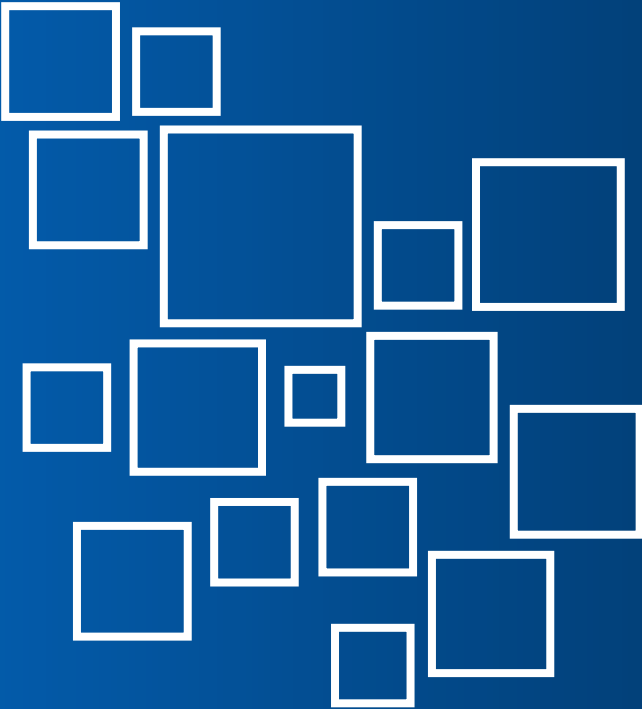


ISSN 1022-4057

Português

English

Español



ECONOMIC ANALYSIS OF LAW REVIEW

abde
Associação Brasileira
de Direito e Economia

 Universidade
Católica de Brasília


EDITORA
universa

www.ealr.com.br

Economic Analysis of Law Review

A Indução da Procura mediante a Promoção da Chance Terapêutica - A problemática dos ganhos de chance promovidos pela recomendação médica em tratamentos sem efeito discernível nos pacientes

Ricardo Reigada Pereira¹

Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

RESUMO

O presente artigo tem origem numa reflexão sobre artigos de natureza médica relativos a certo tipo de tratamentos ministrados a pacientes com cancro. Em tais artigos sublinha-se a falta de eficácia ou a desnecessidade de muitos desses tratamentos no âmbito de certas patologias cancerígenas, concluindo-se pela inexistência de qualquer efeito discernível nos pacientes que são sujeitos a tais procedimentos terapêuticos. Um contexto médico deste tipo convoca o problema dos custos significativos que o tratamento implica para o paciente. A prescrição médica desses tratamentos tem nessa medida de ser confrontada com o elenco de razões que pode explicar a circunstância de continuarem a ser objecto de recomendação médica em face da não evidência científica de sua eficácia. É exactamente esta contradição e suas causas que serão objecto de análise neste texto.

Palavras-chave: Tratamento Médico, Cancro, Ineficácia, Indução, Responsabilidade Civil.
JEL: K13.

ABSTRACT

This article comes from a reflection upon certain medical treatments applied to cancer patients. These treatments emphasize the lack of efficacy or the unnecessary for many of these treatments for certain conditions carcinogenic, concluding for the absence of any discernible effect on patients who are subjected to such procedures. A medical context such as this brings the discussion about the significant costs involved in these treatments. The prescription of these treatments needs to that extent to be confronted with the reasons that might explain the fact that they continue to be subject to medical recommendation, event though there is no scientific evidence of its effectiveness. It is precisely this contradiction and its causes that are addressed in this paper.

Key words: Medical Treatment, Cancer, Ineffectiveness, Nudge, Liability
R: 30/5/11 **A:** 19/9/11 **P:** 16/11/11

¹ O Autor é doutorando na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (ex-docente desta Faculdade) e pode ser contactado no e-mail: ricardo.pereira@linklaters.com.

1. Prólogo: a origem da inquietação

“Every experience is a paradox in that it means to be absolute, and yet is relative; in that it somehow always goes beyond itself and yet never escapes itself”

T. S. Eliot, in
Eliot’s doctoral dissertation in philosophy (1916)

Este texto tem origem numa reflexão sobre artigos de natureza médica relativos a certo tipo de tratamentos ministrados a pacientes com cancro. Em tais artigos sublinha-se, com particular ênfase, a falta de eficácia ou a desnecessidade de muitos desses tratamentos no âmbito de certas patologias cancerígenas, concluindo-se pela inexistência de qualquer efeito discernível nos pacientes que são sujeitos a tais procedimentos terapêuticos.

Em concreto, há duas realidades distintas que pela sua reiterada e crescente utilização têm suscitado particular perplexidade. Por um lado, vários estudos recentes vieram atestar a ineficácia da quimioterapia em determinados tipos de cancro. Por outro lado, diversos outros estudos vieram questionar a razoabilidade dos tratamentos que comumente resultam do diagnóstico do *carcinoma ductal “in situ”* (“CDIS”), um cancro benigno da mama geralmente detectável apenas através de mamografia. Acontece que, não obstante estes contributos científicos, a comunidade médica continua amplamente a proceder à prescrição e administração dos tratamentos em apreço. Esta circunstância parece assim representar, de um ponto de vista terapêutico, um paradoxo.

Um contexto médico deste tipo convoca pois, de forma imediata, o problema dos custos que o tratamento implica para o paciente. Custos esses – monetários e não monetários – especialmente significativos no caso dos tratamentos em apreço. Assim, a acrescer à respectiva falta de eficácia dos tratamentos há igualmente que sublinhar os custos – directos e indirectos – em que incorre o paciente, incluindo o grau de toxicidade dos mesmos.

A prescrição médica desses tratamentos tem nessa medida de ser confrontada com o elenco de razões que pode explicar, em abstracto, a circunstância de os mesmos continuarem a ser objecto de recomendação médica. Realidade particularmente estranha face à não evidência científica – bem pelo contrário – da eficácia dos mesmos. Cumpre assim perguntar, sem mais, o que pode então explicar que existam cuidados médicos desnecessários ou desapropriados a serem tão amplamente administrados pelos profissionais de saúde?

É exactamente esta contradição – enquanto genuína contradição “terapêutica” – e suas causas que serão objecto de análise neste texto.

2. Introdução: O ganho de *chance* terapêutico e a indução da procura

“Le possible est donc le mirage du présent dans le passé”

Bergson, “Le possible et le réel”, in *La pensée et le mouvant* (1934)

A justificação médica para a necessidade de um determinado tratamento, incluindo o direccionado às patologias cancerígenas, assenta nos ganhos de *chance* que o mesmo visa tornar possível. Ganhos de *chance* que consistem (i) na prevenção de uma patologia, ou (ii) na diminuição

EALR, V. 2, nº 2, p. 352-403, Jul-Dez, 2011

de uma patologia já diagnosticada ou, finalmente, (iii) na diminuição da perda de utilidade evitada devida ao prolongamento da vida ou de uma melhor saúde durante o tempo de vida restante.

Tratamentos que não gozem de qualquer tipo de efeito discernível no paciente – isto é, que não tenham sido objecto de qualquer confirmação da respectiva eficácia na evidência empírica médica – não podem prometer cientificamente qualquer ganho de *chance*. Quanto a eles há, isso sim, a certeza de um custo *certo* no presente (e potencialmente no futuro). No contexto de incerteza que domina todo o sector dos cuidados de saúde esta é talvez, sem mais, a única certeza do paciente. Em suma, estamos aqui perante uma tipologia de casos onde se revela flagrante a desnecessidade do recurso generalizado (*àqueles*) cuidados médicos.

A natureza especialmente problemática deste tipo de situações vem desde logo sublinhada no texto que é habitualmente identificado como estando na origem da disciplina da economia de saúde, o artigo de 1963 de Kenneth Arrow (1963:941-973). Na realidade, logo aí se afirmava, ainda que no contexto da problemática dos seguros de saúde, que “(...) *medical care will always be undertaken in any case in which the expected utility, taking account of the probabilities, exceeds the expected medical costs*” (1963:965).

A recomendação médica de tratamentos relativamente aos quais nenhum ganho de *chance* tenha sido cientificamente identificado – ou seja, em que toda a evidência médica disponível testemunha no sentido do efeito não discernível do tratamento no paciente – é pela sua natureza susceptível de ser enquadrado pelo instituto da responsabilidade civil. Em Portugal, a responsabilização civil deste tipo de condutas surge prevista no artigo 485º, n.º 2 do Código Civil.

