

Comentário produzido durante as Jornadas Novas Políticas de Saúde: Da Racionalidade Económica à Coesão Social

Pedro Pita Barros

Universidade Nova de Lisboa

1. Dado o adiantado da hora, e tendo em conta o interesse de tudo o que já foi dito, atrevo-me a alterar o papel a desempenhar de orador para comentador. E como forma de iniciar o debate, irei discutir um pouco algumas das questões levantadas pelos oradores anteriores. Decorre daqui que o conteúdo deste texto será feito de notas dispersas, mas que espero coerentes no seu todo.
2. Como primeiro ponto a assinalar, a discordância com o uso do termo “economicismo”. É uma expressão que não existe, e que não representa o que é a análise económica. Usualmente a sua utilização encontra-se associada com uma ideia de redução de custos, e com uma visão contabilista. Apesar de até certo ponto esta ser uma reacção que alguns poderiam considerar corporativa, o facto de o termo “economicismo” ser usado regularmente justifica a chamada de atenção. Se relembrar que a análise económica significa o estudo de como usar da melhor forma os recursos limitados, dentro da saúde entre aplicações alternativas mas também entre o sector da saúde e outras áreas, vemos que pouco tem em comum com o “economicismo” ou a “visão economicista”.
3. O Dr Germano de Sousa, Bastonário da Ordem dos Médicos, chamou a atenção para algo que tende a acontecer nas sociedades modernas, com implicações poderosas sobre a gestão da prestação de cuidados de saúde: a utilização do médico como “bode expiatório”. Essa situação é injusta, uma vez que é necessário reconhecer que a actividade médica é incerta, e como encontra-se sujeita à implicações dessa mesma incerteza – nem sempre o médico conseguirá obter o resultado pretendido. Não se pode exigir ao médico uma infalibilidade que a natureza da sua actividade não permite. Nas palavras do Dr Germano de Sousa, “o médico compromete-se com meios, não com resultados”. Ora, esta pressão existente para a infalibilidade traduz-se numa reacção natural de medicina defensiva (realizar todo o tipo de testes, por exemplo) e, a prazo, até numa provável fuga dos médicos das especialidades onde a incerteza e o risco são maiores. A gestão moderna em saúde tem que procurar um balanço entre a responsabilidade médica, que não deixa de existir, e exigência de uma (impossível) infalibilidade.
4. Muito próximo deste problema surge um outro: a tensão médico – gestão. Frequentemente,

esta tensão surge da tentativa dum tentativa de fazer a gestão por planeamento central, escondido e envergonhado, em lugar de um gestão baseada na delegação nos decisores fundamentais: os decisores médicos. A revolução ao nível da gestão ocorre não apenas nos instrumentos, mas também nas mentalidades e na abordagem, e é por isso muito menos óbvia do que se poderia pensar. Associado a este aspecto está a importância do espaço micro – ou se muda onde e como o doente é tratado, ou qualquer reforma é apenas virtual. Há uma diferença entre mudar por decreto ou mudança por modificação de incentivos (sejam positivos ou negativos, implícitos ou explícitos). Normalmente, a primeira poucos efeitos tem. A segunda é muito mais difícil de fazer.

5. Um princípio básico poucas vezes contestado é o da “liberdade de escolha”. Aceitando este princípio decorre naturalmente a consequência de ser necessária concorrência. O princípio de liberdade de escolha só pode ser satisfeito se houver escolhas alternativas pelas quais optar, mas a existência de alternativas significa concorrência, significa que se pode seleccionar uma opção em detrimento de outra. Assim, defender o princípio da liberdade de escolha e ser contrário à existência de concorrência é uma contradição evidente.
6. Claro que a presença de concorrência nem sempre será possível ou desejável. Claro que em alguns casos haverá monopólios locais que terão de ser de alguma forma regulados. Mas o facto de existirem essas situações não deve impedir que onde for possível se fomente o exercício da liberdade de escolha, permitindo a opção entre alternativas. Em geral, concorrência e liberdade de escolha é a melhor de satisfazer as preferências dos cidadãos em termos dos cuidados médicos usufruídos. Na verdade, planeamento total é impossível dada a diversidade e falta de informação que qualquer planeador (ou Ministério) tem sobre essa diversidade.
7. Mas podemos e devemos contestar se o princípio da liberdade de escolha é assim tão absoluto. Até porque pode chocar com outros princípios. O elemento interessante que é relevante ressaltar é poderem resultar vantagens de se limitar essa liberdade de escolha. Isto é, uma pessoa pode voluntariamente aceitar posições ou tomar medidas que limitem a sua liberdade de escolha futura. Um exemplo é a utilização de um sistema de referenciação, em que um doente deve primeiro ir ao seu médico de família e apenas quando referenciado por este dirigir-se ao médico especialista. Esta articulação limita a liberdade de escolha, pois não permite, em princípio, que em caso de suspeita de doença o indivíduo decida se vai ao médico de família ou ao especialista. Contudo, dados os maiores custos que o recurso ao especialista acarreta, o cidadão pode preferir, no início do ano e antes de saber se e quando estará doente, limitar a sua liberdade de escolha posterior. Um exemplo clássico deste tipo de situação é o pedido de Ulisses para ser amarrado ao mastro do navio para não ceder aos cantos das

