

Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção

Health Assessment and Economic Assessment in Health:
introduction to the debate on the points of intersection

Leyla Gomes Sancho ¹
Sulamis Dain ²

Abstract *The study aims to infer the existence of a continuum between Health Assessment and Economic Assessment in Health, by highlighting points of intersection of these forms of appraisal. To achieve this, a review of the theoretical foundations, methods and approaches of both forms of assessment was conducted. It was based on the theoretical model of health evaluation as reported by Hartz et al and economic assessment in health approaches reported by Brouwer et al. It was seen that there is a continuum between the theoretical model of evaluative research and the extrawelfarist approach for economic assessment in health, and between the normative theoretical model for health assessment and the welfarist approaches for economic assessment in health. However, in practice the assessment is still conducted using the normative theoretical model and with a welfarist approach.*

Key words *Health assessment, Economic assessment in health, Economic theory, Normative assessment, Evaluative research*

Resumo *O estudo pretende inferir a existência, ou não, de um continuum entre a Avaliação em Saúde e a Avaliação Econômica em Saúde ao evidenciar os pontos de interseção entre essas formas de avaliação. Para tanto se realizou uma revisão bibliográfica no que concerne à fundamentação teórica, métodos e enfoques de ambas as formas de avaliação. Tomando por base a fundamentação teórica dos modelos de avaliação em saúde, normativa e pesquisa avaliativa, como referida por Hartz et al., e as abordagens teóricas da avaliação econômica, welfarista e extrawelfarista, referidas por Brouwer et al., concluiu-se que há um continuum, entre o modelo da pesquisa avaliativa, adotada na avaliação em saúde, e a abordagem teórica extrawelfarista da avaliação econômica em saúde e entre a abordagem normativa da avaliação em saúde e o enfoque welfarista da avaliação econômica em saúde. No que tange, entretanto, à prática avaliativa no dia a dia das instituições, os estudos realizados, em geral, ainda são concebidos sob um enfoque normativo e sob uma abordagem welfarista.*

Palavras-chave *Avaliação em saúde, Avaliação econômica em saúde, Teoria econômica, Avaliação normativa, Pesquisa avaliativa*

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Praça Jorge Machado Moreira s/n, Cidade Universitária. 21941-598 Rio de Janeiro RJ. lsancho@uol.com.br

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução

A avaliação enquanto uma área temática que compõe o eixo de Política, Planejamento & Gestão (PP&G), de acordo com alguns estudos sobre a produção de conhecimento no eixo, ampliou de maneira substancial seu quantitativo de publicações; principalmente a partir dos anos 90 e independente do tipo de veiculação. Sendo que este período, na perspectiva da reforma sanitária, se inscreveu como uma fase de implementação de políticas e se dedicou, por decorrência, à avaliação dos resultados obtidos^{1,2}.

A avaliação em saúde, também nos últimos anos, se configurou como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema – e não apenas os agentes formuladores de políticas – a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções.

A partir de uma ênfase à eficiência em relação à alocação dos recursos a introdução do componente econômico na avaliação em saúde redirecionou o seu foco, cuja perspectiva passou a ser o da capacidade entre o cumprimento de objetivos e metas – previamente estabelecidos, e o seu efetivo alcance^{3,4}.

Essa tendência, no entanto, deflagra um impasse. Isto porque, em geral, a abordagem adotada na avaliação em saúde não se configura como sendo uma ênfase à análise da eficiência alocativa, mas sim sob uma perspectiva, mais restrita, de eficiência técnica. Perspectiva que difere da avaliação econômica em saúde, a qual é determinada por uma priorização da maximização da alocação dos escassos recursos à luz de ganhos (benefícios) em saúde⁵, ou melhor, na perspectiva da avaliação dos benefícios advindos dentre intervenções alternativas e não apenas entre o gasto e o uso de determinado conjunto de insumos.

No que tange a efetividade das intervenções a sua perspectiva na avaliação em saúde vem ao longo do tempo, e de acordo com a sua evolução paradigmática, sendo avaliada como a interpretação dos resultados observados em função de um ou vários padrões (explícitos ou implícitos) ou como a capacidade de transformar a realidade a partir do objetivo estabelecido e sua continuidade ao longo do tempo; a qual difere da enfocada na avaliação econômica em saúde, cuja efetividade pressupõe uma comparabilidade entre distintas intervenções e/ou tecnologias em saúde em função da qualidade de vida.

