

# Evidências econômicas de intervenções em saúde sob a perspectiva do sistema único de saúde: por que e para que produzi-las e utilizá-las?

*Economic evidence of health interventions under the perspective of the Brazilian public health system: why and what for can we produce it and use it?*

Fabiola Sulpino Vieira<sup>1</sup>

DOI: 10.21115/JBES.v9.n2.p229-36

## Palavras-chave:

avaliação econômica em saúde, economia da saúde, Sistema Único de Saúde, tomada de decisões

## Keywords:

economic evaluation in health care, health economics, Unified Health System, decision making

## RESUMO

O Brasil vem promovendo avanços significativos desde os anos 1990 quanto à produção e ao uso de evidências econômicas na tomada de decisão sobre intervenções em saúde. Mas essa produção ainda é insuficiente para dar respostas a todas as questões formuladas no âmbito do sistema. Assim, o objetivo deste artigo é o de discutir as possibilidades de uso de evidências econômicas disponíveis na literatura científica internacional na tomada de decisão no Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de produção e uso dessas evidências na tomada de decisão em saúde. Para tanto, revisão bibliográfica da literatura foi realizada com o propósito de identificar estudos que apresentem resultados relevantes para as questões analisadas neste trabalho. Sobre a transferibilidade de evidências econômicas produzidas em outros países para uso na tomada de decisão sobre intervenções no SUS, o que os achados da literatura revelam é que existem muitas limitações a esse respeito. Ademais, os métodos para adaptação de avaliações econômicas ainda são pouco discutidos. Com isso, tem-se que as possibilidades de uso de evidências econômicas obtidas da literatura internacional em decisões no âmbito do SUS são extremamente limitadas e, portanto, ao se reconhecer a relevância dessas evidências na tomada de decisão em saúde, chega-se à conclusão de que é preciso produzi-las usando dados e informações do SUS.

## ABSTRACT

Brazil has been promoting significant advances since the 1990s regarding the production and use of economic evidence in decision-making on health interventions. But this production is still insufficient to provide answers to all the questions raised within the system. Thus, the objective of this article is to discuss the possibilities of using economic evidence available at international scientific literature in decision-making of the Brazilian Public Health System (SUS) and the need to produce and use this evidence in health decision-making. For this purpose, literature review was carried out to identify studies that present relevant results for the issues analyzed in this study. Regarding the transferability of economic evidence produced in other countries for use in decision-making on SUS interventions, there are many limitations. In addition, the discussion about methods for adapting economic evaluations isn't enough yet. Thus, the possibilities of using economic evidence obtained from the international literature in decisions of the SUS are extremely limited and, therefore, it is necessary to produce them using data and information from the SUS, once it is recognized the relevance of these evidences in the health decision-making.

Recebido em: 08/04/2017. Aprovado para publicação em: 09/08/2017

1. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Centro-Oeste, Brasília, DF, Brasil.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Financiamento: Não houve.

Congressos: Este trabalho é inédito. Não foi apresentado em congressos ou em qualquer outro evento.

Autor correspondente: Fabiola Sulpino Vieira. SBS, Quadra 1, Bloco J, Ed. BNDES, Sala 1413. Brasília, DF, Brasil. CEP: 70076-900. Telefone: +55 (61) 2026-5975. E-mail: fabiolasulpino@uol.com.br

## Introdução

As contribuições do campo da economia da saúde para a gestão da saúde vêm sendo mais amplamente discutidas e difundidas no Brasil desde meados dos anos 1990. Destaca-se nesta área o trabalho organizado por Piola e Vianna (1995), pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e que se trata do primeiro livro sobre o tema publicado em língua portuguesa no país. Em capítulo deste livro, a economia da saúde foi definida como “o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, corresponde ao 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, tendo em conta meios e recursos limitados” (Del Nero, 1995).

Desde a década de 1990, notável avanço se verifica na produção científica nacional nesta área (Brasil, 2013a) e nas iniciativas para a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no Ministério da Saúde. Contudo, muito trabalho ainda precisa ser feito para que todo o aporte deste campo seja aproveitado ao máximo (Vieira *et al.*, 2017a; 2017b). A complexidade do sistema e questões relacionadas à autonomia e à cooperação entre os entes da federação constituem desafios para tanto.

O SUS é constituído por uma rede de estabelecimentos de saúde organizados de forma regionalizada e hierarquizada, tendo especialmente nos municípios e menos frequentemente nos estados os atores governamentais responsáveis pela gestão e execução das ações e serviços de saúde. Dessa forma, é no nível local que o SUS legal se transforma em SUS real, que se concretiza por meio de um conjunto de ofertas em saúde, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação, em três níveis de complexidade da atenção à saúde, com provisão própria e com complementação, quando necessário, por prestadores privados (Brasil, 1990a).

