

Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde*

PAOLA ZUCCHI**

CARLOS DEL NERO***

ANA MARIA MALIK****

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Os fatores de consumo e demanda que agem na assistência à saúde; 3. Os fatores que agem na oferta de assistência à saúde; 4. Discussão e conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: gastos em saúde; oferta; demanda; consumo de saúde; serviço de saúde.

Na atual crise financeira do Estado, torna-se importante o uso adequado dos recursos econômicos disponíveis. Gastar menos e melhor deve ser um dos objetivos do setor saúde. Este artigo apresenta uma reflexão sobre o tema, analisando os fatores que interferem na oferta e demanda de assistência à saúde, além de outras razões importantes envolvidas no crescimento dos gastos em saúde observado na maioria dos países ocidentais. Os fatores de demanda não podem ser rapidamente controlados, dependendo muito do consumidor ou da proteção social. Contrariamente, os fatores de oferta são muito mais facilmente controlados, com a ajuda de normas de instalação para equipamentos pesados, dos orçamentos hospitalares, ou do controle do número de profissionais de saúde formados. Apesar disso, poucos são os exemplos encontrados na literatura sobre o sucesso dessas medidas de controle. No Brasil, tentativas semelhantes naufragaram, principalmente devido às dificuldades gerenciais e de financiamento do setor.

* Artigo recebido em fev. e aceito em set. 1998. Os autores agradecem à Capes, cujo apoio foi fundamental para a elaboração deste artigo.

** Médica, mestre em administração hospitalar pela FGV e doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP

*** Médico, atuando na área de saúde da Booz Allen & Hamilton.

**** Médica e professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP-FGV).

Health expenditures: factors influencing the offer and demand for health services

The State's current financial crisis makes it important to use adequately the available economic resources. To spend less and better should be one of the goals of the health sector. This paper presents a reflection about this problem and analyzes the factors that interfere on the offer and demand for health care, besides other important reasons for the rising expenditures in health in most Western countries. The demand factors cannot be rapidly controlled, depending a lot on the consumer or on the social protection. On the other hand, the offer factors are much more easily controlled, with the help of regulations for the installation of heavy equipment, hospital budgets, or the control on the number of health professionals that graduate. Nevertheless, the literature shows very few successful examples of such measures. In Brazil, similar attempts have been unsuccessful, mostly due to the health sector's managerial and financial difficulties.

1. Introdução

No atual momento de crise financeira do Estado, torna-se importante o uso adequado dos recursos econômicos disponíveis. Gastar menos e melhor deve ser um dos objetivos do setor saúde. A reflexão sobre o tema e o estudo dos fatores que interferem no consumo de assistência à saúde, do lado tanto da oferta quanto da demanda, além de outras razões importantes envolvidas no crescimento dos gastos em saúde observado na maioria dos países ocidentais, são a proposta deste artigo.

As razões mais comumente evocadas para explicar o aumento dos gastos em saúde são o envelhecimento das populações, a maior oferta de médicos e serviços de saúde e o progresso tecnológico. Estes fatores têm, sem dúvida, grande importância, porém não conseguem ser suficientes para explicar o aumento dos gastos em saúde.

Existe uma preocupação crescente com os fatores econômicos, que condicionam tanto a prestação de serviços de saúde quanto o próprio nível de saúde da população. Isto explica a inquietude dos poderes públicos em relação a um setor cujas despesas crescem a um ritmo superior ao do crescimento do produto interno bruto (PIB).

Encontram-se no setor saúde diversas abordagens relativas ao papel representado pelo Estado e pelo mercado em seu funcionamento. Nos EUA, observa-se uma liberdade relativa de fixação de preços dos serviços de saúde, com a predominância do seguro privado, privilegiando o assim chamado pensamento pró-mercado. Na Europa, nota-se a existência de tabelas de preços regulamentadas, além da influência exercida pelos enormes sistemas de seguridade social, predominando na economia da saúde uma perspectiva de administração pública (Labourdette, 1988).

Nesses diversos tipos de abordagens, menos Estado ou mais capital privado, surgem alguns problemas. Mesmo nos países onde o Estado intervém pouco no setor saúde, há sempre organizações sem fins lucrativos onde os conceitos da economia de mercado não se aplicam totalmente.

Nos países onde o Estado assume um papel mais importante, fala-se muito na gestão dos hospitais públicos e seus problemas de financiamento, muitas vezes ignorando os serviços ambulatoriais e os médicos do setor privado. Mas não é só nos países com hegemonia do Estado na saúde que essas discussões ocorrem.

Em São Paulo têm ocorrido algumas experiências por parte da prefeitura municipal, que recentemente passou a gestão de três de seus hospitais para escolas médicas (Escola Paulista de Medicina e Santa Casa) e para a Associação Paulista de Medicina. Segundo a própria prefeitura, esta é uma tentativa de melhorar o atendimento da população, ficando a cargo dessas instituições o gerenciamento das verbas que lhes forem destinadas e a contratação de médicos de sua escolha.

Na mesma cidade, outra iniciativa pública, denominada Programa de Atendimento à Saúde (PAS), entrega a assistência à saúde a cooperativas criadas especificamente para esse fim. A gestão do PAS, através de cooperativas formadas por médicos e profissionais da saúde da rede municipal, ocorre sem a interferência do poder público, independentemente dos outros sistemas de assistência à saúde, públicos/privados, formais/informais, existentes.

Na verdade, essas duas experiências indicam uma tentativa de privatização da assistência à saúde, principalmente para a camada mais pobre da população da cidade.

É importante lembrar que a participação estatal no sistema de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países de economia de mercado, tende a decrescer, contrariamente ao que se observou em décadas anteriores. Hoje, o Estado financia o setor privado e, em condições favoráveis, subsidia entidades beneficentes e, mesmo, compra serviços médico-hospitalares ou os presta diretamente.

A pressão da demanda requer não só incrementos permanentes na oferta. É preciso um acesso mais equânime aos serviços para toda a população. A exigência social de maior cobertura conduz a uma atuação do governo, criando e mantendo direta ou indiretamente serviços de saúde. No Brasil, como em muitos outros países, coexistem os dois tipos de atuação, dois pesos e duas medidas: o que é válido para o setor privado não é assim no setor público e vice-versa (Viana, 1974).

Ao deixarmos para os cientistas políticos a polêmica decisão sobre o papel do Estado na saúde, chamamos a atenção para o financiamento específico das atividades gerais desse setor econômico. A indústria da saúde pode ser considerada um setor econômico cuja expansão é das mais rápidas. Esse au-

mento da "produção em saúde" relaciona-se com a melhoria da qualidade de vida e pode ser interpretado como progresso social (Illich, 1975).

É oportuno abrimos parênteses para lembrar a dificuldade que é medir o produto da saúde. Longe de ser simples, como em certas indústrias, sua medida suscita grandes controvérsias. Quando falamos de unidades microeconômicas, é possível conceber os serviços prestados, os dias de hospitalização, a quantidade de medicamentos. Para analisar a efetividade global dos programas de saúde é preciso ir mais além e estudar os efeitos sobre o estado de saúde. Infelizmente, como demonstrou Illich (1975), esses últimos não se relacionam sempre de maneira positiva com o consumo de atos médicos, já que o seu conjunto, às vezes, é impotente para reduzir a morbidade global, podendo, inclusive, resultar em novas doenças.