Acontece, no entanto, que certos tratamentos direccionados para determinadas patologias cancerígenas continuam a ser amplamente recomendados, isto não obstante a inexistência de evidência empírica da sua eficácia e, em certa medida, do próprio efeito preventivo da responsabilidade civil. A explicação estaria, *a priori*, na matriz e nas características próprias do sector da saúde (Arrow, 1963:948-954), o que tornaria este sector mais susceptível ao surgimento deste tipo de situações.

Nesses termos, (i) a incerteza e sua relação com o bem saúde, (ii) a assimetria informativa entre os agentes, (iii) o papel das instituições sem fins lucrativos, (iv) os juízos éticos que muitas das posições neste domínio reflectem, (v) as externalidades que resultam das patologias e dos problemas de apropriação na produção da informação, ou (vi) o papel do Estado no sector criariam, para o efeito, um ambiente propício à emergência de alguns fenómenos peculiares em termos económicos. Aspectos que têm impacto ao nível da natureza da procura (Arrow, 1963:948-949) e das condições da oferta (Arrow, 1963:952-953). Assim, apesar de todos aqueles factores existirem igualmente noutros sectores económicos, a diferença está aqui no facto de os mesmos se encontrarem todos reunidos no sector da saúde, algo que não sucede em outros domínios (Barros, 2009:30). Essa a especificidade do sector da saúde em termos de problemas e questões económicas que convoca (Barros, 2009:30).

Aliás, aquela combinação de factores faz com que o problema da contradição terapêutica identificada – e explorada em maior detalhe *infra* – seja susceptível de gozar de implicações a vários níveis.

Por um lado, a contradição terapêutica tem implicações no âmbito do financiamento público dos cuidados de saúde. Na realidade, o fenómeno da contradição terapêutica revestirá particular relevo em sistemas que assentem, mesmo que em parte, num qualquer sistema de financiamento público da saúde. A afectação de recursos – necessariamente escassos – a cuidados de saúde comunga dos problemas típicos dos recursos comuns: sobreuso, subprovisão e má gestão (Epstein, 1997:59;

Woolf & Stange, 2006:99-102; e Fadul, 2009:105). Realidade que reivindica então a necessidade de introduzir limitações ao respectivo acesso e uso (Hardin, 1968:1245-1247; Hess & Ostrom, 2003:115-116; Bell & Parchomovsky, 2003:13; e Araújo, 2008:75-81). Sublinhe-se, nesses termos, que um financiamento público de tratamentos *ineficazes* significa que estão a ser subtraídos, total ou parcialmente, fundos para outros fins (inclusive de natureza médica). Por exemplo, há terapias que gozam de efeito discernível no tratamento de determinadas patologias que não estão a ser financiadas pelo sector público. Para além disso, estar-se-á com isso a privar fundos públicos a investigações médicas direccionadas à descoberta de novas formas de tratamento. Logo, no conflito positivo de pretensões dos destinatários dos cuidados de saúde – os pacientes – há alguém que fica necessariamente a perder em virtude de tais fundos públicos não terem sido consignados à *sua* patologia. Perda de bem-estar essa que não representa, no entanto, qualquer benefício em outrem, uma vez que os fundos públicos em apreço não contribuirão para o bem-estar dos pacientes que deles beneficiam, isto na medida em que tais fundos estão a ser consumidos por tratamentos que não gozam de efeito discernível no estado de saúde daqueles. Ou seja, teríamos aqui aparentemente – e abstraindo para já do papel do profissional de saúde na relação – a manifestação de uma “perda absoluta de bem-estar” (“*deadweight loss*”). Aliás, este contexto médico remete assim igualmente, nesses termos, para complexas questões bioéticas na administração dos cuidados médicos de saúde e sua respectiva forma de financiamento Holm (2007:156-174).

Por outro lado, a contradição terapêutica identificada tem igualmente implicações ao nível da perda de *chance* em que pode fazer incorrer o paciente. De facto, uma promessa de ganho de *chance* pode nesses casos resultar, afinal de contas, numa perda de *chance*. Um tratamento terapêutico *ineficaz* é susceptível de prejudicar – e muitas vezes prejudica – a administração de outras terapias ou, noutros casos, impede a imediata administração de cuidados paliativos. O paciente deparar-se-á assim, nestes casos, perante uma perda de *chance* – um custo de oportunidade – cuja possibilidade de tutela jurídica suscita inúmeras questões. Rejeitar a sua tutela é naturalmente difícil, mas a sua possível trivialização tornaria o conceito inoperacional. Nesses termos, a noção legal de perda de *chance* na responsabilidade médica foi sendo gradualmente reconhecida em vários ordenamentos (Pedro, 2008:240), nos quais o labor jurisprudencial tem sido decisivo em recortar a sua relevância. A complexidade das questões de contra-factual futuro que a perda de *chance* convoca acabou por conduzir, sem mais, a alterações ao nível dos pressupostos da responsabilidade civil (*v.g.* ao nível da noção de dano (Pedro, 2008:221) e do nexos de causalidade (Aaron & Sebok, 2000:1388-1395 e Shnoor, 2009:80-81), conferindo maior preponderância à prova estatística – *statistical evidence* – face às dificuldades que o nexos causal no caso em concreto suscita – *evidence in a particular case*) (Aaron & Sebok, 2000:1388-1395 e Shnoor, 2009:80-81).

Várias outras implicações decorrerão seguramente também da contradição terapêutica identificada. Em todo o caso, a razão deste texto prende-se, ao invés, com as causas do surgimento do fenómeno. Ou seja, este estudo visa concentrar-se não tanto nos efeitos da prescrição e administração de tratamentos *ineficazes*, mas sobretudo nas suas causas.

Será então neste contexto que aqui se discutirá, tendo essencialmente por base estudos efectuados no estrangeiro, se a contradição terapêutica em apreço não poderá afinal ser explicada a partir de uma manifestação do fenómeno da indução da procura pela oferta no sector da saúde. Por outras palavras, pretende-se testar se não teremos neste tipo de situações os próprios profissionais de saúde a tentarem induzir a procura de serviços que um consumidor bem informado não pretenderia utilizar (Eisenberg, 1986:57).

De forma a facilitar a percepção do problema da indução da procura remete-se neste domínio

muitas vezes – assim o faz Pauly – para a ideia simétrica do “agente perfeito” (*“perfect agent”*). O “agente perfeito” seria aquele relativamente ao qual os cuidados médicos prestados corresponderiam exactamente ao tipo e quantidade de serviços que um paciente com a mesma informação e conhecimentos do médico escolheria (Pauly, 1980:5). A indução da procura corresponderia, ao invés, a uma influência indevida do profissional de saúde no tipo ou quantidade de cuidados médicos prestados (McGuire, 2000:505).

Em 1996, Victor Fuchs deu conta, num discurso dirigido à *American Economic Association* – da qual era presidente à data – que após uma inquirição a especialistas se chegou à conclusão de que 68% dos economistas da saúde norte-americanos, 77% dos teóricos da economia e a 67% dos médicos concordavam com a seguinte afirmação: *“Physicians have the power to influence their patients’ utilization of services (i.e. shift the demand curve), and their propensity to induce utilization varies inversely with the level of demand”* (Fuchs, 1996:8).

A percepção do fenómeno da indução da procura na saúde – actual ou potencial – também não foi ignorada pelos legisladores e reguladores do sector que, preocupados com as suas implicações, foram tentando reagir ao mesmo. Reacções que foram sendo concretizadas, quase sempre, através da criação de regras que visavam limitar, ou mais ingenuamente, eliminar a possibilidade de recurso a comportamentos indutores da procura por parte dos profissionais de saúde. No final, tais regras viram o seu propósito ser muitas vezes frustrado, resultado directo de reajustamentos no comportamento efectuados pelos profissionais de saúde face ao novo enquadramento normativo.

