

Efectividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso

F. LEAL DA COSTA

Num contexto de escassez de recursos, agravado pelo aumento da procura de cuidados de saúde e pelo custo do imperativo tecnológico, muitas vezes erroneamente confundido com imperativo ético, a procura da eficiência é cada vez mais relevante. Para que esta se atinja e mantenha é preciso um conhecimento profundo dos efeitos das medidas eficazes, a verdadeira efectividade, numa perspectiva sistémica, o que implica uma partilha de saberes e acções concertadas entre médicos e gestores. A lógica económica não substitui o juízo clínico, mas reforça a necessidade de compatibilizar as intervenções úteis com o custo pessoal e social exigido. Precisa-se de boa informação que gere conhecimento e do insubstituível bom senso.

Palavras-chave: efectividade; eficiência; administração de serviços de saúde; recursos de saúde; recursos humanos; informação em saúde.

Introdução

«Economists are philosophers of scarcity»
(Øvretveit, 1998).

«Os economistas são filósofos da escassez.» Sendo médico, não particularmente dotado para a escrita,

□

F. Leal da Costa é coordenador do Plano Oncológico Nacional e assistente da Escola Nacional de Saúde Pública — UNL.

Entregue em Março de 2006.

nem sequer conhecedor profundo da ciência económica, o autor encarou a elaboração deste texto com a maior apreensão. Não sendo filósofo, habituado a gastar recursos, geralmente muito dispendiosos, no tratamento de doentes com patologia grave, tem o autor a noção clara da necessidade e da dificuldade de compatibilizar sistematicamente a efectividade com a eficiência. Por isso, acabou por tentar pôr em escrito um conjunto de ideias, inicialmente dispersas e porventura inconsistentes, posteriormente cimentadas ao longo do tempo que já leva de prática clínica, muito do qual dedicado à hemato-oncologia, à transplantação de medula óssea em particular. Ao longo do texto apresentaremos as definições que elegemos para efectividade e eficiência, o papel central da informação e do conhecimento nas decisões e as razões da necessidade para a colaboração estreita entre gestores e médicos. É da conjugação de saberes complementares que o bom senso, o bom uso do conhecimento e dos recursos, pode servir o objectivo de prestação de cuidados efectivos e eficientes.

Efectividade e eficiência

Estes termos do *economês* clássico necessitam de clarificação antes de prosseguirmos. Para efeitos deste texto, em consonância com a maioria dos autores, definiremos efectividade como uma medida do êxito, ou seja, como critério de resultado, de bom

resultado, dito de outro modo, fazer bem feito. O serviço nacional de saúde inglês criou uma definição explícita de efectividade clínica: «a medida em que intervenções clínicas, quando usadas no campo para doentes particulares ou populações, fazem aquilo que se pretende que façam, isto é, manter e melhorar a saúde e assegurar o maior ganho de saúde possível com os recursos disponíveis» (NHS Executive, 1996, cit. in Chambers, Boath e Rogers, 2001). Esta definição, que acabaremos por usar ao longo do texto, vai mais longe do que o simples fazer bem feito. É preciso fazer o melhor com o que se tem. No essencial, estamos de acordo com Correia de Campos quando este cita Drucker para separar eficácia, fazer certo, de efectividade, fazer a coisa certa (Correia de Campos, 1985). O conceito de efectividade passa a conter uma noção intrínseca de efeito conseguido, enquanto a eficácia se prende apenas com a justeza da medida. Por exemplo, é possível, em termos de saúde pública, ter uma medida eficaz de tratamento que efectivamente não atinge o seu objectivo, por não ser acessível à maioria da população que dela necessita. Esta subtilidade, muito importante, tem de ser incorporada, por exemplo, na elaboração de linhas de orientação terapêutica, cuja eficiência estará dependente da possibilidade de tornar a intervenção aplicável a todos os que dela precisam. Daqui se infere que definir um *standard* demasiado dispendioso, sem consideração de tipo sócio-económico, pode tornar essa orientação intrinsecamente inútil. A eficiência é, para efeitos destas lucubrações, uma razão entre «coisas», unidades, produzidas e um factor determinante dessa produção. Em termos de cuidados de saúde, a definição do objecto produzido levanta questões curiosas. Em primeira análise, não se produzem doentes, embora se possam produzir curas. Infelizmente, como qualquer médico sabe, a cura é quase sempre ilusória e resulta, muito mais do que se possa pensar, da própria evolução natural da patologia, dos equilíbrios que a doença gera e de factores que se controlam a partir de acções múltiplas e complexas. Não sendo, portanto, possível, de uma forma simplista, medir os talentos de cada um pelo número de doentes curados, para uma análise da gestão da prestação, numa perspectiva «micro», será necessário centrarmo-nos em «coisas» que sejam actos, por exemplo, consultas ou cirurgias, altas, duração de internamentos, frequência de complicações, etc. Em última análise, a «coisa» produzida será, no âmbito dos cuidados de saúde, o próprio bem-estar de quem procura esses cuidados. Esta é a verdadeira medida das grandes intervenções na saúde, encaradas numa perspectiva «macro».

Voltando à definição de «eficiência», o denominador da razão, o factor de produção, pode ser aquele que

acharmos mais conveniente para a análise. Será sempre custo, medido em termos monetários (número de altas/gasto em medicamentos), mas pode ser tempo (consultas/hora), pode ser uso de meios materiais (doentes internados num determinado período/número de camas disponíveis), técnicos (diagnósticos efectuados/número ou custo de análises efectuadas) ou humanos (número de doentes tratados/número de médicos ou enfermeiros). Alguns economistas insistirão em chamar produtividade a esta eficiência (Corrêa Gago *et al.*, 2003). Preferimos dizer que produtividade é fazer muito, bem feito, com efectividade, com o gasto menor, eficientemente. Fazer muito, bem feito e barato... A ordem deve ser sempre esta: efectividade e eficiência. Não poderia ser de outra forma. Atingir o objectivo da forma mais eficiente. Não pode haver eficiência se a «coisa» produzida não for boa. Pode ser barato, mas, se o resultado não for bom, duradouro (conceito relativo para uma espécie mortal), gerará custos acrescidos, que até poderão ser a perda de reputação, o acumular de reclamações e a consequente perda de «clientes». Sabiamente, um português diria «bom e barato não há». E não há porque para ser bom é necessário empenhamento, esforço, profissionalismo, factores de produção mais importantes e mais relevantes do que o próprio preço praticado pelo acto. Pode é haver, muitas vezes há, mais barato e com resultado igual.