Tendo em vista os objetivos e as necessidades estipuladas, os recursos de uma nação devem ser alocados adequadamente entre os setores da economia. Nesses setores, devem ser repartidos de maneira a maximizar a satisfação da população, almejando sempre a melhoria da qualidade de vida.

Ao pensarmos na alocação de recursos para o setor saúde, percebemos que é uma atividade onde a determinação dos meios e a avaliação das conseqüências são sempre complexas. Os médicos, diante de uma doença, têm, na maioria das vezes, vários tipos de tratamentos à sua disposição. Sua escolha será feita a partir do que se tem disponível e nada nos garante que a mínima consideração da relação qualidade-preço seja determinante na decisão terapêutica final, ainda mais numa atividade ligada à vida humana, onde as preocupações de ordem ética contrapostas a possíveis análises econômicas tornam-se importantes. Essas preocupações desaparecem tendo em vista as considerações sobre custos, despesas e rendimentos, sempre presentes, tanto no nível individual quanto no coletivo. O dilema entre a missão dos serviços de saúde e a conseqüente administração dos negócios da saúde nos faz pensar que, ao lado dos objetivos humanitários, as políticas de saúde devem estimular o aumento da produção e a eficiência, nunca esquecendo porém, o paciente e a coletividade, seus objetivos últimos (Moatti, 1991).

Outro ponto importante que deve ser discutido é a equidade. O governo deve procurar diminuir as diferenças de mortalidade entre as categorias sociais, diferenças que trazem à tona a desigualdade.

A equidade tem sido freqüentemente associada à justiça social. Sua definição e os princípios distributivos daí decorrentes dependem do conjunto de valores sócio-econômicos predominantes na sociedade em questão.

Mooney (1986) sugere cinco possíveis definições de equidade em saúde: igualdade de gasto *per capita*; igualdade de insumos (recursos humanos, equipamentos etc.) *per capita*; igualdade de insumos para necessidades iguais; igualdade de utilização para necessidades iguais; igualdade de necessidade marginal.

A definição de equidade deve pressupor não só o sentido restrito da quantidade de recursos materiais e humanos (leitos, consultórios, médicos, enfermeiros etc.), mas também a qualidade dos serviços oferecidos.

A teoria ainda não foi capaz de definir o que viria a ser de fato a necessidade de assistência à saúde. Por mais equitativos que sejam a oferta e o acesso à assistência à saúde, persistirão iniquidades de resultados determinadas por desigualdades de renda, de nível educacional e, claro, de infra-estrutura sanitária (Giraldes, 1988; Jardanovski & Guimarães, 1993).

O setor saúde frustra-se quando, extrapolando sua competência de produzir serviços médico-sanitários, tenta influir por si só nos indicadores de saúde da coletividade, sem levar em conta que a melhoria do nível de saúde de uma população só se torna permanente quando oriunda de medidas que superem as restrições impostas pelo contexto econômico e social (Viana et alii, 1982).

Nessa tentativa de proporcionar uma assistência à saúde que não frustre o setor, os países desenvolvidos confrontam-se com um aumento rápido dos gastos em saúde. É normal que se tenha procurado as causas que expliquem este aumento. Entre elas, o aumento da demanda por saúde assume um papel essencial.

Quando medimos a progressão das despesas de saúde em um grande número de países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), em 20 anos, a participação da saúde no PIB dobrou ou quase dobrou (Labourdette, 1988).

Os gastos mundiais com saúde totalizaram cerca de US\$1,7 trilhão em 1990, que representam 8% dos recursos globais. Os países economicamente estáveis gastam cerca de US\$1,5 trilhão em saúde, enquanto os países em desenvolvimento gastam US\$170 bilhões. Esses números são fundamentais para nos mostrar o quão importante é entender o impacto das políticas governamentais na saúde das pessoas.

Os governos também influenciam indiretamente a saúde através de suas políticas de educação, saneamento e outros setores, além de regular o próprio sistema de saúde e os recursos que o alimentam (World Bank, 1993).

2. Os fatores de consumo e demanda que agem na assistência à saúde

O crescimento dos gastos em saúde depende do mercado, ou seja, do encontro entre os que querem adquirir os bens e serviços de saúde e aqueles que os oferecem. Nas seções seguintes estudaremos os fatores envolvidos no consumo e na demanda por assistência à saúde.

Os fatores de consumo

Uma definição simplificada de mercado é: o lugar onde se encontram, para realizar suas trocas, os que ofertam e os que demandam, ou seja, os vendedores e os compradores; a organização de ofertas e demandas, determinando, após a troca de informações, a formação do preço do bem e a determinação das quantidades trocadas (Simon & Bertrand, 1992).

O consumo consiste no uso de bens ou de serviços visando à satisfação direta das necessidades. Podemos falar em consumo de bens e serviços de saúde, que trazem uma melhora do bem-estar e das condições de existência de uma população.

O consumo traduz-se sob a forma de compra de bens e serviços, sendo, portanto, um gasto efetivamente realizado. A demanda geral por um bem reflete as intenções de compra, em paralelo com os diversos níveis de preço. O consumo de saúde é um consumo final, em oposição ao consumo intermediário efetuado em vista da produção dos bens (Triomphe, 1975).

Em seu artigo de 1963, Arrow, refere-se à especificidade do setor de saúde em relação à grande maioria dos outros setores econômicos: "Os mecanismos habituais pelos quais o mercado assegura a qualidade dos produtos não têm grandes implicações no setor de saúde".

Existem algumas dificuldades no tratamento das questões da saúde. O setor saúde apresenta estruturas de mercado complexas e nada óbvias. Essas estruturas influenciam criticamente os padrões de atendimento médico e não podem ser ignoradas. Pelo lado da oferta, o lucro não é por si só um motivo adequado para explicar o "mercado" da saúde, como é para outros tipos de bens e serviços, dado que há um grande número de instituições públicas e privadas não-lucrativas que prestam serviços de saúde. Como tais serviços não podem ter um preço *a priori* definido no mercado, torna-se difícil medir a preferência dos consumidores por eles. A própria medicina estatal, em um grande número de países desenvolvidos, garante direitos ao consumo de tais serviços àqueles que não podem pagar pelos mesmos. Pelo lado da demanda, os consumidores não escolhem entre os serviços de saúde e os demais bens e serviços através de uma "racionalidade na escolha", e sim pela necessidade ou não de consumo de tais serviços. Esse consumo geralmente não é previsível e ocorre em situações de forte conteúdo emocional/psicológico. Quem vai fixar que tipos de serviços vão ser consumidos é, em última instância, o médico, aquele que faz o diagnóstico, e não o paciente (Medici, 1983).

O consumo traduz-se sob a forma de aquisições de bens e de serviços. É uma despesa efetivamente realizada, enquanto a demanda geral por um bem reflete as intenções de compra colocadas em paralelo com diversos níveis de preços.

