foi idêntica à do resto da Europa até à II Guerra Mundial. Data da década de 60 a criação da primeira rede de serviços de saúde em que predominam as instituições privadas (de natureza religiosa ou sem fins lucrativos de que são exemplo as Misericórdias) e a criação de mecanismos básicos de seguro (ex: ADSE).

Foi após a revolução de Abril de 1974 que se passou a considerar que o Estado deve ser responsável pela assistência na doença aos seus cidadãos, e em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) inspirado no modelo inglês, financiado através dos impostos e com o Estado como o grande prestador de cuidados (trinta anos depois do modelo original). Os portugueses passaram a ter o direito constitucional aos cuidados de saúde prestados por um sistema geral, compreensivo e gratuito (texto original).

Desde então o SNS sofreu alterações, das quais se destacam a Lei de Bases da Saúde (1990), o Estatuto do SNS (1993), a Alteração do Estatuto do SNS (1998), e as reformas mais recentes em 2002. No entanto, mantêm-se consignados na Constituição da República Portuguesa os princípios da Universalidade e Generalidade na cobertura, e os valores da Equidade no acesso e da Solidariedade no financiamento.

A universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores de cuidados. Em tese, tal princípio está consagrado, conjugado de forma inseparável com o princípio da generalidade. Este princípio aponta para o direito dos cidadãos a todo o tipo de cuidados de saúde (cuidados compreensivos e continuados). Apesar disso, estes valores estão longe de estar satisfatoriamente cumpridos e a solidariedade no financiamento tem mesmo vindo a decrescer.

O princípio da generalidade não é cumprido, já que o SNS não tem capacidade para dar cobertura a um vasto conjunto de prestações (um número significativo de portugueses não têm de facto acesso a um médico de família que lhe garanta cuidados continuados; o acompanhamento da criança, do nascimento até à adolescência não está garantido por consultas de Pediatria de carácter preventivo; a oferta dos cuidados dentários é escassíssima; os cuidados de evolução prolongada para idosos, casos terminais, sinistrados, deficientes, ou doentes em reabilitação são prestados injustificadamente em regime hospitalar por falta de estruturas de saúde apropriadas).

A equidade no acesso está prejudicada por assimetrias regionais e, ainda, pela existência de subsistemas de saúde (seguro social paralelo ao financiamento por impostos), que cobrem 25% da população, e permitem um acesso mais rápido aos serviços e cobertura de serviços e prestadores adicionais. Dado o nível de vida médio em Portugal, os co-pagamentos afectam a equidade no acesso, pois limitam muito os grupos mais desfavorecidos.

O financiamento do SNS baseado num sistema contributivo, através dos impostos directos (rendimento) e indirectos (consumo) é, teoricamente, um sistema progressivo, solidário, embora a fatia que provém dos impostos indirectos seja regressiva. No entanto, a equidade vertical está prejudicada pela fuga aos impostos directos (IRS e IRC) e a equidade horizontal fica prejudicada pelo tratamento diferente para empregados por conta de outros e trabalhadores por conta própria, com o mesmo rendimento^(2,5,6,7).

2 - As metas da Eficácia e da Qualidade

Nas últimas décadas os progressos da Medicina têm sido prodigiosos e, graças a eles, hoje curam-se doentes afectados por doenças outrora fatais, enquanto outros são transformados em doentes crónicos (ex: crianças com doenças hereditárias do metabolismo, doentes portadores do VIH, etc). Por outro lado, o desenvolvimento da reanimação, com o aperfeiçoamento de tecnologias que permitem manter doentes em estados prolongados de “vida vegetativa”, afrontam sem paralelo os limites da morte. No entanto, a qualidade de vida dos doentes crónicos e dos doentes terminais e moribundos é um aspecto que passa muitas vezes para segundo plano, vivido em solidão e sofrimento, do próprio e dos seus familiares.

Em 1999 o Conselho da Europa entendeu ser necessário emanar uma recomendação para a “Protecção dos direitos do Homem e da dignidade dos doentes incuráveis e dos moribundos”⁽⁸⁾.

A criação de Comissões de Ética nas Unidades de Saúde (sobretudo nos hospitais), constituídas não apenas por

médicos ou enfermeiros mas também por juristas e confessores de credos religiosos, tem sido uma tentativa de abrir o debate destas questões à sociedade, mas na prática estas Comissões agem e intervêm muito menos do que é necessário.

Para além dos doentes incuráveis e moribundos a Medicina moderna rasgou fronteiras em outras áreas, como as técnicas de diagnóstico pré-natal e de fertilização “in vitro”, e a clonagem, que pedem decisões difíceis e não consensuais e que têm obrigado as sociedades a legislar sobre a matéria⁽⁹⁾.

A Medicina portuguesa tem acompanhado bem de perto toda a inovação/progresso com pouco (e por vezes nenhum) atraso em relação ao que de melhor se faz a nível Europeu e Mundial, ao contrário do que acontece de um modo geral no país em outras áreas. Enleados nesta busca frenética da eficácia só muito recentemente começámos a despertar para o valor da qualidade em Saúde.

O conceito de “Medicina Baseada na Evidência” é muito recente e, no entanto, é tão simples e básico que choca não ter surgido antes. Trata-se de um conceito que assenta em metodologias de avaliação e garantia da qualidade numa abordagem pelo processo e pelos resultados. Os estudos ou ensaios clínicos efectuados em larga escala são capazes de produzir conhecimento científico com níveis de evidência muito mais elevados do que as experiências individuais de cada médico. Os saberes assim obtidos são normalizados na construção de protocolos de actuação (“guidelines”) ou recomendações conforme o nível de evidência encontrado, promovendo-se e difundindo-se as melhores práticas para o Estado da Arte com vantagens na eficácia e na qualidade dos cuidados de saúde, bem como, directa ou indirectamente, na eficiência.

Não nos podemos esquecer que os médicos sempre trataram os seus doentes com base na sua experiência pessoal, abertos às experiências relatadas oralmente por colegas e à literatura escrita que, até meados do século XX, não abundava (as novidades demoravam a chegar). A facilidade na partilha

de experiências, promovida pelas novas tecnologias de informação, veio permitir aos médicos o acesso às inovações com uma rapidez que antes nunca fora possível e veio facilitar o aparecimento deste conceito de Medicina Baseada na Evidência.

