

Avaliação de custo-utilidade como mecanismo de alocação de recursos em saúde: revisão do debate

Cost-utility analysis as a mechanism for allocation of health care resources: a review of the debate

Micaela Moreira Pinho ^{1,2,3}

Paula Alexandra Correia Veloso Veiga ³

Abstract

Priority setting in health care involves choosing between alternative health care programs and/or patients or groups of patients who will receive care. Traditionally, health economists have proposed maximizing the additional health gain measured in QALYs as a way of setting priorities and maximizing social welfare. This requires that the social value from health improvements be a product of gains in years of life, quality of life, and number of people treated. The results of a literature review suggest that potential health gain is not a single relevant determinant of value, nor is the rule of maximizing this gain sufficient. The social value of a health gain appears not to be linear in terms of mortality and morbidity, or neutral vis-à-vis people's characteristics or the ultimate distribution of health in society. In parallel with the review of the debate on the role and limitation of QALYs for prioritizing health care resources, the article attempts to justify the controversy over some empirical results, particularly in relation to the construction and expression of social preferences.

Health Priorities; Health Resources; Equity

Introdução

Uma questão que domina as preocupações políticas na área da saúde é a de saber como distribuir de forma equitativa, os cada vez mais, escassos recursos da saúde. Os economistas da saúde avançaram uma proposta que passa por utilizar uma versão do método formal de alocação, da análise custo-efetividade (ACE), geralmente designada de análise custo-utilidade (ACU), que usa os anos de vida ajustados pela qualidade (*quality-adjusted life-years* – QALY) como medida de benefício. A ACU propõe que a alocação dos recursos da saúde seja prosseguida de acordo com o princípio da maximização dos QALYs, por unidade de custo.

Os QALY são uma medida de resultado da saúde, baseada em preferências sociais, utilizada nas avaliações econômicas de programas de saúde e de doentes que necessitam de cuidados de saúde. A vantagem dessa medida é que combina num simples índice numérico a quantidade de vida (mortalidade) e a qualidade de vida (morbidade). O custo-efetividade de uma distribuição de recursos em saúde é determinado por comparação entre os QALYs gerados por uma intervenção e o custo associado a este resultado. O custo por QALY é calculado e comparado entre diferentes programas de saúde e/ou pacientes.

Tradicionalmente, com o objetivo de maximizar os ganhos de saúde da sociedade, sob restrições orçamentais, são priorizados os pro-

¹ Faculdade de Ciências Econômicas e da Empresa, Universidade Lusíada, Porto, Portugal.

² Instituto Superior de Espinho, Espinho, Portugal.

³ Núcleo de Investigação Microeconomia Aplicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Correspondência

M. M. Pinho
Faculdade de Ciências
Econômicas e da Empresa,
Universidade Lusíada,
Rua Dr. Lopo de Carvalho
4369-006, Porto, Portugal.
michaelapinho@hotmail.com

gramas com o menor custo por QALY¹. O utilitarismo está implícito nesse método de alocação de recursos, ao assumir que o melhor esquema distributivo é aquele que maximiza o número de anos de vida (saudáveis) na sociedade, para um orçamento, definido em nível macro.

Essa estratégia de avaliação não teve, contudo, um impacto direto e/ou significativo nas decisões de alocação de recursos em saúde. Uma exceção parece ser a reforma do estado norte-americano de Oregon que experimentou a sua implementação, ainda que sem grande sucesso. Uma das razões que parece justificar esse impacto limitado da avaliação econômica, sobretudo quando aplicada à priorização de doentes (ou grupos de doentes) é o reconhecimento de que não incorpora os efeitos distributivos. A maximização dos QALY's é encarada por muitos como uma regra de escolha social conseqüencial que pouco tem a dizer quanto à multiplicidade de direitos que dominam a forma como os *stockholders* pensam o problema das escolhas nesta área. A evidência indica que o potencial ganho de saúde não é a única fonte de valor social, assim como o não é a regra da sua maximização. As preocupações pela justiça e pela equidade são consideradas, pela sociedade, igualmente importantes nas decisões distributivas. Incorporar a visão da população, enquanto elemento no processo de tomada de decisões, pode ajudar os decisores a lidar com essa difícil área da alocação de recursos em saúde e assegurar que as decisões tomadas são, se não as ideais, pelo menos as legitimadas pela comunidade. Na literatura recente procuram-se formas de aperfeiçoar as metodologias convencionais de avaliação econômica, incorporando-lhes considerações sociais sobre os efeitos distributivos. Muitos investigadores procuram integrar considerações sociais atribuindo ponderações aos QALYs e estabelecendo *trade-offs* entre a eficiência e a equidade². Dependendo da interpretação dada à igualdade na saúde, essas ponderações pela equidade podem ser simplesmente aplicadas ao algoritmo da maximização dos QALYs, ou podem antes ser incorporadas como um parâmetro de aversão à desigualdade em função do bem-estar social (relacionadas com a saúde).

Este artigo revê o debate em torno da construção dos QALYs e suas limitações quando aplicados à priorização de cuidados de saúde, e sintetiza a problemática associada à manifestação das preferências da sociedade quando confrontada com decisões de alocação, que envolvem um conflito entre objetivos de eficiência e de equidade.

A tradicional abordagem da maximização dos QALY's

Um QALY é uma medida de resultado em saúde. No entanto, como a sua fundamentação teórica está alicerçada na teoria da utilidade^{3,4} pode também ser considerado uma medida de utilidade. Em termos individuais não é relevante distinguir medida de utilidade de medida de saúde mas, em termos sociais, é. Enquanto medida de saúde, o resultado total da aplicação de um serviço de saúde pode ser avaliado pela soma dos QALYs individuais que gera mas, quando o QALY é entendido como medida de utilidade surge o problema, já conhecido na literatura, da comparação interpessoal de utilidades.

Como refere Bleichrodt⁵, na linha de investigação de Sen^{6,7}, a incorporação de considerações distributivas sociais impõe que a utilidade seja uma medida cardinal e perfeitamente comparável entre os indivíduos. Torrance⁸ identificou diferentes métodos (*time-trade-off*, *standard gamble*, *rating scale*) de medir a utilidade associada à qualidade de vida que conferem ao QALY a propriedade cardinal (esta premissa de que os QALYs podem ser medidas cardinais válidas para estimar os benefícios de saúde dos doentes tem sido amplamente discutida na literatura. Existem numerosos problemas associados ao tratamento da saúde e da qualidade de vida como algo que pode ser mensurado em termos cardinais. Para uma discussão desse assunto ver, por exemplo, Nord⁹).

