

Como alocar recursos médicos escassos?¹

Vera Schattan P. Coelho *

Introdução

O enorme avanço da ciência médica nas últimas décadas colocou em discussão um conjunto de novas questões éticas, políticas e econômicas. Grande parte dessas questões está associada aos altos custos exigidos pela incorporação das novas tecnologias médicas e às dificuldades de financiamento decorrentes. Essa situação evidenciou a disputa por recursos que as várias especialidades médicas travam entre si e tornou cada vez mais explícita a dificuldade que os médicos enfrentam, em um contexto de recursos escassos, para definir que pacientes receberão tratamentos complexos capazes de salvar vidas. Em face da importância dessas questões e da necessidade de seguir buscando soluções, trato neste artigo de sistematizar para o leitor menos familiarizado com esses temas alguns dos pontos que vêm ocupando espaço crescente neste debate.

A exposição que se segue está dividida em três partes. Na primeira abordam-se questões pertinentes à organização do sistema de saúde, mostrando os esforços que vêm sendo feitos para responder à seguinte questão: como distribuir adequadamente os escassos recursos disponíveis entre as diferentes áreas e especialidades que compõem o atendimento à saúde? Afinal, é preciso dividir os recursos, por exemplo, entre cardiologia, nefrologia e ortopedia. É necessário ainda balancear os investimentos entre as ações básicas e complexas, decidindo, por exemplo, quanto destinar à vacinação de crianças e aos tratamentos oncológicos; e, também, quanto investir nas diferentes ações concorrentes dentro de um mesmo nível de complexidade. Assim, por exemplo,

¹ Este artigo foi publicado no livro Ana Canesqui org. (2000). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico* (2000) . HUCITEC. São Paulo.

entre as ações de alta complexidade¹ é preciso ponderar sobre quanto destinar aos transplantes de fígado e aos de coração.

A segunda parte focaliza as dificuldades vividas pelos médicos, no seu dia-a-dia, para definir que pacientes terão prioridade para receber tratamentos escassos capazes de garantir a vida. Dada a limitação de certos recursos, deve-se privilegiar a eficiência na sua distribuição, selecionando-se aqueles pacientes que têm um bom prognóstico, ou deve-se manter um critério de justiça, garantindo chances iguais de acesso a esses tratamentos a todos os que precisam?

Finalmente, na terceira parte situa-se este debate no contexto brasileiro, mostrando os limites que o próprio sistema de saúde tem imposto ao desenvolvimento de modelos alternativos de distribuição de recursos na área e comentando algumas experiências que vêm sendo feitas no sentido de tornar mais transparente a distribuição de recursos escassos capazes de salvar vidas.

O que financiar?

As dificuldades encontradas pelos que têm procurado definir uma distribuição adequada de recursos no âmbito do sistema de saúde refletem, em certa medida, o caráter inevitavelmente trágico da política de saúde. Tragédia que se traduz, por exemplo, no fato de a "decisão de produzir n aparelhos de hemodiálise significar não apenas que parcela de necessitados não terá acesso a eles, mas também que carentes de outro tipo não poderão usufruir de, digamos, tratamento com bombas de cobalto. Mais: se se decide produzir aparelhos de hemodiálise em número suficiente para atender à demanda, maior será o número de cancerosos desassistidos" (Santos, 1986:5).

Para superar essas dificuldades, médicos, economistas, filósofos, sociólogos e usuários têm procurado identificar critérios e procedimentos de alocação de recursos que permitam alcançar uma distribuição mais adequada de recursos na área de saúde. Desse esforço resultaram, por vezes, modelos bastante

elaborados que procuram responder objetivamente à questão: o que financiar? Este é o caso tanto do modelo proposto pelo Banco Mundial como daquele experimentado no estado de Oregon, EUA, que apresento a seguir.

A proposta do Banco Mundial defende uma política de saúde focalizada nos segmentos mais pobres da população. Entendem os seus defensores que o financiamento público deve se destinar aos procedimentos que apresentam o maior custo-efetividade na categoria de bens públicos ou serviços clínicos essenciais.