Os modernos modelos de Gestão Baseada na Clínica têm por base estudos que nos permitem elaborar indicadores de saúde das populações. Os indicadores de saúde de uma população permitem-nos caracterizar o estado de saúde da mesma, estabelecer prioridades e elaborar planos de acção racionais. Tais modelos visam aumentar a eficácia e a qualidade dos cuidados, ao mesmo tempo que promovem uma utilização racional dos recursos.

Mas a qualidade em Saúde não depende apenas da eficiência técnica dos actos praticados pelos médicos e outros profissionais de saúde. Tem dimensões que os excedem largamente e que podem assumir grande relevância e condicionar a apreciação que os doentes fazem em relação ao serviço que procuram. A atenção dada a estas dimensões é também recente.

Vários países europeus desenvolveram Sistemas de Controlo da Qualidade com particular destaque para a Inglaterra, onde foram criados institutos independentes para o efeito (ex: *Kings' Fund*). O Estado inglês foi movido pela necessidade que passou a ter de regular eficazmente a qualidade em Saúde, após a reforma que separou as suas funções de financiador *versus* prestador de cuidados de saúde. Os serviços destes Institutos de Acreditação são agora solicitados pelas Instituições de Saúde em Portugal, enquanto o Instituto Português da Qualidade em Saúde continua a ter um papel muito discreto nesta matéria.

3 - A procura da eficiência

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas e o envelhecimento da população tornaram a Saúde um bem cada vez mais caro. Por outro lado, ela é hoje cada vez mais reclamada como um direito social de todos. Sendo também uma realidade inofismável o facto de os recursos não serem ilimitados

e de existirem outras necessidades a suprir, eis-nos chegados à dura necessidade do controlo de custos na Saúde.

A inexistência de critérios económicos e sociais que regulem a distribuição e a utilização dos recursos destinados à Saúde conduzir-nos-ia, assim, para resultados aleatórios, em que o excesso e o desperdício poderiam conviver paredes-meias com a escassez e a inacessibilidade. As políticas de contenção de custos são por isso, nos nossos dias, matéria de estudo e reflexão séria e profunda, no sentido de substituir actos de racionamento ou cortes orçamentais cegos, por modelos previamente regulados, tendo em vista maior racionalidade nos processos e uma mais elevada eficiência distributiva nos benefícios.

Não cabe aqui fazer uma exposição longa e detalhada sobre esta matéria, mas apenas uma menção resumida das políticas actualmente mais em voga, principalmente na Europa e nos E.U.A. (3,10,11):

• *A definição de prioridades*

Hoje em dia sabemos bem que nem todos os consumos que se realizam em Saúde correspondem a efectivas necessidades e também que estas nem sempre têm a mesma importância, para os indivíduos e para a sociedade.

Em 1992, na Holanda, foi proposta a criação de um pacote básico de cuidados assente em quatro critérios fundamentais: necessidade, efectividade, eficiência e responsabilidade. Na Nova Zelândia tem sido seguido um modelo semelhante desde 1993, tendo-se optado claramente por restringir o leque de serviços disponíveis dentro da opção "some health care for all" e não "all health care for some".

Mas a definição de prioridades não se esgota nestas experiências de racionamento de cuidados, que envolvem decisões políticas socialmente antipáticas e eticamente discutíveis. De facto, modelos operacionais de definição de prioridades têm-se revelado mais eficazes e socialmente melhor tolerados. A separação entre financiador e prestador (de que é exemplo a experiência no SNS inglês) fez com que as entidades financiadoras se colocassem na posição de compradores de cuidados de saúde. Face aos recur-

sos limitados de que dispõem, buscam o melhor compromisso entre o custo e a efectividade, tentando definir previamente as necessidades prioritárias da população. Por outro lado, actualmente vem-se insistentemente defendendo uma prática clínica que, de forma implícita, proceda ao estabelecimento de prioridades nas intervenções técnicas. Trata-se do modelo já antes referido e que se designa por "Medicina Baseada na Evidência".

• *Importância estratégica do ambulatório e as alternativas aos hospitais de agudos*

Nas duas últimas décadas tem vindo a ser dada importância crescente ao ambulatório em detrimento do internamento hospitalar (Hospital de dia, Cirurgia ambulatória), e a criação de formas de acolhimento alternativas para idosos e doentes de evolução prolongada, incluindo os doentes mentais ("nursing homes", cuidados domiciliários). Esta política permitiu a redução generalizada de camas em hospitais de agudos, a que correspondeu uma significativa diminuição de gastos neste tipo de cuidados.

• *Racionalização da utilização de tecnologia pesada*

A definição de rácios de densidade populacional por tipo de equipamento (laboratorial ou de imagem) e a criação de Comissões de avaliação da qualidade e adequação desse tipo de exames, contribui decisivamente para o controlo das despesas, numa área em que a disponibilidade de meios é um forte incentivo à procura induzida.

• *Política de recursos humanos*

Em vários países europeus, com destaque para a Alemanha, têm sido tomadas medidas reguladoras na formação e na distribuição dos médicos, com tendência para aumentar a proporção de Clínicos Gerais no contingente global de médicos e para a definição de rácios médico/população. O excesso de oferta de médicos conduz a uma lógica de concentração de recursos junto das populações com maior poder de compra e leva ao fenómeno da procura induzida, fenómeno que se torna ainda mais oneroso quando

estão em causa médicos “especialistas”. O excesso de oferta de médicos “especialistas” leva à orientação dos recursos para a super-especialização e para o tratamento, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção.

A criação de novos modelos de remuneração para os profissionais de saúde é também uma medida em que quase todos os países europeus se têm empenhado. Tem-se dado relevo aos métodos de remuneração por capitação e incentivos por desempenho. O método de remuneração exclusiva por salário fixo a Clínicos Gerais apenas persiste em Portugal, Grécia, Finlândia, Suécia e parcialmente em França.

No Reino Unido encontra-se actualmente em experimentação um novo modelo de remuneração dos Clínicos Gerais que consiste num autêntico modelo de Gestão Baseada na Clínica. Ao modelo de pagamento prospectivo baseado na capitação, acrescido de uma correcção para gastos acima do previsto por motivos devidamente justificados (ex: epidemias, catástrofes, etc), adiciona-se um incentivo baseado no desempenho. A novidade é que o desempenho do profissional é avaliado através dos resultados produzidos pela sua actividade, no estado de saúde da população que tem a seu cargo. A avaliação é feita através de indicadores de saúde da população que são pré-definidos. Na análise do desempenho é dado também relevo à qualidade dos registos clínicos efectuados.