Para possibilitar a comparação interpessoal de utilidades, Torrance⁸ propôs atribuir um valor 0 (zero) à morte e um valor 1 (um) à saúde perfeita. O QALY é avaliado numa escala intervalar ficando superado o problema da sua agregação. A utilização desses dois pontos fixos (zero e um) pressupõe que a diferença de utilidade entre estar morto e perfeitamente saudável é igual para todas as pessoas. Nesse sentido, o método é igualitário no domínio da saúde, na medida em que o valor da saúde é igual para todos os indivíduos.

O QALY é uma combinação do valor de diferentes estados de saúde com a sua duração. Um QALY é equivalente a um ano de vida num estado de saúde perfeito. Em nível micro, a ACU agrega o número de QALYs ganhos pelos doentes individuais de acordo com a regra da sua maximização para um determinado custo. Em termos macro, para um determinado programa ou intervenção de saúde o valor social de um ganho de saúde (excluindo as considerações pela incerteza e pelas preferências temporais) é o produto de três fatores:

- Ganho, em termos de esperança de vida;
- Ganho, em termos de qualidade de vida;

- Número de pessoas que recebem o programa de saúde.

Dentre dois programas de saúde com o mesmo custo será escolhido o mais eficiente – aquele que produz o maior número de QALYs. Isso pressupõe que a sociedade deseja, com os recursos disponíveis, maximizar a soma dos benefícios de saúde dos pacientes quando, efetivamente, a sua participação só se manifesta numa dimensão (a da qualidade de vida). A evidência contradiz, porém, essa hipótese. A sociedade não revela preferências distributivas neutrais. Ainda que, as considerações de eficiência sejam reconhecidas pela população como um elemento importante a pesar nas decisões de distribuição dos cuidados de saúde, a equidade (qualquer que seja a sua definição) é, em regra geral, considerada essencial nestas decisões. Uma vez que, uma distribuição justa dos ganhos de saúde não é, necessariamente, a mais eficiente, os decisores enfrentam um conflito entre a eficiência (maximização dos QALYs) e a equidade (distribuição dos QALYs). A operacionalização do *trade-off* entre eficiência e equidade é caracterizada por numerosas dificuldades metodológicas e conceituais. Uma das mais significativas está associada à definição de equidade em saúde. Nesse contexto, assistiu-se nos anos recentes a um proliferar de artigos na literatura da economia da saúde com propostas de princípios equitativos alternativos a usar como base para refletir as considerações distributivas imiscuídas no estabelecimento de prioridades. Esses princípios incluem, entre outros, a alocação de acordo com a necessidade¹⁰, a alocação que assegure a igualdade de acesso¹¹ e alocações que igualizem a distribuição final de saúde¹² (para uma excelente revisão dos conceitos de justiça distributiva e de equidade na saúde veja-se Williams & Cookson¹³). O debate teórico que se segue mostra que é pouco provável que venha a ser desenvolvido um conceito de equidade universalmente aceito.

Potenciais fontes de valor social e suas incompatibilidades com a ACU

Nos anos recentes, alguns economistas da saúde, dando importância às preferências da sociedade, começaram a investigar a possibilidade de aperfeiçoar as metodologias econômicas incorporando-lhes a dimensão dos efeitos distributivos. Wagstaff¹² foi o primeiro a explicitar o *trade-off* entre eficiência e equidade no domínio da saúde. Ele propôs a utilização de uma função bem-estar social (FBES) para determinar a distribuição ótima de QALYs entre diferentes indivíduos (ou grupos de indivíduos) em que o bem-estar social au-

menta com acréscimos de saúde e diminui com a desigualdade no estado de saúde final. Uma distribuição de recursos em saúde é considerada equitativa se resultar numa igualdade na saúde *per capita*. Se a saúde é encarada como necessária para que os seres humanos possam “florir”, então apenas a igualdade no *stock* final de saúde garante a mesma oportunidade de alcançar objetivos de vida pessoais¹⁰. A sua proposta ainda que, seguida por alguns^{2,14}, não teve o impacto desejado porque ao focalizar-se na igualdade dos estados finais de saúde deu origem a um proliferar de interpretações dimensionais de saúde¹⁵. Alguns autores procuram convencer outros para o uso de diferentes considerações de equidade como a gravidade do estado de saúde¹⁶ e o *fair-inning*².

Uma revisão da literatura permite concluir que quando a ACU é, socialmente avaliada, proliferam as considerações de justiça na distribuição. No momento de escolher entre programas ou intervenções de saúde alternativos(as) e/ou entre doentes, as considerações distributivas classificadas como relevantes pela sociedade podem ser sintetizadas em três tipos:

- As que se relacionam com as características dos efeitos dos tratamentos na saúde dos doentes;
- As que se relacionam com as características pessoais daqueles que recebem os tratamentos;
- As que se relacionam somente com o número de pessoas que recebem o tratamento.

Características dos efeitos dos tratamentos sobre o estado de saúde

A abordagem dos QALYs na sua formulação original acomoda a duração do efeito do tratamento sobre a saúde (refletido pela esperança de vida) e a alteração na saúde (refletida pela diferença entre a saúde pós e pré-tratamento). Porém, informações sobre o estado de saúde inicial (antes do tratamento) parecem também constituir uma fonte de valor social. A ACU reconhece apenas indiretamente essa preocupação pela gravidade do estado de saúde. Se os indivíduos que se encontram mais doentes são também os que mais benefícios tiram do tratamento, então, e para iguais custos, será dada prioridade a estes doentes. Mas, se os indivíduos mais doentes são os que geram menos ganhos de saúde, a ACU não lhes confere prioridade.

Ignorar o estado inicial de saúde pressupõe conferir o mesmo grau de prioridade a indivíduos que venham a se beneficiar do mesmo ganho de saúde. No entanto, os indivíduos podem partir de situações iniciais diferentes com conseqüentes reflexos em estados finais de saúde também

diferentes. Alguns autores¹⁷ explicaram em detalhe por que é que os ganhos de saúde podem não ter o mesmo valor social, independentemente do estado inicial de saúde. A evidência empírica mostra que os QALYs recebidos pelos indivíduos mais gravemente doentes são mais valorizados pela sociedade. Muitos estudos revelam que as pessoas estão até dispostas a sacrificar alguns ganhos de saúde em prol de uma igualização na qualidade de vida na sociedade (por exemplo, Dolan¹⁴). Isso vai ao encontro da definição de igualdade avançada por Wagstaff¹² uma vez que, incrementar a saúde dos mais doentes conduzirá a uma distribuição final de saúde mais igualitária. A preferência pelos doentes com estados de saúde mais graves pode ser interpretada como uma variante do *rule of rescue*¹⁸.