Um tratamento será tanto mais custo-efetivo quanto menor for o custo para se obter um ano a mais de vida saudável. O custo-efetividade compara os procedimentos médicos em termos do retorno em anos de vida e qualidade de vida obtidos por unidade de capital investida no tratamento. Desta forma, possibilita estabelecer-se uma moeda comum para avaliar os custos e uma medida para estimar os efeitos na saúde, o que permite comparar diferentes intervenções com base em quanto cada uma gasta para obter um ano a mais de vida saudável. Com esse método, evita-se atribuir à vida humana um valor pecuniário, como no caso do custo-benefício, em que os custos e ganhos têm a mesma unidade de avaliação.

Já os bens públicos são definidos como aqueles que podem ser usufruídos pelos cidadãos sem que com isso seja diminuída a sua disponibilidade para outros cidadãos. O controle de vetores que provocam doenças como a dengue ou a cólera é um exemplo de bem público. Assim, em uma região onde houve tratamento profilático para a dengue, o fato de que um indivíduo se beneficie do tratamento não diminui em nada a proteção garantida a outro indivíduo que viva na mesma região. As vacinas são outro exemplo de bem público.

Os serviços clínicos essenciais incluem, por exemplo, acompanhamento à gestante e ao recém-nascido e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo os técnicos do Banco Mundial, se fossem implementadas as “vinte intervenções mais eficazes em termos de custos se poderia eliminar mais de 40% do impacto da doença e três quartos dos problemas de saúde infantis.

Redirecionar recursos das intervenções de alto custo por ano de vida ganho para intervenções mais baratas poderia, assim, reduzir drasticamente o impacto da doença, sem produzir aumento de despesas” (Banco Mundial, 1993:65).

O uso da eficácia, em termos de custo, como critério para selecionar as intervenções a serem financiadas com verbas públicas não significa, no entanto, que o grosso dos recursos será usado, necessariamente, onde os problemas de saúde são mais graves. Significa concentrar-se nas intervenções cujo ganho em saúde, por dólar gasto, seja o maior possível. A eficácia em termos de custo é, assim, o indicador que gera a distribuição de recursos mais eficiente na área de saúde.

Dois pontos, todavia, têm dificultado a aceitação dessa abordagem. Um deles decorre do fato de os resultados da aplicação dessa metodologia colocarem em xeque, em muitos casos, os próprios valores sociais, na medida em que tratamentos que poderiam salvar vidas são afastados em favor de tratamentos de afecções não-fatais que apresentam maior eficácia em termos de custo. O outro ponto recai na dificuldade de obter dados acerca dos gastos com várias intervenções e dos seus resultados e, portanto, na conseqüente impossibilidade de aplicar efetivamente essa metodologia sem proceder a simplificações exageradas.

A experiência do estado do Oregon, apresentada a seguir, procurou superar os problemas colocados por uma abordagem desenvolvida anteriormente, no mesmo estado, que ao tomar a eficiência como critério básico, acabou produzindo um ordenamento de prioridades inaceitável para o público já que muitas vezes favorecia tratamentos marginais em detrimento de tratamentos de emergência capazes de salvar vidas.

A Comissão de Serviços de Saúde de Oregon apresentou em 1991, uma lista elaborada sem referências a custos onde estavam indicados por ordem de prioridade decrescente os serviços de saúde que deveriam ter precedência no financiamento público (OMS, 1992).

A metodologia desenvolvida envolveu a utilização de dados e valores sociais. Os dados foram fornecidos pelos serviços de saúde. Os valores sociais foram

levantados mediante audiências públicas, em encontros comunitários, em uma pesquisa telefônica e por membros da comissão que foi responsável pelo processo de elaboração da lista.

Esse conjunto de informações foi processado em três etapas. Na primeira, criou-se um *ranking* de categorias de serviços: por exemplo, a categoria dos tratamentos que permitem pleno restabelecimento em doenças agudas e fatais, como apendicite ou fratura de crânio, e a categoria dos tratamentos que permitem melhorar a qualidade e a duração da vida em pacientes com doenças crônicas, como insuficiência renal ou asma.

Foram criadas, assim, dezessete categorias, as quais foram hierarquizadas pelos membros da comissão tendo em vista o seu valor para a sociedade, o seu valor para os indivíduos em risco que necessitassem do serviço e a sua importância para um pacote de serviços básicos.