Acredita-se, e em alguns países parece haver comprovação empírica, que deste modo se obtêm níveis de eficiência mais elevados, mais disponibilidade dos profissionais e mais qualidade.

• Políticas do medicamento

É certo que o aumento de custos com medicamentos se deve em parte aos avanços científicos alcançados mas existem fortes evidências de outras causas provavelmente bem mais relevantes. Todos temos consciência de que nem todos os produtos farmacêuticos que consumimos correspondem a reais benefícios, e para o mesmo fim terapêutico é possível encontrar no mercado produtos com preços substancialmente diferentes.

As razões que contribuem para esta situação são várias:

A dificuldade no acesso a cuidados de saúde, contrastando com a facilidade no acesso aos medicamentos, favorece a auto-medicação. A deficiente qualidade na prestação de cuidados, bem como a dificuldade em garantir uma continuidade dos mesmos, conduz a prescrições inadequadas e excessivas de fármacos. E, por fim, a ganância ilimitada da poderosa indústria farmacêutica que detém talvez o negócio legal mais lucrativo do planeta e que investe agressivamente no marketing para promoção de novos fármacos, geralmente mais caros e com eficácia acrescida discutível. Os alvos preferenciais deste marketing são os prescritores (os médicos), cujo perfil é assim fortemente condicionado.

Face ao peso importante dos custos com medicamentos em todos os sistemas de saúde (10 a 20% das despesas correntes), têm sido estabelecidas políticas de racionalização do consumo.

As medidas que se têm revelado mais eficazes são as exercidas sobre os prescritores (os médicos), os produtores (a indústria farmacêutica) e os distribuidores (as farmácias), já que as medidas exercidas sobre os consumidores finais (os doentes) têm impacto reduzido e, no limite, apenas transferem os custos para as pessoas doentes mas não influenciam em nada o tipo e o volume de medicamentos consumidos.

• Orientação dos sistemas de saúde para a promoção da saúde e para a prevenção da doença

Os sistemas de saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, integrado com as actividades de outros sectores como o Ambiente, a Educação, a Habitação, os Transportes, o Emprego, a Segurança Social, etc, potenciam o bem-estar das populações e diminuem o consumo de cuidados de saúde.

A Saúde é o resultado dos estilos de vida, do ambiente, da biologia humana, e também dos cuidados de saúde. Neste contexto assume papel relevantes a Saúde Pública incorporando nas suas atribuições a identificação das necessidades de

Saúde e o modo como os serviços se organizam para, de forma integrada, prestarem cuidados a uma população.

• Papel nuclear dos Cuidados de Saúde Primários

A organização dos Cuidados de Saúde Primários privilegiando serviços de proximidade, com acesso personalizado, disponibilidade horária, e possibilidade de visitas domiciliárias, dá aos cidadãos maior segurança, facilita o rastreio e o tratamento precoce de muitas doenças, diminui o consumo desregrado de medicamentos e de exames complementares de diagnóstico, e a utilização exagerada de transportes em ambulância.

• Partilha de custos (o racionamento pelo preço)

Um dos métodos mais praticados para controlar os custos com os cuidados de saúde é colocar os doentes a pagar uma parte ou a totalidade dos custos, através de pagamentos directos, co-pagamentos, franquias, ou taxas moderadoras.

No entanto, a partilha de custos com o consumidor (doente) não tem demonstrado eficácia no controle das despesas de saúde, apenas as transfere para os verdadeiros doentes, aumentando assim a falta de equidade no acesso e na prestação de cuidados. É fácil perceber porquê. Desde logo porque a maior parte do consumo é induzida pela oferta, ou seja, pelos prestadores que, não estando interessados em ver os seus lucros diminuir, tendem a induzir mais a procura naqueles que podem pagar. Daqui decorre que a partilha de custos limita o acesso a alguns mas não diminui os custos.

• Managed Care (a experiência dos E.U.A.)

Nos E.U.A. criou-se um sistema de organização de oferta de cuidados baseado em redes de prestadores preferenciais, com os quais as seguradoras ou o Estado trabalham.

Estes sistemas pretendem integrar os utentes numa estrutura global de prestação de cuidados que tem como objectivo primordial mantê-los saudáveis e, nos casos de doença, acompanhá-los de for-

ma continuada e racional. A escolha da rede de prestadores preferenciais é feita pelos critérios da melhor relação custo-efectividade.

Os segurados são direccionados para recorrer a esses prestadores, sendo penalizados com pagamentos directos integrais ou com co-pagamentos ou franquias mais elevadas, quando recorrem a outros prestadores.

As organizações de “managed care” têm custos 30 a 40 % inferiores aos planos de seguros tradicionais e, segundo alguns estudos, os cuidados prestados não parecem ser muito diferentes. Se assim for há grandes ganhos de eficiência sem perda de eficácia ou qualidade, mas o “managed care” apresenta algumas desvantagens:

A tendência para os fenómenos de “dumping” (recusa em incluir indivíduos com pior saúde, cujo custo poderia exceder o prémio), o “creaming” (esforço por atrair os indivíduos com melhor saúde) e o “skimping” (oferta de uma quantidade de tratamentos inferior à óptima). Para além disto, existe uma restrição à liberdade de escolha dos utentes. A prazo, podem prejudicar o desenvolvimento científico e técnico da Medicina e podem empobrecer a qualidade dos cuidados prestados.

A situação portuguesa

Desde a reforma de 2002 o SNS abriu as portas à empresarialização hospitalar e às parcerias público-privadas na gestão hospitalar e nos cuidados de saúde primários, tendo sido ao mesmo tempo constituída uma Entidade Reguladora Independente que, até ao momento, não teve qualquer actuação visível. O objectivo era melhorar a eficiência do sistema contendo o crescente aumento desenfreado de custos, sendo que eram e são evidentes os sinais de perversão, desperdício e desgoverno do sistema vigente.