Considerando esse contexto, a relevância do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS e a produção técnico-científica nesta área, que avançou, mas nem de longe é suficiente para dar respostas a todas as questões formuladas no âmbito do sistema, torna-se importante discutir se as evidências produzidas em outros países e em distintas localidades no país podem ser aplicáveis ao contexto nacional ou a uma localidade específica dentro do país e, conseqüentemente, qual seria a necessidade de produção de evidências sob a perspectiva do SUS para subsidiar a tomada de decisão em saúde em nível nacional.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é o de discutir as possibilidades de uso de evidências econômicas disponíveis na literatura científica internacional na tomada de decisão no SUS e a necessidade de produção e uso dessas evidências no

âmbito do SUS. Revisão bibliográfica da literatura foi realizada com o propósito de identificar estudos que apresentem resultados relevantes para as questões analisadas neste trabalho.

## As decisões sobre intervenções em saúde no SUS

Antes de iniciar a discussão sobre a aplicabilidade das evidências econômicas ao contexto nacional, é relevante esclarecer o papel de cada esfera de governo quanto às decisões sobre intervenções em saúde, entendidas como políticas, programas ou tecnologias.

A Constituição Federal estabelece que compete aos municípios a prestação de serviços de atendimento à saúde, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado (Brasil, 1988), e a Lei Orgânica da Saúde define entre as atribuições comuns às três esferas de governo uma série de responsabilidades que, na prática, se traduzem na tomada de decisão sobre políticas, programas e tecnologias em seu âmbito administrativo (Brasil, 1990b).

Mais recentemente, a difusão do conhecimento em economia da saúde, o fortalecimento das iniciativas voltadas à avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e as discussões relacionadas à judicialização da saúde nas três esferas de governo contribuíram para a edição da Lei 12.401, que, entre outras disposições, cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e estabelece que a incorporação, a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos no âmbito do sistema, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Contudo, esta Lei também estabelece que, na ausência de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação de medicamentos com base em relações instituídas pelos gestores estaduais e municipais será realizada de forma suplementar por esses entes, revelando que, ainda que exista a Conitec para decidir sobre a incorporação de tecnologias em todo o sistema, no âmbito de cada ente da federação, também podem ser tomadas decisões sobre a incorporação de medicamentos.

A autonomia dos estados, Distrito Federal e municípios existe de forma mais geral para a formulação e implementação de políticas e programas em seu território. Com isso, tem-se que todos os entes da federação podem decidir sobre intervenções em saúde, o que remete à necessidade de que também considerem evidências econômicas na tomada de decisão a respeito dessas intervenções.

Em relação a essa questão, Barreto (2004) afirma que, nas últimas décadas do século XX, se consolida a noção de que o conhecimento científico é necessário nos processos de tomada de decisão dos governos. Contudo, reconhece que no campo

da saúde ele é apenas um dos componentes desse processo, havendo momentos em que faltam evidências para a tomada de decisão e outros em que faltam capacidade ou vontade de implementar as opções de política obtidas por meio do conhecimento científico. De todo modo, na atualidade, essa noção de que os aspectos econômicos relativos às intervenções em saúde precisam ser considerados ganhou espaço.

## Evidências econômicas na tomada de decisão em saúde

Para apoiar a discussão que segue neste artigo, algumas definições são necessárias. O conceito de evidências diz respeito a fatos utilizados para apoiar conclusões (Lomas *et al.*, 2005), assumindo-se, adicionalmente, que as avaliações econômicas, ao comparar os custos e as consequências de intervenções em saúde, produzem evidências econômicas (Task Force on Community Services, 2005). Dessa forma, no contexto da saúde, as evidências econômicas podem ser entendidas como fatos que fundamentam conclusões sobre os custos e as consequências de intervenções em saúde.

Nas últimas décadas, houve aumento significativo da produção de evidências econômicas em nível mundial, contudo, observa-se que o uso rotineiro dessas evidências nos processos decisórios ainda está aquém do potencial que esse conhecimento aporta para a tomada de decisão. Segundo Eddama e Coast (2008), fatores institucionais, culturais e metodológicos afetam o uso dos resultados de avaliações econômicas em saúde. Entre os fatores institucionais, listam a rigidez dos orçamentos, o que torna difícil a realocação dos recursos, e os objetivos políticos voltados à implementação de programas nacionais, sem consideração de questões técnicas. Quanto aos fatores culturais, mencionam a questão de que a evidência de efetividade é mais importante do que a de custos, a perspectiva individual *versus* a perspectiva coletiva e a tempestividade de realização das avaliações econômicas. Em relação aos fatores metodológicos, encontram-se a falta de confiança dos gestores quanto aos pressupostos assumidos nos estudos e a necessidade de avaliações relevantes para o tipo de decisão que está sendo tomada.