O consumo de saúde é basicamente composto de três estruturas diferentes: medicamentos, honorários de médicos, dentistas e auxiliares dos

serviços médicos e, finalmente, gastos em hospitalização e tratamento. Atualmente, os gastos em hospitalização e tratamento encabeçam as despesas do consumo de saúde.

O consumo de saúde não é tão sujeito às mudanças conjunturais como os outros consumos que fazem parte da rotina de cada indivíduo. É importante lembrarmos, porém, que o conjunto dos gastos em saúde não é igualmente distribuído entre os consumidores. Duas causas distintas podem existir quando pensamos no aumento do consumo de saúde. A primeira delas é o refinamento dos diagnósticos, onde o uso cada vez mais freqüente de exames radiológicos e de análises laboratoriais é responsável pelo aumento dos gastos em saúde. Esses atos tornam cada vez mais altos os preços dos diagnósticos e, conseqüentemente, o preço de uma diária hospitalar. A segunda causa é a difusão do progresso tecnológico, que é o principal elemento do incremento das despesas em saúde, que aumentam à medida que as novas técnicas são incorporadas.

Neste ponto, torna-se importante falarmos de práticas que necessitam ser mudadas, como o uso indevido ou excessivo de procedimentos desnecessários, agentes de aumento dos gastos em saúde.

No começo dos anos 80, o Brasil detinha um dos maiores índices de cesarianas realizadas no mundo: 31% de todos os partos hospitalares no ano de 1981. Embora a cesariana seja uma alternativa necessária em certos casos, seu uso indiscriminado determina gastos e impõe riscos médicos para a mãe e sua criança. O custo financeiro das cesarianas desnecessárias realizadas no serviço público do Brasil foi estimado em cerca de US\$60 milhões anuais na década de 80.

Os riscos médicos desta prática desnecessária, como infecções, uso de anestesia geral e nascimento de prematuros, não impediam sua realização. Pelo contrário, a prática foi incentivada, pois, além de ser considerada "moderna" na época, através dela eram feitas esterilizações.

Algumas campanhas foram feitas para educar os médicos no sentido de não indicarem cesarianas que não fossem realmente necessárias. O modo de remuneração desta prática também foi alterado, para que os hospitais fossem desencorajados de fazê-la. Apesar desses esforços, os índices de cesarianas continuam altos. No estado de São Paulo, durante o ano de 1991, 47% dos nascimentos foram via cesariana, mantendo o risco e o custo elevados (World Bank, 1993).

Os fatores de demanda

Os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são de natureza muito variada, podendo se sobrepor, o que aumenta ainda mais a demanda.

A necessidade sentida

A tomada de consciência do estado mórbido é o primeiro elemento indispensável para a demanda por serviços de saúde. O crédito dado ao sistema de saúde e a esperança de se curar usando seus serviços são igualmente necessários na decisão de querer consumir.

Atualmente a tomada de consciência por parte dos indivíduos com relação ao seu próprio corpo tem aumentado. O indivíduo está mais atento aos riscos de doença. O conhecimento dos sintomas por parte da população também tem aumentado. O crédito dado ao sistema de saúde é evidente: espera-se a cura de uma doença ou pelo menos o desaparecimento dos sintomas.

O médico deve curar. Atualmente esta atitude é bastante diferente daquela de há um século, onde o aspecto mágico do médico predominava sobre a natureza científica dos cuidados dispensados aos pacientes.

A necessidade por assistência aparece logo que saibamos, esperemos ou acreditemos que a ciência médica possa corrigir uma situação julgada anormal, ou em relação a outras ou em relação a um estado anterior. Esta necessidade é essencialmente subjetiva. Ela depende de alguns fatores: da instalação de um problema de saúde específico, da oferta de assistência à saúde, como técnicas oferecidas e sua proximidade, e do que se espera dos serviços oferecidos (Bertrand, 1991).

Os fatores psicossociais

O sexo feminino parece ser mais consumidor de assistência à saúde que o masculino, durante toda sua vida. As curvas em função da idade indicam que essa diferença é mais importante nos momentos em que os problemas gineco-obstétricos são mais frequentes (gravidez, menopausa etc.). Esta diferença entre os dois sexos fica mais evidente com o avançar da idade. Se a população considerada compreende um número maior de mulheres idosas, isso pode ser a explicação das diferenças de procura dos serviços de saúde entre populações (McPherson, 1990).

Quando analisamos os índices de mortalidade masculina, observamos que são maiores quando comparados à mortalidade feminina. Algumas explicações foram dadas para esse fato, como causas ligadas ao ambiente. Certos autores invocam as conseqüências da civilização industrial e urbana: condições de vida cada vez mais estressantes, poluição, falta de exercício físico, tensão psicológica, às quais os homens estariam mais expostos, mas, a partir da colocação da mulher na sociedade em termos e posições semelhantes aos do homem, começa a se notar um aumento da morbi-mortalidade feminina nas doenças que antes atingiam predominantemente os homens, como as doenças cardiovasculares, os acidentes de trânsito e as conseqüências da violência urbana. O consumo de tabaco também pode ser a origem dos índices maiores de mortalidade masculina (Triomphe, 1975).

O consumo de assistência à saúde também aumenta com o nível de instrução, talvez como consequência do melhor conhecimento dos sintomas, bem como do risco da gravidade dos mesmos, estando este fato diretamente relacionado com o mais adequado conhecimento sobre o próprio corpo por parte do indivíduo mais instruído.

Nunca é demais valorizar a importância dos fatores sócio-econômicos no condicionamento da saúde ou da doença. Se os ambientes físico e biológico albergam fatores ainda não controlados, contribuintes para a geração de enfermidades, é também verdade que um bom nível sócio-econômico pode neutralizar os fatores ambientais adversos. A recíproca é verdadeira. Um baixo nível sócio-econômico está sempre associado a um baixo padrão de saúde, assim mostram os fatos e as estatísticas.

É importante analisarmos a existência ou não de uma seguridade social que permita o acesso da população ao atendimento de saúde. Nesses casos, haverá uma relação muito mais positiva entre renda e consumo quando essa proteção não for abrangente ou quando os serviços pagos pelo paciente/terceiro não forem reembolsados.

A localização geográfica da população é também importante, já que se sabe que a população urbana consome mais que a rural, até mesmo pela facilidade do acesso.

O tamanho da família e a categoria socioprofissional também são fatores determinantes de desigualdades na demanda por assistência à saúde.

Além dos problemas de saúde cuja existência está associada a agentes dos meios físico e biológico, existem outros como: a fome, decorrente da distribuição desigual de renda; as doenças ocupacionais, decorrentes das más condições de trabalho; a delinquência, o suicídio, o alcoolismo, o abuso de drogas e outros, decorrentes, de uma forma geral, de estados em que prevalece a desestruturação biopsicossocial, os quais, de uma maneira ou de outra, acabam por determinar o aumento da demanda por assistência à saúde.