Informação

Numa lógica moderna de prestação de cuidados de saúde, com devolução do poder de escolha ao utilizador, a qualidade do acto, do produto, ganha uma dimensão crescente. Mesmo em sistemas universais, estatais, de prestação gratuita ou tendencialmente gratuita, para lá dos imperativos éticos de qualidade na governação e na prestação de serviços públicos, o ónus político da má qualidade desses serviços induz uma necessidade de preocupação constante para a qualidade dos resultados e a satisfação dos utilizadores.

Numa lógica de qualidade, eficaz (efectivo, se preferirmos) é o resultado obtido de acordo com o esperado ou com a norma. O profissional espera, naturalmente, o melhor resultado possível e define a sua acção em função da sua própria expectativa de efeitos desejados, de consequências benéficas. O médico deverá definir um objectivo e procurar a forma mais simples, rápida, com menos efeitos secundários e menos onerosa para lá chegar. Em suma, deverá ser eficiente no uso dos meios, incluindo o tempo, necessários para atingir o objectivo. As instituições de

saúde podem e devem definir objectivos globais, respeitando os compromissos técnicos e éticos de cada profissional, contribuindo para a eficiência global do sistema. Um determinado resultado de uma intervenção terapêutica poderá ser o desejado, o melhor possível, para o profissional que a pratica e ainda assim insuficiente para quem dela usufrui. Usando uma citação industrial, atrevo-me a dizer que o melhor da medicina se poderia descrever pelo lema da General Electric: «We bring good things to life®.»

O cliente, utente, se preferirem, vê as coisas de forma própria. Cada um tem a sua leitura das *good things* que quer na sua vida. Habitualmente, os clientes, os utilizadores, reagem a extremos, ao muito bom e ao muito mau, mais do que à média. Nos tempos que correm, com o crescente *consumerismo* dos serviços de saúde, o cidadão médio está mais disposto a aceitar uma cafeteira que se avaria do que a esperar pela evolução natural de uma constipação intratável. O «bom» médico será aquele que se apressou a prescrever um antibiótico de largo espectro para uma infecção viral benigna, cuja quase inevitável cura dependerá mais da imunidade do que da intervenção farmacológica sobre a história natural da doença. Numa perspectiva sanitária, esse «bom clínico» contribuiu, apesar do bom resultado, para uma perda da eficiência do sistema. Introduziu uns pontos no custo, aumentou o peso do denominador, o seu factor de produção foi aumentado pelo preço do antibiótico mais os custos da indução de resistências e não tratou mais «constipações» do que as que trataria pelo recurso a medidas de controlo sintomático. Para esse doente, satisfeito por ora, o médico foi «eficaz», com uma intervenção inefectiva e, acima de tudo, ineficiente. Esta avaliação de satisfação, baseada na resposta a uma expectativa (receber medicação e melhorar, ainda que espontaneamente), não sobreviveria a uma análise de qualidade em torno de várias das suas medidas: eficácia (utilidade), propriedade (adequação), efectividade (fazer bem), eficiência (relação com o custo), apesar de ter podido ser acessível e até continuada... Este paradoxo aparente leva-nos propositadamente a um ponto essencial, a informação, a que voltaremos repetidamente. Informação boa, útil e bem usada. Informação do público e dos profissionais. Informação que se transforma em conhecimento e que reforça, cria, capacidade crítica.

Tecnologia

Muita da tecnologia que procuramos introduzir na busca da eficiência é «aceleradora». Mais consultas, mais diagnósticos, mais cirurgias. Respostas mais rápidas, melhoria mais célere, mesmo que os efeitos