Uma vez hierarquizadas as categorias, passou-se ao trabalho de ordenar no interior de cada uma delas os pares doença/tratamento. Para tanto, utilizou-se o conceito de benefício líquido, uma medida que permite estimar o quanto o doente se sente melhor, ou pior, depois de receber, ou não receber, o tratamento.

Essa lista tem o mérito de ser sensível aos valores sociais e incorporar informações experimentais sobre a efetividade dos diferentes tratamentos. Um dos cuidados a ser tomado nesse tipo de experiência é não passar a financiar os tratamentos prioritários indiscriminadamente a todos os pretendentes, sem avaliar cuidadosamente quem poderá realmente deles se beneficiar.

As duas metodologias apresentadas atestam a crescente preocupação em explicitar os critérios e os procedimentos que devem orientar a distribuição de recursos públicos na área de saúde. Nos dois casos fica claro que esses modelos precisam ser elaborados com base em um conjunto amplo e consistente de informações que, em contextos como o brasileiro, nem sempre estão disponíveis. Também não se deve subestimar as resistências que estes modelos suscitam ao priorizar certos princípios como, por exemplo, a eficiência na distribuição de recursos. Assim, como já se comentou, o uso eficiente de

recursos, um objetivo em princípio desejável, pode ser rejeitado pelo público na medida em que leve a uma distribuição de recursos em que tratamentos que poderiam salvar vidas são afastados em favor do tratamento de afecções não-fatais que apresentam maior eficácia, em termos de custo. Nesse sentido, os modelos apresentados devem ser encarados menos como soluções acabadas e mais como partes de um esforço que vem sendo feito no sentido de desenvolver um modelo de distribuição de recursos mais transparente, justo e eficiente.

A escolha difícil: a quem dar tratamento?

O dia-a-dia da prática médica também está marcado por um caráter trágico. Tragédia que se traduz pela dificuldade de se definirem critérios estritamente médicos para a seleção dos pacientes que receberão recursos escassos capazes de lhes garantir a vida.

As discussões éticas em torno dos princípios que devem nortear a relação médico-paciente perpassam todo o debate médico, e um princípio que sempre orientou a conduta médica foi o da fidelidade ao paciente. No entanto, este princípio está sendo cada vez mais questionado em face de um sistema de saúde que, ao concentrar volumes crescentes de recursos em um pequeno número de pacientes, se confronta com maiores exigências de eficiência.

Nesse contexto, é inevitável que se questione até onde se deve sustentar a fidelidade a pacientes em estado particularmente crítico. Afinal, a compreensível relutância, por exemplo, de uma equipe transplantadora em abandonar um paciente que precise de um segundo ou até de um terceiro transplante pode conflitar com os objetivos de alocar órgãos para aqueles com mais chance de um transplante bem-sucedido. Também suscita dúvidas o fato de o sucesso de certas terapias depender do seguimento do tratamento pelos pacientes, já que muitos deles, ao não tomarem a medicação, ao não ir às consultas ou ao abusar do álcool ou das drogas, provocam seqüelas mortais. Devem estes pacientes ser aceitos como candidatos preferenciais para receber tratamentos escassos?

Como, então, fazer a escolha do paciente que receberá um tratamento capaz de lhe salvar a vida?

Têm surgido várias respostas a essa questão. Alguns médicos defendem a idéia de que os recursos devem ser dirigidos àqueles que receberão o maior, isto é, o mais longo benefício. Nesses casos, segundo alguns, o critério de idade poderia ser usado como medida para definir quem receberia tratamento, pois a escolha de pacientes mais jovens tenderia a produzir maiores benefícios. Outro argumento a favor desse critério gira em torno da qualidade de vida. A idéia, neste caso, é que os pacientes idosos não terão em princípio a mesma qualidade de vida que os mais jovens, o que justificaria dar prioridade a estes. Há também quem defenda o uso da qualidade de vida desfrutada pelo paciente como um critério de seleção em si.