O presente texto pretende assim meditar sobre a existência, no sector da saúde, de condutas dos profissionais que visem induzir a procura de cuidados médicos. Ao fazê-lo, pretende-se igualmente identificar, tendo por base experiências de direito comparado, formas de reacção ao fenómeno já encetadas por parte do poder legislativo e autoridades reguladoras do sector. Por fim, analisar-se-á o impacto de tais medidas legislativas e/ou regulatórias ao nível dos profissionais de saúde. Este último aspecto – particularmente relevante para a nossa análise – avaliará em que termos as alterações comportamentais que se seguiram às reacções legais ou regulatórias não acabaram por frustrar, em larga medida, os propósitos reformadores iniciais. Na realidade, a operacionalidade da *Law and Economics* está exactamente em poder contribuir, pelos métodos e instrumentos em que assenta a sua análise, na antecipação do (*in*)sucesso de determinadas iniciativas legislativas, nomeadamente tendo em conta as previsíveis reacções dos destinatários das mesmas.

Em síntese, a “semântica dos interesses” que todo este universo de temas da indução da procura põe em confronto acaba por funcionar, sem dúvida, como o húmus ideal para o contributo analítico da *Law and Economics*.

3. A ineficácia terapêutica e a percepção social sobre o sucesso da medicina

“As a people, we have become obsessed with Health. There is something fundamentally, radically unhealthy about all this”

Lewis Thomas, in *The Medusa and the Snail* (1979)

Kenneth Arrow sublinhava no seu artigo pioneiro de 1963 que o comportamento que se esperava de um prestador de serviços de saúde seria necessariamente diferente daquele que era expectável de um comum prestador de serviços. As expectativas eram diferentes na medida em que – dizia Arrow – os cuidados médicos pertencem à categoria de realidades em que o produto e

actividade da produção coincidem (Arrow, 1963:949). Em tais casos, o consumidor não consegue testar o produto antes do seu respectivo consumo, pelo que a relação terá de assentar num elemento de confiança (Arrow, 1963:949). Haveria, pois, uma orientação colectiva (*collectivity-orientation*) no serviço, o que distinguiria a medicina de outros domínios onde o interesse egoístico é um princípio comumente aceite (Arrow, 1963:949).

Para o efeito, Arrow ilustrava esta especificidade dos cuidados médicos com três exemplos. Em primeiro lugar, o facto de a publicidade e a concorrência de preços estarem virtualmente afastadas entre médicos. Em segundo lugar, o facto de a recomendação médica de cuidados de saúde adicionais, a prestar pelo próprio ou por outros, estar completamente divorciada do interesse próprio. Em terceiro lugar, afirmar-se (quase) sempre sem hesitações que o tratamento é ditado por necessidades objectivas do caso e não por considerações de carácter financeiro (Arrow, 1963:949-950). Nesses termos, a assimetria de informação entre os agentes económicos no domínio da prestação de cuidados de saúde – em que uma das partes envolvidas na transacção tem melhor informação que a outra parte sobre alguma variável (ou variáveis) que é relevante para o valor económico da relação (Barros, 2009:113) – remeteria o profissional de saúde, sobretudo o decisor clínico, para uma relação de verdade e confiança (Arrow, 1963:965). Estar-se-ia assim, desta forma, perante uma obrigação social desse profissional de saúde (Arrow, 1963:965). Na realidade, o paciente não pode, pela sua falta de conhecimentos e informação, perceber e reivindicar um determinado nível de cuidado em concreto, pelo que tem assim de confiar na capacidade do médico. Mais uma vez nas palavras de Arrow, a obrigação social de melhor prática é, nessa medida, parte do produto que o profissional de saúde vende, mesmo que tal não esteja sujeito a qualquer tipo de escrutínio por parte do comprador (Arrow, 1963:965).

A disciplina da economia da saúde pretendeu testar no sector a validade destas premissas, dando primazia à análise do comportamento dos vários agentes presentes no sector (Barros, 2009:10). Uma das suas mais relevantes contribuições consistiu em colocar em causa que o profissional de saúde, no exercício da sua actividade, se comporta sempre em abstracção dos seus interesses próprios. Com isso estavam então criadas, sem mais, as condições para que, atendendo à especificidade da assimetria informativa que marca o sector da saúde, se viesse a equacionar a hipótese de os profissionais de saúde poderem tentar, com sucesso, induzir a procura dos seus serviços.

Mas se a ligação entre cuidados médicos desnecessários e a indução da procura por parte da oferta tem uma origem, por vezes, quase intuitiva, é preciso determinar em que medida é que essa ligação é confirmada ou infirmada na prática. No fundo, é necessário determinar a validade da primeira premissa: saber se há, de facto, procedimentos médicos desnecessários que são, apesar disso, prescritos e administrados pelos profissionais de saúde.

Como exemplos ilustrativos deste género de tratamentos temos a quimioterapia em alguns tipos de cancro e os tratamentos que geralmente resultam do diagnóstico do *CDIS*. A razão da escolha tem essencialmente que ver com os elevadíssimos custos directos e indirectos que os mesmos implicam para o paciente, a sua actualidade e a circunstância de até agora ainda não terem merecido muita atenção dos especialistas em economia da saúde.

3.1. A eficácia da quimioterapia em patologias cancerígenas

Estima-se que sejam anualmente gastos mais de 40 mil milhões de dólares em medicamentos relacionados com o cancro (Hillner & Smith, 2009:2111 e Levitt & Dubner, 2010:84). Nos Estados Unidos tais medicamentos representam, em vendas, a segunda maior rubrica no universo de produtos farmacêuticos, apenas ultrapassados pelos medicamentos relacionados com patologias cardíacas

(Hillner & Smith, 2009:2111 e Levitt & Dubner, 2010:84). Para além disso, o volume de vendas tem crescido ao dobro da velocidade do mercado de produtos farmacêuticos (há neste momento 100 novas moléculas na fase III de teste) (Hillner & Smith, 2009:2111 e Levitt & Dubner, 2010:84). No âmbito do programa de segurança social gerido pelo Governo norte-americano para pessoas com mais de 65 anos (*Medicare*), os pacientes com patologias cancerígenas representam cerca de 20% do total de pacientes do programa, mas acabam por consumir cerca de 40% do orçamento do mesmo (Bach, 2009:626; Levitt & Dubner, 2010:84). As denominadas *Part B drugs* desse programa governamental – uma categoria dominada pelos medicamentos vocacionados para o tratamento do cancro – cresceram de 3 mil milhões dólares em 1997 para 11 mil milhões de dólares em 2004 (um aumento de 267%), comparado com o crescimento das despesas globais do *Medicare*, no mesmo período, de 210 mil milhões de dólares para 309 mil milhões de dólares (um aumento de 47%)(Bach, 2009:626). Uma porção muito significativa desses gastos tem sido afectada à quimioterapia.

A quimioterapia é utilizada de diversas formas e tem gozado de relativo sucesso em alguns tipos de cancro: leucemia (linfóide ou mielóide) (Goldie, 2008:28; Freter & Perry, 2008:31; e Levitt & Dubner, 2010:84), cancro linfático (Goldie, 2008:28; e Levitt & Dubner, 2010:84), linfoma Hodgkin's (Freter & Perry, 2008:31; e Levitt & Dubner, 2010:84), alguns tipos de linfoma não-Hodgkin (Freter & Perry, 2008:31), cancro dos ovários (Freter & Perry, 2008:31), coriocarcinoma (Freter & Perry, 2008:31) e cancro dos testículos (Freter & Perry, 2008:31; e Levitt & Dubner, 2010:84). Um diagnóstico precoce deste tipo de cancros aumenta significativamente a eficácia da quimioterapia (Levitt & Dubner, 2010:84).

Ao invés, a quimioterapia tem sido expressivamente *ineficaz* em quase todo o outro universo de tipos de cancro (Goldie, 2008:28 Levitt & Dubner, 2010:84). Uma análise exaustiva acerca do tratamento para o cancro nos Estados Unidos e na Austrália demonstrou que a taxa de sobrevivência a cinco anos para todos os pacientes era de cerca de 63%. A quimioterapia contribuiu com cerca de 2% (2,3% na Austrália e 2,1% nos Estados Unidos) para esse resultado (Morgan, Wardy & Barton, 2004:549-560). Dados estatísticos estes que abstraem, para o efeito, de aspectos de custo-benefício ou custo-utilidade do tratamento. Acresce ainda que existe um longo elenco de tipos de cancro onde a quimioterapia não tem revelado qualquer efeito discernível: mieloma múltiplo, cancro na pele não-melanoma, melanoma da pele, cancro no pâncreas, cancro do útero, cancro da próstata, cancro da bexiga, cancro nos rins (Moss, 1995:81-150; e Levitt & Dubner, 2010:84-85).