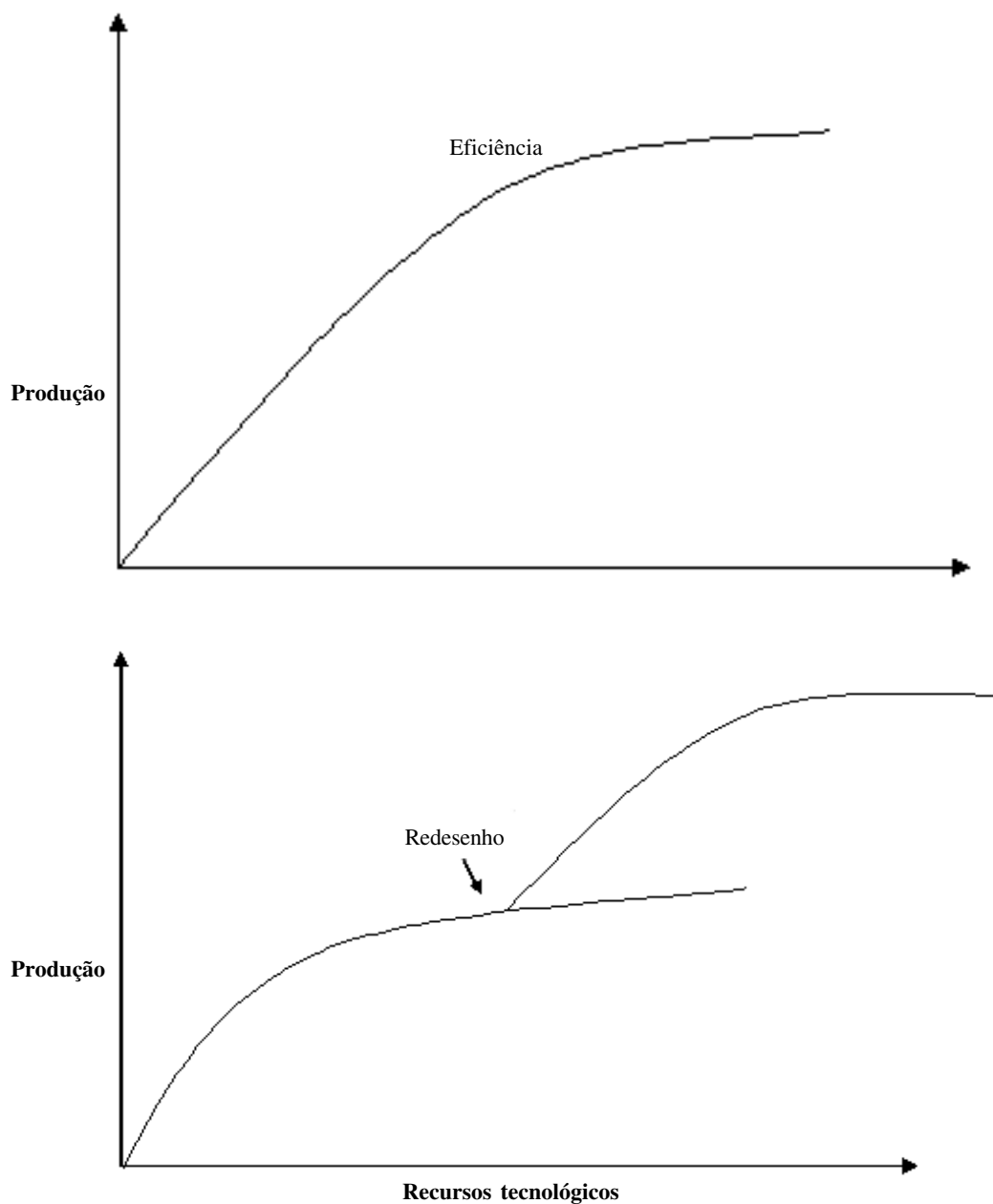
a longo prazo sejam os mesmos, se não piores. Um número significativo de fármacos chega mais depressa ao público porque o processo de licenciamento é acelerado. Nada pode esperar. Esta industrialização da produção, absolutamente necessária por causa da procura crescente de cuidados, tem sido também, embora não só, resultado do envelhecimento populacional e alvo de análises de eficiência, numa perspectiva exclusivamente de custos, com escassa consideração da qualidade dos resultados. Nos tempos actuais, esse resultado tem cada vez mais de ser apreciado pelo efeito nas pessoas, o qual, para lá do evidente alívio de sintomas e recuperação da fisiologia lesada, deve ser considerado numa perspectiva de satisfação, de resposta a necessidades. Nessa resposta às necessidades, os «aceleradores» podem contribuir para um aparente acréscimo de eficiência sem que isso respeite medidas de bem-estar percebido pelos doentes (Lee e Davidoff, 2000). A melhoria da eficiência não pode estar desviada da missão primária de quem cuida e o redesenho da prestação de cuidados terá de ter isso em conta. Não bastará, por exemplo, aumentar a capacidade de resposta, medida em termos de número de consultas ou da diminuição do tempo de espera para uma intervenção cirúrgica, sem avaliação dos resultados. Mesmo sendo eficaz, a efectividade dos cuidados terá também de ser medida pelo bem-estar que gera. É a questão da satisfação individual e do bem colectivo. Há limites na relação eficiente entre tecnologia e efectividade. Num determinado ambiente, um hospital, um centro de saúde, ou um serviço nacional de saúde, a curva de relação entre tecnologia introduzida e produção é gompertziana (*Figura 1*). Tal como um tumor. Para cada incremento de produção, o esforço vai sendo cada vez maior, até que o sistema se redesenhe para incorporar, com eficácia, mais esforço. Por exemplo, não vale a pena ter mais médicos quando não há gabinetes de consulta, ter mais computadores se não houver quem os saiba usar, ter horário de funcionamento alargado se não houver quem dele precise, etc. A todo o custo há que evitar a cosmética da eficiência pelo incremento da carga tecnológica e, já agora, de serviços inúteis.

Um exemplo, propositadamente recolhido na literatura de transplantação hematopoiética, ilustra bem a necessidade de avaliação sistémica, a longo prazo, de opções técnicas de tratamento. Ao longo dos últimos anos o paradigma da alta-dose, mieloablativa, em transplantação alogénica foi substituído pelo paradigma imunomodulador. Com isto, reduziram-se as doses de quimioterapia, reduziu-se a toxicidade, elevou-se o limite etário para a exclusão destes tratamentos e consolidou-se a abordagem ambulatória. Tudo isto foi possível pelas possibilidades que novos

medicamentos, imunomoduladores e anti-infecciosos em particular, aliados a um melhor conhecimento da biologia da transplantação alogénica, abriram. A tecnologia permitiria um *downgrading* do uso de outra tecnologia. Isto seria e é progresso. Pensou-se que ao reforçar o número de procedimentos em ambulatório teríamos maior eficiência, efectuando mais transplantes com o mesmo número de camas, usando melhor os recursos em geral. Além do problema do *cost-shifting*, sempre presente quando desviamos a totali-

dade ou parte dos custos para o utilizador (muitas vezes julgando um acréscimo de bem-estar e preferência do doente que não são verdadeiramente medidos), a verdade é que a frequência de reinternamentos e complicações tardias igualaram os custos destes procedimentos, originalmente denominados mini-transplantes, aos dos procedimentos «clássicos» (Cordonnier *et al.*, 2005). Ou seja, a questão que aguarda resposta, como quase sempre, é se, em termos de QALY a longo prazo, esta abordagem tera-

Figura 1



pêutica confere, e a quem, vantagem de sobrevivência. Até lá, os gestores, bem apoiados pelos clínicos, tentarão que esta terapêutica seja reembolsada, paga, pelo preço real, justo, maximizando a eficiência pela produção intensiva, aumentando-a para lá do número de camas disponíveis nas unidades de transplantação, esperando que os reinternamentos não «entupam» a cadeia de produção. Convém que se diga que por enquanto, e por razões de ordem clínica que seria fastidioso enumerar, somos, moderadamente, entusiastas dos «minitransplantes» que aqui usámos, para nossa comodidade, apenas como exemplo.