É cedo ainda para se tirarem conclusões definitivas e os primeiros indicadores são controversos. No entanto, não nos podemos deixar surpreender por eventuais resultados menos animadores, ignorando as dificuldades existentes e que tornam a mudança difícil e morosa. Os hospitais-empresa, vulgar designados

hospitais S.A., herdaram a pesada estrutura burocrática do funcionalismo público e é preciso tempo para mudar não só a estrutura, mas principalmente a cultura das instituições públicas. Alicerçadas num sistema que premeia a posição e a antiguidade, e em escolhas de cariz político ou de tráfico de influências para os lugares de gestão, sobretudo os de gestão de topo, a mudança para estruturas mais funcionais e a construção de uma cultura meritocrática não se faz por decreto-lei, embora a legislação seja uma ferramenta indispensável. A renovação dos quadros com admissões em regimes de trabalho e de remuneração diferentes, a promoção pela avaliação do desempenho, e a escolha das chefias feita com base no mérito e na adequação do perfil às funções, será um processo moroso. Por enquanto, a existência das duas modalidades em simultâneo dentro das instituições é fonte de insatisfação e de conflitos que prejudicam a “performance”.

As instruções que emanam do Ministério da Saúde para a contenção de custos são obedecidas através de cortes orçamentais cegos e o controlo do investimento não obedece, na maioria das vezes, a critérios racionais de planeamento mas a critérios de influência política.

A inexistência de Unidades de Saúde de retaguarda para os hospitais de agudos, e a pobre ou nula organização de cuidados domiciliários são uma realidade que urge mudar.

O estado de falência técnica dos Cuidados de Saúde Primários continua a ser o calcanhar de Aquiles do sistema. A má organização e a sua quase total desarticulação em relação aos cuidados secundários e terciários, a desproporção de Clínicos Gerais em relação ao número de médicos “especialistas”, com desvantagem para os primeiros em relação aos segundos, e a inadequação dos seus regimes de trabalho e de remuneração, são as principais explicações de um problema fulcral de solução permanentemente adiada. O número total de médicos em Portugal está ao nível da média da União Europeia, mas apresenta uma distribuição regional desequilibrada e uma deficiente distribuição por especialidades. Não deixa, no entanto, de ser interessan-

te reflectir no facto de a presença de um número crescente de médicos espanhóis entre nós ser um claro indicador de défice na oferta.

O consumo de medicamentos é uma das questões mais relevantes do SNS, designadamente quando analisada na sua componente económica. O mercado do medicamento representa actualmente mais de 2% do PIB num processo imparável de subida. Foram dados recentemente os primeiros passos na tentativa de refrear os custos com a promoção do consumo dos medicamentos genéricos, através de legislação própria para o efeito, mas que por enquanto é débil e claramente insuficiente. As embalagens continuam a ser dimensionadas segundo os interesses das farmacêuticas e não é permitida a venda a granel, não se combatendo nem o desperdício nem os riscos da auto-medicação. A percentagem de prescrição de medicamentos genéricos em Portugal continua a ser muito mais baixa que nos outros países europeus, embora com tendência de subida ^(2,5,6,7,12).

A MINHA OPINIÃO

Os princípios da Universalidade e da Generalidade

Em minha opinião, o princípio da universalidade deverá ser indiscutível na concepção e na sustentação de um Serviço Público de Saúde. A ideia de um sistema público “de todos e para todos” é o melhor exemplo de solidariedade a ser dado pela sociedade, e promove o saudável envolvimento de todos os cidadãos na detecção das insuficiências e falhas desse sistema, bem como na vontade e firme determinação de as resolver.

Já o princípio da generalidade, embora altamente desejável, poderá ser difícil de cumprir por falta de recursos que possam pagar tudo a todos, tal como de facto já sucede. Penso que deverá ser definido um pacote de serviços que deve ficar disponível para todos os cidadãos, em condições de equidade, segundo as disponibilidades financeiras do sistema. Mas o racionamento de cuidados, a existir, deverá ser por comprovada falta de recursos e não apenas por sub-financiamento artificial ou ineficiência, e deve

ter regras claras, pré-definidas, e ser do conhecimento do grande público.

O racionamento de cuidados de saúde levanta questões éticas diversas. À questão “quem ou que cuidados podemos ou devemos excluir do sistema” nunca é fácil responder. O critério da idade proposto por Alan Williams (teoria do “fair innings”) é imoral, encerra em si algo de contraditório, e é por isso inaceitável. Após uma vida inteira de contribuições para uma sociedade e um sistema de saúde, é imoral que um cidadão seja privado de beneficiar deste porque “é velho, já não serve, e já pouco ou nada tem para dar à sociedade”. Para além da imoralidade subjacente há algo de absurdo nas opções de uma sociedade que investe fortemente na Medicina, e não só, para aumentar a esperança de vida, e procura a todo o custo adiar a morte (desiderato que, para ser alcançado, se cruza por vezes com dilemas éticos terríveis), e depois despreza e marginaliza os seus velhos! Desprezo e marginalização que culminam nesta teoria de “fair innings”, que propõe a discriminação no acesso e na prestação de cuidados de saúde aos seus membros mais idosos! Estranha sociedade, esta!

O critério de exclusão das doenças incuráveis é desumano e indigno dos tempos modernos. Longe devem ir os séculos em que as sociedades segregavam e abandonavam os leprosos à sua sorte, não só para evitar o contágio mas também porque pessoas com um mal incurável já de nada serviam a ninguém! Nos tempos modernos, o acesso generalizado a cuidados paliativos de qualidade será uma marca visível de crescimento das sociedades no respeito pela dignidade humana.

O critério da responsabilidade no adoecer é dos mais perturbadores e controversos. Este critério parte do princípio de que nascemos todos em condições de igualdade para a vida, o que não é verdade! Como lembra bem o filósofo Rawls, as desigualdades estão presentes logo ao nascimento (factores genéticos e ambientais) e continuam a existir no tempo.

É verdade que o estado de saúde é fortemente influenciado pelos comportamentos assumidos pelos indivíduos. Mas

se as escolhas que cada um faz são, em parte, resultado de gostos e de preferências, também dependem de restrições. A pobreza está correlacionada com elevadas taxas de abuso de substâncias nocivas (tabaco, álcool, drogas), depressão, suicídio, comportamento antisocial e violência, bem como um largo espectro de problemas físicos. 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. Usando o exemplo do tabagismo é certo que hoje em dia existe a demonstração científica, para além de qualquer dúvida, da acção maléfica do mesmo. Mas será que todos tem acesso a essa informação e tem a mesma capacidade de a compreender? E as mesmas possibilidades para cumprir as recomendações? E a seguir aos fumadores, alcoólicos, e outros toxicodependentes quem excluiríamos? Nos acidentes de viação excluiríamos os “culpados”? O mesmo para os acidentes domésticos ou outros sinistros? E os suicidas falhados? E não terão as sociedades modernas responsabilidades elevadas neste tipo de adoecer, pela educação ou falta dela, e pelos estilos de vida que promovem? A questão da responsabilidade no adoecer nunca será fácil de avaliar. O conceito de “culpa” pode fazer-nos seguir por caminhos perigosos! E a “culpa” é unilateral? E quem consegue prová-lo? E a sobrecarga que tal caminho traria ao sistema judicial não teria custos enormes, individuais e colectivos?