A consideração dessas preferências pelo *stock* inicial de saúde alarga o conceito de equidade que compreende agora a igualdade na saúde prospectiva em vez da igualdade nos ganhos de saúde prospectivos. Um novo *trade-off* entre eficiência e equidade pode emergir quando o doente com maior gravidade é também o que menos benefícios retira do tratamento. A literatura fala num potencial conflito entre “*necessidade entendida como gravidade do estado de saúde*” e “*necessidade interpretada como capacidade de benefício*”¹⁰.

Para além da gravidade do estado de saúde a sociedade parece também sensível às limitações no potencial ganho de saúde por parte de alguns pacientes. Harris¹⁹ acusa a ACU de discriminatória contra os doentes crônicos e/ou incapacitados. De dois pacientes com o mesmo *stock* inicial de saúde, a ACU dará preferência àquele que revelar maior capacidade de se beneficiar do tratamento. Porém, a evidência revela que a sociedade não deseja discriminar os doentes de acordo a sua “função produção” (ver Dolan et al.²⁰ para uma revisão dos trabalhos empíricos).

Essas considerações pela gravidade da doença e pelo potencial ganho de saúde podem ser incorporadas em modelos de valorização numérica, multiplicando os ganhos de utilidade no modelo convencional dos QALYs por ponderações que refletem a gravidade do estado de saúde inicial ou o potencial ganho de saúde por parte do doente²¹. Em particular, a abordagem visa a suplementar a convencional ACU, substituindo as utilidades (pelos estados de saúde) por valores com uma forte compressão da parte superior da escala de intervalo (0-1). Essa metodologia, baseada na técnica de compensação de pessoas (*person-trade-off*), foi designada de Análise Custo Valor²¹.

Características dos doentes

Existem muitas características dos receptores dos serviços de saúde que podem ser levadas em consideração quando se procede ao estabelecimento de prioridades. Muitos estudos empíricos foram conduzidos para determinar em que medida a sociedade deseja acomodar essas características no processo de racionamento dos cuidados de saúde²². Williams^{2,23} defende que as características pessoais dos doentes devem ser consideradas nas decisões de alocação dos recursos. No seu entender, a melhor forma de conciliar os objetivos de eficiência e de equidade na provisão dos cuidados de saúde é atribuir ponderações pela equidade aos QALYs. Os QALYs avaliam os benefícios dos cuidados de saúde em unidades estandardizadas enquanto as ponderações pela equidade permitem que a avaliação dos QALYs se torne mais personalizada relativamente ao receptor²³. As características pessoais que mais destaque têm merecido na literatura são a idade do doente, o seu papel social e a sua, eventual, influência no aparecimento da doença.

Embora a medida dos QALYs seja, por vezes, acusada de discriminatória contra os doentes mais velhos (*ageist*) é de se notar que no cálculo dos QALYs a idade aparece contemplada apenas de forma implícita. A esperança de vida é que é o elemento constituinte dos QALYs e, por inerência, a idade. Uma vez que, às idades mais jovens está, freqüentemente, associada uma maior esperança de vida, coloca-se a questão se será legítimo privilegiar as faixas etárias mais jovens como decorre da aplicação da ACU. Pode acontecer que exista uma preferência pela idade *per se*. A evidência mostra que, quando o ganho de saúde é o mesmo e a idade dos doentes é diferente, a sociedade tende a preferir um indivíduo a outro em função apenas da idade. A literatura contempla duas linhas de pensamentos sobre a discriminação pela idade. Uma baseia-se na eficiência e a outra na equidade. Tsuchiya²⁴ enquadra essas preferências em três tipos de *ageism*: *health maximization ageism* (HMA); *productivity ageism* (PA) e *fair-inning ageism* (FIA). O HMA é compatível com o algoritmo da maximização dos QALYs na medida em que a valorização atribuída a cada unidade de saúde é constante com a idade. Dentre dois doentes será conferida, segundo o HMA e *ceteris paribus*, prioridade ao mais novo simplesmente porque se assume que se beneficiará do ganho de saúde por mais tempo. O PA atribui ponderações pela idade que refletem a relação entre a idade do paciente e o seu papel social. Assim, será atribuída maior ponderação aos jovens que aos idosos porque se entende que a contribuição que os jovens exercem para

o bem-estar social é superior. Adicionalmente, as crianças e, geralmente, os idosos precisam que o resto da sociedade lhes confira suporte financeiro, emocional e físico ²⁵.

O conceito de contribuição aqui utilizado é bastante vasto na medida em que extravasa a mera produtividade (subjacente à teoria do capital humano) para contemplar o papel que os indivíduos têm no bem-estar de outros, nomeadamente, sobre os dependentes. O PA confere valorizações sociais em função do ciclo de vida ou das etapas da vida do doente. Os primeiros anos de vida são conotados com valorizações sociais baixas, que aumentam na fase adulta para depois voltarem a decrescer na fase da velhice. Nesse sentido, os indivíduos em idade ativa devem receber maior prioridade. Essa forma de ponderação pela idade encontra uma aplicação prática no cálculo dos *disability-adjusted life years* (DALYs) ou *burden of disease* ²⁶. Investigações empíricas que procuraram inferir sobre o parecer da sociedade sobre esse tipo de *ageism* requerem alguma cautela na análise. Os resultados parecem depender muito da forma como as questões são expressas. Se, por um lado, as pessoas revelam menos sensibilidade pelo argumento do papel social do que pelo da idade, por outro, a maioria dos inquiridos recusa discriminar doentes com base no seu papel econômico na sociedade, mas desejam priorizar aqueles com dependentes a seu cargo ou com outras responsabilidades sociais (ver Dolan et al. ²⁰ para uma revisão dos trabalhos empíricos). O FIA deriva de um princípio ético intergeracional avançado por Williams ² que defende que uma distribuição de cuidados de saúde é considerada equitativa se garantir uma igualdade na esperança de vida entre os indivíduos. Isso é, as ponderações pela idade devem refletir o direito que os indivíduos têm de se beneficiar, em termos médios, de um determinado perfil de saúde caracterizado por uma esperança média de vida ao nascer (70-75 anos nas sociedades ocidentais) e uma determinada qualidade de vida, diferente em cada uma das etapas da vida. O argumento original visava apenas à esperança de vida, mas Williams ² reformulou-o acrescentando a qualidade de vida por entender que uma existência vivida com sofrimento não pode ser considerada igual a outra vivida com saúde perfeita.