Um outro critério de elegibilidade é a área geográfica de origem do paciente. Os cidadãos podem querer preservar seja nacional, estadual ou municipalmente os escassos recursos médicos para tratar de seus doentes, não desejando estendê-los a todos os doentes espalhados pelo país e pelo mundo. Nesse sentido, os médicos seriam orientados a direcionar os recursos para os doentes locais.

Um *survey* realizado nos EUA mostrou que o encaminhamento de pacientes para transplante nesse país é feito com base em fatores como estabilidade psicológica dos pacientes, a sua idade, a qualidade de vida de que desfrutam, o fato de contarem com uma família que lhes dê apoio, o custo do tratamento, a necessidade de avançar nas pesquisas médicas, a motivação do paciente e mesmo o valor do paciente para a sociedade (Caplan, 1989). Esses resultados mostram que os critérios que dominam a elegibilidade e admissibilidade são fortemente marcados por fatores não-médicos, e representam mais uma evidência de que, em uma época em que a escassez de recursos é percebida agudamente, os idosos, bem como outros grupos vulneráveis, podem ficar em situação bastante delicada.

Kilner (1989:2346), comentando esta situação, afirma que "pode ser apropriado excluir alguns idosos de alguns tratamentos, mas a exclusão deve ter como

base a sua inabilidade em se beneficiarem medicamente do tratamento, isto é, pacientes que já se deterioraram a tal ponto que o recursos não lhes traria mais benefício, em vez de se levar em conta a sua idade enquanto tal". Para o autor, deve-se rebater tanto o argumento da duração do benefício quanto o da qualidade de vida, seja porque há alta probabilidade de erro ao se predizer que um paciente viverá por mais tempo, seja porque é um erro distinguir vidas com base em fatores quantificáveis. Segundo ele, tais considerações são irrelevantes quando a própria vida está em perigo, sendo dever dos outros respeitar o direito à vida e não apenas o direito a um certo número de anos de vida. O autor também aponta a dificuldade de que algumas pessoas decidam o que seja a qualidade de vida para outras pessoas e em que nível ela seja aceitável. "A medicina, com acerto, devota muito de seus recursos para permitir às pessoas que vivam uma vida melhor. Esse esforço é uma tentativa de tornar baixa qualidade de vida em alta qualidade, e não de deixar que pessoas com baixa qualidade de vida pereçam em nome de preservar pessoas que tenham uma qualidade de vida mais alta" (Kilner, 1989:2345).

Como vimos, há quem defenda a possibilidade do maior benefício como critério de escolha do paciente que receberá um tratamento escasso. Para outros, esses recursos devem ser alocados àqueles que estejam mais necessitados ou àqueles de quem se espera maior contribuição social no futuro ou, ainda, àqueles que têm maior responsabilidade pela vida de outros. "Gostemos ou não, os valores determinam quem recebe tratamento. A questão é saber que valores governarão as decisões e quem terá participação na determinação da natureza desses valores" (Caplan, 1989, 3386). Questão tanto mais relevante quando se percebe que em contextos onde os recursos são escassos as decisões médicas podem ser influenciadas, mesmo que involuntariamente, por fatores sociais, já que os envolvidos acabam por vezes sendo levados a dar prioridade ao "melhor" candidato.

A solução para esses dilemas definida em vários sistemas de transplante constitui um exemplo interessante de como é possível combinar valores e aplicá-los objetivamente na seleção dos pacientes que receberão um transplante. A

existência de filas de candidatos em espera para transplante constitui um caso que propicia a seleção mecânica. Assim, o sistema usado pela *United Network of Organ Sharing* (UNOS), nos EUA, é mecânico e multifatorial. A escolha dos pacientes a serem transplantados é feita por um sistema que atribui pontos tanto a dimensões associadas à eficiência (histocompatibilidade, logística etc.) quanto a considerações de urgência e justiça (tempo de espera em lista). Sistemas mecânicos nem sempre podem, no entanto, ser aplicados na seleção de pacientes, seja porque em muitos casos os pacientes não estão organizados em filas, seja em virtude de dificuldades por vezes intransponíveis para se definir um sistema de pontos aceitável tanto do ponto de vista médico quanto social.