Mesmo no que diz respeito ao cancro do pulmão de não pequenas células (*non-small-cell lung cancer*) – recorde-se que o cancro do pulmão é o cancro invasivo comum mais fatal – a quimioterapia custa nos Estados Unidos cerca de 40.000 dólares, mas tem contribuído em média para a aumentar a vida de um paciente em cerca de 2 meses (Ramsey et al, 2002:291-297). Isto quando a taxa de desistência dos tratamentos de quimioterapia neste tipo de cancro é muito significativa – cerca de 30% – em resultado da toxicidade do mesmo. Os pacientes acabam assim por muitas vezes preferir desistir do tratamento do que ser confrontados com os brutais efeitos secundários da quimioterapia (Levitt & Dubner, 2010:85). Logo, os resultados também não serão muito animadores à luz de uma análise custo-benefício ou custo-utilidade.

De uma forma geral, a quimioterapia tem assim revelado um efeito discernível relativamente modesto (Goldie, 2008:28), a que acresce a toxicidade da mesma ao nível oral (Lalla et al, 2008:115-135), dermatológico (Ailor & Miles, 2008:136-147), cardíaco (Floyd & Perry, 2008:179-190), pulmonar (Morgensztern & Govidan, 2008:191-196), gastrointestinal (Picus & Martin, 2008:197-208), renal (Shahab & Patterson, 2008:223-233) ou vascular (Doll & Shahab, 2008:245-258). Sublinhe-se, aliás, que é comum que a quimioterapia represente um aumento do risco de

complicações a longo prazo, nomeadamente o surgimento de novas patologias cancerígenas secundárias (Neugut & Uldrick, 2008:259-272).

No âmbito de um estudo relativo a mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama chegou-se à conclusão de que, no final, aquelas mulheres a quem tivesse sido administrada quimioterapia tinham uma probabilidade significativamente superior de ser hospitalizadas ou de acabar nas urgências do que aquelas a quem nenhum tratamento quimioterapêutico fora administrado (61% *vs.* 42%). Na origem dessa necessidade de cuidados médicos adicionais para mulheres a quem tenha sido administrada quimioterapia estiveram febres, infecções, neutropenia, trombocitopenia, desidratação, náuseas, emesis ou diarreia, anemia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar e má nutrição (Hassett et al, 2006:1108-1117). A conclusão do estudo consistiu nesses termos em dar a conhecer que para além dos já extensivamente documentados custos directos relacionados com a quimioterapia, há outros custos não monetários imediatos e mediatos que os mesmos implicam (Hassett et al, 2006:1114).

Partindo exactamente deste contexto adverso há quem se questione se no futuro, talvez daqui a 50 anos, não se venham a colocar as maiores reticências sobre quais os motivos pelos quais estava a ser administrada quimioterapia a pacientes com cancro nos finais do século XX e princípios do século XXI (Levitt & Dubner, 2010:86), imitando dessa forma o processo histórico de outro tipo de tratamentos que foram igualmente considerados espúrios na moderna ciência médica (o caso da lobotomia é, talvez, um dos mais claros exemplos a esse nível).

Alguns oncologistas argumentam, não obstante, que os benefícios da quimioterapia não são necessariamente capturados pela informação relativa à mortalidade. Segundo essa visão, a quimioterapia pode não ajudar nove em cada dez pacientes, mas terá um extraordinário impacto (positivo) no décimo. Em todo o caso, face aos custos monetários e não monetários que a quimioterapia representa e à sua enunciada falta de eficácia em alguns tipos de cancro, a questão acerca da razão pela qual é tantas vezes prescrita e administrada fica ainda por responder.

3.2. O diagnóstico do *carcinoma ductal “in situ” (“CDIS”) – a reserva de doença*

O *CDIS* é, por sua vez, o tumor da mama não invasivo mais frequente. Trata-se de um tumor que consiste no aparecimento de pequenas calcificações nos ductos que transportam o leite para o mamilo (Welch, 2004:58). O tumor não ultrapassa aqueles ductos e é tão pequeno que geralmente apenas se torna detectável através de mamografia. Sem a mamografia seriam raríssimos os casos de mulheres que algum dia tomariam consciência de terem tido *CDIS*. Em todo o caso, o advento da mamografia, a sua crescente generalização e o aumento da resolução das mesmas provocou um aumento exponencial dos diagnósticos de *CDIS* (Welch, 2004:82).

Em média, cerca de 50 mil casos novos de *CDIS* surgem todos os anos nos Estados Unidos e quase todos eles conduzem à sua respectiva remoção (Gladwell, 2009:215). Tal significa a realização de biopsias, ultra-sons, raios-X adicionais, mastectomias, lumpectomias e radiações. Sublinhe-se que o *CDIS* é não invasivo, pelo que o combate ao mesmo tem em vista prevenir o surgimento de um cancro de mama invasivo. A prevenção desse cancro de mama é então, no caso em apreço, o ganho de *chance* que o tratamento promete. Acontece que muitas dúvidas se colocam quanto à possibilidade de esse ganho de *chance* se poder efectivamente verificar.

Na realidade, se o ganho de *chance* que o tratamento para o diagnóstico do *CDIS* pressupõe é prevenir um cancro de mama invasivo futuro, então seria de supor que o número de cancros de mama

invasivo tivesse decrescido significativamente após a generalização do tratamento ao *CDIS*. No entanto, não é nada claro que tal tenha sucedido.

Em 1987 foi publicado um estudo dinamarquês particularmente revelador (Nielsen et al, 1987:814-819). Vários patologistas dinamarqueses realizaram entre Outubro de 1983 e Julho de 1984 uma série de autópsias em mulheres caucasianas dinamarquesas. As autópsias foram efectuadas no *University Institute of Forensic Medicine* em Copenhaga. Excluíram-se do universo das autópsias realizadas (i) as mulheres com menos de 20 e com mais de 54 anos, (ii) as mulheres relativamente às quais entre a autópsia e o momento da morte tenham decorrido mais de 6 dias e (iii) os casos em que existisse uma lesão significativa de uma ou de ambas as mamas. Ou seja, todas as mulheres em apreço morreram de uma outra causa que não o cancro de mama (Nielsen et al, 1987:814-815). O *University Institute of Forensic Medicine* de Copenhaga cobria uma população de cerca de 2,3 milhões de pessoas, em que se estimava existirem cerca de 605,000 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 54 anos de idade. Durante o período em análise cerca de 10% de todas as mortes naquela área ficavam sujeitas a exame médico-legal, 25% dos quais acabava na realização de autópsia. Durante a autópsia às mulheres em apreço foi efectuada uma mastectomia bilateral total com dissecação axilar parcial (Cady, 1973:313) em todas as mulheres, excepto uma delas que já tinha efectuado previamente uma mastectomia em virtude de um diagnóstico de cancro de mama invasivo e, nessa medida, tinha efectuado uma mastectomia contralateral. Num universo de 110 mulheres, obteve-se o seguinte quadro clínico (Nielsen et al, 1987:816):

Distribuição das lesões da mama num universo das 110 autópsias realizadas					
	Cancro da mama invasivo	CDIS	CLIS*	CDIS / CLIS	HDA**
Número de mulheres	2	15	4	1	8
Bilateralidade	2	5	0	1	3
Multicentricidade	2	7	0	1	5

* Carcinoma lobular “*in situ*” (“CLIS”)

** Hiperplasia ductal atípica (“HDA”)

Este estudo histopatológico efectuado em autópsias médico-legais facultava uma estimativa da ocorrência de lesões de mama clinicamente ocultas em mulheres de meia-idade. Nesses termos, através das amostras de tecido mamário chegou-se à conclusão que quase 40% das mulheres tinham cancro de mama (atente-se que a hiperplasia ductal não é tecnicamente considerada cancerígena, mas a diferença pode ser muito subtil (Welch, 2004:101), a maior parte *CDIS*).