Eficiência

Existem vários indicadores possíveis de efectividade individual ou da instituição (*Quadro I*). Olhando para estes indicadores tipo, centramo-nos numa avaliação de resultados que parece ser meramente técnica. A eficiência médica pode classificar-se como *técnica*, aquela que se centra na verificação de resultados de cada um ou de um procedimento, *produtiva*, aquela que avalia o uso combinado de recursos, e ainda *alocativa*, aquela que avalia a distribuição de recursos e soluções numa perspectiva de ganho social, ou seja, avalia as consequências da distribuição de recursos, de escolhas, de prioridades, e, no fundo, avalia o próprio sistema (Palmer e Torgerson, 1999). Esta eficiência alocativa está ligada ao conceito de custo de oportunidade, ou seja, ao custo adicional envolvido numa determinada escolha em detrimento de outra (Palmer e Reftery, 1999). De uma forma simples, aquilo que se deixa de fazer em consequência da escolha que se faz. Ainda mais simples, o custo adicional de um bilhete de cinema que impede a compra do gelado no fim da sessão, ou, em termos de política de saúde, o aparelho de TAC que

não se compra porque se comprou um PET. O problema de gestão será, entre outros, incluir na avaliação da tecnologia a adquirir a sua efectividade acrescida e considerar os seus custos para determinar eficiência. Nesta avaliação de eficiência interessará calcular também tudo o que pode acontecer que gere ineficiência, como, por exemplo, a não previsão de eventuais custos de formação de pessoal, o que, não sendo feito, determina que uma tecnologia se torne menos efectiva e, por isso, menos eficiente. Estas considerações serviram apenas para exemplificar como a avaliação da eficiência em saúde, em cuidados médicos em particular, é particularmente complexa. Não quer isto dizer que não deva e não possa ser feita. A avaliação económica usa a teoria económica para facilitar, sublinhamos facilitar, as escolhas entre várias e possíveis intervenções de saúde quando os recursos são escassos (Kernick, 1998). Em última análise, a escassez de recursos envolve meios humanos e isso determina, mais uma vez, uma ditadura do tempo, do tempo útil disponível por profissional, e leva à necessidade de introdução de «aceleradores», como amplificadores da eficiência. Sendo aparentemente evidente que um hospital geral, ou um clínico, com maior número de mortes não deverá ser eficiente, já não é sempre certo que uma duração de internamentos excessivamente baixa seja sinónimo de eficiência social. É por isso que os indicadores de produção podem não ser, na ausência de outra informação, necessariamente indicadores de qualidade. A busca da qualidade é o grande imperativo para que a eficiência valha a pena e seja verdadeiramente, a longo prazo, «custo-efectiva». A Unidade de Missão dos Hospitais SA, agora extinta, desenvolveu um conjunto de dez princípios para um compromisso de qualidade com os utentes, cujo valor continuará actual, independentemente do regime jurídico dos hospitais (Hospitais SA, 2004).

Quadro I Exemplos de avaliação de eficácia clínica

-
- Mortes
 - Duração de internamentos
 - Readmissões e reintervenções
 - Incidentes críticos
 - Uso de UCI
 - Infecções
 - Queixas/reclamações
 - Comparações com indicadores
 - Adequação à norma (revisão)
 - Sobrevivência
-

Bom senso público

É do conhecimento geral, do bom senso, que a tecnologia que se usa é aquela que... está disponível. Poder-se-ia pensar que a forma mais eficaz de conter custos, mantendo, para o mesmo nível de efectividade, uma eficiência constante, seria o racionamento da tecnologia. Para lá do inexorável envelhecimento dos equipamentos, a divulgação de novos resultados, a insuficiência do conseguido com os meios disponíveis e a própria pressão dos fabricantes (e utentes) levam a que se introduzam novas tecnologias. Destas, os medicamentos são o principal factor condicionante da eficiência da medicina. É por isso que toda a área da inovação tecnológica impõe escolhas. Essas escolhas determinam partilha de informação entre gestores e médicos para que seja feita uma avaliação cuidada dos benefícios e custos (Baker *et al.*, 2003; Milbank Memorial Fund, 2000) Em sistemas universais, providenciados pelo Estado, a procura da redução da desigualdade no acesso tem de ser compatibilizada com a qualidade e o uso de recursos e até autores norte-americanos já se preocupam com estes aspectos de adequação da oferta às possibilidades financeiras de quem precisa (Blumenthal, 2001). O envolvimento do público, escrutinador impiedoso nas democracias parlamentares, pode ser essencial para a construção de modelos de prioridades públicas (Jordan *et al.*, 1998). Essa informação tem de ser disponibilizada de forma entendível e não servir de instrumento de manipulação para a cosmética da eficiência. As avaliações de custo-efectividade, uma das formas de avaliar o impacto económico de intervenções na saúde, são passíveis de crítica. Recentemente, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos publicou um relatório de uma comissão constituída, no âmbito do Institute of Medicine, para o efeito de recomendar procedimentos na avaliação de benefícios de saúde em avaliações económicas de intervenções (Miller *et al.*, 2006). Das recomendações, doze no total, algumas bastante complexas, salienta-se a necessidade de envolver um conjunto alargado de pessoas e grupos em todos os momentos de desenvolvimento de políticas para a regulação de riscos para a saúde. O conhecimento generalizado desses riscos, das intervenções preventivas possíveis, nomeadamente através da modificação de hábitos, e do seu custo, comparado com o custo das intervenções necessárias para a correcção da doença, deve ser uma prioridade na informação de saúde. Partindo desse conhecimento, pode esperar-se maior capacidade de intervenção cívica nas políticas de saúde, nas escolhas das medidas, incluindo as atitudes e dotações necessárias para a melhoria da eficiência.

Ineficiência

O sistema de saúde, considerado na sua vertente curativa, tem várias componentes que podem ser pontos de ineficiência (*Figura 1*). Todas elas, do ambiente social à disponibilidade de médicos, do momento da admissão ao da alta, do tratamento médico-cirúrgico à continuidade de cuidados, podem ser factor de ineficiência, ou estrangulamento, como podem ser oportunidade para a melhoria. Por exemplo, a pobreza dos doentes, num estudo efectuado em Gales e Inglaterra, associou-se a uma maior frequência de internamentos hospitalares (Reid *et al.*, 1999). Por outro lado, os cuidados domiciliários, geralmente só possíveis com doentes de rendimento médio, podem não ser mais caros do que os hospitalares e permitir uma melhor eficiência hospitalar, por libertação de camas (Jones *et al.*, 1999). A propósito da transplantação hematopoiética em ambulatório já mencionámos os problemas de *cost-shifting* e da falta de avaliações a longo prazo. Numa avaliação de sistema, a inclusão de factores pode prosseguir indefinidamente e implica determinações seriadas de indicadores ao longo de períodos de tempo muito longos, enquanto numa avaliação de procedimentos ou comportamentos de uma organização essa análise é feita em períodos curtos e centrada num procedimento. Contudo, este efeito de escala não altera o racional do que aqui se escreve. Não altera, mas convirá que se diga, observando a figura, que uma escolha de procedimentos e atitudes, por exemplo, «acelerando» altas, pode determinar custos sociais adicionais, custos para outras instituições de saúde e diminuição da sobrevivência e qualidade de vida dos doentes, em última análise diminuindo a efectividade da intervenção no hospital e transferindo ganhos de eficiência de um hospital para incrementos de ineficiência do sistema de saúde. Esta situação, muitas vezes presente em tratamentos oncológicos (Earle *et al.*, 1998), cuja eficiência é muitas vezes mal comparada com alternativas (incluindo a ausência de intervenção), pode ser diversa do tratamento de doentes psiquiátricos, em que a planificação de internamentos de curta duração, desde que assegurado o apoio extra-hospitalar e envolvendo a assistência social, pode revelar-se mais efectiva e menos dispendiosa (Johnstone e Zolese 1999). Ou seja, medições de eficiência exigem enquadramento específico, em contextos sociais e patológicos precisos e distintos.