Em outro trabalho, algumas barreiras foram identificadas para o uso de evidências econômicas: i) necessidade de entendimento da metodologia das avaliações; ii) incerteza sobre a qualidade da evidência; iii) rejeição por parte dos tomadores de decisão de algumas premissas adotadas nas avaliações econômicas (por exemplo, parâmetros de custo-efetividade que não consideram o impacto orçamentário ou sem levar em conta o custo de oportunidade); e iv) dúvidas sobre a transferibilidade dos resultados de um estudo para um determinado serviço ou país (por exemplo, a eficácia nos ensaios clínicos e a efetividade no mundo real podem diferir, além disso, o contexto local pode ser diferente daquele considerado no estu-

do, especialmente em relação a custos, taxas de prevalência, fatores sociodemográficos, influências culturais e distribuição étnica da população). Mas também se discutem soluções para as questões levantadas, como: a) oferta de treinamento para os tomadores de decisão em saúde, pois maior entendimento sobre as técnicas pode levar a maior aceitação para esse tipo de estudo; b) estabelecimento de um corpo técnico nacional para definir os parâmetros e o processo de qualidade na produção de evidências econômicas e o desenvolvimento de ferramentas para os tomadores de decisão; c) maior empenho para conciliar as necessidades dos tomadores de decisão e os esforços de aprimoramento das técnicas de avaliação econômica; e d) disponibilização de modelos para auxiliar no processo de adaptação dos resultados de uma avaliação econômica para o contexto local (Van Gool *et al.*, 2007).

Wiseman *et al.* (2016) revisaram diretrizes metodológicas sobre priorização de cuidados de saúde em países de baixa e média renda que utilizam avaliações econômicas e produziram uma análise sobre os diferentes esquemas desenhados para considerar o problema da escassez de recursos e para incorporar a avaliação dos custos e dos efeitos relativos das intervenções nesses países. Os autores concluíram que há amplo reconhecimento de que as decisões de alocação de recursos escassos são modeladas por um leque de critérios e que a informação produzida por meio das avaliações econômicas deve ser considerada juntamente com outros objetivos do sistema de saúde. Contudo, chegaram à conclusão de que há importantes limitações para tanto:

- a. O processo de gestão no qual as evidências econômicas e outras evidências são incorporadas ainda não tem uma base sólida constituída. São desafios importantes para a gestão deste processo: a falta de informação confiável, a legitimidade e a capacidade das instituições;
- b. Há falta de evidência de custo-efetividade para muitas das intervenções-chave nos níveis global e nacional. Além disso, os estudos de priorização realizados em países de baixa e média renda utilizam dados de diferentes estabelecimentos de saúde, o que pode produzir inconsistências importantes, em virtude da influência de diversas variáveis no resultado da relação de custo-efetividade como, por exemplo, taxas de cobertura, incidência de doenças, preços relativos e custos;
- c. A falta de dados provoca a exclusão de algumas intervenções potenciais;
- d. Muitas análises são baseadas em suposições não realistas sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e isso pode ter um impacto grande no resultado da análise, na medida em que os custos e os efeitos das intervenções priorizadas dependem do acompanhamento dos investimentos no sistema de saúde para apoiar o nível adequado

- de recursos humanos, sistemas de referência oportunos, sistemas de financiamento equitativo e eficiente, além de adequada infraestrutura;
- e. Atenção limitada é dada à realocação de recursos; e
- f. A maioria das evidências está baseada em avaliações econômicas de custo-efetividade que utilizam como medida de efetividade os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY) evitados, desconsiderando consequências mais amplas sobre o bem-estar, tal como a melhora da produtividade.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou uma síntese dos achados da literatura científica sobre iniciativas voltadas a estimular o uso de evidências na tomada de decisão e identificou algumas opções de políticas para essa finalidade: i) a produção e a disseminação de evidências em linguagem adaptada a diferentes públicos; ii) a utilização de plataforma virtual para a disseminação do conhecimento; iii) a utilização do jornalismo e de outras formas de comunicação; e iv) a promoção da interação entre pesquisadores e tomadores de decisão. A equipe que realizou esse trabalho argumenta que as evidências são úteis para melhorar o desempenho de sistemas de saúde e que as restrições financeiras em países de média e baixa renda impõem a necessidade de que as opções de política e/ou tecnologias sejam informadas por evidências para a tomada de decisão (Brasil, 2015).

Outra questão que surge quando se discute o papel das evidências econômicas no processo decisório é sobre a validade dos achados dos estudos para contextos diferentes daqueles que foram estudados. Nesse aspecto, é relevante apresentar o conceito de evidências sobre condições locais ou evidência local, que é a evidência disponível de um serviço ou localidade específicos nos quais uma decisão ou ação sobre uma opção de política ou programa será tomada. Entre outros usos, as evidências locais podem ser empregadas para estimar a magnitude de um problema ou questão que a política irá discutir; informar julgamentos sobre valores e preferências, considerando as opções de política; estimar os custos e economias das opções de política e avaliar a disponibilidade de recursos humanos, capacidade técnica, infraestrutura e equipamento necessários para a implementação de uma intervenção (Lewin *et al.*, 2009).