No âmbito dos cancros de mama “*in situ*” e hiperplasia ductal atípica não eram evidenciáveis anormalidades grandemente identificáveis, isto uma vez que a maior parte das lesões era microfocal (ou seja, de um diâmetro de 5mm ou menos). Mesmo nos casos de cancro de mama invasivo – detectado em duas das mulheres – o mesmo dizia respeito a casos totalmente distintos. Um deles surgia numa mulher que já tinha sido tratada para cancro ductal invasivo. A outra mulher não tinha qualquer sintoma de lesão mamária, apesar de sofrer de lesões em ambas as mamas (Nielsen et al, 1987:815).

A circunstância de o cancro de mama ser em média responsável, nos estudos efectuados até hoje, por uma mortalidade inferior a 4% nas mulheres levou alguns a concluir, nesses termos, que a

maioria daquelas mulheres – caso as mesmas tivessem vivido mais tempo – morreria de outra causa que não o cancro de mama (Gladwell, 2009:214). A conclusão pode parecer precipitada, mas é elucidativa quanto às dúvidas que o diagnóstico do *CDIS* tem suscitado. Daí que alguns autores perguntem se, face ao desenvolvimento tecnológico que inevitavelmente vai ocorrendo, quanto mais cancro da mama há para descobrir (“*how much more breast cancer is there to find*”) (Welch, 2004:86) nos próximos anos? Ou seja, o progresso médico, nomeadamente dos instrumentos de diagnóstico, poderão conduzir à sobre-exploração de uma “reserva de doença” (“*disease reservoir*”) (Welch & Black, 1997:1023-1028) que ainda está por ser esgotada. Circunstância essa que por sua vez conduz à questão, crescentemente complexa, de saber o que é estar a sofrer, de facto, de uma determinada patologia.

Um dos problemas principais que resulta do diagnóstico de *CDIS* é exactamente que se assume, sem mais, que uma lesão mamária vai necessariamente redundar num cancro invasivo, colocando dessa forma em causa a vida do paciente. Segundo Gilbert Welch, um *medical-outcome expert* da *Dartmouth Medical School*, ainda não se percebe na sua plenitude a natureza do desenvolvimento do cancro, assumindo-se que na ausência de uma intervenção o mesmo acabará por matar a pessoa (Welch, 2004:84). Uma das origens deste problema foi, na opinião daquele mesmo autor (em entrevista a um jornalista do *New Yorker*), ter-se associado a palavra *carcinoma* ao *CDIS*, o que igualmente contribui para os médicos recomendarem imediatamente a terapia (Gladwell, 2009:215).

Em todo o caso, uma vez que o diagnóstico de *CDIS* depende essencialmente do progresso tecnológico, nomeadamente ao nível dos instrumentos de mamografia, há aqui como que uma “reserva de *CDIS*” (“*DCIS reservoir*”) (Welch & Black, 1997:1026) que continuará a ser – e aparentemente cada vez mais – explorada (Welch & Black, 1997:1025-1027).

Acontece que a forma como o *CDIS* evolui – se é que chega a evoluir em todos os casos – tem suscitado muitas dúvidas na classe médica (Ernster et al, 2002:1552). A circunstância de a abordagem ao *CDIS* ser essencialmente morfológica e não etiológica tem sido objecto de crítica (Silverstein, 1998:102). Para o efeito, tem-se sugerido que muitos casos de *CDIS* não progridem para lesões malignas e podem nunca vir a reivindicar qualquer tratamento na vida de uma paciente (Ernster et al, 2002:1553). Adicionalmente, apesar do risco de evolução para um cancro invasivo, a maior parte das mulheres tratadas em virtude de um diagnóstico de *CDIS* não se depara posteriormente com nenhuma manifestação de cancro invasivo, pelo menos no espaço de 10-15 anos depois do diagnóstico do *CDIS* (Ernster et al, 2002:1553). Registos clínicos demonstram que apenas cerca de 2% das mulheres que são diagnosticadas e tratadas para o *CDIS* desde a aferição mamográfica vieram a morrer de cancro da mama num período de 10 anos após o diagnóstico do *CDIS* (Ernster et al, 2000:953-958 e Warnberg et al, 1999:769-774). Estes resultados parecem testemunhar no sentido da eficácia dos actuais tratamentos e da natureza relativamente benigna da maior parte dos *CDIS* detectados através de mamografia (Ernster, 2002:1553). Grande parte da comunidade médica considera que as alterações genéticas precedem qualquer tipo de evidência morfológica de transformação maligna da patologia. A via genética terá, na opinião dos mesmos, de marcar a evolução da medicina nestes domínios (Silverstein, 1998:101-102).

Apesar do diagnóstico do *CDIS* não ser assim um aspecto consensual na classe médica – há estudos mais optimistas quanto aos reais benefícios (Lognecker et al, 1996:961-965; Lambe et al, 1998:330-332; Zhuang et al, 1995:467-471; James et al, 1997: 1059-1065; Marsh & Varley, 1998:1439-1447; e Trentham-Dietz et al, 2000:697-703) e outros que pretendem infirmar ou pelo

menos limitar as razões para tal optimismo (Welch & Black, 1997:1023-1028; Ernster et al, 2000:953-958; Warnberg, et al, 1999:769-774; e Ernster, et al, 2002:1553) – um dos aspectos em que quase todos concordam é com o facto de grande parte do problema surgir na forma como originalmente se despista a existência de *CDIS*: a mamografia.

Uma mamografia não consegue antecipar qual será o desfecho do *CDIS*. Aliás, extrair informação de um mamograma é conceptualmente diferente de outros raios-X, uma vez que não existe informação “*standardizada*” relativamente à mama. Problema esse que está, por sua vez, na origem de um dos piores corolários da mamografia: os falsos positivos. Um estudo norte-americano chegou à conclusão de que 1 em cada 10 mamogramas dão origem a um falso positivo (Brown et al, 1995:1373-1377; e Berry, 2004:68). Logo, na hipótese de uma mulher fazer despistagens anuais aos 40 anos, ela terá 60 possibilidades de obter um falso positivo até perfazer 70 anos de idade, tendo sido submetida a 30 mamogramas (Elmore et al, 1998:1089). Sublinhe-se que os falsos positivos provocam ansiedade, custos acrescidos e podem causar morbosidade (Bull & Campbell, 1991:510-515; Ellman et al, 1989:781-784; Gram et al, 1990:1018-1022; Gram & Slenker, 1992:249-251; Lerman et al, 1991; Lerman et al, 1991:657-661; Lerman et al, 1991:259-267; Paskett & Rimer, 1995:73-82; e Sutton et al, 1995:413-418). Aspectos a que acresce, por seu turno, a possibilidade de virem a resultar, como muitas vezes acontece, em biopsias, mastectomias, lumpectomias e radiações completamente desnecessárias.

O problema subjacente às mamografias não está, pois apenas naquilo que as mesmas indicam ou não indicam aos radiologistas, é a própria informação que as mesmas encerram que não é susceptível de interpretações uniformes. Um estudo particularmente elucidativo a este respeito foi efectuado nos Estados Unidos. Perguntou-se, para o efeito, a 10 radiologistas certificados do domínio da prática médica ou exercício académico para observarem 150 mamogramas efectuados em 1987 no *Yale-New Haven Hospital*. Cada um dos radiologistas tinha observado em média, no ano anterior, 1900 mamogramas (Elmore et al, 1994:1494) e nenhum deles sabia qual o propósito da solicitação (Elmore et al, 1994:1493). Os mamogramas tinham sido objecto, na altura em que foram efectuados, de uma interpretação definitiva e diziam respeito a mulheres sem historial clínico de cancro de mama (Elmore et al, 1994:1493). Do universo de casos seleccionados, 27 mulheres desenvolveram cancro de mama no espaço de um ano (22 casos) ou de dois anos (5 casos); as remanescentes 123 mulheres eram mulheres saudáveis, com resultados negativos confirmados (Elmore et al, 1994:1494). Na primeira fase, cada um dos radiologistas analisou autonomamente os 150 mamogramas. Na segunda fase, que ocorreu 5 meses mais tarde, os mesmos 150 mamogramas foram novamente observados, mas sem serem os radiologistas informados de que se tratavam dos mesmos mamogramas que tinham anteriormente analisado. Em 50 mamogramas foi lhes dado a conhecer a idade das pacientes (informação facultada na primeira e na segunda fase), em outros 50 foi lhes dado a conhecer o historial clínico na primeira fase e a idade na segunda e nos remanescentes 50 foi lhes dado a conhecer a idade na primeira fase e o historial clínico na segunda fase (Elmore et al, 1994:1493-1494).