No intuito de evidenciar a existência, ou não, de pontos de interseção e corroborar ou refutar a tese apontada por Gil et al.⁶ de que a avaliação econômica em saúde seria uma forma mais integral de avaliação dos problemas de saúde se processou uma (re)visita, partindo do contexto histórico sobre a área temática da avaliação de saberes já sedimentados sobre os fundamentos teóricos, métodos, abordagens e enfoques da avaliação em saúde e da avaliação econômica em saúde, ao conjuntos desses saberes e de suas práticas avaliativas; no sentido de introduzir um debate de ideias sobre o possível continuum entre a avaliação em saúde e a avaliação econômica em saúde. Sendo que para tal se utilizou como subsídio o disposto na literatura impressa e nas bases eletrônicas de dados – MedLine e Scielo, a partir de um conjunto de palavras-chaves, tais como: avaliação, avaliação em saúde, avaliação econômica em saúde, fundamentação teórica, abordagens, teoria econômica, assessment, health assessment, health economic assessment, health economic evaluation, theoretical foundation, approach e economic theory; e tendo como premissa o enfoque dado no contexto desta revisão o de ser aquele que as abrange de forma ampla, não dirigida a nenhum tipo específico de tecnologia em saúde (política, programa, e outros).

Pressupostos históricos: uma breve revisão

A avaliação, sendo inerente ao próprio processo de aprendizagem de um cidadão na qual se exercita a inferência de um juízo de valor sobre uma matéria ou um processo de interesse é empregada de maneira informal e consubstanciada por percepções altamente subjetivas. Ou seja, baseada em evidências coletadas de maneira instintiva, de acordo com experiências oriundas do senso comum, e não necessariamente através de procedimentos sistemáticos⁷.

A sistematização da prática da avaliação é decorrente da proposição de Ralph W. Tyler para a área da educação, nos anos 30, nos EUA, cujo cerne é a elaboração de procedimentos para a coleta de informações a partir da definição de objetivos. A atividade, após a Segunda Guerra Mundial, se expande não apenas na área da educação, mas também no que tange às políticas públicas de bem-estar social. Sendo o principal objetivo da avaliação no período, diante da crescente intervenção do Estado no campo dessas políticas, o de acompanhar os investimentos no sentido da otimização da alocação de recursos financeiros; ou melhor, o de avaliar a sua viabilidade econômica em termos de rentabilidade social.

A avaliação no campo da saúde ganhou relevância e se impôs no decorrer dos anos 70, tendo como causas a econômica, consequente à racionalidade imposta ao setor⁸, e a necessidade de monitorar a relação entre as práticas e a mudança de determinada situação de saúde, de acordo com as necessidades na perspectiva do processo saúde-doença. O processo de avaliação em saúde refletiu, nesta medida, valores específicos vinculados às prioridades políticas, à alocação de recursos e à dinâmica de poder⁹.

A avaliação em saúde a partir dos trabalhos de Donabedian¹⁰, nos anos 80, tendo como objeto a assistência médica e enfocando o conceito de qualidade, é sistematizada por uma série de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto); à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade), à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade), bem como em relação aos custos (eficiência)¹⁰.

Os primeiros estudos sobre avaliação econômica em saúde, realizados em meados dos anos 70, estavam embasados sobre a demanda individual ou de mercado e a oferta dos serviços de saúde. Sendo que utilizavam dados agregados tanto no que se refere aos indivíduos como os relativos ao tempo (PIB per capita/ano), ao empregar a Curva de Engel como instrumental de análise, que relaciona a quantidade consumida de um bem ao nível da renda, e o custo médio das ações de saúde para avaliar a oferta de serviços¹¹.

A avaliação econômica em saúde até meado dos anos 90 tinha como propósito o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível. A partir deste período, percebeu-se que a expansão do gasto era um falso problema¹² e que a abordagem dada à economia da saúde e, por decorrência, à avaliação econômica em saúde não deveria ser exclusivamente de cunho econômico. Esta passa, então, a ser enquadrada no enfoque da investigação empírica, ou seja, a avaliação teria como propósito contribuir no conhecimento, nas habilidades e nas atitudes daqueles que dela poderiam usufruir, ou melhor, na perspectiva de um contexto da vida real.

Atributos(s) comuns entre a avaliação em saúde e a econômica em saúde: uma abordagem conceitual.

Gil et al.⁶, ao discorrer sobre a economia da saúde, a eficiência e o custo de oportunidade, concluiu em seu estudo que a avaliação econômica proporciona um marco de análise mais integral para os problemas de saúde, tendo em vista que a

avaliação econômica analisa, de maneira explícita, distintas alternativas de intervenção para um determinado problema de saúde, ao identificar os seus custos e benefícios. Ou seja, reitera que se deve ir mais além do que apenas demonstrar que uma atividade é efetiva, mas a de qualificá-la em termos de sua eficiência⁶ entendendo que a eficiência é um critério a ser considerado numa avaliação vis-à-vis uma tomada de decisão.