Alocação de recursos no SUS

A discussão anterior mostrou que muitas das pesquisas e debates acerca de como alocar recursos escassos têm se concentrado no desenvolvimento de modelos mecânicos de distribuição de recursos, isto é, modelos formalizados que tornam automáticas seja a definição de quanto será alocado para cada especialidade médica, seja a escolha de quem receberá tratamento. Nesse processo tem ficado evidente a dificuldade de construir modelos que produzam um equilíbrio satisfatório entre os critérios que privilegiam a justiça e aqueles que privilegiam a eficiência, seja na dimensão médica, seja na dimensão social. No Brasil, o debate sobre modelos possíveis de distribuição de recursos ainda é bastante incipiente. As decisões sobre a alocação de recursos se baseiam, sobretudo, no comportamento histórico do setor, sem que se proponham cenários prospectivos. Grande parte da discussão sobre o formato que o sistema de saúde deveria assumir se deu durante o processo constituinte que ocorreu no final da década de 80. Por fim a Constituição de 1988 definiu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a quem cabe assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Já no contexto da revisão constitucional, na década de 90, entre os problemas tratados se destacaram a sistemática insuficiência de recursos para cumprir com os preceitos constitucionais e a dificuldade de se obter resultados satisfatórios, mesmo quando se consegue mobilizar quantidades consideráveis de recursos. Essa dificuldade é atribuída, em parte, à ineficiência da administração pública no gerenciamento desses programas e, em parte, à irracionalidade na distribuição dos recursos, que permite gastar demais em atividades que apresentam baixo retorno, do ponto de vista da melhora da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, considera-se uma distorção o fato de o Ministério da Saúde destinar 40% do seu orçamento aos procedimentos de alta complexidade.² As áreas de rim e coração, por exemplo, canalizavam, em 1991, 14,9% do orçamento do Ministério para apenas 3% da população atendida pelo Sistema Único de Saúde. Segundo Akerman, estudo realizado por Mendes, em 1989, mostrou que enquanto o gasto *per capita* no sistema de alto custo era de US\$755,80, o gasto *per capita* global era de apenas US\$44. Akerman, por sua vez, verificou que o percentual gasto em procedimentos dialíticos correspondia a 11,5% do total de recursos destinados à cobertura ambulatorial³ (Akerman, 1994).

O relatório do Banco Mundial de 1993 também foi bastante crítico para com o perfil de distribuição de recursos médicos no Brasil. Para Musgrove, um dos autores do relatório, não cabe aos governos tentar tratar de absolutamente todas as doenças de um país, pois os recursos são limitados. Assim, ele critica o Brasil por ser extremamente zeloso com as doenças cardíacas enquanto a imensa maioria da população carece de intervenções essenciais e baratas como o atendimento materno-infantil, ficando também sem tratamento adequado a tuberculose, o mal de chagas e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Mesmo reconhecendo a adequação de várias destas críticas, não podemos imaginar que seja possível migrar rapidamente do atual sistema para um outro voltado a privilegiar os procedimentos que apresentam maior custo-efetividade na categoria de bens públicos ou serviços clínicos essenciais. Em primeiro lugar porque, como já mencionado, a identificação desses procedimentos depende da

disponibilidade de um conjunto amplo e consistente de informações que hoje não estão disponíveis. Esta carência de informações se deve, ao menos em parte, às dificuldades das instituições que cuidam da administração do sistema de saúde em criar e manter em operação sistemas eficientes de informação que viabilizem análises estatísticas mais sofisticadas. Assim, o apoio ao desenvolvimento do sistema público de informações em saúde constitui um passo importante para definir o que seria, no contexto brasileiro, uma distribuição adequada de recursos públicos.

Em segundo lugar, o debate em torno de alternativas custo-efetivas tem sido fragilizado pelo fato de esta abordagem entrar em confronto com os dispositivos constitucionais que asseguram atendimento médico integral e universal, isto é, todo cidadão tem hoje direito a todos os serviços de saúde. Com isso, qualquer política que explicita critérios de exclusão de certos tratamentos ou que busque focalizar o atendimento em certos grupos sociais torna-se ilegal.