Olhando para a *Figura 2*, pode concluir-se que será possível identificar, a exemplo da teoria industrial, pontos de «aperto», os estrangulamentos, que determinam maioritariamente a ineficiência de um sistema (Young *et al.*, 2004). Por exemplo, num hospital construído em pavilhões, tão frequente em Portugal,

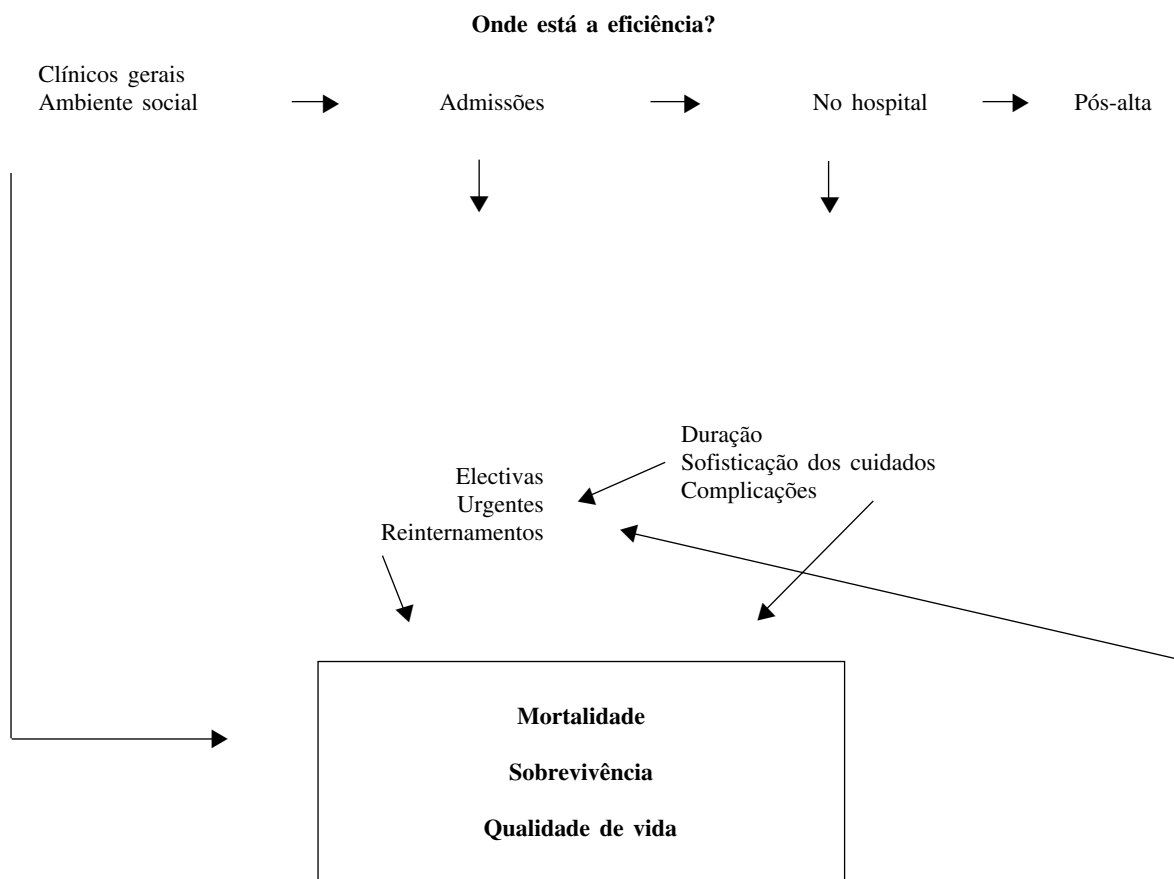
o transporte de doentes de uma enfermaria para a TAC pode determinar uma diminuição da eficiência do diagnóstico não só porque gera atrasos, mas também porque gera custos adicionais. Os atrasos podem determinar menor número de exames efectuados e, atrasando o diagnóstico, aumentar a duração de internamentos e, até mesmo, contribuir para uma diminuição da sobrevivência ao imporem uma demora adicional até ao início do tratamento. Não sendo possível mudar toda a estrutura do hospital, interessará conceber esquemas de funcionamento que agilizem marcações e diminuam atrasos. Pode aumentar-se a duração do tempo de operação do aparelho, pode organizar-se o tráfego de doentes no parque do hospital, mas, acima de tudo, o ponto fulcral será assegurar que os doentes que são propostos para este exame complementar precisem mesmo dele. Dito de outro modo, o exame só é eficiente se for esse o método mais efectivo, generalizável, quase universal, de encontrar a resposta diagnóstica. Não sendo o mais efectivo, poderá ser o mais imediatamente dis-

ponível com o menor esforço, aquele com melhor relação de custo-efectividade. Em tudo isto, sem desvalorizar os economistas, parece evidente que o juízo clínico é insubstituível. Deixam-se à imaginação do leitor outras situações em que o bom senso, os conhecimentos de gestão e a ciência médica sejam determinantes. Num tempo em que se assiste à emergência da gestão clínica, a *clinical governance*, as relações complementares entre gestores e médicos adquirem relevância acrescida. A gestão clínica de hoje, a *governance*, é mais do que gerir clínicos. Impõe a determinação e aplicação de normas, princípios, que regulem a efectividade e determinem a eficiência de forma responsável e transparente.

