
**COST-VALUE ANALYSIS IN HEALTH CARE:
Making Sense out of QALYS**

Autor: Erik Nord

Editora: Cambridge University Press, 1999, 157 pages

Rosemary Barber-Madden^()*

O autor do livro resenhado analisa um tema difícil, relacionado ao financiamento dos cuidados de saúde, seja público ou privado, que é a

(*) Clinical Professor Emerita of Public Health, Mailman School of Public Health, Columbia University; Former Representative, United Nations Population Fund.

medida do valor que a sociedade dá às intervenções em saúde. Seu foco está na análise do custo-utilidade, uma variante da análise de custo-benefício, baseado no conceito de Quality Adjusted Life Year (QALY) [ano de vida ajustado para qualidade de vida] (QALY), que mede o valor do resultado em saúde. O texto discute a hipótese de que esta suposição viola, em parte, quatro das principais preocupações da sociedade no que respeita à equidade na alocação dos recursos para a atenção à saúde, que são explorados no capítulo 1. São eles: 1) a ferramenta QALY negligencia o valor dado pela sociedade ao gravemente enfermo em relação ao menos gravemente doente; 2) o interesse social de permitir que as pessoas realizem seu potencial para a saúde; 3) o método atribui mais valor ao tratamento dos jovens às custas das pessoas idosas, o que pode, ou não, ser consistente com as preferências sociais, quando os interesses “razoáveis” são considerados; e 4) a suposição de proporcionalidade entre o número de pessoas tratadas e o valor social é exagerada.

O capítulo dois é dedicado a uma discussão dos níveis de tomada de decisão nos quais a avaliação econômica é melhor utilizada: 1) o nível do orçamento, isto é, determinando a capacidade para admitir pacientes em circunstâncias diferentes ou executar diferentes programas preventivos; 2) o nível das admissões, ou verificando que indivíduos admitir em um serviço, dada a capacidade de tratamento que foi decidida para esse serviço; e 3) o nível de *bedside*, resultante das decisões sobre como tratar aqueles indivíduos que são admitidos. Estes níveis são discutidos em duas perspectivas distintas. A primeira diz respeito às avaliações econômicas para ajudar a tomada de decisão administrativa na distribuição do orçamento através dos grupos de diagnósticos e dos programas do serviço. Uma perspectiva diferente é relevante quando são tomadas decisões administrativas a respeito dos procedimentos para incluir ou excluir um esquema de seguro, público ou privado.

A história, as características e os instrumentos usados na medida QALY são examinados em detalhe no capítulo três. Uma das características chave do método QALY é a avaliação da *utility of health states* (utilidade dos estados da saúde), que é “o benefício desse estado para os indivíduos que nele estão”. Três técnicas principais são usadas para medir o “benefício”. São elas: o padrão do jogo e o tempo de *trade-off*, que medem a disponibilidade de sacrificar a expectativa de vida a fim de ser aliviado dos sintomas e dos disfuncionamentos associados a um estado de saúde. Uma terceira técnica usa é uma escala em que zero equivale a “estar morto” e cem, a um estado de “completa” saúde. Então são consideradas as limitações dos instrumentos da medida para atribuir valores para os estados de saúde dos pacientes ou os instrumentos de múltipla atribuição.

A premissa do capítulo quatro é que os membros da sociedade geralmente consideram que algumas categorias de pacientes têm moralmente

mais direito aos recursos escassos destinados aos cuidados de saúde do que outros. A justa alocação de recursos no cuidado de saúde é apresentada como o consenso dos sentimentos sociais com a força das reivindicações dos diferentes grupos de pacientes. Nesse contexto de justiça, a ferramenta QALY é analisada na perspectiva do que os responsáveis pelas decisões gostariam de realizar no interesse público. A literatura da justiça é discutida em termos de qualidade de vida, de gravidade das circunstâncias ou das pré-condições, do potencial para graus de saúde, e de aversão às desigualdades na saúde, seguidas por medidas do interesse na justiça. Em cada uma dessas perspectivas, as limitações da medida QALY foram criticadas. O autor considera que a proposta da ferramenta QALY viola seu próprio fundamento, isto é, que o valor social é simples, uma soma não ponderada de benefícios de saúde individuais ou que a sociedade ignora ou negligencia como uma certa quantidade total de benefícios é distribuída pela população. Examinando esses argumentos, afirma-se que classificar os projetos em termos do custo-por-QALY pode tender a distorcer as decisões sobre a alocação de recursos, ao invés de informar o desenvolvimento de políticas.