Os resultados foram significativamente díspares (Elmore et al, 1994:1498):

Radiologista	Pacientes com cancro (N=23)				Pacientes sem cancro (N=127)			
	Necessidade de <i>immediate workup</i> *	Biópsia	Ultra-sons	Observação adicional	Necessidade de <i>immediate workup</i> *	Biópsia	Ultra-sons	Observação adicional
Percentagem de pacientes								
A	96	86	11	41	60	20	8	53
B	96	70	11	52	40	7	11	34
C	93	63	19	67	65	9	24	55
D	93	78	11	22	57	13	15	42
E	89	70	15	26	41	14	14	24
F	85	48	19	70	45	3	11	43
G	85	67	7	30	44	5	11	38
H	81	52	15	37	38	10	14	25
I	78	48	4	41	30	3	7	25
J	74	33	7	37	11	3	5	6

* Um *immediate workup* encontrava-se definido como a necessidade de efectuar nova mamografia, ultra-sons ou uma biópsia.

A título ilustrativo, o radiologista mais bem sucedido na detecção de cancros – radiologista A – acertou em 96% dos cancros, outro apenas 74% – radiologista J. Acontece que aquele que mais precisão teve na detecção de cancro da mama foi igualmente aquele que recomendou *immediate workup* para 64% de mulheres que não tinham cancro (i.e. diagnosticou uma série de falsos positivos). Em geral, os radiologistas que recomendaram os *workups* mais frequentemente fizeram-no para pacientes com cancro e sem cancro. Ora, para além da já aludida ansiedade e desconforto de tais *workups*, bem como o respectivo custo expresso em valores monetários, há ainda que sublinhar que a mamografia não está assim a cumprir com o seu propósito. Na realidade, não sendo a mamografia uma forma de tratamento médico, mas sim uma forma de *screening*, seria pelo menos expectável que através da mesma se afastassem os pacientes saudáveis da equação (Elmore et al, 1994:1497). Não é isso que acontece. Para além de não se conseguir alcançar um diagnóstico definitivo, nem sequer um verdadeiro sucesso na triagem dos saudáveis *vs.* não-saudáveis se consegue obter.

Um outro facto igualmente eloquente está ligado à circunstância de a mamografia não representar a melhor forma de detectar os tumores mais nefastos, uma vez que a mesma está vocacionada, pela sua natureza, para detectar os tumores de crescimento lento (aqueles que, em princípio, revelam um índice mitótico mais baixo). Daí a recomendação dos médicos para mamografias regulares a partir, pelo menos, dos 50 anos de idade (em períodos de 2 ou 3 anos), que devem ser intervalados com exames de apalpação.

Um estudo no Canadá realizado há uns anos chegou a conclusões interessantes no que diz respeito àquela complementaridade da mamografia com o exame de apalpação (Miller et al, 2000:1490-1499). Nesse estudo, conhecido como o *Canadian National Breast Screening Study-2*, concluiu-se que apesar de terem sido diagnosticados quatro vezes mais cancros *in situ* em mulheres que tinham sido sujeitas a um exame mamográfico e apalpação do que naquelas que tinham sido apenas sujeitas a exames de apalpação, acabava por não haver diferenças gerais entre os dois grupos de mulheres na taxa de mortalidade com origem no cancro da mama, mesmo num período de vigília

(*follow-up*) de 13 anos (Miller et al, 2000:1498-1499).

Todo este elenco de factos gera, como não poderia deixar de ser, muita controvérsia em torno da relevância da mamografia, nomeadamente tendo em conta o impacto terapêutico que os seus resultados – muitas vezes erróneos – provocam. Problemas que a multiplicação de diagnósticos de *CDIS* apenas veio agravar, resultando em diagnósticos de *CDIS* em excesso, levando a cirurgia e terapias desnecessárias. Contexto que o desenvolvimento tecnológico provavelmente agravará, explorando a aludida “reserva de doença” que ainda está por explorar. Consequência particularmente grave no caso dos falsos positivos (Berry, 2004:68), em que se promove um ganho de *chance* quando, na realidade, o paciente apenas tem a perder com o tratamento que lhe é prescrito.

3.3. A percepção social sobre o sucesso da medicina, o “*deep and abiding desire not to be dead*” e o papel da responsabilidade civil médica

A circunstância de quer a quimioterapia quer a mamografia se terem tornado cuidados de saúde relativamente generalizados – ambos os procedimentos são efectuados centenas de milhares de vezes à escala planetária – induz a ideia de que qualquer uma delas se granjeia de um nível de eficácia muito superior ao de que verdadeiramente gozam. A promoção efectuada pelas associações de luta contra o cancro e a informação que geralmente é disponibilizada às pessoas tende também, por seu turno, a enunciar apenas os méritos dos tratamentos. O mesmo sucedendo, em larga medida, com algumas séries televisivas de entretenimento em que é relativamente comum transmitir uma imagem de sucesso terapêutico, inclusive no contexto de patologias complexas.

Todo este complexo de circunstâncias exorta então à procura de *determinado* tipo de cuidados médicos que, na percepção do público, para além de acessíveis à moderna ciência médica lhes garante acesso a certos ganhos de *chance* que, no final, poderão permitir ao paciente resgatar-se da sua enfermidade. As controvérsias ou insucessos clínicos sobre *aqueles* cuidados médicos são já, por seu lado, geralmente negligenciados ? (Berlin, 2003:1236).

Foi assim sem surpresa que despistagens erradas ou incompletas do cancro da mama através de mamografia deram origem a várias acções de responsabilidade médica propostas contra radiologistas (Berlin, 2003:1229; Gladwell, 2009:218-219). Acontece que a maioria dos processos judiciais teve – e continua a ter – origem nos chamados “falsos negativos”. Ou seja, resultam de situações em que o diagnóstico médico final não identificou qualquer patologia que, na realidade, existia de facto. Tais processos judiciais têm-se essencialmente registado em contextos jurisdicionais onde a litigância é maior e onde a produção de prova é aferida por um júri, o que geralmente funciona, face à percepção social do sucesso da técnica médica, como um elemento especialmente facilitador da condenação dos médicos, em especial dos radiologistas (o caso dos Estados Unidos é paradigmático para este efeito) (Berlin, 2003:1235-1236). Dar a conhecer em tribunal das limitações dos métodos de diagnóstico constituirá, para quem compete apreciar a prova, uma enorme surpresa face à percepção geral da eficácia do actual equipamento médico e, nesses termos, uma realidade difícil de compreender.

Por seu turno, casos onde são administrados tratamentos *ineficazes* sem qualquer efeito discernível cientificamente provado – situação em certa medida simétrica à dos falsos negativos – não têm sido em geral objecto de escrutínio por parte dos tribunais. Na realidade, o tratamento administrado vai muitas das vezes ao encontro da reivindicação do próprio paciente (ou seus familiares) que, na expectativa última do ganho de *chance* terapêutico – expresso na afirmação anglo-saxónica do “*deep and abiding desire not to be dead*” – se submete àquilo que for necessário para prevenir um desfecho indesejado. Aliás, é isso que explica em grande medida a adesão dos pacientes

aos ensaios clínicos, aceitando os mesmos *jogar* a sorte terapêutica na expectativa de um ganho de *chance* para o qual se candidatam. Candidatura essa que, para além do mais, não lhes garante sequer que os tratamentos em teste lhes sejam efectivamente administrados, uma vez que podem estar no grupo de indivíduos aos quais foi administrado placebo. Em qualquer caso, os ensaios clínicos são hoje extraordinariamente frequentes no domínio das patologias cancerígenas, sendo considerados inclusive o “*gold standard*” na experimentação de novos tratamentos médicos (Barrett & Linebaugh, 2008:37).