Nesse contexto, as perguntas que se apresentam são: i) em que medida as evidências produzidas por meio de estudos econômicos podem ser generalizadas ou transferidas? ii) existem meios para adaptar os achados desses estudos? e iii) qual a relevância de produzir evidências econômicas sob a perspectiva do SUS?

## Generalização e transferibilidade de evidências econômicas

Primeiro, é preciso destacar a diferença entre os conceitos de generalização e de transferibilidade dos resultados de um es-

tudo. Wijnem *et al.* (2016) definiram a generalização como a extensão com a qual os resultados podem ser generalizáveis para a população da amostra do estudo e a transferibilidade como a extensão com que os resultados são verdadeiros para uma população diferente ou para um serviço diferente daquele estudado. Os autores discutem que, quando da realização de uma revisão sistemática de avaliações econômicas, é preciso avaliar se os estudos são aplicáveis ao país ou ao serviço. Para tanto, a análise da transferibilidade deve ser feita considerando o manual para a realização de avaliações econômicas adotado pelo país do estudo, bem como as diferenças existentes entre o país estudado e o país para os quais se pretende analisar a transferibilidade dos resultados.

Em outras palavras, diz-se que os dados são generalizáveis se eles podem ser aplicados sem ajustes a outros serviços e são transferíveis se puderem ser adaptados para aplicação a outros serviços. Para tanto, é preciso primeiro verificar se há heterogeneidade nos padrões de uso de recursos, custos, sobrevida e utilidade entre as localidades em análise, a de origem do estudo e aquela para a qual se pretende adaptar os resultados do estudo. Segundo, obter estimativas de uso adicional de recursos, de custo e de custo-efetividade dentro da localidade para a qual se pretende adaptar os resultados (Drummond *et al.*, 2009). Como, no geral, a maioria das avaliações econômicas publicadas é feita para a realidade de outros países, a questão-chave é a transferibilidade dessas evidências para uso na tomada de decisão sobre intervenções em saúde no SUS.

Há reconhecimento de que a transferibilidade dos achados de avaliações econômicas é difícil e complexa, mas, apesar disso, a sofisticação dos métodos, os custos, o tempo para a sua realização e a tempestividade de obtenção dos resultados antes da tomada de decisão tornam a realização local desses estudos nem sempre factível e muitas vezes ineficiente quanto ao uso de recursos, o que incentiva a discussão sobre a sua transferibilidade. Nesse sentido, é importante destacar que vários aspectos dos estudos influenciam os resultados, entre eles: a) atitudes e comportamento dos pacientes; b) questões relacionadas às doenças; c) aos prestadores de serviços de saúde; d) ao sistema de saúde; e e) questões metodológicas (Goeree *et al.*, 2007).

Em um estudo realizado com o objetivo de analisar a variabilidade das avaliações econômicas de medicamentos na Europa Ocidental, chegou-se à conclusão de que as variações no uso dos recursos e dos custos foram as principais causas das diferenças nos resultados de um país para o outro, sendo que o limite de custo-efetividade adotado constitui fator importante para a avaliação das implicações desses resultados para a tomada de decisão, o que revela que não é possível fazer inferência direta sobre a razão de custo-efetividade de medicamentos, inclusive entre países da mesma região (Barbieri *et al.*, 2005).

A generalização e a transferibilidade das avaliações econômicas em saúde na América Latina e Caribe foram analisadas em uma revisão sistemática que teve por objetivo verificar se os estudos traziam informações suficientes para que um determinado tomador de decisão pudesse decidir sobre a aplicabilidade dos resultados para o seu próprio contexto. Primeiro, os autores enfatizam que tanto a avaliação da incorporação de tecnologias em saúde quanto a avaliação econômica em saúde são ferramentas para contextos específicos, em razão de variações na efetividade, epidemiologia local, padrões de práticas, uso dos recursos, custos, além dos aspectos éticos, sociais e legais. Segundo, já como resultado da revisão sistemática, eles afirmam que muitas análises chamadas de custo-benefício na América Latina e Caribe na verdade eram de custo-consequência ou de custo-efetividade. Terceiro, que há uma série de questões associadas com a metodologia e o relato das avaliações econômicas na região que impedem o julgamento sobre sua generalização e transferibilidade. Quarto, que a América Latina e o Caribe não tinham maturidade suficiente para realizar avaliações econômicas (Augustovski *et al.*, 2009).