Baseado nos estudos teóricos que discorrem sobre avaliação em saúde verifica-se que a maioria se remete à eficiência como um de seus atributos. Seja, por exemplo, a eficiência entendida como a minimização de custos dos insumos; como a relação entre os recursos empregados e efeitos obtidos¹³ como a eficiência da capacidade instalada¹⁴ ou ainda a maximização de resultados obtidos com um dado nível de recursos ou a minimização de recursos necessários para obter determinado resultado¹⁵. Ou seja, a eficiência no tocante à avaliação em saúde corresponde a uma relação entre custos e resultados ou entre insumos consumidos e resultados, o que, em outras palavras, remete à perspectiva da eficiência técnica, a qual para alguns autores atrela a avaliação ao conceito de medida de desempenho¹⁶.

Outros enfoques sobre eficiência são encontrados na literatura como, por exemplo, aquele relacionado ao ato médico. A eficiência clínica depende da comparação entre os custos e os benefícios esperados; ou melhor, da habilidade dos médicos em selecionar e executar os procedimentos de maneira a evitar o desperdício. Também relacionada ao ato médico e, principalmente, ao locus de desempenho de suas funções, outro enfoque sobre eficiência é referido na literatura – a eficiência na produção, conceituada como sendo aquela que depende do modus como a instituição produz bens e serviços e os coloca à disposição dos médicos. Ou ainda a denominada eficiência de gestão, conceituada como sendo a maximização da produção com um custo dado.

No tocante a especificidade da avaliação econômica em saúde a eficiência tem sua importância assentada na eficiência alocativa e, por conseguinte, no custo de oportunidade. A eficiência alocativa, também denominada de distributiva ou econômica, se refere à produção ao menor custo social de bens e serviços que mais valorizam a sociedade e a distribuição destes de forma socialmente ótima; ou então, como aquela que corresponde a uma situação em que não é possível realocar recursos sem piorar a condição de pelo menos um indivíduo – equivalente ao conceito de Pareto. Sendo o custo de oportunidade conceituado como o valor da melhor alternativa,

não concretizada, em consequência de se utilizar os escassos recursos na produção de um dado bem ou serviço.

Outro atributo comum a ambas é a efetividade. Mas sob qual enfoque? Aquele que relativiza o resultado observado em relação ao esperado de uma determinada intervenção, ou melhor, através de uma estimativa numérica da magnitude dos efeitos da intervenção em relação a determinado estado de saúde¹⁷ ou aquele cujo objetivo primário é avaliar determinada tecnologia em termos de benefício e dano na saúde, na perspectiva do cuidado médico¹⁸.

A efetividade é definida pela OMS como a expressão do efeito desejado de um programa, serviço ou atividade para melhorar uma situação de saúde ou reduzir um problema, nas condições reais de atendimento¹⁹ bem como a integralidade do cuidado e as práticas na oferta de serviços²⁰ ou mesmo como um critério social que reflete a habilidade administrativa da gestão em tomar decisões voltadas à satisfação das necessidades e expectativas individuais²¹ que, em grande medida, representa o decorrente processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica da avaliação em saúde²².

Na literatura sobre avaliação econômica em saúde utiliza-se em relação à medida de efetividade o termo consequência, benefício ou efeito. Em geral, o termo efeito está relacionado com os benefícios ou danos relativos a uma intervenção, o termo consequência diz respeito ao resultado relativo aos cursos alternativos de uma intervenção e o termo benefício como sendo o relacionado a um benefício econômico.

A avaliação da efetividade na perspectiva econômica, nesta medida, é dada em termos funcionais e não em termos clínicos²³ onde a estimativa da magnitude do efeito tem, em geral, a sobrevivência como medida finalística (ajustada por medidas de qualidade de vida), e, em termos de benefício pode ser medido através da preferência/ utilidade (conceito econômico), capabilities ou em valores monetários (disposição de pagar/willingness to pay). Sendo que a preferência/ utilidade representa o nível de satisfação ao adquirir bens que dão prazer, as capabilities enfatizam as oportunidades e a disposição de pagar representa o valor máximo a ser pago por um bem, de acordo com o rendimento (orçamento).

A (des)continuidade entre a avaliação em saúde e a avaliação econômica em saúde

Corroborar ou refutar a tese de Gil pressupõe considerar o arcabouço teórico tanto da avaliação em saúde, como da avaliação econômica em saúde. A síntese elaborada a seguir sobre as distintas vertentes da avaliação, onde inclusive as questões abordadas são importantes para refletir se há ou não uma (des)continuidade entre elas, servem também como pontos introdutórios para um debate no qual este estudo não pretende esgotar.