O *trade-off* entre eficiência e equidade implícito nesse argumento do *fair-inning* manifesta-se na contraposição entre uma igualdade na esperança média de vida e os ganhos de saúde extra produzidos pelas intervenções. Segundo Williams ², os anos de vida ganhos pelos indivíduos que enfrentam menos que o *fair-inning* devem ser mais valorados (maior ponderação) que os anos de vida ganhos por pessoas que se

espera atinjam (ou ultrapassem) este *fair-inning*. A partir do FIA será dada prioridade aos mais novos porque, *ceteris paribus*, se beneficiaram de menos QALYs. De igual modo, o FIA atribuirá um valor relativamente maior a alguém oriundo de um meio mais desfavorecido porque, *ceteris paribus*, será de se esperar que venha a se beneficiar de menos QALYs ao longo da vida que outrem de origens mais favoráveis. A teoria *maximin* de Rawls ²⁷ constitui a manifestação mais extrema deste argumento. O *fair-inning* também se manifesta num argumento menos extremo – *double jeopardy* promovido por Harris ¹⁹ e alterado por Singer et al. ²⁸ que defendem um gênero de compensação pela vida difícil que se teve o “azar” de ter. A idéia é que os indivíduos que já experimentaram significativos “azares” na vida não devem ser adicionalmente penalizados com o estatuto de “maus” candidatos a receber cuidados de saúde.

A complexidade inerente à definição do conceito de equidade na saúde não se esgota com a diversidade de princípios distributivos avançados, mas estende-se à possibilidade de estes argumentos virem a colidir entre si. Por exemplo, poderá haver situações em que as abordagens da gravidade do estado de saúde e do *fair-inning* resultem na mesma ponderação dos QALYs, mas outras existirão em que tal não acontece e os resultados serão diferentes. O FIA tem a particularidade de levar em consideração não apenas os ganhos de saúde futuros como também o momento de QALYs de que a pessoa usufruiu até o momento da tomada de decisão sobre a distribuição dos recursos. Isto requer um conhecimento detalhado do historial de vida dos indivíduos. O argumento da gravidade do estado de saúde só inclui preocupações pelos doentes que estão em pior saúde atualmente e/ou no futuro. Se, por exemplo, (adaptado de Nord ²⁹) dois indivíduos, ambos com 65 anos, em que um (A) foi sempre saudável e agora apresenta um problema de saúde que lhe permite viver com uma qualidade de vida avaliada em 0,6, enquanto o outro doente (B) sofreu sempre de problemas de saúde (viveu sempre num estado de saúde avaliado em 0,8), mas um problema de saúde atual coloca-o num estado de saúde 0,7, concorrem a um tratamento que gera o mesmo ganho de saúde em ambos, a qual deve ser dada prioridade? O argumento ético da gravidade de doença confere prioridade ao indivíduo A porque se encontra numa situação inicial pior que a do doente B. Porém, pelo princípio do *fair-inning*, deve ser atribuída prioridade ao indivíduo B, por ter se beneficiado ao longo da vida de pior saúde que A. Essa dicotomia entre gravidade do estado de saúde e *fair-inning* pode, ainda, ter um impacto significativo em termos

políticos quando um jovem moderadamente doente concorre a um tratamento com um idoso gravemente doente.

Muitos estudos empíricos foram conduzidos para tentar saber se a sociedade encara a idade como um critério a ter em conta no momento de estabelecer prioridades na saúde (ver Dolan et al.²⁰ para uma revisão dos estudos empíricos). Ainda que, muitos estudos confirmem que as pessoas consideram a idade dos doentes um fator relevante no momento de avaliar programas de saúde, esta evidência é contraditória. Enquanto alguns trabalhos não refletem preferências pela idade (por exemplo, Nord et al.³⁰) a grande maioria confere aos ganhos de saúde dirigidos a idosos um menor valor social. Essa diferença de opiniões pode ser explicada pela redação e/ou pelo contexto das questões. Os inquiridos parecem, por exemplo, mais preparados para aceitar uma discriminação positiva em favor dos jovens que uma discriminação negativa contra os idosos³¹. Adicionalmente, parece conveniente salientar que as preferências em matérias tão subjetivas como as características pessoais variam em função dos parâmetros culturais da sociedade. Não é por isso de estranhar que as preferências variem de país para país. Um estudo conduzido no Brasil revela que os idosos são priorizados relativamente aos jovens porque se considera que são mais fracos e que precisam de mais atenção³². Estudos feitos no norte da Europa (Suécia, Holanda e Finlândia) mostram uma tendência para priorizar os jovens contra os idosos³³, o que já não sucede na Austrália³⁰. Uma limitação comum à maioria dos estudos desenvolvidos é que não distinguem as considerações da idade das da duração do benefício enquanto fontes separadas de valor. Isso dá origem a que quando os resultados indicam uma preferência pelos jovens em detrimento dos idosos fique por esclarecer se esta prioridade se justifica por razões de eficiência ou de equidade.

A relação do doente com a (causa da) doença parece ser outro atributo considerado determinante do valor social conferido aos ganhos de saúde. Segundo LeGrand³⁴, se a doença de um indivíduo resulta de fatores fora do seu controle a situação não é equitativa, mas já o será se for o resultado de elementos sobre o seu controle. Também Edgar et al.³⁵ defendem que os QALYs ganhos do tratamento de uma doença que resultou de comportamentos de risco do próprio doente (como fumar ou beber, por exemplo) devem ser menos valorados que os resultantes do tratamento de doenças que surgiram naturalmente. A ênfase está em saber se a causa da doença resulta de uma escolha individual ou se é exógeno ao doente. LeGrand³⁶ e Roemer³⁷ definem equidade enquanto “*igualdade de oportunidades subs-*

tantivas”, teoria que defende que justiça implica compensar as pessoas por problemas que não sejam da sua responsabilidade, mas não pelos que sejam provocados por elas. Algumas críticas foram apontadas a essa teoria. Uma delas, por exemplo, sustenta que a igualdade de oportunidades define justiça sem misericórdia por não contemplar situações em que as pessoas tomam decisões das quais se venham a arrepender¹³. Olsen et al.²² referem que, mesmo quando a doença se deve a causas endógenas, raramente pode ser atribuída inteiramente às ações do próprio indivíduo.