No entanto, nada disto serve para negar o facto de que a Saúde, como direito civilizacional, deve acarretar consigo a obrigação de cumprir certos deveres e o primeiro deles, consignado na “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, é o dever de zelar pelo seu estado de saúde participando na promoção da sua saúde e da (saúde) da comunidade em que se vive.

O critério de racionamento baseado no nível de rendimentos fere de morte o valor da solidariedade, na concepção e na sustentação de um sistema de saúde pelas razões que mais adiante exporei. A solidariedade é o alicerce crítico sem o qual nunca será possível construir qual-

quer sistema de Saúde que conduza à equidade.

Em minha opinião, e embora com consciência das dificuldades permanentes que tal caminho colocará sempre, não podendo cumprir na totalidade o princípio da generalidade, o sistema de saúde deverá excluir os cuidados que, do ponto de vista técnico, assumam menor relevância para a saúde individual e colectiva, independentemente da idade, da possibilidade de cura da doença, da “culpa” no adoecer, ou do nível de rendimentos do cidadão.

Os valores da Equidade e da Solidariedade

Em minha opinião, o financiamento do SNS português (vertente assistencial) deve ser feito através de um sistema progressivo, dadas as desigualdades sociais existentes e o baixo rendimento *per capita* da população portuguesa, em comparação com os outros países da União Europeia. Idealmente através de um seguro social público, obrigatório, e nacional, uma espécie de imposto directamente consignado à Saúde, com uma taxa de contribuição progressiva, não apenas baseada nos rendimentos do trabalho (como no modelo alemão de Bismark) mas na globalidade dos rendimentos de cada cidadão. Excepcionais e temporárias situações de sub-financiamento poderiam ser objecto de correcção através do Orçamento Geral do Estado, sendo que em seguida e obrigatoriamente ter-se-iam que desencadear os ajustes necessários ao equilíbrio financeiro do sistema.

Por seu lado, as áreas do Ensino e da Investigação Médica deveriam ser definitivamente separadas da vertente assistencial da Saúde em termos de financiamento e gestão, ao contrário do que se passa actualmente. Estas e a área da Saúde Pública deveriam ser financiadas por fundos provenientes do Orçamento Geral do Estado (impostos).

O “opting-out” voluntário (ex: Alemanha) ou obrigatório (ex: Holanda) para cidadãos com rendimento superior a um certo nível é, a meu ver, altamente desaconselhável, especialmente em Portugal, por vários motivos. Primeiro porque desde logo implicam uma quebra grave do va-

lor da solidariedade no financiamento da Saúde expressado na Lei Fundamental do país, e que continua a ir de encontro, estou certa, ao sentimento maioritário da sociedade portuguesa, onde culturalmente predomina ainda o colectivismo contra o individualismo (ao contrário dos países de cultura anglo-saxónica como o Reino Unido, e sobretudo os E.U.A.). Depois, a saída do sistema público dos cidadãos de maiores rendimentos (e que são tendencialmente também os mais saudáveis dado terem melhores condições de vida e melhor educação) vai conduzir a um fenómeno de selecção adversa. Vão saindo do sistema os contribuintes mais ricos e que o utilizam menos e vão ficando os mais pobres e mais doentes. A consequência é o empobrecimento progressivo dos recursos e a degradação da eficácia e da qualidade do sistema público. Por outro lado, os mais ricos têm possibilidades de financiar sistemas privados alternativos de muito melhor qualidade. Teremos assim muito rapidamente instalada uma saúde para pobres e uma saúde para ricos, com perda total do valor da equidade tal como acontece em países como os Estados Unidos da América (país com a cultura mais individualista do mundo) ou no Brasil (país rico em contrastes sociais em que 10% da população possui 90% da riqueza), e que são exemplos que certamente a sociedade portuguesa não terá vantagens em seguir. De referir que países como a Alemanha ou a Holanda, onde o “opting-out” é respectivamente voluntário ou obrigatório, são países com rendimento *per capita* bem mais elevado que o nosso e em que as desigualdades sociais são bem menos flagrantes. Mesmo assim, o sistema tem um mecanismo de compensação entre fundos para evitar o “cream-skimming” (Alemanha) e uma contribuição obrigatória das seguradoras privadas para os fundos públicos (Holanda).

Por outro lado, em Portugal, a manter-se o actual sistema de financiamento através dos impostos, permitir ou obrigar a classe de rendimentos mais elevados ao “opting-out”, iria conduzir à necessidade de reduzir o pagamento de impostos por parte desse grupo, como medida compensatória, medida certamente mal compreendida pela maioria da popula-

ção. Não o fazer corresponderia a obrigar compulsivamente um grupo populacional a contribuir para um sistema do qual seria excluído no momento da redistribuição, o que me parece eticamente muito discutível, e levaria sobretudo ao reforço dos comportamentos de fuga aos impostos por parte deste grupo, e desta vez com legitimidade moral. A fuga aos impostos é neste momento um problema demasiado grave na sociedade portuguesa para que ainda lhe acrescentemos mais incentivos e, ainda por cima, de carácter moral.

O lugar dos seguros privados de Saúde, em minha opinião, deverá ser o da complementaridade em relação ao seguro público obrigatório. Estes seguros facultativos servirão para fornecer protecção adicional para serviços não cobertos pelo SNS, para permitirem uma maior liberdade de escolha em relação aos prestadores de saúde, e também condições logísticas mais a gosto.

Apesar dos pagamentos directos serem altamente regressivos, penso que as taxas moderadoras são essenciais para refrear o consumo indevido de cuidados de saúde (o chamado risco moral) e, desde que existam regimes de isenção que protejam os grupos de rendimentos mais desfavorecidos e não só, (as circunstâncias de doença ou frequência do consumo de cada tipo de fármacos), o aspecto regressivo desta medida, pode ser atenuado. As taxas moderadoras devem ser vistas por este prisma e não devem ser elevadas ao ponto de serem consideradas uma fonte de financiamento do sistema, embora o dinheiro seja canalizado nesse sentido.