Gestores e médicos

As relações entre gestores e médicos são difíceis de regular e manter. Um dos problemas tem que ver, do lado dos gestores, com a necessidade imperiosa de

Figura 2



racionar recursos e o desconhecimento relativo da efectividade e do valor das medidas de efectividade que são úteis para os clínicos. Por outro lado, os médicos colocam-se frequentemente numa posição de conhecimento superiormente esclarecido que lhes veda a percepção do custo económico das suas intervenções, aspecto considerado não ético, mesmo quando a frequência e a qualidade dos seus registos de actuação são muito imperfeitas. Ao longo dos tempos esta situação tem vindo a mudar. Os clínicos, também em Portugal, acordaram para a necessidade de justificarem, até socialmente, o valor das suas decisões e, num ambiente de aumento constante dos preços da tecnologia de saúde, compreenderam a necessidade de colaborarem activamente com quem gere os recursos para não perderem a oportunidade de, juntamente com os seus doentes, «usarem» a melhor tecnologia disponível. A ética da relação individual passou a ser a ética da alocação. O factor económico passou a ser considerado na gestão de recursos finitos. Um orçamento para medicamentos terá de determinar a, ou ser determinado pela, relação entre preço, fundos disponíveis, número de potenciais beneficiários, o seu poder de compra e a eficácia do tratamento. A gestão do erro passou a ser uma preocupação de eficiência para lá da litigação judicial. A qualidade passou a ser encarada numa perspectiva de serviço e não apenas de resultado. A ciência deve influenciar a burocracia, gestores e médicos têm de partilhar conhecimentos e métodos e o poder profissional entrará numa nova dinâmica (Davies e Harrison, 2003). Espera-se que um «diálogo construtivo» passe a dominar as relações de aprendizagem mútua (Edwards *et al.*, 2003). A responsabilização, emergente da estrutura da *clinical governance*, por um lado, e a escassez de meios, por outro, impõem novos entendimentos. Claro está que a própria falta de recursos humanos médicos pode determinar uma mudança na lógica do «poder» intra-institucional e no próprio sistema, condicionando a estrutura de preços do trabalho. A este propósito, convém dizer que a necessidade de exigência de melhor qualidade dos actos médicos terá de estar ligada a uma lógica de incentivação. Neste campo, sem nos alongarmos numa discussão, muito difícil, sobre os méritos de possíveis formas de incentivo para a qualidade, a verdade é que os incentivos financeiros e o redesenho da prática, essencialmente a partir da partilha e da distribuição da informação, são os caminhos mais frequentemente citados para a melhoria real da qualidade (Epstein *et al.*, 2004). Como Jane Smith, editora do *BMJ*, escreveu, os cuidados de saúde precisam de ser redesenhados com um incremento da partilha das responsabilidades em todos os momentos da prestação (Smith, 2001). Nessa partilha

de responsabilidades estarão gestores e médicos. Como Berwick, guru e líder do Institute for Healthcare Improvement, escreveu em 1996, as medidas de educação e incentivo, isoladamente, não são suficientemente poderosas (Berwick, 1996). Mais do que pressionar o sistema existente, é muitas vezes mais eficaz construir outro, escreveu Berwick, mas esse desafio, pensamos nós, será seguramente complexo se não existir motivação de grupo.

Resultados

Nos tempos de avaliação em que vivemos, a divulgação pública de resultados é preponderante. Tem benefícios e limitações. A escolha de indicadores a divulgar é complexa e deverá corresponder, honestamente, ao fim pretendido. Esse fim deve ser a capacitação da escolha informada do utente e a divulgação do uso dado aos recursos, essencialmente, provenientes dos contribuintes. Esses indicadores devem ser credíveis, relevantes no momento em que são divulgados, suportados com informação suplementar e verificáveis externamente. No entanto, essa divulgação de informação está sujeita a pressões que podem, paradoxalmente, determinar que a transparência resulte em prejuízo dos utentes. Pode servir de incentivo para a desnatação dos casos mais graves, potencialmente indutores de problemas (por exemplo, demoras médias mais longas), pode implicar decisões clínicas de menor custo mas com benefício mais limitado, pode levar à manutenção da eficiência, embora reduzindo, paralelamente, efectividade e custos, etc. Sendo evidente que a melhoria da transparência é um fim necessário, a sua utilidade tem de ser temperada com bom senso e com uma definição clara do resultado a atingir com essa divulgação (Warner e Asch, 2005). A procura da eficiência, mais uma vez, pode implicar uma diminuição da efectividade institucional ou sistémica. As comparações têm de ser feitas com indicadores de grande qualidade, recorrendo a sistemas de *staging* ou outros padronizadores. Por exemplo, a mortalidade intra-operatória pode só ser um bom indicador de qualidade, em ambos os sentidos, na presença de um determinado volume de intervenções (Dimick *et al.*, 2004) e, por outro lado, o volume de intervenções de uma instituição pode ter um significado muito menor do que o número de intervenções de um cirurgião isolado (Hannan *et al.*, 1989). Usando outro exemplo, voltando à *Figura 2*, o número de admissões pela urgência/emergência foi o factor mais determinante para a variação de mortalidade intra-hospitalar num estudo efectuado em Inglaterra (Jarman *et al.*, 1999). Uma leitura não orientada da mortalidade intra-hospitalar,

enquadrada com a demografia e recursos locais existentes, pode penalizar a «pontuação» de um determinado hospital, que assim seria prejudicado na avaliação. O problema é que a confiança da população nos gestores e nos médicos, para já não falar dos políticos, e na sua publicação de resultados é muitas vezes abalada pela fraude, não tem outro nome, nos resultados de desempenho publicados. Deve haver *publicitação*, publicação em português correcto, e não publicidade. E é a pressão económica e o próprio sistema de financiamento que, muitas vezes, induzem essa busca da fraude. Isto não quer dizer que os bancos devessem acabar para erradicar os gatunos... As estatísticas hospitalares, como toda a estatística geral, enquanto ciência da interpretação e não da manipulação dos números, prestam-se a tudo. Agravamento dos códigos (GDH mais caros), ajustamentos de risco manipulados, transferência de doentes graves, recusas por «risco» inaceitável, etc. (Pitches *et al.*, 2003). A tarefa de regulação na procura da eficiência objectiva é imensa.