A evidência dá conta de algum suporte pela idéia de que os cuidados de saúde devem ser distribuídos em primeiro lugar aos doentes que não têm qualquer responsabilidade por esta necessidade (ver Dolan et al.²⁰ para uma revisão dos estudos empíricos). Essa idéia não é, porém, consensual. Alguns estudos mostram que os indivíduos que não aceitam o estilo de vida como fator de ponderação na atribuição dos recursos da saúde se opõem veementemente à sua consideração para fins de priorização³⁸. Outros trabalhos revelam que as pessoas não só não querem discriminar os indivíduos que têm comportamentos de risco como ainda parecem dispostas a recompensá-los³⁹. Nos países onde a saúde é considerada um direito e não um bem público, o estilo de vida dos doentes é, em geral, considerado irrelevante para fins de racionamento dos cuidados de saúde³⁹.

A interpretação das preferências da sociedade a favor dos doentes com estilos de vida saudáveis requer algum cuidado, uma vez que, pode manifestar preocupações de eficiência (doentes que seguem um modo de vida saudável tendem a apresentar maior potencial de benefício) ou atitudes meramente moralistas contra modos de vida. Uma razão ética que pode justificar a ponderação dos QALYs em função do estilo de vida é a noção de benemerência. De acordo com o princípio da distribuição conforme o mérito, as ações passadas refletem-se no direito conferido ao indivíduo sobre determinada dotação de saúde. A sociedade pode punir os indivíduos com comportamentos de risco com base no argumento moral que sustenta que temos o dever de buscar um modo de vida saudável – *healthism*⁴⁰. Esse dever é tão mais relevante quanto mais pronunciado é o argumento econômico que refere que as pessoas devem evitar o uso desnecessário de serviços financiados pelos seus concidadãos. Numa contribuição posterior, LeGrand³⁴ propôs que o conceito de igualdade de oportunidades fosse restrito ao campo do financiamento dos cuidados de saúde. Na sua opinião, o financiamento dos cuidados de saúde (e não a sua pro-

visão) é que deve ser usado para discriminar os indivíduos que não exercem a oportunidade de serem saudáveis. Dolan & Olsen¹⁵ discordam da definição de um princípio geral que atribua menos valor aos ganhos de saúde futuros em função dos comportamentos do passado. São da opinião que as ações do passado só devem ser consideradas para efeitos de distribuição de ganhos de saúde futuros se forem prosseguidas de forma continuada e reiterada.

Uma forma de introduzir na ACU as preferências sociais pelas características pessoais dos doentes é recorrer a ponderações. Essas permitem que os ganhos obtidos a partir de um programa de saúde sejam, no momento da agregação, previamente ponderados em função, por exemplo, da idade ou de outros atributos pessoais.

Número de pessoas que recebem o tratamento

O algoritmo da maximização dos QALYs não distingue entre uma distribuição difusora dos ganhos de saúde por muitos beneficiários ou uma distribuição que concentra os mesmos ganhos em poucos doentes. Na comparação entre programas de saúde, a ACU ignora as diferenças na distribuição de um ganho total de saúde entre os doentes. Contudo, atribuir, por exemplo, 100 QALYs a um indivíduo pode não ter o mesmo valor social que conceder 1 QALY a 100 indivíduos ou 5 QALYs a 20 pessoas (ainda que o ganho total seja o mesmo). A evidência empírica mostra que a sociedade não é indiferente entre esses dois perfis distributivos, preferindo o programa de saúde que beneficia mais doentes ou que reparte os benefícios de forma mais igualitária entre a população. O *trade-off* entre eficiência e equidade traduz-se, nesse caso, entre programas que maximizam os ganhos de saúde e aqueles que os distribuem de forma mais igualitária entre a população, mesmo que isto implique um menor ganho total. Ubel et al.⁴¹ concluíram que, dentre dois programas preventivos, a maioria dos inquiridos prefere aquele que previne menos mortes (menos efetivo) mas que pode ser oferecido a toda a população. O mais interessante desse trabalho é que um dos grupos inquiridos era composto por membros de uma organização que desenvolve técnicas para a avaliação do custo-efetividade dos serviços de saúde (*Society of Medical Decision Making – SMDM*) e, também destes, quase metade (41%) optou pelo programa menos efetivo. Esses técnicos mostraram-se desconfortáveis com as implicações distributivas associadas à maximização da saúde, quando maximizar o número de vidas salvas implica a distribuição desigual dos cuidados de saúde. Numa

réplica desse estudo, Ubel et al.⁴² notaram que, as preferências pelo programa menos efetivo já não são tão acentuadas quando este não pode ser oferecido a toda a população.

Uma forma de incorporar as preferências distributivas na ACU é por meio de FBESs. A FBES contribui para o processo de estabelecer prioridades entre doentes porque ao atribuir uma valorização decrescente a cada ganho adicional de saúde recebido pelo mesmo indivíduo¹² permite incorporar as preferências sociais pela dispersão dos ganhos. Estimando a FBES é possível obter o grau de aversão à desigualdade da sociedade. Essa abordagem foi, porém, questionada por só contemplar preferências pela dispersão dos benefícios quando estudos indicam que os inquiridos não mantêm um padrão de preferências distributivas estável. Dependendo do número de QALYs em causa, os indivíduos podem passar de difusores para concentradores (na terminologia de Olsen⁴³) e vice-versa. Olsen⁴³ sugere que as preferências pela difusão ou concentração dos benefícios podem ser “contaminadas” por quatro considerações: (i) preferências puramente equitativas, (ii) preferências temporais, (iii) aversão ao risco e, (iv) ganho mínimo individual (*threshold effect*). As preferências temporais e as puramente equitativas determinam a opção pela dispersão dos ganhos, enquanto a concentração é a forma distributiva escolhida pelos indivíduos que apresentam um perfil de aversão ao risco e/ou se o ganho individual é inferior a um determinado montante considerado mínimo⁴³. Por exemplo, Choudry et al.⁴⁴ concluíram que 56% dos inquiridos preferem um programa que proporciona 20 anos de vida a 500 pessoas a outro que garante a 10 mil pessoas um ganho individual de apenas 1 ano. Contudo, somente 30% dos inquiridos revelam preferir um programa que beneficia, individualmente, pessoas com 20 anos contra outro programa que garante um ganho individual de 5 anos a 4 mil indivíduos. Rodríguez-Míguez & Pinto-Prades⁴⁵ reiteram essa idéia e propõem uma FBES que permite conciliar, simultaneamente, preferências pela dispersão e pela concentração, combinando as seções côncavas e convexas da função utilidade. O estudo que conduziram permitiu confirmar que os inquiridos pretendem dispersar os ganhos por muitos indivíduos desde que o ganho individual seja superior a nove anos (*threshold gain*), caso contrário preferem concentrar os anos de vida ganhos em poucos doentes.