As dificuldades não residem apenas para uso de evidências econômicas obtidas por meio de avaliações econômicas cuja produção é mais complexa. Ela também ocorre para a comparação de preços de medicamentos entre países. Em um estudo de caso de países do Mercosul, que teve por objetivo avaliar a comparabilidade dos preços de medicamentos, chegou-se à conclusão de que a heterogeneidade nas políticas e normativas sobre o financiamento, regulação do mercado e tributação constitui barreira para tanto, dificultando a criação de um banco de preços comum (Araujo, 2015).

Hinsch *et al.* (2014) afirmam que a comparabilidade de preços entre os países é frequentemente limitada devido a diferenças nas modalidades de compra e nas cadeias de suprimentos. Contudo, apesar dessas limitações, há um esforço internacional voltado para a elaboração de bancos de preços de medicamentos, como a iniciativa da Organização Mundial da Saúde de, por meio de uma resolução, recomendar o aumento da transparência com a adoção de sistemas de monitoramento voluntário dos preços e o relato dos preços globais, a fim de aumentar a equidade no acesso a medicamentos essenciais nos sistemas de saúde. Para os autores, os mecanismos de informação de preços, tais como os bancos de preços de medicamentos, são importantes ferramentas para a ampliação da transparência dos preços dos produtos, bem como sobre os componentes que os influenciam, tais como o volume de aquisição e a sua qualidade, sendo a sua implantação muito recomendável.

Os autores discutem, ainda, os seguintes efeitos positivos da transparência para os países em desenvolvimento: i) gera economias porque os compradores estão mais bem informados sobre os preços; ii) melhora a eficiência pelo estabeleci-

mento de sistemas para as aquisições; iii) amplia a capacidade de negociação; e iv) melhora a eficiência podendo reduzir os custos da pesquisa e da comparação com os preços pagos por outros países. Como possíveis efeitos negativos, mencionam: a) que os fornecedores podem adaptar seus preços em consequência do melhor conhecimento do comprador, abstendo-se de oferecer preços mais baixos ou descontos individuais em alguns países; e b) as empresas podem retirar produtos do mercado, afetando a disponibilidade de alguns medicamentos em países em desenvolvimento.

Argumentam que, no contexto de um país, é preciso avaliar os benefícios e os riscos da transparência neste caso. Segundo eles, do ponto de vista teórico, o efeito do aumento da transparência depende do grau de concorrência no mercado, o que requer, na prática, análise de vários grupos de medicamentos e do grau de maturidade do mercado. Entretanto, concluem, ao considerar os efeitos positivos para os preços de antirretrovirais em países em desenvolvimento, que a operação e a utilização de mecanismos de informação de preços de medicamentos deve ser encorajada e apoiada quando necessário.

No que se refere às avaliações econômicas, como se pôde verificar a partir de uma revisão sistemática do uso de avaliações de custo-efetividade em diretrizes sobre o manejo da lombalgia na atenção primária, a transparência nos relatos de resultados de avaliações econômicas em saúde é fundamental para que se possa julgar a sua transferibilidade (Jensen *et al.*, 2016).

A respeito de questões metodológicas, em uma revisão do posicionamento de vários manuais nacionais sobre a transferibilidade de dados clínicos e econômicos, os autores constataram que a maioria deles não faz qualquer recomendação sobre métodos para a transferibilidade de dados de ensaios clínicos. No que diz respeito às avaliações econômicas, eles sustentam que é preciso separar, inicialmente, aquelas baseadas em dados dos indivíduos daquelas que utilizaram modelos de decisão, pois cada tipo irá requerer dados e métodos diferentes para a adaptação das análises ao contexto local. No geral, observaram que: i) as estimativas sobre os efeitos dos tratamentos são aceitas como mais transferíveis do que os dados econômicos; ii) a principal deficiência dos manuais reside em não distinguir o efeito do tratamento e a linha de base (por exemplo, incidência da doença ou desfecho da doença na população) quando tratam da transferibilidade dos dados clínicos, visto que esses dois elementos diferem muito quanto ao nível de generalização; iii) aparentemente os países são mais flexíveis quanto à avaliação de transferibilidade quando dados locais estão menos disponíveis; iv) muitas das diferenças dos manuais entre localidades parecem estar relacionadas à data de publicação do manual e ao nível de maturidade local para a realização de avaliações econômicas; e, por fim, v) embora a transferibilidade seja tra-

tada como importante, poucos métodos foram propostos para lidar com a questão (Barbieri *et al.*, 2010).