E, em terceiro lugar argumenta-se que a posição defendida pelo Banco Mundial pode, no limite, ser contraproducente para o sistema de saúde, já que, segundo vários especialistas, a existência de uma medicina de ponta é crucial para a melhoria do atendimento médico como um todo. Assim, segundo Santiago-Delpín, “seria um erro não perceber que na maior parte dos países onde cresceu a medicina de ponta ocorreram aumento e melhoria em todos os parâmetros de prestação de serviços, e isso apesar de boa parte destes países não contar com os recursos que existem nos países industrializados” (Delpín, 1989:182).

Há, portanto, um árduo caminho a ser trilhado por aqueles que se interessam pela definição de uma distribuição mais adequada de recursos no Brasil. Nesse caminho será preciso considerar que, para se alcançar um novo perfil de distribuição de recursos, terão que ser enfrentados, para além das questões aqui levantadas, os problemas políticos que surgem inevitavelmente quando se procura alterar o *status quo*. Neste sentido, vale comentar que ainda se conhece muito pouco sobre os problemas envolvidos no processo de mudança de um determinado perfil de distribuição de recursos para um outro que seja considerado, em princípio, mais eficiente.

Como vimos, problemas metodológicos e de conciliação de valores conflitantes também estão presentes quando se enfrenta a questão de decidir que pacientes receberão recursos escassos capazes de lhes garantir a vida. De um lado, há aqueles que acreditam na adequação de se privilegiar critérios de eficiência na alocação destes recursos. Entre estes há os que defendem o princípio de maximização do benefício para o paciente, isto é, o maior tempo de sobrevivência com a melhor qualidade de vida, e aqueles que defendem o princípio de maximização do benefício seja para programas de pesquisa, seja para a sociedade. Estas considerações levam à alocação de recursos ao paciente que pode se beneficiar mais, às vezes em detrimento do mais necessitado ou do que tem mais tempo de espera em lista. Outros acreditam que pacientes que correm risco de morte imediata devem ter acesso prioritário aos recursos disponíveis mesmo que em detrimento do atendimento a um número maior de pessoas que poderiam inclusive se beneficiar mais do tratamento (Figueiredo e Coelho, 1993).

Hoje, no Brasil, a seleção dos pacientes que receberão escassos recursos disponíveis é geralmente feita de forma discricionária, isto é, os alocadores têm um alto grau de liberdade em tal escolha. Com isso, mesmo quando há regras que os orientem sobre como fazer suas escolhas eles não precisam segui-las de forma estrita, o que abre espaço para que decidam com base nos seus próprios valores. Valores que, como vimos, podem variar consideravelmente de um alocador a outro.

Nesse contexto, a publicização do debate sobre os critérios para a seleção de pacientes também pode, tal como o debate sobre o perfil adequado de distribuição de recursos médicos, levar a mudanças no *status quo*. Afinal, se com o avanço do debate ocorrer efetivamente uma tendência à incorporação de sistemas mecânicos - que por meio da distribuição de pesos às diferentes dimensões conseguem alcançar uma solução de compromisso na combinação de valores conflitantes -, aqueles que hoje alocam esses recursos poderão ver sua liberdade de escolha bastante reduzida. Este tipo de solução tem sido adotado com sucesso, embora não sem resistências, em sistemas de saúde

como o norte-americano, em que os médicos são altamente vulneráveis a ações litigiosas. Já no sistema brasileiro, em que o médico dispõe de grande poder discricionário sem que isso lhe implique risco de enfrentar pesadas ações judiciais, pode ser mais difícil implementar sistemas dessa natureza.

Ainda assim, alguns esforços importantes vêm sendo feitos no Brasil no sentido de dar transparência aos procedimentos de distribuição de recursos escassos entre pacientes que aguardam tratamento. A progressiva institucionalização do sistema de transplante tem levado vários estados a adotar sistemas mecânicos e verificáveis de distribuição de órgãos para transplante. Um sistema é verificável quando um terceiro pode reconstituir, a partir de critérios e procedimentos definidos previamente, o caminho que levou à seleção de determinado paciente.