Natureza das preferências sociais

A evidência acumulada sugere que as pessoas rejeitam a ACU como única forma de alocar os escassos recursos da saúde. Os temas recorrentes na literatura parecem convergir para o conceito Aristotélico de equidade vertical – no qual indivíduos considerados diferentes devem ser tratados de forma diferenciada – quando dão conta da necessidade sentida pela população em atribuir, no momento da provisão de cuidados de saúde, maior prioridade a alguns grupos de pessoas às expensas de outros. Isso sugere que o estabelecimento de prioridades deve incorporar tanto as necessidades da população quanto as medidas de eficiência e os valores sociais de alocações alternativas. Porém, a par da problemática até agora retratada da necessidade de estabelecer prioridades, por um lado, e das limitações técnicas da avaliação econômica para o fazer, por outro, proliferam na literatura outros assuntos mais gerais, mas igualmente pertinentes para a questão principal. Desde logo, polarizou-se a discussão em torno do papel legítimo que as preferências da comunidade terão no estabelecimento de prioridades ⁴⁶. Quem deve ser envolvido no processo de estabelecer prioridades (os doentes?, os cidadãos em geral?, os políticos?, ou os prestadores de cuidados de saúde?) é outra questão frequentemente debatida ⁴⁶. Preocupações de caráter metodológico procuram saber como obter as preferências da sociedade e se quando declaradas são, efetivamente, válidas para poderem ser incorporadas nas decisões de racionamento dos cuidados de saúde. Uma exposição, ainda que breve, de todas essas temáticas aumentaria a extensão deste artigo para além dos limites considerados razoáveis. Nesse sentido, limitar-nos-emos ao longo do restante do trabalho à última questão (se as preferências da sociedade realmente existem) por ser a que ultimamente tem recebido maior atenção por parte dos investigadores de diversos quadrantes científicos.

A manifestação das preferências da sociedade pelo estabelecimento de prioridades e alocação de recursos em saúde constitui um dos maiores desafios colocados aos economistas da saúde. Um número significativo de estudos empíricos tem sido conduzido por economistas da saúde (e outros investigadores) com o propósito de averiguar se as pessoas aceitam trocar ganhos de saúde por outras considerações, desde a gravidade da doença ou o potencial ganho de saúde, passando pelas características pessoais dos doentes até a agregação dos benefícios num determinado número de beneficiários. Uma análise cuidada desses resultados parece indicar a existência de

contradições ⁴⁷. A evidência é mista e parece resultar tanto de enviesamentos cognitivos quanto de valores profundamente suportados. A razão parece estar nas técnicas adotadas para obter as preferências da sociedade. As diferentes técnicas que podem ser usadas para obter os valores da população são, geralmente, classificadas em quantitativas e qualitativas (ver Ryan et al. ⁴⁸ para uma excelente revisão das técnicas usadas).

A maioria dos trabalhos empíricos citados até o momento recorreu a métodos quantitativos, sobretudo a inquéritos ou questionários para recolher dados primários sobre os valores atribuídos pela população ao *trade-off* entre eficiência e equidade. Essa metodologia embora seja menos dispendiosa e permita a recolha de mais dados, tem levantado alguma contestação e vários problemas práticos continuam sem resolução. Os métodos quantitativos aceitam implicitamente que os indivíduos exibam preferências “bem formadas”, completas e presumivelmente estáveis. Porém, existem razões que fazem crer que as preferências não são bem-comportadas. Os pressupostos e simplificações subjacentes aos métodos quantitativos têm suscitado intensos debates na ciência comportamental e na comunidade econômica sobre a sua validade. Lloyd ⁴⁹ numa revisão sobre a natureza das preferências declaradas recomenda que os economistas da saúde estejam mais atentos à forma como os seus inquiridos tomam as decisões. Uma vasta literatura psicológica e sociológica demonstra que os valores sociais mudam significativamente de acordo com variações no processo de revelação das preferências ⁵⁰. Investigadores comportamentais têm denunciado a importância dos processos cognitivos para a tomada de decisões. Uma vasta literatura tem sido produzida com o intuito de descortinar anomalias cognitivas que parecem explicar o desvio das preferências declaradas pelos princípios enunciados pela teoria econômica (trabalho fundamental desenvolvido por Kahneman e Tversky sendo exemplos, Kahneman & Tversky ⁵¹ e Tversky ⁵²). Kahneman & Tversky ⁵¹ descobriram que os decisores são sensíveis ao contexto e ao processo, são inconsistentes na formulação das suas percepções e no processamento da informação e recorrem, frequentemente, à heurística.

Alguns temas enfatizados pelos psicólogos cognitivos são a complexidade, a familiaridade, o risco associado às escolhas a fazer (ver, por exemplo, Ajzen ⁵³) e o “efeito de contexto” (*framing effect*) (ver, por exemplo, Schweitzer ⁵⁴). Slovic et al. ⁵⁵ observaram que as preferências ou crenças sobre eventos de alguma complexidade não são, geralmente, declaradas mas sim construídas no momento da geração da resposta. Se as preferên-

cias não são completas então terão de ser construídas no momento em que são declaradas. Os indivíduos podem construir as suas preferências com base em informação detida previamente e/ou da, entretanto, facultada e, possivelmente, baseando-se em estratégias cognitivas e atitudes sociais. As estratégias cognitivas podem influenciar o processo de construção das preferências de diferentes formas. É possível, por exemplo, que os indivíduos respondam de forma diferente quando se encontram inseridos num grupo e quando estão sozinhos ⁵⁶. Isso é especialmente significativo uma vez que diferentes respostas dão origem a ponderações pelos atributos também diferentes. Adicionalmente, as preferências podem ainda ser enviesadas pela aversão a potenciais perdas ou a favor do *status quo* (ponto de referência) ⁵⁴.