Face ao exposto, legítimas dúvidas se podem suscitar sobre a extensão do papel preventivo da responsabilidade civil médica no domínio dos ganhos de *chance* promovidos pela recomendação do profissional de saúde na realização de tratamentos sem efeito discernível comprovado nos pacientes. Aliás, é até provável – como veremos *infra* – que a realização de tais tratamentos possa inclusive diminuir o risco de o profissional de saúde ser demandado em tribunal. Aliás, esta hipótese revela-se curiosamente coerente com os estudos que têm vindo a sublinhar que a responsabilidade médica não tem que ver tanto com a qualidade dos cuidados médicos prestados, mas sobretudo com a forma como os médicos comunicam e se relacionam com os pacientes (*v.g.* o tempo que afectam ao paciente, o trato, a boa disposição ou o sentido de humor (Levinson et al, 1997:553-559) ou, de forma ainda mais reducionista, o tom de voz que utilizam) (Ambady et al, 2002:5-9). Ora, o médico que insista na promoção de tratamentos que prometam determinado tipo de ganhos de *chance* a quem se encontre em situação de adversidade tem, por isso mesmo, a possibilidade de encetar um relacionamento mais próximo com os pacientes e seus familiares. No fundo, o médico estará aí a funcionar como o último repositório de esperança na possibilidade de concretização do aludido “*deep and abiding desire not to be dead*”.

Nesses termos, e apesar deste aspecto não ter merecido grande destaque na comunidade científica, a reacção ao fenómeno da indução da procura tem efectivamente cabido, na sua essência, aos legisladores e reguladores, ficando o foro judicial em grande medida arredado destes domínios. Uma mudança de paradigma a este nível, tornando os tribunais instâncias activas no objectivo de sancionar manifestações de indução da procura no sector da saúde apenas se tornará possível quando o problema original da assimetria informativa estiver resolvido, mesmo que apenas parcialmente (*i.e.* quando os pacientes tomarem consciência da *ineficácia* dos tratamentos que algumas vezes lhes são prescritos).

Antes de entrarmos no elenco de manifestações concretas de indução da procura de cuidados médicos e respectiva reacção por parte do poder legislativo e dos órgãos reguladores, vejamos sinteticamente quais as razões que podem estar na origem da prescrição e administração de tratamentos desnecessários.

4. Explicações possíveis para o fenómeno da contradição terapêutica

“If you wish to keep as well as possible, the less you think about your health the better”

Oliver Wendell Holmes, in *Over the Teacups* (1891)

Um elenco relativamente extenso de explicações pode ser proposto para tentar ajudar a compreender a razão pela qual a contradição terapêutica surge no contexto médico. Contradição que

representa, bem vistas as coisas, um verdadeiro paradoxo em virtude de prometer um ganho de *chance* que a evidência científica tem sistematicamente refutado.

As tentativas de explicação das causas do fenómeno podem todas contribuir, em certa medida, para a emergência da contradição terapêutica e poderão, nesses termos, ser conjuntamente responsáveis pelo mesmo.

4.1. A incerteza no âmbito dos cuidados de saúde

Uma das explicações mais óbvias, pelo menos do ponto de vista estritamente médico, diz respeito a uma das características essenciais do mercado da saúde: a incerteza. Conforme foi já sublinhado, trata-se de um dos aspectos fundamentais identificado por Kenneth Arrow no seu artigo pioneiro de 1963 (Arrow, 1963: 951-952 e 964-967) (tão importante que consta inclusive do próprio título do artigo). Há incerteza quanto ao momento em que se necessita de cuidados médicos, quanto ao custo desses cuidados médicos, quanto ao estado de saúde, quanto ao tratamento adequado, quanto ao efeito de um tratamento, *etc* (Barros, 2009:31). A “irreduzível incerteza” (*“irreducible uncertainty”*) – expressão celebrizada por Mark Pauly (1978:77-114) – é comum ao médico e ao paciente que não sabem, de facto, quais as consequências do tratamento recomendado.

Aquela incerteza quanto aos efeitos de um tratamento coloca riscos ao nível dos pacientes. Por isso mesmo, os pacientes poderão querer compensar esse risco com o consumo suplementar de cuidados médicos. A avaliar pelo seu impacto na saúde dos pacientes, alguma procura adicional pode não parecer compensadora no sentido de que o seu custo é demasiado elevado face ao expectável aumento do estado de saúde do paciente. No entanto, numa perspectiva *ex ante* da utilidade, a procura desses cuidados médicos pode potencialmente compensar. Os pacientes podem racionalmente estar a procurar mitigar o risco através da consumpção adicional de cuidados médicos (McGuire, 2000:497-498). Aliás, essa aversão ao risco pode inclusive aumentar a percepção do valor do diagnóstico e conduzir assim a um aumento óptimo da sua procura (conclusão que já foi sustentada ao nível do diagnóstico do cancro do fígado) (Woodward et al, 1998:140-169).

Nestes termos, a incerteza poderá funcionar, em abstracto, como causa de legitimação para a recomendação de inúmeros tratamentos. O problema está naturalmente quando a evidência empírica não identifica qualquer eficácia nos tratamentos administrados. Mas, mesmo nesse contexto, poderá ainda tentar apresentar-se uma explicação última e mais recôndita para a recomendação médica: o que o profissional de saúde pretende não é (tanto) recomendar tratamentos desnecessários, ele visa, isso sim, não falhar o diagnóstico ou tentar a terapia de uma patologia (Welch, 2004:93). Aspecto que por sua vez se encontra já muito próximo da chamada medicina defensiva.

4.2. A medicina defensiva

Outra explicação, em grande medida conexa com a anterior, diz respeito à adopção de condutas por parte de profissionais de saúde que visem prevenir a propositura ou, pelo menos, o sucesso de acções de responsabilidade civil às quais o médico possa vir a ser sujeito.

Na realidade, uma falha de diagnóstico tem uma probabilidade muito mais elevada de dar origem a uma acção de responsabilidade civil do que um tratamento desnecessário. A perda de *chance* da primeira hipótese afecta, do ponto de vista subjectivo, incomensuravelmente mais o paciente e seus familiares do que a hipótese de, conscientemente ou não, serem prescritos tratamentos que não produzem efeitos discerníveis no destinatário. Em termos mais simplistas, a percepção social é de que

o não diagnóstico é imputável ao médico, a ineficácia do tratamento é atribuída à má fortuna. Nesses termos, e para evitar a responsabilização civil do profissional de saúde, qualquer dúvida quanto à existência da patologia ou sua evolução é, no final, encarada na perspectiva do pior cenário possível.

No fundo, estamos também aqui perante uma manifestação do fenómeno da “medicina defensiva”. Na realidade, e recorrendo às palavras de Danzon, a medicina defensiva consiste em alterações na conduta médica induzidas pelo regime de responsabilidade civil que conduz a que os custos passem a exceder os benefícios visando reduzir-se o risco de o médico ser demandado em tribunal, situação que presumivelmente não estaria alinhada com o desejo de um paciente informado tendo em conta a sua cobertura de seguro (*“liability-induced changes in medical practice that entail costs in excess of benefits, so would presumably not be desired by an informed patient, given their insurance coverage, and that are intended to reduce the physician’s risk of being sued”*) (Danzon, 2000:1368).

Ora, uma manifestação puramente económica de medicina defensiva seria exactamente o caso de cuidados médicos que não representem qualquer tipo de benefício para o paciente e/ou representem risco para o mesmo, sendo tais procedimentos recomendados por razões exclusivamente relacionadas com o profissional de saúde e seus interesses (McGuire, 2000:516).

Num estudo publicado no início da década de 90, concluiu-se que os médicos do Estado de Nova Iorque estimavam em média, no ano de 1984, que cerca de 19,5 de cada 100 colegas seria processado num qualquer ano, aproximadamente três vezes mais que a verdadeira taxa de litigância envolvendo médicos (Lawthers et al, 1992:463-482). As estimativas variavam significativamente em virtude das diferentes especialidades, localizações e experiência em processos judiciais. Quatro em cada cinco médicos admitia, nesse estudo, que a prescrição de procedimentos para além do que seria normal é efectuada para diminuir o risco de responsabilidade civil médica.

Por sua vez, um estudo de 1993 – efectuado em três países diferentes (Estados Unidos, Canadá e Alemanha) – concluiu que 32% dos médicos norte-americanos admite fazer muitas vezes mais do que seria clinicamente o mais apropriado (16% no Canadá e 20% na Alemanha) e outros 29% admite fazê-lo algumas vezes (23% no Canadá e 24% na Alemanha) (Blendon et al, 1993:199).

A medicina defensiva revela-se, como os estudos referidos o demonstram, uma explicação mais plausível no âmbito de jurisdições em que o *standard* de cuidado médico seja muito exigente.