Antes da Revolução Industrial, pensava-se que as influências ambientais/climáticas eram as mais importantes para determinar a ocorrência de doenças. Desde meados do século XVIII, na Inglaterra e posteriormente na França e na Alemanha, com a mudança para uma economia predominantemente industrial, sobressaiu a importância do ambiente sócio-econômico na distribuição das doenças. Isso é evidente quando observamos que as taxas de morbidade e mortalidade dependem das condições de vida das diferentes classes da população que determinam consumos de assistência à saúde diversos (Almeida Filho & Rouquayrol, 1990:258).

A seguridade social

A seguridade social acentua o consumo, porque o torna menos oneroso aos indivíduos e famílias.

No Brasil, a universalização do atendimento, inserida na Constituição Federal de 1988, garante a todos os brasileiros o direito à saúde ou, pelo menos, o acesso aos serviços de saúde. Este fato independe da contribuição fiscal por parte da população. Podemos verificar, dessa maneira, o ônus que a universalização do atendimento proporciona ao Estado que, na mesma Constituição, tem o dever de prestar esse atendimento. Ao mesmo tempo, o princípio da seguridade social é compartilhar com a sociedade custos que um indivíduo e/ou família não teriam condições de suportar. A dificuldade se encontra em discriminar quais serviços serão parte do esquema da seguridade social. Certamente, é um fator que age na demanda por serviços.

A demografia

A cada ano, o número de habitantes no mundo aumenta em cerca de 80 milhões; porém, em alguns países da Europa, este crescimento já não ocorre e espera-se para o final do século XXI uma diminuição do número de europeus. Observa-se nesses países que a taxa de natalidade caiu abaixo da taxa de mortalidade, não assegurando mais a renovação da população. Por outro lado, espera-se um aumento importante na população da América do Sul, África e Ásia (Triomphe, 1975). Com este rápido perfil da evolução demográfica da população mundial, podemos estimar um aumento da demanda em virtude do aumento da população em algumas regiões e, mesmo, de seu envelhecimento mais generalizado no planeta.

As curvas de consumo de saúde em função da idade mostram um aumento considerável e contínuo a partir de 40 anos de idade.

Outro fator importante que colabora para o aumento dos gastos com saúde é a evolução da esperança de vida da população. O envelhecimento da população sugere um aumento dos gastos para a manutenção, prevenção e tratamento da saúde dessas pessoas.

Do começo do século aos dias de hoje, a esperança de vida ao nascer aumentou consideravelmente nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo este fenômeno mais importante no sexo feminino que no masculino. Podemos ainda observar que há diferenças relacionadas com a classe social, onde pessoas de nível sócio-econômico mais elevado têm uma esperança de vida maior que as de nível sócio-econômico inferior.

A epidemiologia

Variações quanto à incidência das doenças podem existir principalmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, dificultando as compara-

ções, e podem, assim, explicar as diferenças existentes entre as populações estudadas com relação à procura de assistência à saúde.

As doenças características de países desenvolvidos, com populações de esperança de vida mais elevada, implicam tratamentos onerosos e longos e, às vezes, grandes períodos de hospitalização em centros superespecializados.

O Brasil apresenta características de todos os modelos epidemiológicos, sendo evidente o “período de transição epidemiológica” que atravessa, apresentando doenças características de países subdesenvolvidos, como diarreia e subnutrição, e outras doenças típicas de países com populações mais velhas, como as crônicas e degenerativas. A abordagem desses dois grupos de doenças requer maior esforço por parte dos programas de saúde e, conseqüentemente, maior despesa.

Nos EUA, o ponto de mudança das doenças crônicas e infecciosas ocorreu por volta de 1925. Observa-se que o número de mortes por doenças infecciosas declinou, naquele país, 96% no período de 1900 a 1970. Não conseguimos um dado semelhante no Brasil, apesar dos indicadores de causas de óbitos mostrarem declínio das doenças infecto-contagiosas, predominando atualmente as causas cardiovasculares.

Essa transição representa uma mudança nos padrões de doença. O motivo encontra-se na mudança de uma sociedade agrária para uma sociedade industrializada. As doenças que atingem um determinado segmento de uma cultura variam de acordo com as condições físicas e sociais características da sociedade da época.

A erradicação das doenças infecto-contagiosas deixa lugar para as doenças crônicas, para as quais o paliativo é a regra e cujo tratamento etiológico é ainda desconhecido.

A importância das “doenças sociais”, como drogas, álcool e fumo, e o aparecimento de patologias novas, como a Aids, encarecem cada vez mais a assistência à saúde.

A utilização dos serviços de saúde

O conjunto de interações entre os profissionais de saúde e seus clientes ocorre dentro de um ambiente organizacional que é rodeado e penetrado por traços sociais e culturais. A utilização dos serviços de saúde é influenciada por fatores socioculturais e organizacionais, além dos relacionados com o consumidor e com o prestador de serviços.

As determinantes socioculturais da utilização dos serviços de saúde incluem tecnologia e valores sociais. A tecnologia é considerada um fator sociocultural, e não organizacional, que influencia a utilização dos serviços. Em alguns casos, ela diminui a utilização, reduzindo os níveis de doença ou a necessidade de cuidados médicos. Valores sociais também influenciam a utilização de servi-

ços de saúde. Um exemplo disso é o fato de em São Paulo a grande maioria dos partos serem hospitalares.

Outra categoria de determinantes da utilização dos serviços de saúde inclui as estruturas e processos que constituem a organização dos serviços médicos e que circundam e influenciam intimamente o processo assistencial. Esses fatores organizacionais envolvem alguns aspectos: a disponibilidade de recursos, as acessibilidades geográfica e social, as características de estrutura e os processos de prestação da assistência à saúde.

Podemos observar que a utilização dos serviços de saúde é determinada pela interação dos consumidores com as fontes ou prestadores de assistência à saúde num ambiente social e organizacional. Muitas características dos consumidores que envolvem fatores sociodemográficos e sociopsicológicos estão relacionadas à utilização de serviços (Dever, 1988).

A regulamentação

É importante também mencionar que a Lei Orgânica da Saúde estabelece como um de seus princípios fundamentais a descentralização política e administrativa, enfatizando a municipalização.

A lei define as competências e atribuições de cada esfera de governo, mudando a estrutura de poder em favor das esferas locais, e regulamenta as transferências financeiras, explicitando os critérios para a sua distribuição (art. 35): perfil demográfico, perfil epidemiológico, características qualitativas e quantitativas da rede de saúde, desempenho técnico, econômico e financeiro, nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos, ressarcimento dos serviços prestados a outras esferas de governo.

O §1º do mesmo artigo acrescenta que metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída em base populacional (Porto, 1991).

Os fatores culturais

A cultura de uma população pode também ser um fator determinante de demanda. Algumas coletividades repelem certas práticas médicas mais do que as outras, mesmo quando há acesso e/ou indicação de uso. Isso pode ser explicado pelo conhecimento médico dominante ou pelas preferências dos doentes, herdeiros de costumes ou de tradições antigas (McPherson, 1990).