As metas da eficácia e da qualidade

O prodigioso avanço da ciência médica na luta incessante contra a mortalidade do Homem, a par de inegáveis benefícios, trouxe também consigo dilemas éticos terríveis. O desenvolvimento de um gigantesco arsenal terapêutico, incluindo meios de suporte avançado de vida que permitem o prolongamento da mesma na ausência de perspectivas de sobrevivência futura sem estas ajudas, são um exemplo dos dilemas em que progressivamente nos temos vindo a atolar.

Enquanto médicos, mantemos por vezes procedimentos de cuja inutilidade e sentido do absurdo temos consciência pelo prolongamento inútil do sofrimento para os doentes e suas famílias. Ao fazê-lo, pressentimos que não estamos a fazer o melhor, mas persistimos no erro, ofendendo muitas vezes gravemente e de forma continuada o princípio da não-maleficência (*primum non nocere*) (Beauchamp e Childress, 1979). Embora saibamos que é preciso ter a coragem e a lucidez para perceber que a Medicina não se esgota nos cuidados curativos este caminho não é fácil de seguir por várias razões: desde logo, porque é difícil e cruel tirar a esperança de cura a um doente e à sua família; depois, porque aos médicos custa sempre muito assumir a derrota na luta contra a morte (a morte de um doente é vista como um fracasso), e a tentação é grande quando se tem tantas “armas” ao dispor para ir adiando o desfecho fatal; por último, porque por vezes é difícil definir fronteiras entre os cuidados curativos e os cuidados paliativos. Mas é de todo conveniente que seja feito um esforço nesse sentido, para que os doentes possam usufruir do direito a uma morte com dignidade, e porque não dizê-lo também, para que não se esbanjem recursos sem qualquer sentido.

Não passamos aqui a fronteira para a discussão da eutanásia, debate que não cabe neste trabalho e seria por si só merecedor de uma reflexão detalhada. Não posso, no entanto, deixar de afirmar que será extremamente perigoso para todos seguir um caminho em que se permita aos Médicos (embora mandatados pela Sociedade) um tal poder absoluto de decisão sobre a vida e a morte, poder que não desejo ter enquanto médica e que não estou disposta a consentir enquanto doente.

O prodigioso avanço científico e tecnológico embriagou-nos a todos nós médicos, de tal forma que muitos, rendidos a tal poder, esquecemos as dimensões da Medicina que a fizeram nascer como Arte e não como Ciência. Nesta voragem da eficácia, as virtudes “clínicas” ficaram esquecidas, parecendo haver interesse em ressuscitá-las agora, porque se despertou para o valor da qualidade em Saú-

de. A qualidade em Saúde não depende apenas da eficácia dos meios auxiliares de diagnóstico e dos meios terapêuticos, mas depende de muitas outras dimensões, como por exemplo a capacidade do médico saber estabelecer com o seu doente uma relação de empatia e confiança, que o fará sentir-se seguro e colaborar no tratamento, ou a capacidade de proporcionar conforto e privacidade aos doentes terminais e suas famílias. A rapidez no acesso aos cuidados, a pontualidade no atendimento, a educação e simpatia dos profissionais de saúde, as boas condições logísticas, a possibilidade de acompanhamento por familiares, e o desejo de informação rápida e o mais completa possível sobre o seu estado de saúde, são algumas das exigências dos doentes, realidade para a qual a Medicina deve preparar os seus profissionais, e as Instituições prestadoras de cuidados devem oferecer as necessárias condições estruturais e processuais.

Os doentes são cada vez mais exigentes e têm cada vez mais a noção dos seus direitos. Por outro lado, a busca da eficiência com o objectivo da contenção de custos poderá levar a graves perdas da qualidade em Saúde. Por estes motivos, penso que os mecanismos de controlo da qualidade em Saúde irão assumir capital importância nos tempos que se avizinham.

A procura da eficiência

• A separação de funções do Estado português no sector da Saúde

A separação de funções do Estado português no sector da Saúde (Estado financiador/segurador *versus* prestador de cuidados *versus* regulador do sistema), em marcha desde a reforma de 2002, e tida como meio para resolver a ineficiência e conter os custos, implica riscos que importa considerar de forma atenta e responsável. Em primeiro lugar, o risco de as instituições prestadoras contratadas diminuírem a qualidade de serviço para pouparem nos custos, sobretudo em esquemas de prestadores preferenciais e sem liberdade de escolha dos doentes. Implica também o risco das instituições prestadoras contratadas rejeitarem os doentes "menos rentáveis", promovendo as-

sim a falta de equidade no acesso ("desnatação"). Promove a relação dicotómica entre médicos e gestores condenados a trabalhar num ambiente de tensão pelo conflito permanente entre princípios antagónicos (profissionais e gestores). Este conflito não se resolverá com a ascensão dos médicos à categoria de gestores das Unidades de Saúde, apenas se transferirá para "dentro" dos médicos. No entanto, penso que se se pretende encontrar o melhor equilíbrio entre estes princípios, os médicos serão sempre a melhor opção para a Gestão da Saúde, desde que habilitados pelas necessárias competências.

A dimensão ética da produção em Saúde eleva a responsabilidade política do Estado enquanto financiador/contratualizador, tendo este que garantir a permanente vigilância do respeito dos prestadores pela universalidade no acesso e pelos direitos e necessidades dos utentes. A função reguladora do sistema é neste novo contexto muito mais exigente e pode consumir por si só recursos que podem absorver os ganhos em eficiência. O Estado deverá continuar a regular as dimensões cruciais da Saúde através dos contratos-programa efectuados com as entidades prestadoras de cuidados (acesso, qualidade, desempenho, informação), mas necessita desenvolver mecanismos de monitorização para verificar se os contratos estão a ser cumpridos.

Tendo em conta a ausência de cultura do Estado português de saber controlar por outros métodos que não a supervisão directa (via hierárquica típica da Administração Pública), seria de todo desejável que esta separação de funções se operasse de forma faseada, pois existe o risco de se perder totalmente o controlo da equidade no acesso, e da eficácia e da qualidade, se assim não for.

Penso que se impõe uma reforma dos modelos de organização e gestão das Unidades de Saúde Públicas, conferindo-lhes maior autonomia e instrumentos de gestão mais adequados, impondo-lhes objectivos e fazendo um controlo eficaz dos resultados obtidos, evoluindo para modelos de Gestão Baseada na Clínica.