Algumas estratégias para tornar os achados transferíveis para outras localidades podem ser adotadas e envolvem, por exemplo, o uso de taxa de câmbio para conversão de valores ou do fator de correção da moeda local para dólares PPC (paridade do poder de compra) e a manutenção dos dados de eficácia do estudo original, mas com modificação dos dados relativos ao uso de recursos e aos custos das intervenções (Goeree *et al.*, 2007). Entretanto, apesar dos progressos na identificação de fatores críticos e não críticos para a transferibilidade das evidências econômicas, a identificação de uma lista extensa de fatores e as abordagens para a transferibilidade que envolvem uma complexa identificação dos pesos para cada um deles trazem incerteza sobre a praticidade e utilidade dos métodos desenvolvidos até o momento para considerações futuras sobre transferibilidade (Goeree *et al.*, 2011).

### **Incentivo à produção e ao uso de evidências econômicas sob a perspectiva do SUS**

As dificuldades apontadas para a transferibilidade de evidências econômicas reforçam a necessidade de se incentivar e usar aquelas produzidas sob a perspectiva do SUS. Uma experiência interessante na questão da produção dessas evidências pode ser dada com o caso da Austrália, que poderia ser mais bem estudado em comparação com o caso brasileiro. Naquele país, os departamentos de saúde contam com várias estratégias para obter evidências econômicas que são utilizadas na tomada de decisão, desde o fortalecimento da capacidade de equipe interna de economistas da saúde para produzi-las até a contratação de consultorias para a elaboração de estudos (Madden *et al.*, 2009).

No Brasil, apesar dos esforços feitos nos últimos anos, ainda é incipiente o desenvolvimento das unidades de economia da saúde no âmbito do SUS, que poderiam apoiar os tomadores de decisão com a elaboração de alguns estudos ou com a realização de sínteses de evidências científicas. O número dessas unidades em secretarias de saúde ainda é muito baixo; elas têm sido pouco demandadas para a realização de estudos por parte das demais equipes da secretaria; e o uso das evidências econômicas na tomada de decisão em saúde parece aquém do que seria desejável (Vieira *et al.*, 2017a). O trabalho de equipe interna especializada em economia da saúde nas secretarias de saúde, voltado à produção de evidências econômicas menos metodologicamente sofisticadas que se somam às avaliações econômicas elaboradas por pesquisadores vinculados às universidades e institutos de pesquisa, constitui um dos meios para qualificar o processo de tomada de decisão nas organizações públicas de saúde, visando à otimização do uso dos recursos e à equidade em sua alocação (Vieira, 2016).

No Ministério da Saúde, os avanços foram mais expressivos. Desde 2003, o órgão conta com uma unidade de economia da saúde em sua estrutura, denominada atualmente como Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid), o qual tem entre as suas atribuições a elaboração de estudos econômicos (Brasil, 2016). Ademais, tem incentivado o uso de evidências científicas na tomada de decisão em saúde. Um exemplo disso é a criação e o fomento à Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil), com o objetivo de fortalecer políticas e o SUS mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa, tendo sido conduzidos processos de capacitação, elaboração de síntese de evidências e artigos, além do uso de mídias sociais para sua divulgação. Entretanto, os resultados nas políticas ainda são limitados, sendo ainda observados: i) número reduzido de síntese de evidências; ii) ausência de centros de resposta rápida; iii) ausência de cultura de avaliação; e iv) distanciamento entre pesquisadores e tomadores de decisão (Dias *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2015).

Em estudo realizado com o objetivo de compreender a percepção e as atitudes de tomadores de decisão no país quanto ao uso de estudos econômicos na tomada de decisão em saúde, verificou-se que, embora a maioria dos pesquisados julgue que esse tipo de evidência é muito relevante, útil e que relate utilizá-la, barreiras informadas por eles no que se refere à falta de equipe interna para produzi-los, a falta de tempestividade na sua elaboração e a irrelevância dos trabalhos da literatura para o contexto do SUS podem estar no cerne de uma baixa utilização desse tipo de evidência na prática (Vieira *et al.*, 2017b).

Além do Desid, o Ministério da Saúde dispõe ainda de corpo técnico no Departamento de Ciência e Tecnologia para estabelecer parâmetros de qualidade para a produção de evidências econômicas no âmbito do SUS. Esse departamento tem entre suas competências: a coordenação e execução de ações no campo da pesquisa e do desenvolvimento em saúde; a coordenação da formulação e implementação de políticas, programas e ações de avaliação de tecnologias; e a coordenação do processo de gestão do conhecimento em Ciência e Tecnologia em Saúde, visando à utilização do conhecimento científico e tecnológico no sistema de saúde (Brasil, 2016). Foi responsável pela elaboração das diretrizes metodológicas para a realização de avaliações econômicas em saúde no país (Brasil, 2014) e tem financiado a realização de avaliações econômicas de interesse para o SUS.

Esforço governamental importante tem sido feito desde 2003 com o objetivo de incentivar a aplicação das avaliações econômicas e da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) no Brasil. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) foi criada em 2011, após um período de cinco anos de existência de sua precursora, a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec).