Para uma parte da população, estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, projetando-se no efeito mais dramático, que produz a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar.

Nessas camadas da sociedade, a doença não é considerada um evento exclusivamente biológico, tendendo a ser percebida somente quando há uma incapacitação de *performance* social, representada principalmente pelo trabalho. Um indivíduo, ao mostrar-se disposto e com capacidade para trabalhar, é considerado saudável. A saúde é utilizada para o benefício de propósitos sociais; ela é alienada do indivíduo (Queiroz, 1991).

Nas camadas sociais superiores acontece o contrário. Nesse grupo social é a mulher, mãe e dona-de-casa, quem mais percebe sintomas de doenças, já que o homem permanece distante, no trabalho. Esse grupo mostra uma tendência a fazer uso de medicina caseira e religiosa, usando para tal ervas medicinais e benzeduras.

A oferta de serviços de saúde oficiais para esse grupo compreende, fundamentalmente, a rede básica de serviços públicos de saúde, os farmacêuticos, a medicina conveniada e parte da medicina privada, envolvendo agentes tais como médicos, enfermeiras, atendentes de enfermagem e práticos de farmácia.

Um estudo realizado por Queiroz (1993) em Paulínia aponta a importância das farmácias do município como instâncias de assistência médica prestada à população, oferecendo consultas médicas como uma questão humanitária da qual não seria possível se esquivar, diante da ineficácia dos serviços públicos e do sofrimento dos pacientes.

Num mercado capitalista, o consumo em saúde decorre de um complexo conjunto de elementos de decisão, valores, representações, padrões culturais e práticas individuais, familiares e de classe social. As estratégias de consumo utilizam-se de elementos de diferentes sistemas de cura e de diferentes agentes e situações dentro de cada sistema, que, por sua vez, são influenciados pelo padrão de desenvolvimento econômico e social vigente na sociedade. Fatores gerais, tais como as condições de produção da oferta, o padrão de distribuição de renda, as políticas governamentais e a pertinência a classes e estratos sociais, imprimem uma influência fundamental na organização do consumo (Queiroz, 1993).

3. Os fatores que agem na oferta de assistência à saúde

A produção é a forma de atividade econômica orientada para o fornecimento de bens e serviços destinados a satisfazer necessidades individuais e coletivas. A produção da saúde consiste no conjunto de bens e serviços destinados ao diagnóstico e tratamento das afecções patológicas dos indivíduos. Deve-se também acrescentar uma parte de serviços e bens visando à prevenção das doenças.

As unidades de produção médica são muito variadas: instituições públicas (hospitais, centros de saúde), instituições privadas e consultórios médi-

cos, que asseguram, com o pessoal do setor, a produção de saúde utilizando as técnicas existentes.

Consideram-se serviços de saúde os que tratam do exercício legitimado da medicina, da odontologia e outras atividades cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde da população. Não estão compreendidas nesta categoria a "medicina popular" (não legitimada), a indústria produtora de "bens de saúde" (como a farmacêutica e a de equipamento hospitalar), enfim, atividades que, embora influam fortemente sobre a situação de saúde da população (como os serviços de saneamento), não fazem parte dos serviços de saúde propriamente ditos (Singer et alii, 1988).

A oferta de serviços de saúde cresceu consideravelmente nos países desenvolvidos nos últimos 30 anos, pela extensão da política social e através de uma pressão de demanda por assistência à saúde exercida pela população. A oferta se multiplicou por dois ou mesmo três, nesses países, e isso está relacionado à influência de três fatores principais: o progresso técnico médico, a difusão das inovações e a multiplicidade dos centros de assistência à saúde.

O progresso técnico médico

As inovações em medicina provêm de várias fontes: a transferência de tecnologia vinda de outros setores da economia (industrial, por exemplo), mudanças qualitativas de materiais (permitindo novas aplicações), o surgimento de técnicas mais precisas ou mais seguras no diagnóstico das doenças, ou mesmo as adaptações de técnicas antigas para novas necessidades.

A pesquisa das doenças permitiu progressos importantes nas áreas de diagnóstico por imagem e de laboratório. A radiologia clássica encontra na ultra-sonografia, na tomografia ou na ressonância magnética complementos indispensáveis. A tomografia de crânio, por exemplo, substituiu exames dolorosos, traumáticos e com algum risco, como a arteriografia cerebral ou a ventriculografia.

Os exames de tomografia foram objeto de uma demanda crescente, potencialmente já existente. A extensão da demanda foi seguida pela oferta de cuidados médicos. Os aparelhos de análises clínicas foram automatizados, não necessitando mais que uma manipulação para obter seis, 12 ou mais tipos de exames. Essa facilidade na análise bioquímica determinou uma modificação na demanda de alguns serviços hospitalares: o médico não escolhe mais um exame e, sim, pede um perfil.

A indústria farmacêutica participa dessa evolução tecnológica com a criação de novas moléculas, permitindo uma melhora qualitativa da vida e, mesmo, uma cura real para a maior parte dos estados patológicos, tendo, sem dúvida, uma influência moderada sobre os gastos com saúde.

A difusão da inovação

A inovação técnica de alto nível aparece inicialmente nos hospitais mais importantes. Com este contato formam-se especialistas. Quando o número destes especialistas supera a capacidade do hospital há a migração para outros hospitais menos equipados. Uma certa banalização e descentralização da técnica aparece, a obsolescência é rápida, novos meios técnicos são criados e esse ciclo continua.

Nesse ciclo existem duas possibilidades: ou o material é extremamente caro para a compra e utilização e, para assegurar sua rentabilidade, é necessário implantá-lo somente em alguns grandes centros com a certeza de um uso adequado, ou o material vulgariza-se rapidamente, seu preço baixa e uma descentralização da decisão médica pode ter lugar. Portanto, de um lado, a inovação determina uma centralização médica, e, por outro, essa inovação permite uma autonomia de decisão das unidades de saúde menores.

A especialização dos médicos aumentou nos últimos anos. Esta especialização maior determina uma modificação na produção médica. Os atos médicos mais banais, consultas e visitas diminuem comparativamente aos atos mais técnicos, de especialidades, cirúrgicos ou radiológicos. Este aumento pode ser justificado, mas é importante que os recursos sejam mais racionalmente usados.

A multiplicação dos centros de assistência à saúde

Esta multiplicação induz demanda. É clássico dizer-se em economia da saúde que a oferta cria sua própria demanda, a conhecida "Lei de Roemer". A mudança da qualidade da oferta pode também originar as modificações na demanda. Neste sentido, a humanização do hospital pode ter tido um papel importante na modificação da demanda por serviços de saúde. É certo que o aparecimento de novos equipamentos facilita o acesso aos serviços de saúde a uma camada da população até o momento distanciada dos centros de saúde. Trata-se do desaparecimento de distâncias entre o consumidor e o lugar do consumo. O surgimento de novos leitos determina a entrada no hospital de doentes que anteriormente seriam tratados em outras estruturas de serviços de saúde, como consultórios (Bertrand, 1982).