Nesse processo, o estado de São Paulo, principal centro transplantador do país, seguindo outros estados, como Rio de Janeiro e Minas Gerais, adotou em 1997 um sistema mecânico para distribuir órgãos entre os inscritos em listas únicas de receptores, compostas por pacientes que aguardam transplante tanto em centros públicos como privados. Estas listas são organizadas por tipo de transplante -- isto é, pacientes em espera por rim, fígado, coração etc. -- e geridas pela Secretaria de Saúde do Estado.

Estas experiências constituem um importante indício de que também aqui cresce a preocupação, presente em outros países, com a explicitação de critérios e a transparência dos procedimentos de distribuição dos recursos médicos. Como ainda temos muito que caminhar para alcançar uma distribuição mais adequada e transparente dos recursos públicos destinados ao sistema de saúde, devemos ter clareza quanto à complexidade das questões éticas e metodológicas a serem enfrentadas. Assim, certas soluções podem parecer muito atraentes na medida em que privilegiam certas dimensões de justiça social ou de eficiência médica, mas antes de sairmos em sua defesa vale a pena ponderar sobre as dimensões que terão que ser relegadas a segundo plano para viabilizar aquelas. Nesse sentido, as várias experiências aqui relatadas mostram a importância que os valores desempenham nos processos de tomada de decisão e os inevitáveis

conflitos entre os que privilegiam a justiça ou a eficiência tanto nas suas dimensões médicas como sociais. Para o médico que acaba inevitavelmente participando da implementação de políticas de saúde decididas nos altos escalões governamentais ou que realiza, mesmo que involuntariamente, as trágicas “escolhas de Sofia” fica o desafio de discernir quais entre os valores em disputa devem prevalecer.

Notas

* Os resultados apresentados neste artigo foram extraídos da pesquisa "Justiça local" realizada no NEPP/UNICAMP, sob coordenação da Prof. Dra. Argelina Figueiredo, e financiada pela FAPESP e da tese "Interesses e instituições na política de saúde: O transplante e a diálise no Brasil", de minha autoria, que contou com financiamento do CNPq e da FAPESP.

¹ Trata-se tanto de procedimentos caros, cujos equipamentos custam mais de US\$200.000, podendo chegar até dois milhões de dólares, quanto procedimentos sofisticados, ou seja, que exigem a participação de técnicos altamente qualificados.

² Em 1989, segundo dados do IPLAN/IPEA, os gastos federais com saúde correspondiam a 2,7% do PIB, o que na época representava uma despesa de US\$7,4 bilhões. Em 1995, esse orçamento era em tese de aproximadamente US\$15 bilhões. Na prática, os recursos disponíveis e não comprometidos com pagamentos de empréstimos ficaram na casa dos US\$7 bilhões. Em 1998 esse orçamento giram em torno de US\$18 bilhões.

³ Os procedimentos médicos são cadastrados no SUS segundo duas categorias. Os procedimentos ambulatoriais, que incluem as consultas médicas e tratamentos feitos em ambulatório, e os procedimentos hospitalares, que incluem as cirurgias e outros procedimentos que demandam tratamento hospitalar.

Bibliografia

Akerman, Marco (1994). Avaliação de procedimentos de alto custo em nefrologia e oncologia. Brasília; Ministério da Saúde.

- Caplan; A. L. (1989). "Problems in the policies and criteria used to allocate organs form transplantation in United States". *Transplantation Proceedings*; vol. 21, No. 3; (june); pp: 3381-3387.
- Figueiredo, Argelina e Coelho, Vera S. (1993). *Justiça Local. Relatório de Pesquisa. NEPP/Fapesp. Campinas*
- Kilner, John F. (1989). "Age criteria in medicine". *Arch Intern Med*; vol 149, october; pp: 2343 – 2346.
- Organização Mundial de Saúde OMS (1992). *Documents os Oregon's Medicaid managed care program. Series No. 30. Washington DC. Health Policies Development Program.*
- Santiago-Delpín E. A. (1991). "Organ Donation and Transplantation in Latin America". *Transplantation Proceedings*; vol. 23, No. 5; (october); pp: 2516-2518.
- Santos, Wanderley G. (1986). *Édipo e Sísifo, a trágica condição da política social. Rio de Janeiro. Unicef/luperj. Série Estudos, No. 45, março de 1986.*
- World Bank (1993). *World Development Report: Investing in Health. Oxford University Press.*