Com a Conitec, modifica-se o processo de ATS para, entre outras alterações processuais e requisitos, exigir a apresentação de estudo de avaliação econômica da tecnologia que o demandante deseja incorporar no SUS. Não foi definido um limite de custo-efetividade para o Brasil, de forma que a Conitec prioriza resultados quantitativos como os ganhos na expectativa de vida e a redução da morbidade como medidas de efetividade para as tecnologias avaliadas. Contudo, apesar dos bons resultados alcançados, ainda se observam limitações de natureza cultural e estrutural para o uso das avaliações econômicas, bem como gargalos relativos à falta de equipe técnica permanente e à rotatividade dos tomadores de decisão (Elias e Araújo, 2014).

Silva *et al.* (2012), em análise sobre os avanços e os desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, destacam que as dificuldades dizem respeito ao fato de que as atividades de ATS ainda estão centralizadas no Ministério da Saúde; à baixa sustentabilidade das atividades de produção e disseminação das avaliações, que dependem muito das iniciativas daquele órgão; e à baixa integração da política de saúde com a política de ciência e tecnologia. Sobre o limite de custo-efetividade das tecnologias para o Brasil, Prado (2015) ressalta a importância de defini-lo, considerando-se questões relativas ao custo de oportunidade e à necessidade de elaborar um plano de desinvestimentos. Segundo a autora, atualmente, o foco das discussões sobre ATS está centrado na incorporação das tecnologias, sem uma estratégia prática e transparente sobre a desincorporação de algumas delas das listas do SUS.

O que esses estudos revelam é que o Brasil precisa superar desafios importantes. Em um trabalho publicado em 2009 sobre as possibilidades de realização de avaliações econômicas em saúde no nível local do SUS, os autores concluíram que a disponibilidade de dados, tanto no que se refere aos custos quanto à efetividade das tecnologias, constituía dificuldade importante para a produção desses estudos. Ademais, que o processo de tomada de decisão ficava limitado não só pelo problema de deficiência dos sistemas de informação, mas também porque, quando havia estudos disponíveis, estes estavam baseados em estimativas, não considerando dados dos serviços de saúde e o processo de trabalho real nas instituições (Sancho e Vargens, 2009).

Pelo o que já foi apresentado neste artigo, não há motivos para crer que as coisas tenham se modificado significativamente desde então. O SUS ainda não instituiu uma política para apuração e uso sistemático da informação de custos, o que faz com que a realização de avaliações econômicas ainda demande grande esforço metodológico para mensuração dos custos das alternativas. Além disso, o Banco de Preços em Saúde, criado pelo Ministério da Saúde em 1998, ainda nos dias de hoje contempla informações de compras públicas de uma diminuta parcela das secretarias de saúde do país (Brasil, 2013b).

Dessa forma, como se vê, houve avanços importantes no SUS no que se refere ao incentivo para a produção de evidências econômicas sob a perspectiva do sistema de saúde, mas ainda há um caminho longo para que esse tipo de evidência seja produzido no país para intervenções-chave e para que seja utilizado rotineiramente na tomada de decisão em saúde.

## Considerações finais

Sobre a transferibilidade de evidências econômicas produzidas em outros países para uso na tomada de decisão sobre intervenções no SUS, o que os achados da literatura revelam é que existem muitas limitações a esse respeito. Variações quanto à efetividade das alternativas, aos seus custos, ao uso de recursos no sistema de saúde, epidemiológicas, entre outras, diminuem a transferibilidade dessas evidências do contexto estudado para o do nosso sistema público de saúde. A outra questão é que se avançou pouco na discussão de metodologias que possam ser adotadas para adaptar essas evidências do contexto original para o contexto no qual se deseja utilizá-las.

Com isso, tem-se que, no momento, as possibilidades de uso de evidências econômicas obtidas da literatura internacional em decisões no âmbito do SUS são extremamente limitadas e, portanto, ao se reconhecer a relevância dessas evidências na tomada de decisão em saúde, chega-se à conclusão de que é preciso produzi-las usando dados e informações do SUS.

Nesse aspecto, muito se avançou nos últimos vinte anos, mas há muito a ser feito. Informações sobre custos, sobre os preços pagos pela administração pública por tecnologias nas três esferas de governo, sejam elas medicamentos, equipamentos, órteses e próteses, entre outras, são fundamentais para a constituição de uma base de dados que facilite a realização de avaliações econômicas. Esse é um tema que precisa ser discutido e priorizado pelos gestores do SUS.