Sejam quais forem as formas de prestação, os serviços de saúde terão de ser pagos. As configurações de mercado e a estrutura de preços prevalentes terão consequências sobre o sistema de saúde. Existe um mercado, distribuindo renda, gerando incentivos e até mesmo distorcendo as intenções dos planejadores ou administradores.

As forças do mercado podem prevalecer sobre as intenções dos administradores, gerando padrões de serviços e níveis de oferta/demanda discre-

pantes dos planos iniciais. No Brasil, por exemplo, enfermeiros não tratam diretamente dos pacientes e trabalham como administradores de enfermagem. Dessa maneira, os pacientes são tratados por pessoal de nível técnico ou inferior.

O corporativismo e a cartelização podem restringir o livre jogo das forças de mercado, surgindo outras formas de ajustamentos de preços em decorrência das novas formas de organização dos serviços médicos. Com o crescimento da oferta de médicos no Brasil, o preço médio da consulta médica deveria ter diminuído; porém, a Associação Médica Brasileira (AMB) estabeleceu um valor mínimo para as consultas e procedimentos médicos. Esse mínimo ainda não é respeitado, principalmente pelas empresas de medicina de grupo, que, na tentativa de lucros cada vez maiores, impõem ao médico tabelas desatualizadas ou com valores menores do que daqueles preconizados pela AMB. Um dos fatores mais importantes para impedir a redução dos preços das consultas é o Código de Ética Médica, que condena a concorrência comercial entre profissionais. Mais ainda, a noção equivocada, difundida entre os consumidores, de que a qualidade da assistência médica é medida pelo preço da consulta pode também impedir a sua redução.

Pressão dos pares, manipulação corporativista e ignorância do consumidor provavelmente contribuem para essa inelasticidade dos preços. Mas permanece o fato de tratar-se de um mercado de livre entrada a todos os que possuem diploma de médico.

A concentração das escolas médicas em grandes centros foi tolerada, por acharem alguns que haveria migração para áreas menos populosas, devido à concorrência resultante da concentração de profissionais. Isso não aconteceu no Brasil. Talvez os diferenciais de renda não sejam significativos, devido à maior riqueza dos grandes centros e por uma expansão na demanda de médicos induzida pela oferta. Talvez a divisão da medicina em dezenas de especialidades e subespecialidades seja um obstáculo ao exercício profissional em áreas desprovidas de recursos para complementação diagnóstica e terapêutica (Porto, 1991).

Os recursos disponíveis têm um efeito marcante sobre as decisões clínicas. Certas opções são eliminadas quando da indisponibilidade dos recursos necessários no momento, ou quando um racionamento se impõe em razão de uma hierarquia de prioridades na mobilização dos recursos disponíveis.

Outro fator importante é o modo de admissão do doente ao hospital. Quando o sistema de saúde baseia-se num princípio de hierarquia das decisões, a hospitalização é resultado de várias filtragens. Por exemplo, no Reino Unido os doentes devem inicialmente obter a permissão do generalista, que pode decidir encaminhá-los para um nível hierarquicamente superior, onde a decisão da necessidade de uma internação hospitalar será tomada. Como essas decisões são sujeitas a influências exógenas diversas, o resultado poderia

ser sistematicamente diferente daquele obtido se os mesmos doentes fossem submetidos diretamente à opinião de um especialista.

A fórmula existente nos EUA permite consultar uma segunda opinião. Quando este tipo de procedimento é rotineiro, podemos esperar por dúvidas de diagnósticos e uma taxa de atos cirúrgicos menor. Quando não é praticada, essas taxas podem ser mais elevadas. Em ambos os casos, as taxas não serão apropriadas, mas a primeira opção deverá pesar menos financeiramente.

Em certos países, a assistência primária à saúde é mais importante que em outros. Quando os sistemas de saúde são submetidos a certas dificuldades, os usuários desencorajam-se a procurar os serviços de saúde. Sob esse ponto de vista, a disponibilidade de recursos exerce um efeito restritivo, não permitindo certas iniciativas, mas também tem um efeito indireto de dissuadir o doente a consultar ou modificar as decisões clínicas. Quando o volume de recursos disponíveis é mais importante, podemos ter um efeito direto de incitação à consulta (McPherson, 1990).

4. Discussão e conclusão

A maioria dos países desenvolvidos apresentou, até o começo dos anos 70, uma expansão considerável dos gastos em saúde. Esta evolução correspondeu a um período de forte expansão econômica e de progresso social, num contexto político onde as reformas sociais caminham lado a lado com a concessão de benefícios aos trabalhadores, entre os quais o acesso aos serviços de saúde.

Esta fase de expansão foi caracterizada pelo surgimento de fatores de ordens diversas: a demografia, que foi modificada pelo aumento da população e da esperança de vida e pela evolução da estrutura etária da população, o que levou ao seu envelhecimento; o progresso técnico e científico, que permitiu uma grande melhora dos meios diagnósticos e terapêuticos, mas também um aumento dos custos; a medicalização dos sistemas sociais, através da maior exposição das pessoas a informações sobre saúde/doença, nem sempre verídicas. Testes de prevenção de câncer, por exemplo, tornaram-se obrigatórios antes mesmo de comparada sua eficácia como programa de saúde pública. Outro exemplo importante é o caso da cesariana, adotada pelas mulheres como mais adequada que o parto normal. E ainda: a diminuição do nível de tolerância das pessoas com relação aos inconvenientes que podem estar relacionados com a doença; a necessidade sentida, a tomada de consciência do estado mórbido; o aumento do número efetivo de médicos; a aceleração de certas estruturas pesadas dos sistemas de saúde; o aumento dos preços dos bens e serviços oferecidos; o aumento do número de procedimentos consumidos; fatores de mercado e surgimento de novos bens; fatores psicossociais; fatores ligados à seguridade social e à gratuidade da assistência à

saúde; fatores epidemiológicos; fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde; fatores de regulamentação e fatores culturais.

Os fatores de demanda não podem ser rapidamente controlados, dependendo muito do consumidor ou da proteção social. Contrariamente, os fatores de oferta são muito mais facilmente controlados, com a ajuda de normas de instalação para equipamentos pesados, dos orçamentos hospitalares, ou do controle do número de profissionais de saúde formados. Apesar disso, poucos são os exemplos encontrados na literatura sobre o sucesso dessas medidas de controle. No Brasil, tentativas semelhantes naufragaram, principalmente devido às dificuldades gerenciais e de financiamento do setor.

No contexto atual, o sonho de gastar 10% do PIB brasileiro com saúde é provavelmente inalcançável. Contrariamente ao que gostariam alguns setores da administração da saúde pública brasileira, o país não conseguirá tão cedo chegar a esse patamar, sendo mais realista situar-se entre 4 e 6% do PIB.

Os sistemas de saúde absorvem uma parte que é sempre crescente do orçamento de alguns dos países desenvolvidos. A Inglaterra é uma exceção, já que tem o sistema de acesso universal mais barato do mundo, conseguindo reverter essa tendência no sistema como um todo. Mesmo lá, com o envelhecimento da população e o aumento dos recursos tecnológicos disponíveis, aumenta também o consumo por serviços como: revascularização do miocárdio, próteses femorais e facectomias.