O campo da Avaliação em Saúde

O campo da avaliação em saúde, até como consequência de suas múltiplas concepções e de seu processo evolutivo, apresenta uma diversidade tanto no que se refere ao enfoque, quanto em relação às abordagens, às dimensões e aos seus atributos ou componentes.

Tal assertiva, que já se evidenciava desde o estudo de autores como Silva e Formigli²⁴, nos anos 90, refere que esses atributos ou componentes são categorizados de maneiras distintas por diferentes autores. As mesmas citam especificamente, e aqui transcritas no sentido de subsidiar o debate, quais seriam, por exemplo, para alguns autores, as dimensões e seus atributos relativos aos cuidados médicos – qualidade, efetividade, impacto, à eficácia e à satisfação do usuário; ao sistema de saúde – cobertura, acesso e equidade; à avaliação propriamente dita – efetividade e eficiência; e à eficácia médica e à eficiência econômica, como atributos da efetividade²⁴.

Em certa medida, a diversidade não se restringe a apenas aos seus atributos, mas também no que se refere à sua definição e abordagens.

Dentre as inúmeras definições sobre avaliação encontradas na literatura, cita-se a de Parry e Stevens²⁵, que resgata a definição de Scott-Samuel – estimativa de efeitos de uma específica ação para uma definida população –, e a da World Health Organization (WHO) – combinação de procedimentos, métodos e instrumentos pelos quais a política, programa ou projeto, pode ser julgada pelos efeitos na saúde de uma população, e pela distribuição desses efeitos dentro da população²⁵.

No que concerne às abordagens se propõe distinguir as avaliações que são baseadas em técnicas daquelas orientadas por um modelo teórico que interrelaciona a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos²⁶.

A avaliação em saúde no seu processo evolucionário determina o aparecimento de distintos paradigmas, ou como sugerido por Guba e Lincoln²⁷, outras gerações; sendo que estas têm como eixo direcionador a dimensão de realidade.

O paradigma pós-positivista tem como fundamento o fato de que o indivíduo não conhece a realidade, logo, a verdade (da avaliação) se assenta no rigor da coleta e na análise dos dados. No paradigma da teoria crítica a verdade se estabelece no fato de que a realidade é influenciada por valores sociais, políticos, econômicos, culturais etc., decorrentes da interação entre o pesquisador e o indivíduo/objeto de análise. Já no paradigma construtivista, o princípio básico é a de que as realidades são múltiplas e influenciadas por inúmeros contextos – social, cultural, etc. – e a interação entre o pesquisador e o indivíduo/objeto de análise evidencia uma realidade negociada entre ambos.

A avaliação em saúde e sua prática avaliativa

A avaliação em saúde na perspectiva da prática avaliativa apresenta uma diversidade em termos de construção, seja aquela sob distintas bases teóricas ou ainda sob distintos métodos (qualitativo, quantitativo, quase-experimental, triangulação de métodos, etc).

No que se relaciona à prática da avaliação, Silva e Formigli²⁴ pontuam que nos primórdios da avaliação os estudos se modificaram ao longo dos anos, ao referenciar algumas mudanças em relação à sua dimensão, tais como a formulação de estudos sobre: qualidade e sua operacionalização, os processos de descentralização das ações de saúde e a implementação de políticas públicas.

Ainda no que se refere à sua prática, a avaliação pode ser classificada como técnico-científica ou técnico-operacional, chamando-se a atenção para o disposto por Novaes²⁸ em relação aos critérios para a construção de processos de avaliação em saúde: objetivo da avaliação; posição do avaliador; metodologia predominante; forma de utilização da informação gerada; contexto da avaliação; temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado²⁸.

Não faz parte do escopo deste estudo explicitar a base teórica das diversas abordagens da ava-

liação em saúde, como já sistematizada por Bossi e Mercado²⁹ e Hartz e Vieira-da-Silva³⁰ Assim como discorrer sobre as estratégias e desenhos dos estudos.

No intuito, entretanto, de evidenciar a questão relevante para a discussão, investigar o continuum entre a avaliação em saúde e a econômica em saúde, toma-se a proposição referida por Hartz³¹.

Na abordagem da avaliação normativa o objetivo é comparar os recursos empregados – medindo a suficiência e a adequação da utilização dos recursos em relação aos resultados – e aferir a relação entre os resultados obtidos e os esperados, através de índices previamente parametrizados. Ou seja, a avaliação normativa é primordialmente uma avaliação administrativa.