Os economistas da saúde estão cada vez mais conscientes do hiato existente entre a abordagem econômica e a abordagem psicológica dos indivíduos na tomada de decisões sobre a alocação dos recursos da saúde. O grande desafio colocado aos economistas da saúde está em eliminar a incompatibilidade que parece existir entre o requisito econômico de estimar *trade-offs* precisos e a capacidade psicológica dos inquiridos em pensar na eficiência e na equidade de forma tão estreita. Esse exercício requer, por um lado uma maior sensibilidade da teoria econômica para as sutilezas psicológicas e para a sensibilidade ao contexto imiscuído nas preferências dos indivíduos e, por outro, exige métodos mais sofisticados de revelação das preferências que sejam capazes de separar as considerações importantes das que possam eventualmente “contaminar” as respostas. Os investigadores começaram a responder a esse desafio combinando métodos quantitativos de declarar preferências com métodos qualitativos ^{47,57}. As técnicas qualitativas têm, entre outras, a vantagem de desviar os inquiridos do seu interesse pessoal em prol de uma perspectiva impessoal e, para além de concederem aos inquiridos mais tempo para refletirem nas questões e deliberarem sobre as respostas, permitem recolher informações sobre as razões subjacentes às escolhas efetuadas. A evidência empírica mostra que o parecer das pessoas sobre o estabelecimento de prioridades é, sistematicamente, diferente quando lhes é dada a oportunidade de discutir o assunto ⁵⁸. Em conformidade com isso, uma nova corrente normativa do bem-estar social – *empirical ethics* ⁵⁹ – defende que os princípios que devem nortear o estabelecimento de prioridades devem ser derivados de forma interativa, envolvendo estudos empíricos sobre os valores da sociedade e análises éticas dos resultados. Essa visão é consistente com o argumen-

to de Broome ⁶⁰ que defende a consideração de *lauded preferences*, isto é, preferências moralmente e eticamente justificáveis. O propósito do *empirical ethics* tem muito em comum com a democracia deliberativa sobretudo quando defende que políticas com importantes conseqüências éticas devem ser submetidas a vigorosos debates morais e ao criticismo.

Conclusão

A revisão apresentada parte do princípio que o racionamento explícito é uma necessidade cada vez mais evidente. O problema surge com a definição do método de estabelecer prioridades. Um setor importante do pensamento econômico considera, em linha com a interpretação econômica de eficiência, que a alocação ótima dos recursos em saúde é aquela que maximiza a saúde esperada da população. O método sugerido contrapõe os custos com os benefícios derivados dos programas de saúde – ACU. Porém, a saúde, em geral, e os cuidados de saúde, em particular, são um setor sensível e fonte de discussão ética e moral. Sendo a saúde, por muitos, considerada um direito ou um bem público parece legítimo que a sociedade tenha um papel consultivo na alocação dos recursos da saúde. A evidência indica que o parecer da população se afasta do objetivo maximizador da saúde para outros critérios distributivos, como a igualdade de acesso, os efeitos dos tratamentos, as características pessoais dos doentes e/ou o número de beneficiários dos cuidados médicos. Isso levanta consideráveis problemas aos decisores econômicos e aos prestadores de cuidados de saúde no momento de definir prioridades. Um deles prende-se com a necessidade de desenvolver uma metodologia suficientemente eclética capaz de incorporar considerações de eficiência e valores sociais. Outro problema resulta da própria natureza das preferências declaradas. As opiniões não só não são unânimes (sendo até por vezes contraditórias) como, freqüentemente, as preferências não são bem formadas ou variam em função do contexto da análise. Essa limitação na quantificação dos valores psicossociais na saúde impede que sejam conhecidas as reais considerações distributivas que as pessoas querem ver refletidas no momento da alocação dos escassos recursos da saúde. Ainda que, a breve revisão de literatura mostre que diversos fatores são relevantes nas decisões sobre como alocar os recursos em saúde, parece difícil concluir sobre qual ponderação relativa se deve atribuir a cada um. Isso porque a sua importância depende da contextualização específica dos subgrupos.

Uma vez que, ponderações pela equidade têm como objetivo corrigir desigualdades na saúde entre diferentes grupos sociais, parece-nos, para efeitos de política de saúde, mais importante que quantificar de forma precisa estes ponderadores para serem aplicados aos resultados de todas as análises custo-utilidade, seria definir os fatores contextuais que tornam um atributo relativamente mais importante numa decisão e relativamente menos importante noutra. Dito de outro modo, o debate sobre a desigualdade em saúde deve permitir definir a importância atribuída pela sociedade a diferentes formas de desigualdade, de modo a identificar o que os cidadãos comuns interpretam como “justo” na saúde e nos cuidados de saúde. Assim, e a par da coleta de dados quantitativos devem ser fomen-

tados debates públicos sobre as bases e objetivos socialmente aceitos a protagonizar pelas políticas públicas. Isso será tão mais premente quanto menos aceitável se for tornando o racionamento discricionário, o que aumentará a necessidade de investigações futuras desenvolverem modelos multicritérios de opinião pública e de resultados em saúde.

As técnicas de avaliação econômica muito úteis em diversas áreas encontram-se para efeitos de racionamento dos cuidados de saúde numa fase embrionária de desenvolvimento. A complexidade que norteia essa temática pode ser sintetizada por uma metáfora utilizada por Ham⁶¹ que compara o processo de estabelecer prioridades mais a uma maratona que a um *sprint*.

Resumo

Estabelecer prioridades em saúde traduz-se em escolhas entre programas alternativos e/ou entre pacientes ou grupos de pacientes. Tradicionalmente, os economistas da saúde propuseram a agregação dos ganhos de saúde, avaliados em QALYs, como forma de estabelecer prioridades e maximizar o bem-estar social. Isso requer que o valor social dos ganhos de saúde seja um produto dos ganhos em anos de vida, qualidade de vida e número de pessoas tratadas. Resultados da revisão de literatura sugerem que nem os potenciais ganhos de saúde são, por si só, um determinante significativo de valor nem a regra da maximização dos ganhos de saúde parece suficiente. O valor social de um ganho de saúde parece não ser uma função linear dos ganhos de mortalidade e morbidade, nem parece neutral às características dos doentes ou à distribuição final de saúde entre a população. Paralelamente à revisão do debate sobre o papel e limitação dos QALYs para a priorização dos recursos da saúde, o artigo procura justificar a controvérsia de alguns resultados empíricos, em particular, no que se refere à formação e manifestação das preferências sociais.

Prioridades em Saúde; Recursos em Saúde; Equidade

Colaboradores

O artigo foi redigido por M. M. Pinho e revisado por P. A. C. V. Veiga.