Bom senso clínico

Os sistemas de saúde são, como é habitual com quaisquer sistemas, complexos. De uma forma optimista, podemos acreditar que sistemas complexos tendem a criar comportamentos que se auto-organizam (Sweeney e Mannion, 2002). De uma forma mais pessimista, a auto-organização, tendencialmente entálpica, perturba a eficiência. A instituição tende a sobreviver por si. Dá altas, fecha portas, contrata mais, compra sem discutir, tem pressa, acelera e não pensa. Neste processo, a introdução de energia, factor de entropia, factor de produção, deve ser regulada, em primeiro lugar por dentro. É aqui que entra a gestão clínica e o bom senso. Bom senso, bom juízo, informado. Berwick, em 1994, descreveu onze finalidades, objectivos, úteis para a liderança clínica da reforma do sistema (Berwick, 1994). Enumeram-se aqueles que parecem essenciais no contexto de Portugal:

1. Redução de cirurgias inapropriadas, de internamentos e de testes diagnósticos;
2. Redução de factores determinantes da doença (especialmente o fumo do tabaco...);
3. Redução do número de cesarianas;
4. Redução de intervenções médicas não desejadas no fim da vida;
5. Simplificação do uso de medicamentos, especialmente de antibióticos e de prescrições a idosos;
6. Aumentar a participação dos doentes nas decisões clínicas;

7. Diminuir os tempos de espera no contexto de serviços de saúde;
8. Registrar informação útil uma vez.

São medidas de bom senso, que resultam e necessitam de conhecimento consolidado pela informação. Daí que se repita, bom juízo informado. Como base da prática e da *clinical governance*, o conhecimento permite que os médicos possam aconselhar e informar os seus doentes (Chambers, Boath e Rogers, 2004)... e gestores. Voltando a Drucker, a efectividade é um hábito, treina-se, aprende-se. Não é um dom. Precisamos de bons gestores, de bons médicos capazes de gerir e de ajudar a gerir.

Conclusão

Pereira Miguel e Carlos Costa, nesta mesma *Revista*, em 1997, escreveram sobre formas de aumentar a eficiência através da reforma do sistema de saúde português (Pereira Miguel e Costa, 1997). Não houve o atrevimento de procurar fazer melhor, ou sequer semelhante. O intuito deste escrito limitou-se a apresentar reflexões sobre o papel dos médicos num modelo de melhoria de eficiência. Como conclusão, podemos dizer que o essencial residirá na procura da efectividade máxima permanente, na busca do melhor possível, no recurso sistemático à melhor informação disponível e na obsessão no registo de toda a informação relevante. Em paralelo, todo este conhecimento, necessariamente dinâmico e obrigatoriamente flexibilizado na presença do doente e das populações, tem de ser usado com bom senso, sem ignorar a escassez de recursos, económicos e outros, incluindo a assimetria de informação face ao doente vulnerável. E essa vulnerabilidade, a biológica e a de conhecimento, é a de toda a população que contribui para a manutenção de um sistema público. Por isso, os actos médicos, incluindo o da prescrição, têm de respeitar a efectividade da medida e os custos da mesma. Nesses custos, para lá do preço, dever-se-á considerar o perfil de segurança. No entanto, a segurança não pode ser usada, iniciaticamente, para o escamoteamento das alternativas, incluindo aquelas igualmente efectivas e mais baratas. Se o sistema tem recursos limitados, isso quer dizer que as pessoas que a ele recorrem e o constroem também terão a mesma limitação de recursos. O sistema é mais pobre num país de pobres. O uso da doutrina económica não substituiu o bom senso, não destrói, nem ameaça, o melhor juízo clínico. Bem pelo contrário, é o conhecimento aprofundado das consequências dos actos clínicos, vistos para lá do hospital ou do centro de saúde, que pode ajudar a construir uma boa demons-

tração económica da justeza das decisões. A avaliação económica não reflecte todos os elementos importantes das decisões em saúde, mas a informação que fornece pode ser crítica para a alocação de recursos (Russell *et al.*, 1996). A participação dos clínicos na gestão da efectividade e na melhoria da eficiência, organizacional e sistémica, é necessária e imprescindível. Por isso exige-se formação conjunta e colaboração, eficiente, entre gestores e médicos. A atitude médica está a mudar e tem de continuar a adaptar-se às exigências da comunidade. O imperativo tecnológico não é consequência do imperativo ético, ou vice-versa. A instilação sistemática de tecnologia, incomportável para o bolso dos cidadãos e dos Estados, desproporcionada para a efectividade pretendida, ainda que isoladamente eficaz, pode levar ao esgotamento dos sistemas. Quando isso acontece, ao excluirmos em primeiro lugar os mais pobres, num acesso de novo-riquismo, desvirtuamos o próprio fim ético da medicina, violamos os princípios da igualdade no acesso aos cuidados. Convirá que a responsabilidade primária sobre os cuidados seja partilhada, mas nunca transferida para gestores ou decisores políticos. A este propósito, citamos um texto do Royal College of Physicians publicado na Internet: «A profissão médica deve ser envolvida na escolha de prioridades, mas, uma vez feita esta escolha, cada médico deve fazer o seu melhor pelos seus doentes considerando as limitações impostas a estes... fazer o melhor uso dos recursos disponíveis significa evitar prescrições desnecessárias e ineficazes, de forma que os medicamentos efectivos possam estar mais acessíveis (*afforded*) com o orçamento disponível» (UK. Royal College of Physicians, 2000). A Ordem dos Médicos de Portugal, através do seu Conselho Nacional Executivo, publicou em 2002 um comunicado sobre prescrição. Nele pode ler-se: «A promoção de medicamentos de comprovada igual biodisponibilidade e bioequivalência, mas de preço mais baixo, os chamados genéricos, é um objectivo útil e socialmente ajustado que os médicos apoiam incondicionalmente» (Portugal. Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, 2002). É a busca da eficiência. O bom senso prevalecerá sempre. Basta haver informação que gere conhecimento útil.