Na abordagem da pesquisa avaliativa o objetivo é fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. É julgar a pertinência da intervenção, se reproduzível ou se factível, e a sua relação com o contexto em que esta se situa. Está fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudos das ciências sociais) e na estatística.

Minayo et al.³², ao explicitar a pesquisa avaliativa por triangulação de métodos a refere como sendo uma abordagem ampla da avaliação em saúde, em vista de que conjuga a presença do avaliador externo, as abordagens quantitativas e qualitativas, o controle dos grupos de comparação e a análise do contexto da história, das relações, das representações e a participação, ao agregar os princípios básicos da sociologia compreensiva no sentido da síntese. Ou seja, amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a permitir perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades³².

Na perspectiva econômica, os estudos empíricos sobre avaliação em saúde, principalmente os institucionais no contexto brasileiro, foram enfocados na análise do controle da compra de serviços nas modalidades contratual e convencional do sistema previdenciário, ou melhor, se reduziram ao acompanhamento de procedimentos e dos fluxos administrativos de atividades de compra de serviços; levando, inclusive, a que Hartz e Pouvourville inquirissem se a não realização de estudos considerando a eficiência seria decorrente da impertinência desta análise no contexto brasileiro ou se dificuldades metodológicas reduzem o interesse dos pesquisadores neste campo³³.

Avaliação Econômica em Saúde

A avaliação econômica em saúde, na qual se consideram os fatores e os consequentes questionamentos sobre a ocorrência ou não de comparação entre duas ou mais alternativas e se custos e consequências foram ou não examinados, é efetivada por uma avaliação incompleta (parcial) e pela avaliação completa³⁴.

No entanto, um ponto deve ser assinalado no que diz respeito aos métodos aqui considerados em relação à avaliação econômica: o custo-efetividade e o custo-utilidade. O custo-minimização e o custo-consequência – avaliação parcial ou incompleta de avaliação econômica em saúde-, correspondem a uma fase preliminar de construção desses métodos e o custo-benefício, tendo como pressuposto o uso da monetarização, não se adequa à discussão aqui pretendida. Mesmo que esse método tenha incorporado a teoria do bem-estar, medida através da disposição de pagar (willingness to pay).

A avaliação parcial contempla a descrição ou o exame das consequências e dos custos (descrição do custo-resultado) e a avaliação completa contempla a avaliação da eficácia, ou efetividade, e a análise de custos. Sendo a comparabilidade entre alternativas, até de acordo com o escopo da teoria econômica, o que caracteriza uma avaliação econômica³⁵. Escapa do objetivo deste estudo explicitar as diferenças entre as técnicas de avaliação econômica, que podem ser apreendidas na literatura especializada^{36,37}.

A avaliação econômica em saúde, pautada pela teoria do bem-estar, é caracterizada como aquela que pressupõe um julgamento ex-ante. Isto porque a decisão decorre do uso de critérios racionais (regra de decisão) para avaliar custos e benefícios. E, como consequência dessa característica, a avaliação é também considerada como uma metodologia de síntese, pois seu resultado é obtido por meio de uma abordagem dita consistente, a partir da explicitação do que seria ou não incluído no cálculo dos custos e dos benefícios.

A teoria do bem-estar econômico apresenta, entretanto, duas abordagens – a welfarista e a extrawelfarista, onde a abordagem welfarista, que é medida (resultado) a partir da utilidade/preferência, a qual não é sensível aos estados de saúde, ou melhor, não detecta algumas utilidades sociais (variáveis contextuais), se depara com uma outra abordagem – a extrawelfarista, cuja perspectiva é a maximização da saúde advinda da medida das capabilities, ou seja, a partir de um determinado contexto de escolha social³⁸. Ou seja, numa pers-

pectiva comparativa, tal como na avaliação em saúde na vertente de um processo evolucionário, transcendendo de uma mera análise de resultados ou efeitos, como o modelo da “caixa preta” – normativo, onde a intervenção é impermeável às características dos meios, para outra – a pesquisa avaliativa, onde é introduzido um modelo teórico centrado na caracterização das condições de produção dos efeitos observados³⁹.

No que tange às especificidades de cada abordagem para a execução de uma avaliação econômica em saúde, aduz, entre outros, distintos enfoques em relação à dimensão de necessidade em saúde e do efeito em saúde.

Na abordagem welfarista o ganho em saúde é medido a partir da utilidade, ou melhor, pelo somatório de preferências/utilidades individuais, de acordo com os bens e serviços consumidos ou então pela medida da disposição de pagar (WTP)³⁸.