Referências

1. Gold M, Siegal J, Russel L, Weinstein M. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press; 1996.
2. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument. *Health Econ* 1997; 6:117-32.
3. Pliskin J, Shepard D, Weinstein M. Utility functions for life years and health status. *Oper Res* 1980; 28:206-24.
4. Torrance G, Feeny D. Utilities and quality adjusted life years. *Int J Technol Assess Health Care* 1989; 5:559-75.
5. Bleichrodt H. Health utility indices and equity considerations. *J Health Econ* 1997; 16:65-91.
6. Sen A. Collective choice and social welfare. San Francisco: Holden-Day; 1970.
7. Sen A. On weights and measures: informational constraints in social welfare analysis. *Econometrica* 1977; 45:1539-72.
8. Torrance G. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ* 1986; 5: 1-30.
9. Nord E. The QALY: a measure of social value rather than individual utility? *Health Econ* 1994; 3:89-93.
10. Culyer A, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993; 12:431-57.
11. Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. Utilization as a measure of equity: weighing heat? *J Health Econ* 1991; 10:470-80.
12. Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *J Health Econ* 1991; 10:21-41.
13. Williams A, Cookson R. Equity in health. In: Culyer A, Newhouse P, editors. *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland/Elsevier; 2000. p. 1863-907.
14. Dolan P. The measurement of individual utility and social welfare. *J Health Econ* 1998; 17:39-52.
15. Dolan P, Olsen J. Equity in health: the importance of different health streams. *J Health Econ* 2001; 20: 823-34.
16. Nord E. The trade-off between severity of illness and treatment effect in cost-value analysis of health care. *Health Policy* 1993; 24:227-38.
17. Nord E. Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
18. Hadorn D. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991; 265:2218-25.
19. Harris J. QALYfying the value of life. *J Med Ethics* 1987; 13:119-20.
20. Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Williams A. QALY maximization and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Econ* 2005; 14:197-208.
21. Nord E, Pinto J, Richardson J, Menzel P, Ubel P. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health Econ* 1999; 8:25-39.
22. Olsen J, Richardson J, Dolan P, Menzel P. The moral relevance of personal characteristics in setting health care priorities. *Soc Sci Med* 2003; 57:1163-72.
23. Williams A. The rationing debate: rationing health care by age. *BMJ* 1997; 314:820-5.
24. Tsuchiya A. Age-related preferences and age weighting health benefits. *Soc Sci Med* 1999; 48:267-76.
25. Murray C, Lopez A. Global comparative assessment in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization; 1994.
26. Murray C. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ* 1994; 72:429-45.
27. Rawls J. A theory of justice. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
28. Singer P, McKie J, Kuhse H, Richardson J. Double jeopardy and the use of QALYs in health care allocation. *J Med Ethics* 1995; 21:144-57.
29. Nord E. Concerns for the worse off: fair-innings versus severity. *Soc Sci Med* 2005; 60:257-63.
30. Nord E, Richardson J, Street A, Kuhse H, Singer P. Maximizing health benefits vs egalitarianism: an Australian survey of health issues. *Soc Sci Med* 1995; 31:1429-37.
31. Ryyanen O, Myllykangas M, Kinnunen J, Halonen P, Takala J. Prioritization attitudes among doctors and nurses examined by a scenario method. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16:92-9.
32. Fortes P, Zaboli E. A study on the ethics of micro-allocation of scarce resources in health care. *J Med Ethics* 2002; 28:266-9.
33. Charny M, Lewis P, Farrow S. Choosing who shall not be treated in the NHS. *Soc Sci Med* 1989; 28:1331-8.
34. LeGrand J. Equity, health and health care. *Soc Justice Res* 1987; 1:257-74.
35. Edgar A, Salek S, Shickle D, Cohen D. The ethical QALY: ethical issues in healthcare resource allocations. Haslemere: EuroMed Communications; 1998.
36. LeGrand J. The strategy of equality. London: Allen and Unwin; 1982.
37. Roemer J. Equality of opportunity. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
38. Cookson R, Dolan P. Public views on health care rationing: a group discussion study. *Health Policy* 1999; 49:63-74.
39. Schwappach D. Does it matter who you are or what you gain? An experimental study of preferences for resource allocation. *Health Econ* 2003; 12:255-67.
40. Skrabanek P. The death of human medicine and the rise of coercive healthism. Bury: The Social Affairs Unit/St. Edmundsbury Press; 1994.
41. Ubel P, DeKay M, Baron J, Asch D. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints: is it equitable? *N Engl J Med* 1996; 334:1174-7.
42. Ubel P, Baron J, Nash B, Asch D. Are preferences for equity over efficiency in health care allocation all or nothing? *Med Care* 2000; 38:366-73.
43. Olsen J. A note on eliciting distributive preferences for health. *J Health Econ* 2000; 19:541-50.
44. Choudhry N, Slaughter P, Sykora K, Naylor D. Distributional dilemmas in health policy: large benefits for a few or smaller benefits for many? *J Health Serv Res Policy* 1997; 2:212-6.

45. Rodríguez-Míguez E, Pinto-Prades J. Measuring the social importance of concentration or dispersion of individual health benefits. *Health Econ* 2002; 11:43-53.
46. Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang K. Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. *Soc Sci Med* 2003; 56:1001-12.
47. Kneeshaw J. What does the public think about rationing? A review of the evidence. In: New B, editor. *Rationing, talk and action in health care*. London: British Medical Journal Publishing; 1997. p. 58-76.
48. Ryan M, Scott D, Reeves C, Bate A, Teijlinger E, Russell E, et al. Eliciting public preferences for health care: a systematic review of techniques. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-186.
49. Lloyd A. Threats to the estimation of health benefits: are preferences elicitation methods accurate? *Health Econ* 2003; 12:393-402.
50. Denzin N. *The research act*. London: McGraw-Hill Book Company; 1978.
51. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision making under risk. *Econometrica* 1979; 47:263-91.
52. Tversky A. On the elicitation of preferences: descriptive and prescriptive considerations. In: Bell D, Kenney R, Raiffa H, editors. *Conflicting objectives in decisions*. New York: Wiley; 1977. p. 209-22.
53. Ajzen I. Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behaviour in personality and social psychology. *Advances in Experimental Social Psychology* 1987; 20:1-67.
54. Schweitzer M. Multiple reference points, framing and the status quo bias in health care financing decisions. *Organ Behav Hum Decis Process* 1995; 63:69-72.
55. Slovic P, Griffin D, Tversky A. Compatibility effects in judgements and choice. In: Hogarth R, editor. *Insights in decision making: a tribute to Hillel J. Einhorn*. Chicago: Chicago University Press; 1990. p. 5-27.
56. Dolan P, Cookson R. A qualitative study into the extent to which health gain matters. *Health Policy* 2000; 51:19-30.
57. Shaw R, Dolan P, Tsuchiya A, Williams A, Smith P, Burrows R. Development of a questionnaire to elicit public preferences regarding health inequalities. York: Centre for Health Economics, University of York; 2001.
58. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ* 1999; 318:916-9.
59. Richardson J. The poverty of ethical analyses in economics and the unwarranted disregard of evidence. In: Murray C, Salomon J, Mathers C, Lopez A, editors. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement, and applications*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 627-40.
60. Broome J. *Weighing goods*. Oxford: Blackwell; 1991.
61. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997; 42:49-66.

Recebido em 29/Abr/2008

Versão final reapresentada em 05/Ago/2008

Aprovado em 25/Ago/2008