Os governos interrogam-se sobre a eficácia dos gastos crescentes em saúde. Apesar de atualmente existir essa discussão em termos de política social, não percebemos o alívio dessa situação, devido a complicadores como a incidência de novas doenças (como a Aids), novas técnicas (como os transplantes de órgãos), ou o progresso tecnológico incorporado aos meios de diagnóstico e às terapêuticas medicamentosas, cada vez mais complexas.

Em matéria de serviços médicos, os próximos anos deverão trazer um questionamento constante. É muito provável que novas técnicas médicas não sejam mais universalmente adotadas antes de uma avaliação custo-benefício. Tentar-se-á chegar cada vez mais a um processo de racionalização. Mas entre os prestadores existem dificuldades de entender o que é racionalização para um serviço de saúde. É preciso não confundir racionalização com racionalamento e estar absolutamente certo de que o público não será privado de um serviço eficiente.

A solução desse dilema da racionalização dos gastos depara-se com dois obstáculos. O primeiro deles refere-se à profissão médica, que tem a responsabilidade da decisão e o poder de decidir. Além disso, o médico tem um papel muitas vezes conflituoso de conselheiro de seu paciente e de vendedor de serviços. O segundo obstáculo, de fato real, cabe à dificuldade de responder a um número significativo de questões importantes, como a necessidade

ou não de se realizar exames subsidiários para a elucidação do diagnóstico, qual é o tratamento mais indicado etc.

Se queremos limitar os recursos destinados à prestação de serviços adequados, é preciso definir quais serão os níveis de assistência à saúde praticados. Mas, em relação a isso, são múltiplas as opiniões, mesmo as mais autorizadas. Em muitos casos, os médicos divergem sobre a natureza do melhor tratamento. Isto sem considerar a influência da relação médico-paciente, que muitas vezes passa do individual ao coletivo.

Na área médica, a tomada de decisão é frequentemente complexa e depende de considerações científicas, de desejos do doente, de preferências do médico e de influências exteriores de naturezas diversas, onde algumas, como a família ou a sociedade, não têm qualquer relação com a decisão a ser tomada (McPherson, 1990).

Há pelo menos quatro grandes causas para o aumento das despesas com a saúde:

A primeira é o aumento dos preços dos bens e serviços oferecidos. Trata-se de um efeito preço, sem um acréscimo simultâneo da qualidade ou da quantidade dos serviços oferecidos, mas que resulta do aumento do preço unitário dessas prestações de serviço. Em parte, este efeito é função da inflação. Entre outros fatores contributivos, estão a demanda estimulada por novos serviços e tecnologia, a relação de "agente" existente entre médico e pacientes e a qualidade do produto oferecido.

A segunda causa é o aumento do número de procedimentos consumidos, em razão do aumento demográfico da população: neste caso, o número de bens e serviços por habitante ficaria idêntico. Essa segunda causa é mínima, ao menos no mundo desenvolvido, sendo talvez mais importante nos países em desenvolvimento com populações ainda em crescimento.

A terceira causa depende do mercado, ou seja, do encontro daqueles que desejam adquirir bens e serviços de saúde e com aqueles que os oferecem. Não é simplesmente um movimento mecânico econômico e demográfico, mas é a consequência de fatores inerentes ao sistema de saúde.

Nesta terceira causa, podemos ver os fatores que atuam sobre a demanda, que aumentam o desejo de consumir serviços de saúde por parte dos indivíduos, e os fatores que atuam na oferta, propondo cuidados mais importantes, mais diversificados e mais bem distribuídos geograficamente. Certamente é um pouco artificial separar os dois fatores, já que eles estão estreitamente ligados, e a demanda só pode ser satisfeita se houver oferta.

A quarta e última causa é o surgimento de novos bens, novas tecnologias, novos medicamentos etc. É decorrência natural do desenvolvimento da área.

Assim, o refinamento dos meios diagnósticos, induzindo um uso cada vez mais freqüente de exames radiológicos e análises laboratoriais, é também responsável pela alta taxa de crescimento dos gastos em saúde. Essas ações

encarecem o preço dos diagnósticos e, conseqüentemente, os preços das internações hospitalares.

Cada descoberta científica, cada nova técnica aplicada, permite ao médico cuidar melhor e, mais freqüentemente, curar. Isto amplia cada vez mais o campo da medicina; paradoxalmente, o progresso da medicina aumenta o número de doentes.

A difusão acelerada das informações sobre o progresso da medicina aumenta consideravelmente o desejo de todos de suprimir seus sofrimentos e curar suas doenças. Os pacientes se acham no direito de serem submetidos a exames novos e caros, mesmo sem indicação médica. Alguns até exigem de seu médico a realização de certos exames/terapêuticas, dependendo de cada profissional desenvolver habilidade de lidar com as expectativas de seu cliente.

Mas certos tratamentos, como transplantes ou diálises, são ainda muito caros para que um grande número de doentes se beneficie desses tipos de tratamento (Triomphe, 1975).

As questões do controle das despesas de saúde são de duas naturezas. A primeira é normativa: por exemplo, em que nível devem se situar as despesas de saúde e qual deve ser sua taxa de crescimento? Para responder a esta questão por uma ótica de economia de bem-estar, é preciso definir o valor dos resultados obtidos pelos serviços de saúde e sua relação com o valor do que foi sacrificado. As outras questões são de ordem mais concreta: por exemplo, considerando a tecnologia disponível, qual é o montante de recursos necessários para obter um volume dado de serviços prestados?

Podemos analisar essas questões nos planos micro e macroeconômico.

A análise microeconômica nos leva às relações custo-benefício, custo-eficácia, custo-utilidade. Este tipo de análise permite, por exemplo, uma comparação do custo-benefício de diferentes políticas a fim de que seja estabelecida a melhor combinação de medidas, bem como o interesse de um aumento nas despesas.

A análise macroeconômica estuda as despesas totais: sua parte no produto interno bruto (PIB), sua composição principal e seus determinantes. Este tipo de abordagem dá origem a comparações internacionais de gastos em saúde. Além disso, estudam-se séries históricas regionais ou por países, na tentativa de demonstrar a prioridade e a importância relativa da saúde como questão social.

Não é possível afirmar que um gasto é mais elevado ou menos importante que o outro; são comparações evidentemente difíceis, já que apelam a julgamentos de valor sobre o que é interessante ou não. A única maneira de comparar essas despesas é através de uma análise das vantagens obtidas ou daquelas que foram sacrificadas (Culyer, 1990).

O controle de custos pode ser uma das soluções para o sistema de saúde e um conceito-chave que devemos absorver na tentativa de reduzir orçamentos e frear o crescimento da demanda por serviços de saúde.

Muitos profissionais preocupam-se com a avaliação dos gastos em saúde, um exercício que implícita ou explicitamente se relaciona com a racionalização da assistência à saúde, isto é, decidindo que demanda deve ser atendida, retardada (lista de espera) ou não atendida. Todavia, a análise dos custos pode ajudar a entender como aumentar a demanda por assistência à saúde, com recursos finitos, e identificar qual abordagem é mais custo-efetiva, isto é, qual abordagem pode, conseguindo seus objetivos específicos, custar menos.