A teoria econômica, baseada nos pressupostos de que os indivíduos maximizam o seu bem-estar por meio da função de preferência/utilidade e que a sociedade é o agregado dos indivíduos, traz à tona um impasse nas questões relativas à saúde; como bem definido por Arrow, ao levantar a questão sobre a possibilidade, deparando-se com a incerteza, de efetuar o máximo social derivado dos desejos individuais⁴⁰. Assim como ela não responde a algumas questões de cunho ético, considerando as diferentes preferências/utilidades de acordo com o status socioeconômico dos distintos grupos de uma população e mesmo entre distintas populações; e ainda, como consequência, o de incorrer na construção de modelos que geram a impossibilidade de generalização.

Nesta medida, a incorporação da utilidade/preferência na saúde, diante do fato da medida não representar, ou melhor, não ser sensível aos estados de saúde, leva a que as técnicas/escalas habitualmente utilizadas para a sua quantificação não detectem algumas utilidades sociais, visto que estas são mais afeitas às medidas de bem-estar individual.

Na abordagem extrawelfarista (Decision-Maker Approach), a perspectiva é a maximização da saúde, na qual o quality adjusted life years (QALY) – medida de resultado – é melhor representada pelas capabilities do que pela utilidade. Ou seja, é a inclusão de aspectos sociais, mais do que a utilidade no consumo de bens e serviços⁴¹.

As capabilities, que introduzem uma ênfase nas oportunidades que os indivíduos têm, são definidas como aquelas segundo as quais os indivíduos podem fazer na perspectiva de determi-

nado contexto de escolha social. Ou dito de outra forma, permitem uma autonomia no que se refere ao sistema ético de valores. Assim como oferecem uma abordagem multivariada para o bem-estar, ao possibilitar uma comparação interpessoal mais fácil de acordo com a abordagem ética, e responder melhor, se comparados com a abordagem das preferências/utilidade, aos interesses dos indivíduos⁴².

Avaliação econômica em saúde e sua prática

Sua prática depende do enfoque que se deseja imprimir. Se o objeto sob avaliação tem como perspectiva a minimização do custo de produção dado um nível de saúde, o objetivo é a racionalidade. E se a perspectiva é a maximização do nível de saúde dado um orçamento, o objetivo é a eficiência e, em alguma medida, a equidade.

A teoria do bem-estar econômico, e particularmente a teoria da decisão, fundamenta um grande número de estudos. Essa fundamentação decorre da introdução da perspectiva da sociedade na análise; ou melhor, como a sociedade pode avaliar o custo dos recursos de acordo com sua conveniência e/ou desejo.

Um dos paradigmas, que serviu como base para a consecução de estudos, e referido na literatura, é o modelo de Grossman, o qual insere a noção da teoria do capital humano no modelo tradicional de demanda à saúde e aos serviços de saúde. O modelo preconiza a utilização de dados mais desagregados, tais como o dos gastos anuais dos indivíduos e das famílias (household production)⁴³, como consequência da inserção da teoria do capital humano na área da avaliação econômica em saúde, aparece na literatura uma série de estudos onde a questão cerne é avaliar a possibilidade, ou não, do provedor de saúde alterar a elasticidade da curva de demanda de seus pacientes; ou seja, a demanda induzida ocasionada pela assimetria de informação (distribuição de forma desigual da informação entre agentes econômicos); que também, como decorrência desta questão, introduz nos estudos sofisticadas técnicas econométricas.

Ao longo dos últimos anos outras teorias, conceitos e princípios vêm sendo absorvidos pelos/nos estudos sobre avaliação econômica em saúde. Sendo que a maioria dos modelos decorrentes dessa absorção tem como objetivo minimizar o trade-off entre eficiência e equidade, introduzir uma vertente distinta da preconizada pela teoria do capital humano – friction costs, e dirimir a variabilidade dos resultados.

Considerações e conclusão

A avaliação, assumida enquanto um sistema de feedback, tem como objetivo fundamental a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções.

A avaliação econômica em saúde sob o enfoque welfarista, ao privilegiar o resultado em detrimento dos processos subjacentes, a sugere como uma avaliação mais próxima da perspectiva de uma abordagem administrativa ou também conhecida como do tipo caixa preta (black box), cuja intervenção é tratada como variável dicotômica (ausência-presença da intervenção), sendo fácil definir o seu conteúdo e os diferentes componentes, ou seja, uma intervenção que apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e que é impermeável às características dos meios onde é introduzida e, por decorrência, a sua avaliação convive com sérias limitações relacionadas à validade externa⁴⁴.

A avaliação em saúde, principalmente a realizada na perspectiva construtivista e, particularmente, sob a abordagem da pesquisa avaliativa, tem como propósito fazer um julgamento centrado na caracterização das condições de produção dos efeitos observados (variáveis contextuais), ampliando o potencial de generalização, e na qual há influência do contexto sobre os efeitos observados, ao avaliar a correlação das variáveis contextuais no que concerne à intervenção; modelo que avança sobre as tendências avaliativas centradas nos resultados.