Numa segunda fase, poder-se-iam admitir contratos com instituições priva-

das sem fins lucrativos, que ficariam sujeitas aos mesmos critérios de avaliação entretanto já testados nas instituições públicas. E, por fim, e de forma controlada, poder-se-iam admitir alguns contratos com Privados com fins lucrativos (sujeitos aos mesmos critérios de avaliação), tendo sempre presente que para existir lucro há sempre perdas de ganhos em Saúde. A situação criada a partir da reforma de 2002, em que se pretendeu fazer tudo ao mesmo tempo na intenção de não ser possível voltar atrás, mas sem estabelecer os necessários mecanismos de regulação do sistema, causa-me bastante apreensão e poderá não ter um final feliz.

Penso que, objectivamente, não há qualquer razão para que o Estado não possa continuar a ser proprietário e gestor da maioria das Unidades de Saúde do SNS, mas num modelo de gestão autónoma e totalmente descentralizada e com uma monitorização eficaz dos resultados, permitindo a competitividade entre as várias instituições numa espécie de mercado interno. Penso, também, que uma das medidas fundamentais para estimular uma saudável concorrência, será permitir aos doentes a liberdade de escolha dos prestadores. Não se pense, no entanto, que algo me move contra o sector privado na prestação de cuidados de saúde - apenas entendo que deve exercer a sua missão sem qualquer promiscuidade e em completa separação do sector público, com regras bem claras e bem definidas. Creio mesmo que desempenha um papel importante e complementar, como já referi quando falei do financiamento do SNS, e será mais uma garantia para a liberdade de escolha dos doentes que apesar de legalmente garantida é pouco cumprida no SNS.

• Política de recursos humanos

Considero fundamental uma mudança nos regimes de trabalho dos profissionais de saúde, e não apenas nos métodos de remuneração, como está em voga. Penso que nas instituições de Saúde (públicas ou privadas) devem trabalhar maioritariamente quadros em dedicação exclusiva, sobretudo nos lugares estratégicos de decisão e organização. Para

a excelência do funcionamento das instituições é fundamental, não só a competência, mas também a lealdade dos seus profissionais. Este aspecto assume ainda maior relevo quando está em causa uma actividade como a Saúde, em que o prestígio das instituições depende directamente da reputação e do desempenho dos seus profissionais altamente qualificados.

A realidade portuguesa demonstra à sociedade que a existência de profissionais no SNS em estado de permanente conflito de interesses (pelo exercício simultâneo das suas actividades noutras instituições públicas ou privadas) é tremendamente nociva.

Esta promiscuidade não só prejudica a eficiência dos serviços, como em certos casos, não pouco frequentes, favorece a existência de comportamentos que violam gravemente a ética profissional. No sector público, os profissionais são excessivamente “originais” na interpretação dos seus deveres de assiduidade, pontualidade e cumprimento de horários; no sector privado, não existe qualquer controlo de preços e de qualidade.

Em relação aos métodos de remuneração, está para mim mais do que provado que o modelo de remuneração por salário fixo é totalmente obsoleto, não só para os Clínicos Gerais, mas para todos os médicos. É indiscutível que deve haver uma parte do salário fixa, e uma parte deve ser reservada para premiar o desempenho. Não é fácil encontrar métodos adequados para avaliar o desempenho dos profissionais de Saúde e deve, acima de tudo, haver consciência de que nem todas as realidades da Medicina podem ser avaliadas da mesma maneira.

Se não forem tidas em conta as particularidades de cada realidade, podemos facilmente resvalar para a promoção de comportamentos desviantes dos profissionais de saúde em relação à sua ética profissional. Por exemplo, no método de pagamento por acto médico podemos estar a incentivar a realização de actos que não eram necessários, alguns deles até de grande invasividade e prejuízo físico e psíquico para o doente, para além dos gastos financeiros. Por outro lado, os doentes crónicos não terão quem os queira tratar, pois as consultas são mais

morosas e difíceis e é mais rentável para o médico tratar casos mais simples se receber por consulta efectuada.

Em meu entender, é muito interessante o modelo que está actualmente em experimentação no Reino Unido para os Clínicos Gerais (GP's). Este modelo é perfeitamente aplicável não só aos profissionais de saúde, individualmente, mas também ao pagamento aos hospitais e a outras Unidades de Saúde. Requer um grande esforço e investimento na implementação de sistemas de controlo da qualidade mas, a meu ver, tem benefício duplo. O mesmo sistema fiscaliza e regula a eficácia e a qualidade, e ao mesmo tempo os resultados são usados para melhorar a eficiência através de prémios de desempenho.

O novo regime de contrato individual de trabalho e a previsível extinção das carreiras médicas, tais como as conhecemos desde os anos 70, trazem um novo desafio à formação contínua e à diferenciação do trabalho médico. Será necessário criar alternativas e tal tarefa deve manter-se na área de responsabilidade dos Médicos através da sua Ordem profissional e não deve ser transferida para o poder político.

• *A questão dos Medicamentos*

Entendo como naturais e desejáveis as medidas a tomar com vista a refrear o consumo e o desperdício na prescrição de medicamentos, não só por razões de eficiência mas também de eficácia e qualidade, evitando assim ao máximo a iatrogenia dos mesmos.

A melhoria da qualidade do atendimento médico, incluindo a rapidez no acesso e a garantia de cuidados continuados, será certamente das medidas com maior impacto na redução da prescrição e do consumo de fármacos.

A formação nas Escolas de Medicina e a formação Pós-Graduada são extremamente importantes para incutir nos médicos o sentido crítico e o rigor nas prescrições e impedir que os mesmos sejam alvos fáceis do marketing da indústria farmacêutica, esquecendo por vezes, consciente ou inconscientemente, as normas éticas da sua profissão. Considero fundamental que os governos exerçam

fortes pressões sobre a indústria farmacêutica e, por via de legislação concertada, consigam limitar o seu marketing ao essencial, reduzir os lucros, baixando o preço dos medicamentos, e fomentando o desenvolvimento dos genéricos.

A par da introdução já efectuada da legislação de comparticipação dos medicamentos por preço de referência, penso que a criação de um Laboratório de Estado para produzir alguns medicamentos genéricos seria uma medida eficaz para enfraquecer o poder negocial da indústria farmacêutica. Tal medida ajudaria não só a fazer baixar de forma efectiva e brutal os custos com os medicamentos, como também serviria para impedir a retirada arbitrária de alguns fármacos do mercado, só porque já não são “rentáveis” do ponto de vista do lucro.