Nos países em desenvolvimento, toda essa situação é mais grave, pois um país com recursos escassos não poderia gastá-los mal. Daí as iniciativas de alguns governos de fazer o usuário co-participar com uma parcela dos gastos.

Nessa conjuntura, estudos de economia da saúde têm demonstrado como os fatores financeiros influem na escolha dos prestadores de serviços de saúde nos países menos desenvolvidos. Os estudos de demanda propõem que os serviços de saúde sejam avaliados em função de sua contribuição à melhoria do nível de saúde, e não pelo seu valor intrínseco. Esses serviços, combinados com vários determinantes intermediários da saúde, como a higiene do meio e a nutrição, têm repercussões diretas sobre o estado de saúde. Essa função é qualificada como de produção sanitária. Os usuários procuram retirar um máximo de bem-estar das prestações sanitárias nos limites de um orçamento dado e das técnicas de produção existentes. Os estudos relativos à demanda raramente abordam o papel das técnicas de produção sanitária na estimativa dos determinantes de uso dos serviços de saúde.

Teoricamente, o preço que os usuários estão dispostos a pagar por um serviço de saúde determinado depende da produtividade marginal relativa e dos preços relativos da assistência à saúde e de outros elementos (Lepeltier, 1989; World Bank, 1993). O preço de inclusão de dependentes, a comparação de preços entre distintos planos de saúde e a existência de serviços especializados afetam o preço final para o usuário, bem como sua decisão de gasto. Quando isso acontece o usuário decide gastar com sua saúde apenas um certo montante. Por outro lado, ao delegar sua decisão de gasto a um profissional de saúde, o usuário também perde o controle que o fez decidir em primeiro lugar por determinado plano de saúde.

Quando pensamos nas necessidades de assistência médica, devemos concluir que elas não poderão ser satisfeitas a não ser com a ajuda de meios ainda mais caros que os que são atualmente utilizados. Devemos, ainda, lembrar que o total de gastos não é igualmente repartido entre os consumidores.

Podemos, sem dúvida, reduzir os gastos em saúde. Precisamos, então, começar a fazê-lo, mas isso provavelmente será difícil, limitado e insuficiente. É preciso sobretudo diminuir o custo da assistência médica. Como soma dos custos das intervenções médicas e das prescrições que elas induzem, é o ato médico de base que está em questão, e é sobre ele que devemos agir.

Oferecer uma assistência à saúde custo-efetiva, frente às inovações da tecnologia, não basta. É preciso também introduzir um processo racional e, sobretudo, bom senso no desempenho diário. Aqui surgem tanto obstáculos inerentes à prática médica atual dos “internogramas” — ou seja, uma tendência exagerada de busca por diagnósticos, mesmo na ausência de sintomas — quanto os relativos à própria expectativa do paciente e do meio social exigindo uma receita, um medicamento, um exame, enfim, um “gesto médico”. Neste campo, muita coisa deve ser mudada, devendo ser objetivo de pesquisa ulterior.

O processo médico moderno, que devemos formalizar e difundir, deve impor a reflexão, antes de se prescrever um exame ou um tratamento, sobre as conseqüências práticas deste ou daquele resultado. Isto torna-se ainda mais fundamental em sociedades como a nossa, que importam um modelo médico específico ignorando outras práticas curativas informais prevalentes na comunidade.

Fazer uma medicina de qualidade e ao mesmo tempo custo-efetiva impõe uma nova postura profissional. É mais fácil munir-se de exames subsidiários que atenuam as responsabilidades e prescrever sem reflexão tratamentos que dispensem explicações. É necessário e imprescindível motivar os médicos para iniciarmos um controle dos gastos em saúde. A inutilidade de certos serviços não é evidente, sobretudo para os leigos. A lei do mercado nos habitua a admitir que há, em geral, uma relação direta entre a qualidade e o custo e que o mais caro é necessariamente o melhor. No entanto, no domínio da saúde essa afirmação não é verdadeira: a boa medicina não é necessariamente cara, a medicina cara não é necessariamente boa.

Agindo sobre essa prática, será possível, teoricamente, moderar os gastos em saúde sem alterar o serviço esperado (Zucchi, 1996).

Referências bibliográficas

- Almeida Filho, N. & Rouquayrol, M. Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. Rio de Janeiro, Apce-Abrasco, 1990. p. 258.
- Arrow, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 5:941-73, 1963.
- Bertrand, D. *Lexique socio-economique utilise en santé publique*. Paris, Université Paris VII, 1991.
- . *Économie de la santé*. Paris, Université Paris VII, 1992.
- Culyer, A. J. La maîtrise des dépenses de santé en Europe. *OCDE Études de politique sociale*, 7:17-30, 1990.
- Dever, G. E. A. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. In: *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo, Pioneira, 1988. p. 211-36.

- Giraldes, M. R. Equidade e despesa em saúde. *Estudos de Economia*, 8:365-88, 1988.
- Jardanovski, E. & Guimarães, P. C. V. O desafio da equidade no setor saúde. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, FGV, 33(3):38-51, 1993.
- Illich, I. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975.
- Labourdette, A. *Économie de la santé*. Paris, PUF, 1988.
- Lepeltier, P. L'entreprise santé au coeur de l'économie immatérielle. In: Launois, R. *Des remèdes pour la santé*. Paris, Masson, 1989. p. 62-5.
- McPherson, P. Variations entre pays des pratiques médicales. *OCDE Études de politique sociale*. 7:17-30, 1990.
- Medici, A. As contribuições da economia à pesquisa em saúde. Rio de Janeiro, Ipea, 1983. mimeog.
- Moatti, J. P. Éthique médicale, économie de la santé: les choix implicites. In: *Annales des mines*. 1991. p. 74-80.
- Mooney, G. *Economics of medicine and health care*. Great Britain, The Harvester Press Group, 1986.
- Porto, S. M. Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:123-40, 1991.
- Queiroz, M. S. *Representações sobre saúde e doença*. Campinas, Unicamp, 1991.
- . Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cad. Saúde Publ.*, 9(3):272-82, 1993.
- Simon, J. M. & Bertrand, D. Microéconomie. In: *Elements de base en économie*. Paris, Université Paris VII, 1992. p. 71-106.
- Singer, P.; Campos, O. & Oliveira, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Forense-Universitária, 1988.
- Triomphe, A. *Économie médicale*. Paris, Heures de France, 1975.
- Viana, S. M. Saúde no Brasil. In: *Saúde e economia*. Brasília, 1974. p. 135-40. (Cadernos da UnB.)
- ; Romeu, N. & Castro, C. M. A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura? In: Reunião do Conselho das Organizações de Ciências Médicas, 16. *Anais*. Ibadan, 1982.
- World Bank. *World development report 1993. Investing in health*. Oxford University Press, 1993.
- Zucchi, P. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. São Paulo, FGV, 1996. (Dissertação de Mestrado.)