A subjetividade e a diversidade nas técnicas e nos métodos usados para calcular os ganhos QALY das diferentes intervenções em economia aplicada à saúde são o ponto da análise no capítulo cinco. Várias questões difíceis são formuladas com base em uma revisão de estudos publicados. Como exemplo, o autor indica que a literatura nem sempre é clara sobre se as utilidades devem ser utilidade *ante ex* ou utilidade *a posteriori*. Em segundo lugar, no que diz respeito a quem se deve inquirir sobre a utilidade dos estados de saúde, a maioria das utilidades são derivadas de sujeitos aos quais é pedido que se imaginem em vários estados de doença e para que indiquem o grau de “desutilidade” que pensam que experimentaríamos em cada um destes estados. Este não é o mesmo tipo de medida que perguntar aos indivíduos sobre sua experiência com um problema de saúde particular ou uma análise da utilidade *a posteriori*.

Em terceiro lugar, considerando como se deve perguntar, são usadas as três técnicas já citadas: o padrão do jogo, o tempo de *trade-off* e a escala de avaliação. Os primeiros dois resultaram em valores significativamente mais elevados que o último. As dificuldades em capturar a utilidade de melhorias menores e moderadas na saúde são uma quarta pergunta importante tratada neste capítulo. Uma quinta pergunta é relacionada à utilidade da intervenção para salvar vidas como um número finito. O autor conclui que a suposição básica do método QALY é que o valor social é a soma dos valores individuais. O capítulo seis é dedicado ao argumento do autor de que é desejável ter uma medida do valor social que capture a qualidade e a extensão da vida. Isto requer uma mudança na interpretação básica dos valores para cada estado de saúde e de suas medidas por meio do uso de uma técnica com uma perspectiva social ao invés de uma individual. Ele reco-

menda o uso da técnica de *trade-off* pessoal, que usa os resultados da valoração de uma perspectiva social que seja digna de consideração por *policy makers* e analistas e também por aqueles que estudam o financiamento da política de saúde. Seu objetivo geral é promover uma aproximação mais equitativa para a tomada de decisão. O argumento é que a técnica do *trade-off* pessoal na medida é necessário porque a essência do problema é que a análise da eficácia de custo no cuidado de saúde se propõe a resolver; deve comparar *trade-offs* na produção (expressada em termos de números das pessoas tratadas) com os *trade-offs* nos valores nas diferentes áreas de atividade. A comparatividade exige que tais *trade-offs* estejam expressos em termos iguais.

Sem qualquer dúvida, as suposições do autor necessitam ser testadas por tomadores de decisão e por analistas em diversos sistemas de saúde em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. O exemplo da análise de custo-valor apresentada no anexo é uma aplicação prática, talvez simplista, da técnica. Entretanto, o método é uma possível ferramenta para a análise e a comparação do custo de diferentes opções de cuidados de saúde, e, se testado apropriadamente em diversos cenários, poderia facilmente ser usado mais extensamente, e ser adaptado para exercícios em cursos de pós-graduação, juntamente com outras técnicas analíticas relacionadas.

Esse livro é bastante detalhado no tratamento de decisões de política fundamentais sobre como quantificar a saúde e distribuir recursos para seu cuidado. Levanta temas oportunos e vitais para o debate sobre a análise de unidade de custo e oferece algumas aplicações práticas para tanto. Foi dada atenção especial para os temas da equidade no cuidado de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento nos *fora* internacionais por diversas décadas. A taxa de doenças infecciosas emergentes e reemergentes, tais como HIV/AIDS e tuberculose resistente às drogas, e a incidência crescente da malária, destacaram as disparidades e a exclusão globais, nacionais e regionais em termos do acesso ao cuidado de saúde e aos medicamentos essenciais⁽¹⁾. O custo rapidamente crescente do cuidado de saúde aumentou as disparidades globais, regionais e locais. Se a “Declaração do Millennium” adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em setembro 2000 deve remediar este desequilíbrio⁽²⁾, será necessário buscar novas técnicas novas para analisar a eficácia no custo de novas intervenções, enquanto os líderes globais se movimentam para conseguir os objetivos estabelecidos para 2015. As técnicas exploradas pelo autor podem oferecer alguma promessa para melhor definir as medidas analíticas que, se testadas em diversos cenários, podem fornecer importantes insumos políticos para os esforços objetivando melhorar as disparidades na equidade.

(1) Background Paper of the Task Force on Major Diseases and Access to Medicine, Subgroup on Access to Essential Medicines, Millennium Development Project, April 18, 2003.

(Lead authors: Alec Irwin, Eva Ombaka email: AlecirwinNYC@aol.com).

(2) Declaração do Milênio, Cimeira do Milênio, Nova Iorque, 6-8 de setembro de 2000.