## Referências bibliográficas

- Araujo DV. Preço de medicamentos na América Latina: desafios para a definição de preço de referência na região. Estudo de caso: Mercosul. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7;2:86-90.
- Augustovski F, Iglesias C, Manca A, Drummond M, Rubinstein A, Marti SG. Barriers to generalizability of health economic evaluations in Latin America and the Caribbean Region. *Pharmacoeconomics*. 2009;27;11:919-29.
- Barbieri M, Drummond M, Rutten F, Cook J, Glick HA, Lis J, et al. What do international pharmacoeconomic guidelines say about economic data transferability? *Value Health*. 2010;13;8:1028-37.
- Barbieri M, Drummond M, Wilke R, Chancellor J, Jolain B, Towse A. Variability of cost-effectiveness estimates for pharmaceuticals in Western Europe: lessons for inferring generalizability. *Value Health*. 2005;8;1:10-23.
- Barreto M. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9;3:29-38.

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 6 abr. 2017.
- Brasil. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, seção 1, nº 217, p. 3-17, 2016.
- Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, seção 1, nº 81, p. 1-2, 2011.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, nº 182, p. 1-5, 1990b.
- Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: princípios e doutrinas. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Associação Brasileira de Economia da Saúde. A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004–2012). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de Preços em Saúde. Série Ecos: Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Del Nero CR. O que é Economia da Saúde. In: Piola SF, Vianna SM (org.). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde. Brasília: Ipea, 1995.
- Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EPIPNet Brasil): relato de caso. Rev Panam Salud Publica. 2014;36:50-6.
- Dias RISC, Barreto JOM, Vanni T, Candido AMSC, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Cad Saúde Col. 2015;23:316-22.
- Drummond M, Barbieri M, Cook J, Glick HA, Lis J, Malik F, et al. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report. Value Health. 2009;12:409-18.
- Eddama O, Coast J. A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. Health Policy. 2008;86:129-41.
- Elias FTS, Araújo DV. How health economic evaluation (HEE) contributes to decision-making in public health care: the case of Brazil. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2014;108:405-12.
- Goeree R, Burke N, O'Reilly D, Manca A, Blackhouse G, Tarride JE. Transferability of economic evaluations: approaches and factors to consider when using results from one geographic area for another. Curr Med Res Opin. 2007;23:671-82.
- Goeree R, He J, O'Reilly D, Tarride JE, Xie F, Lim M, et al. Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application. Clinicoecon Outcomes Res. 2011;3:89-104.
- Hinsch M, Kaddar M, Schmitt S. Enhancing medicine price transparency through price information mechanisms. Global Health. 2014;10:34.
- Jensen CE, Jensen MB, Riis A, Petersen KD. Systematic review of the cost-effectiveness of implementing guidelines on low back pain management in primary care: is transferability to other countries possible? BMJ Open. 2016;6:e011042.
- Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Marti SG, Munabi-Babigumira S. SUPPORT Tools for evidence-informed policymaking in health II: finding and using evidence about local conditions. Health Res Policy Syst. 2009;7 Suppl 1:S11.
- Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McCauley L, Law S. Conceptualizing and combining evidence for health system guidance. Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
- Madden L, King L, Shiell A. How do government health departments in Australia access health economics advice to inform decisions for health? A survey. Aust New Zealand Health Policy. 2009;6:6.
- Piola SF, Vianna SM (orgs). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 1ª edição. Brasília: Ipea, 1995.
- Prado CCL. A adoção do limite de custo-efetividade na incorporação de tecnologias no SUS – O que se pode esperar. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2015;6(supl. 4):3127-49.
- Sancho LG, Vargens JMC. Avaliação econômica em saúde na esfera de atenção local à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14;Supl.1:1513-21.
- Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Rev Saúde Pública. 2012;46(Supl. 1):83-90.
- Task Force on Community Services. Understanding and using the economic evidence. In: Task Force on Community Services. The Guide to Community Preventive Services: what works to promote health? New York: Oxford University Press, 2005, p. 449-63.
- Van Gool K, Gallego G, Haas M, Viney R, Hall J, Ward R. Economic evidence at the local level. Options for making it more useful. Pharmacoeconomics. 2007;25;12:1055-62.
- Vieira FS, Sá EB, Luiz VR, Pereira BLS. Núcleos de Economia da Saúde: estrutura e percepção dos seus gerentes sobre o uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde. Nota Técnica Ipea nº 36. Brasília: Ipea, 2017a.
- Vieira FS, Sá EB, Luiz VR, Pereira BLS. Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde: percepção e atitudes de tomadores de decisão. Nota Técnica Ipea nº 33. Brasília: Ipea, 2017b.
- Vieira FS. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. Saude Soc. 2016;25:306-19.
- Wijnem BFM, Van Mastrigt GAPG, Redekop WK, Majoie HJM, De Kinderen RJA, Evers SMAA. How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: data extraction, risk of bias, and transferability (part 3/3). Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2016;16;6:723-32.
- Wiseman V, Mitton C, Doyle-Waters MM, Drake T, Conteh L, Newall AT, et al. Using economic evidence to set healthcare priorities in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review of methodological frameworks. Health Econ. 2016;25;Suppl.1:140-61.