Ao considerar, em termos teóricos, a avaliação econômica em saúde sob a abordagem extrawelfarista, que tem como proposição valorizar o bem-estar social a partir da teoria das capabilities ou das fair innings⁴⁵, a abrangência da avaliação econômica em saúde se aproxima de uma avaliação em saúde na vertente da pesquisa avaliativa, sugerindo a configuração de um continuum entre elas. Isto porque a necessidade em saúde, tal como fundamentada na ciência política, social e cultural, onde sua condição primordial é julgá-la, defini-la, interpretá-la e satisfazê-la, tem traduzida, como sua medida de efeito, a maximização da saúde à luz de um dado contexto, a qual também é contemplada, tanto pela abordagem extrawelfarista, como pela abordagem da pesquisa avaliativa.

As evidências empíricas, em contrapartida, têm demonstrado que a abordagem extrawelfarista ainda é uma proposição teórica, mesmo que recente estudo procure reacender o debate em

torno da aplicação da abordagem das capabilities no âmbito da economia da saúde/avaliação econômica da saúde⁴⁶ em vista de que a estruturação, em geral, dos estudos de avaliação econômica em saúde ainda utilizam o arcabouço clássico da teoria do bem-estar econômico. Como exemplo, a utilização da medida que avalia os benefícios de uma intervenção a partir da clássica medida de utilidade valorada por meio de escalas econômicas e/ou psicométricas, e não como, por exemplo, a valorada pelo Coeficiente de Gini, proposto e executado, respectivamente, por Amartya Sen⁴⁷ e Giraldes⁴⁸. Sendo que este último é mais abrangente do que as escalas psicométricas e não é reducionista como as econômicas.

Ainda no tocante à avaliação econômica em saúde, o significado conceitual de contexto, na abordagem welfarista, é referido como sendo a possibilidade, ou não, de generalização, tanto no que tange aos métodos empregados para a execução de estudos, quanto aos resultados advindos destes⁴⁹. E, independentemente de qual(is) variável(is) sejam as responsáveis pela consequente variabilidade dos resultados desses estudos, ela é solucionada a partir do emprego de métodos e modelagens estatísticas. Ou seja, realizar estudos de avaliação econômica em saúde à luz de um contexto implica, nesta medida, considerar o escopo do conceito de necessidade em saúde – não como uma mera provisão de serviços ou como uma disposição para pagar, a partir da valoração de questões subjetivas, tal como defendida pelos extrawelfaristas.

E, diante desses pressupostos, a possibilidade de generalização indubitavelmente não significa operacionalizar estudos à luz de um contexto⁵⁰.

Conclusão

Em termos teóricos, a avaliação em saúde na vertente da pesquisa avaliativa se aproximaria da abordagem extrawelfarista da avaliação econômica em saúde, sugerindo um continuum entre essas abordagens de avaliação. No entanto se relativizado com a prática da consecução de estudos, há uma lacuna. Em geral a abordagem extrawelfarista não é utilizada em estudos dessa ordem.

Por outro lado, se considerarmos a avaliação em saúde e a econômica em saúde a partir do conceito da eficiência como categoria de análise, pode-se supor a presença de um continuum entre as abordagens normativa da avaliação em saúde e a welfarista da econômica em saúde. Isto porque a avaliação em saúde sob a abordagem normativa valoriza, principalmente, a relação entre recursos consumidos versus resultados; da mesma forma que a abordagem welfarista da avaliação econômica em saúde analisa a relação entre o custo e os benefícios econômicos advindos de uma intervenção.

Independente do fato de que a avaliação em saúde e a avaliação econômica em saúde façam atualmente parte da preocupação dos gestores do setor – ainda de forma marginal ao processo decisório e sem a necessária institucionalização –, e que ambas sejam objeto de contínuas sistematizações por parte dos pesquisadores destas áreas do conhecimento, é premente que se aprofunde o debate de ideias. Não só para refutar ou corroborar a tese de Gil et al.⁶, como também, e principalmente em relação à prática avaliativa, formular desenhos metodológicos que abarquem de forma unívoca os dois – não mutuamente excludentes – conteúdos teóricos, ou seja, a proposição da abordagem extrawelfarista da avaliação econômica em saúde sob a vertente da pesquisa avaliativa, bem como os gestores, por decorrência, as utilizarem enquanto subsídios na sua prática de gestão.