O exemplo da decisão ditatorial, tomada em cartel por parte dos laboratórios, de retirar do mercado português a penicilina oral e de, actualmente, tudo estarem a fazer para retirarem as formulações parentéricas, mostra que só um Estado organizado neste sector pode fazer frente a tal domínio. Tais decisões, tomadas unilateralmente pela indústria farmacêutica, condicionam de forma muito grave as boas práticas médicas e a liberdade de prescrição dos médicos, mais do que qualquer “lei de genéricos”; no entanto, até hoje nunca foi visível qualquer tomada de posição da Ordem dos Médicos no sentido de denunciar este tipo de situações. Ao contrário, as questões éticas ligadas à liberdade de prescrição no caso dos medicamentos genéricos são demasiado empoladas.

O médico não pode efectivamente ficar privado da liberdade de prescrição, de acordo com o que considera a boa prática dentro do actual Estado da Arte. Mas não pode ignorar a obrigação que tem para com o seu doente individual e para com o todo da sociedade de, e sem violar o que atrás ficou exposto, optar pelos fármacos que, adequados à situação e de qualidade certificada, apresentem uma melhor relação de custo-eficiência.

CONCLUSÕES

O trilema ético, técnico-profissional, e económico-financeiro da Saúde é, na

sua génese, insolúvel. No entanto, soluções de compromisso podem e devem ser procuradas com vista a encontrar o melhor equilíbrio entre os três vértices do triângulo. Caberá às sociedades tomar as decisões necessárias e ao Estado garantir que as mesmas são implementadas e avaliar se os objectivos propostos estão a ser atingidos, bem como se os princípios éticos aceites estão a ser respeitados.

Os médicos, em circunstância alguma, deverão permitir que, de forma implícita ou explícita, o poder político os empurre para o odioso papel de negar os cuidados de saúde à população, como se isso fosse uma decisão da classe. A relação médico-doente é uma relação de confiança milenarmente consagrada no Juramento de Hipócrates e cuja quebra constitui um rude golpe para os médicos que são profissionais que vivem da sua reputação. O modelo do médico de virtudes, já de si abalado pelo do médico cientista, será definitivamente enterrado pelo do médico economicista, o que constituirá um grave dano para doentes e médicos. Não devemos esquecer-nos que, perante cada doente individual, o médico tem obrigação de fazer o máximo e de procurar a melhor solução e os melhores cuidados.

Nas circunstâncias em que é, ao mesmo tempo, profissional assalariado, o médico vê-se muitas vezes no meio do conflito de interesses entre doentes e instituições prestadoras de cuidados de saúde, devendo assumir sempre a defesa dos legítimos interesses dos doentes de acordo com as boas práticas médicas e com o seu dever hipocrático, o que nem sempre é fácil.

THE HEALTH TRILEMMA: DIFFICULTIES AND SOLUTIONS

ABSTRACT

In modern societies Health is seen as a good of merit; equity in access and provision of health care are social values that have acquired great relevance in the second half of the XX Century, especially in Europe, being widely accepted for all political ideologies (except for radical liberalism).

Physicians search incessantly to improve the *efficacy* and *quality* of health care, in an endless fight against death and suffering, and the remarkable scientific and technological progress achieved by Medicine is the victorious expression of this effort complemented by innumerable other areas of human knowledge.

But these undeniable progresses (both philosophical and scientific) have economical and other costs. Health is an increasingly expensive good, and is now claimed as a social right for all. However we must question the adequate allocation of resources since they are not unlimited and there are other needs to fulfil. In these circumstances the search for *efficiency* desired by economists and administrators is relevant.

Nowadays, when society strives to improve equity, and physicians try to increase efficacy and quality, efficiency diminishes. When administrators try to improve efficiency, equity diminishes and there is also the risk of reducing efficacy and quality.

The search for the best balance between equity, efficacy/quality, and efficiency (the *Health Trilemma*) faces several difficulties for which we need solutions.

This is an ethical, technical-professional and economical-financial trilemma, that is difficult to solve in any country.

Key-words: health care, resources allocation, equity in access, efficiency, efficacy and quality

Nascer e Crescer 2008; 17(2): 90-100

BIBLIOGRAFIA

1. Serrão D. A Protecção da Saúde como Direito Civilizacional. 3º Congresso Nacional de Bioética (comunicação oral).
2. Simões J. Retrato Político da Saúde (dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho). Almedina; 2004.
3. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Eight Countries - Trends and Challenges. Disponível em www.hm-treasury.gov.uk/media/FOA/4A/observatory_report.pdf; Abril 2002.

4. Serrão D. Aspectos Éticos do Financiamento da Saúde. VI Fórum da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (comunicação oral); 1995.
5. Antunes MJ. A doença da saúde (serviço nacional de saúde: ineficiência e desperdício). Quetzal Editores; 2001.
6. Guichard S. The Reform of the Health Care System in Portugal. Economics Department working papers nº 405. OECD. 06 October 2004. Disponível em www.oecd.org/olis/2004doc.nsf/linkto/eco-wkp_2004; 28.
7. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2005 (novo serviço público da saúde - novos desafios). Disponível em www.observaport.org/OPSS.
8. Recommendation 1418 do Conselho da Europa. Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Gazeta oficial do Conselho da Europa ; Junho de 1999.
9. Serrão D. Uso de Embriões Humanos em Investigação Científica (livro branco). Ministério da Ciência e do Ensino Superior; 2003.
10. Recomendações para uma Reforma Estrutural da Saúde. Conselho de Reflexão Sobre a Saúde. Documento disponível na Administração Regional de Saúde do Norte; 1997.
11. Folland S, Goodman AC, Stano M. The Economics of Health and Health Care. 4th ed. Pearson Prentice Hall (New Jersey); 2004.
12. Esteves de Araújo JFF. A Reforma do SNS: o novo contexto de gestão pública. Universidade do Minho. Disponível em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerial\(9\).pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerial(9).pdf)

CORRESPONDÊNCIA

Ermelinda Santos Silva
Serviço de Pediatria
Hospital de Crianças Maria Pia / Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Rua da Boavista, nº 827
4050 Porto
E-mail: ermelinda.rss@gmail.com