sereias. Ao ser amarrado perdeu liberdade de escolha no futuro. No entanto, considerado em termos globais constituiu uma decisão acertada limitar as suas opções futuras.

8. O Prof. Constantino Sakellarides tocou em vários pontos importantes, com a clareza e sistematização habituais. Quero realçar alguns desses aspectos: normalmente não é verdade que a situação esteja tão mal que qualquer mudança só pode melhorar; assim, as mudanças devem ser precedidas de uma cuidada análise das suas implicações bem como uma identificação clara de como será feita a avaliação dessa mudança. Na verdade, continua a existir um contraste claro entre a agenda política e a análise de suporte. Não há sinais de progresso na capacidade de fazer reflexão estratégica.
9. Por outro lado, para algumas das mudanças preconizadas, como a empresarialização de unidades hospitalares, é necessário possuir um conjunto de competências. A capacidade de regulação e contratualização é muito pequena do lado do sector público. Espera-se que para a anunciada empresarialização, estejam a ser desenvolvidas as competências de gestão necessárias também em termos de acompanhamento por parte do Ministério da Saúde.
10. A avaliação de resultados é um dos aspectos mais importantes para uma bem sucedida estratégia de mudança do sector da saúde. Por avaliação de resultados, entendo o estabelecer metas, como referido, mas também anunciar o que se faz se as metas não forem alcançadas. De outro modo, está-se a estabelecer objectivos, mas sem qualquer consequência prática.
11. Ligado a este aspecto da avaliação está a falta de explicitação da evidência existente que suporte as propostas de reforma. Para além das dúvidas que possam resultar sobre os resultados esperados das medidas que sejam tomadas, a falta dessa evidência significa também que a avaliação realizada não será factual. Tal mina à partida parte substancial da credibilidade que uma medida de reforma deverá ter. Contudo, é necessário reconhecer que em experiências novas, por definição, não haverá evidência disponível sobre os efeitos das medidas. Ora, se por um lado se argumenta que há especificidades do caso português, como defendeu o Prof Vasco Reis, então não é possível basear as medidas de reforma na evidência existente, conforme suporta o Prof Constantino Sakellarides. A resolução desta aparente contradição é feita de duas formas: a) nas experiências novas há que anunciar antes destas se iniciarem a forma como a avaliação será feita, em termos de critérios objectivos e facilmente mensuráveis; b) a utilização de inferência a partir de evidência de experiências próximas pode ser sempre usada para se ganhar informação, pelo que não deve ser descurada.
12. Sendo reconhecidas as dificuldades de uma prestação segundo as regras da administração pública, a introdução de mecanismos de mercado e de regras de gestão privada no sector da

saúde tem sido largamente advogado. Creio mesmo que se pode afirmar que as diferenças entre as diferentes propostas se centram mais na extensão dessa introdução do que na sua introdução ou não. Dadas as características do sector da saúde, onde há que fazer equilíbrios entre acessibilidade e equidade, qualidade e subida de custos, selectividade e responsabilidade, a questão que nos é deixada pelo Prof Vasco Reis é “que regulação é adequada?”. Embora não pretenda dar aqui uma resposta completa a essa questão, julgo que há em primeiro lugar que reconhecer as restrições que existem a essa regulação: a) restrições de informação – o regulador tem normalmente menos informação que os agentes no terreno, nem todas as acções dos agentes do sector são observáveis e controláveis; b) políticas; e c) restrições em termos dos instrumentos disponíveis. O desenvolvimento do que deve ser a regulação no sector da saúde não se pode esquecer dessas restrições.

13. Finalmente, é importante referir um aspecto que foi praticamente ignorado até este momento, mas que vai constituir um choque forte na gestão da saúde em Portugal – a mobilidade internacional de doentes, dentro da União Europeia, pelo menos. A concorrência vai ser não só entre prestadores dentro de um mesmo país, mas também entre sistemas de países.

Lisboa, 19 de Setembro de 2002

Comentários podem ser enviados para: ppbarros@fe.unl.pt