Colaboradores

LG Sancho e S Dain participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Levcovitz E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nespoli G, Mariani M. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: 1974-2000*. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2003.
- Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saude Publica* 2006; 40(Nº Esp.):73-78.
- Cohen E, Franco R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes; 1999
- Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos Programas de Saúde: A Eficiência em Questão. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):68-82
- Weinstein MC. Economic Assessment of Medical Practices and Technologies. *Medical Decision Making* 1981; 1(4):309-330.
- Gil AB, Toledo ME, Jústiz FR. La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001; 17(4):395-398.
- Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick J. Evaluation's Basic Purpose, uses, and conceptual distinctions. In: Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick J, editors. *Program Evaluation - Alternatives Approaches and Practical Guidelines*. 2nd Edition. New York: Logman Inc; 1997. p. 3-34.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- Medici AC. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da Saúde. Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 1995. p. 23-68.
- Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980
- Phelps CE. Perspectives in Health Economics. *Health Economics* 1995; 4(5):335-353.
- Ortún-Rubio V, Pinto Prates JL, Puig-Junoy J. La Economía de la Salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria* 2001; 27(1):62-64.
- Weinstein MC. Economic Assessment of Medical Practices and Technologies. *Medical Decision Making* 1981; 1(4):309-330
- Figueiredo AMA, Tanaka O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da Saúde. *Cadernos Fundap* 1996; 19:98-105.
- Pereira J. Glossário de Economia da Saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da Saúde. Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Instituto de Economia Aplicada (IPEA); 1995. p. 271-293.
- Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):553-563.
- Mandelblatt JS, Fryback DG, Weinstein MC, Russel LB, Gold MR, Hardon DC. Assessing the Effectiveness of Health Interventions. In: Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein MC. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 135-168.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd* 1990; 114(11):1115-1118.
- World Health Organization (WHO). *Health Programmes Evaluation*. Geneva: World Health Organization (WHO); 1991.
- Viana AL, Rocha JY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):577-606
- Scaratti D. *Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil, uma aplicação a municípios catarinenses* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-559
- Torrance GW. Measurement of Health States Utilities for Economic Appraisal. *Journal of Health Economics* 1986; 5(1):1-30.
- Silva LGV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):80-91.
- Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems and possible ways forward. *BMJ* 2001; 323(7322):1177-1182
- Chen HT. *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage Publications; 1990
- Guba E, Lincoln Y. *Fourth Generation Evaluation*. Londres, Nova Delhi: Thousand Oaks, Sage Publications; 1989.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-559.
- Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação Qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006.
- Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistema de Saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005.
- Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- Minayo MCS. *Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos*. [sítio na Internet]. [acessado em 2008 ago 25] Disponível em: http://www.nesp.unb.br/utics/texto2_minayo_triangularacao.pdf
- Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Cien Saude Colet* 1998; 3(1):68-82.
- Drummond MF, Stoddart G, Torrance G. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University Press; 1996.

35. Varian HR. *Microeconomia: princípios básicos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Campus; 1994.
36. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, editors. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press; 1996.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
38. Brouwer WBF, Koopmanschap MA. On the Economic Foundation of CEA: Ladies and Gentlemen, Take your Position! *J Health Econ* 2000; 19(4):439-459.
39. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
40. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economic of Medicare Care. *The American Economic* 1963; 53(5):941-973
41. Richardson J. Economic Evaluation of Health Promotion: friend or foe. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22(2):247-253.
42. Lorgelly P K, Lawson KD, Fenwick E AL, Briggs A H. Outcome Measurement in Economic Evaluations of Public Health Interventions: a Role for the Capability Approach? *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(5):2274-2289.
43. Grossman M. *The Demand for health: a theoretical and empirical investigation*. National Bureau of Economic Research Occasional Paper 119, New York: Columbia University Press; 1972.
44. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88
45. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 1997; 6(2):117-132.
46. Coast J, Smith RD, Lorgelly P. Welfarism, extra-welfarism and capability: The spread of ideas in health economics. *Soc Sci Med* 2008; 67(7):1190-1198.
47. Sen A. *Inequality reexamined*. Oxford: Clarendon Press; 1992.
48. Giraldes MR. Equidade em áreas socioeconômicas com impacto na saúde em países da União Européia. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(3):533-544
49. Birch S, Gafni A. Economics and the evaluation of health care programmes: generalisability of methods and implication for generabisability results. *Health Policy* 2003; 64(2):207-219.
50. Sancho LG. *Avaliação Econômica em Saúde: fundamentação teórica, abordagens e possibilidades à luz das Terapias Renais Substitutivas* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2005.

Apresentado em 09/07/2010

Aprovado em 15/11/2010

Versão final apresentada em 11/12/2010