«Knowledge workers cannot be supervised closely or in detail. They can only be helped» (Drucker, 1966)

□ Bibliografia

- BAKER, L., *et al.* — The relationship between technology availability and health care spending. *Health Affairs*. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.537>
- BERWICK, D. — Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA*. 272 (1994) 797-802.
- BERWICK, D. — A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*. 312 (1996) 619-622.
- BLUMENTHAL, D. — Controlling health care expenditures. *New England Medical Journal*. 344 (2001) 766-769.
- CAMPOS, A. C. — Tecnologia médica e avaliação económica de projectos. *Acta Médica Portuguesa*. 6 (1985) 193-201.
- CHAMBERS, R.; BOATH, E.; ROGERS, D. — Clinical effectiveness and clinical governance made easy. 3.^a ed., Oxford : Radcliffe Medical Press, 2001. ISBN-1-85775-889-7.
- CORDONNIER, C., *et al.* — Do minitransplants have minicosts? A cost comparison between myeloablative and nonmyeloablative allogeneic stem cell transplant in patients with acute myeloid leukaemia. *Bone Marrow Transplantation*. 36 (2005) 649-654.
- CORRÊA-GAGO, C., *et al.* — Produtividade em Portugal : medir para gerir melhor. Lisboa : AIP, 2003. ISBN 972-98068-4-5.
- DAVIES, H.; HARRISON, S. — Trends in doctor-manager relationship. *British Medical Journal*. 326 (2003) 646-649.
- DIMICK, J.; WELCH, H.; BIRKMEYER, J. — Surgical mortality as an indicator of hospital quality : the problem with small sample size. *JAMA*. 292 (2004) 847-851.
- DRUCKER P. — Effectiveness must be learned. In *The Essential Drucker*. New York : Harper Collins, 2001. ISBN 0-06-621087-9. Tit. orig. *The Effective Executive*, 1966.
- EARLE, C.; COYLE, D.; EVANS, W. — Cost-effective analysis in oncology. *Annals of Oncology*. 9 (1998) 475-482.
- EDWARDS, N., *et al.* — Doctors and managers : a problem without a solution? *British Medical Journal*. 326 (2003) 609-610.
- EPSTEIN, R.; LEE, T.; HAMEL, M. — Paying physicians for high-quality care. *New England Journal of Medicine*. 350 (2004) 406-410.
- HANNAN, E., *et al.* — Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York state hospitals. *JAMA*. 262 (1989) 503-510.
- HOSPITAIS SA — Dez princípios do compromisso de qualidade com os utentes. http://www.hospitaissa.min-saude.pt/SiteHSA_pt-PT/.../princípios_compromisso_utentes.htm, acedido em Dezembro de 2004
- JARMAN, B., *et al.* — Explaining differences in English hospitals death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*. 318 (1999) 1515-1520.
- JOHNSTONE, P.; ZOLESE, G. — Systematic review of effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *British Medical Journal*. 318 (1999) 1387-1390.
- JONES, J., *et al.* — Economic evaluation of hospital at home versus hospital care : cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 319 (1999) 1547-1550.
- JORDAN, J., *et al.* — Whose priorities? Listening to users and the public. *British Medical Journal*. 316 (1998) 1668-1670.
- KERNICK, D. P. — Economic evaluation in health : a thumb nail sketch. *British Medical Journal*. 316 (1998) 1663-1665.

LEE, R.; DAVIDOFF, F. — Speed : the challenge to medicine in the new era. *Annals of Internal Medicine*. 132 (2000) 90-91.

MILBANK MEMORIAL FUND — Better information, better outcomes. *Milbank Memorial Fund* 2002. <http://www.milbank.org/reports/000726purchasing.htm>, acedido em Março 2003.

MILLER, W.; ROBINSON, L.; LAWRENCE, R. (eds.) — Valuing health for regulatory cost-effectiveness analysis (free executive summary), 2006. <http://www.nap.edu/catalog/11534.html>, acedido em Janeiro de 2006.

MOAYYEDI, P., *et al.* — Systematic review and economic evaluation of helicobacter pylori eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *British Medical Journal*. 321 (2000) 659-664.

ØVRETVEIT, J. — Evaluating health interventions. Buckingham : Open University Press, 1998. ISBN 0-335-199964-X (pb).

PALMER, S.; RAFTERY, J. — Opportunity cost. *British Medical Journal*. 318 (1999) 1551-1552.

PALMER, S.; TORGERSON, D. — Definitions of efficiency. *British Medical Journal*. 318 (1999) 1136.

PEREIRA MIGUEL, J.; COSTA, C. — A reforma da saúde em Portugal : à procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 15 (1997) 5-17.

PITCHES, D.; BURLS, A.; FRY-SMITH, A. — How to make a silk purse from a sow's ear : a comprehensive review of strategies to optimise data for corrupt managers and incompetent clinicians. *British Medical Journal*. 327 (2003) 1436-1439.

PORTUGAL. Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos — Comunicado. *Revista da Ordem dos Médicos*. 18 (2002) 6-7.

REID, F.; COOK, D.; MAJEED, A. — Explaining variation in hospital admission rates between general practices : cross sectional study. *British Medical Journal*. 319 (1999) 98-103.

RUSSELL, L., *et al.* — The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. *JAMA*. 276 (1999) 1172-1177.

SMITH, J. — Redesigning health care : radical redesign is a way to radically improve. *British Medical Journal*. 322 (2001) 1257-1258.

SWEENEY, K.; MANNION, R. — Complexity and clinical governance : using the insights to develop the strategy. *British Journal of General Practice*. Quality supplement : S4-S9 (2002).

UK. Royal College of Physicians — The prescribing of costly medicines. 2000. http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/wp_pcm_home.htm, acedido em Março de 2003.

WERNER, R.; ASCH, D. — The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA*. 293 (2005) 1239-1244.

YOUNG, T., *et al.* — Using industrial processes to improve patient care. *British Medical Journal*. 328 (2004) 162-164.

□ Abstract

EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY: PHYSICIANS, MANAGERS, INFORMATION AND GOOD COMMON SENSE

In a setting of resource scarcity, made worse by the increase on health care demand and the costs of the technological imperative, sometimes erroneously mistaken for the ethical imperative, the search for efficiency has become more relevant. To achieve and maintain efficiency it is necessary to have a profound knowledge of the effects of any measure, to know the real effectiveness, in a systemic perspective, and that implies the sharing of knowledge and the existence of concerted actions between doctors and managers. The economic logic does not substitute clinical judgement but it strengthens the need to make useful interventions compatible with personal and social tools. Good information, generating knowledge, and good common sense are needed.

Keywords: effectiveness; efficiency; health services administration; health resources; human resources; health information.



Preço de capa, 25 €