Nesses termos, é sem surpresa que é nos Estados Unidos que a explicação em apreço tem sido mais utilizada, com suporte inclusive na evidência empírica *supra* enunciada. Aliás, as reformas legais encetadas nos Estados Unidos no sentido de limitar, em certos domínios, o regime de responsabilidade médica dos profissionais de saúde contribuiu, no entender de um estudo publicado em 1996, para reduções de 5 a 9% nas despesas médicas, sem que tenha sido observado qualquer efeito relevante na mortalidade ou em complicações médicas dos pacientes (Kessler & McClellan, 1996: 353-390).

4.3. O impacto na taxa de sobrevivência dos pacientes do profissional de saúde

Outra explicação possível, esta com uma importância relativa seguramente menor, está relacionada com o impacto ao nível da taxa de sobrevivência dos pacientes do profissional de saúde.

Uma vez que os tratamentos desnecessários não prejudicam, pelo menos em regra, a taxa de sobrevivência dos pacientes de um determinado médico, o seu registo clínico pessoal poderá sair beneficiado, mesmo que apenas ligeiramente. Assim, em jurisdições que tenham implementado o

sistema de *report cards* – uma espécie de historial clínico do médico quase sempre ligado à taxa de sobrevivência dos seus pacientes – a prescrição e administração de tratamentos desnecessários poderá ter algum reflexo ao nível do período de sobrevivência dos pacientes. A quimioterapia (mesmo nas patologias cancerígenas onde a sua administração não tem gozado de efeito discernível nos pacientes) e a sobreavaliação dos potenciais impactos do tratamento do *CDIS* poderão lograr, de facto, aumentos relativos das taxas de sobrevivência do paciente (Levitt & Dubner: 2010:85) (mesmo que tais tratamentos representem, no final, elevadíssimos custos para os visados).

4.4. As estratégias de angariação de fundos

Uma outra explicação para a contradição terapêutica diz respeito à forma como funciona a angariação de fundos para a promoção da luta contra o cancro.

A angariação de fundos para projectos desta envergadura precisa de demonstrar que os fundos que vão sendo consignados à causa estão a surtir algum efeito, mesmo que apenas limitadamente (Levitt & Dubner, 2010:85). Ou seja, a tangibilidade de algum sucesso garante a perseverança dos financiadores – públicos e privados – que, dessa forma, continuarão a remeter fundos à causa. Nesses termos, sobreavaliar os méritos de determinados tratamentos ou métodos de diagnóstico poderá representar uma forma, essa sim eficaz, de garantir que os esforços para debelar o cancro não se confrontam com problemas de falta de recursos financeiros.

4.5. A síndrome do mau mensageiro

Outra explicação para a contradição terapêutica tem origem na alegada dificuldade de comunicar notícias difíceis aos pacientes (Levitt & Dubner, 2010:85-86). O problema surge originalmente nos médicos, mas o mesmo é extensível à classe política e aos executivos dos seguros. Não recomendar ou desaconselhar o tratamento significa o fim da esperança para o paciente. Para o médico, notícias deste género não são fáceis de transmitir. Por sua vez, os políticos têm igualmente dificuldade em lidar com este tipo de questões, pelo que há resistência a que os sistemas públicos deixem simplesmente de consignar fundos para tratamentos que, do ponto de vista científico, não gozam de efeito discernível no paciente. Finalmente, as seguradoras nas suas apólices deparam-se com problemas semelhantes e a não cobertura de determinado tipo de tratamentos pode significar uma quebra de clientela.

4.6. A maximização de interesses por parte dos médicos

Finalmente, e sem pretensão de esgotar o elenco de potenciais explicações para o fenómeno da contradição terapêutica, há ainda o argumento mais económico de todos: os profissionais de saúde estão, através da recomendação de tratamentos desnecessários ou desadequados, a pretender maximizar os seus proveitos.

Os oncologistas encontram-se entre os médicos mais bem pagos no mundo ocidental e, à escala dos Estados Unidos, aumentaram os seus rendimentos a um ritmo superior à de qualquer outra especialidade (Levitt & Dubner, 2010:85). A sua principal fonte de receita resulta, sem surpresa, da prestação e administração de tratamentos de quimioterapia (Levitt & Dubner, 2010:85). Através de um simples “*educated guess*” não será de supor que a conclusão seja substancialmente diferente em outros países (salvo naqueles em que os oncologistas estejam exclusivamente no sector público, como

acontece em larga medida em Portugal).

De um ponto de vista económico, a recomendação médica de tratamentos desnecessários ou desadequados representa aquilo a que tecnicamente se dá o nome de indução da procura por parte da oferta.

5. A indução da procura de cuidados de saúde

“La santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide”

Jules Romains, in
Knock ou le Triomphe de la Médecine (1923)

A disciplina da economia da saúde ao testar a validade das premissas económicas no sector, particularmente ao analisar o comportamento dos vários agentes aí presentes, veio sublinhar que também aqui o profissional de saúde não se afasta decisivamente do paradigma do indivíduo que pretende maximizar o seu interesse. Circunstância que num contexto de informação imperfeita – onde surgem simultaneamente situações de incerteza, de assimetria de informação e de relações de agência – permite aos profissionais de saúde, sob certos limites, artificialmente criar procura para os seus serviços. A suspeita quanto à possibilidade de ocorrência deste fenómeno surgiu quando, através da observação de dados estatísticos, se chegou à conclusão que um aumento do número de profissionais de saúde numa determinada área não correspondia aos efeitos esperados segundo a teoria económica tradicional: uma redução do preço e/ou uma diminuição dos proveitos dos médicos. Ocorria tão-somente um maior volume de serviços prestados.

Ao mesmo tempo que alguns exemplos paradigmáticos foram sendo identificados ao longo dos anos, as entidades públicas foram também tomando consciência do potencial (ou actual) impacto que o fenómeno da indução da procura pode ter no sector da saúde, nomeadamente no que diz respeito aos fundos públicos que são afectos ao mesmo.

Os trabalhos iniciais sobre indução da procura são devidos a Shain & Roemer (1959:71-73) que surpreenderam uma correlação entre a disponibilidade de camas nos hospitais e a sua utilização, sendo sugerida a interpretação de que se um hospital tinha a cama vazia tenderia a preenchê-la (*“availability effect”*). O aumento da procura surgia aí como resposta a um aumento da oferta. Dentro de certos limites, as camas dos hospitais eram ocupadas a uma taxa constante, independentemente de haver poucas ou muitas camas por cada mil habitantes. Existiria seguramente, sublinhavam aqueles autores, um limite para a oferta de camas, acontece porém que tal limite não é, no entanto, susceptível de ser conhecido *a priori*.

A grande dificuldade em obter uma estimativa do efeito de indução está relacionada com os problemas de identificação de efeitos. Em rigor, é necessário distinguir entre movimentos ao longo da curva da procura derivados de alterações da oferta, de movimentos da curva de procura (Barros, 2009:137). Em qualquer caso, isso não impediu que tenham surgido várias tentativas que vêm tentar captar manifestações do fenómeno da indução da procura pela oferta. Algumas dessas tentativas de evidência empírica do fenómeno ficaram célebres, sendo ainda hoje objecto de discussão.

Enquanto apontamento prévio ao elenco dos exemplos enunciados, diga-se que muitos dos estudos padecem de algumas limitações metodológicas, bem sintetizadas por McGuire (McGuire,

2000:510). Em todo o caso, os autores dos estudos sublinham quase sempre essas mesmas limitações, bem como os cuidados que devem resultar da leitura dos mesmos. O que importa é atentar, com cuidado, ao “*animus*” que parece subjazer ao comportamento médico nos casos objecto de análise.

Sublinhe-se que existem igualmente vários estudos que infirmaram a existência de indução da procura em diversos domínios no sector da saúde, chegando a conclusões diversas mais ou menos consistentes com a teoria económica tradicional (Bentham & Reder, 1968:332-347; Newhouse et al, 1982:493-505; Frank, 1985:115-133; Frank et al, 1987:319-337; Escarce & Pauly, 1998:129-151). Mas o acervo de estudos que chegou a conclusões diversas é, porventura, ainda mais significativo. Vejamos então alguns dos exemplos que a evidência empírica foi encontrando de indução da procura no sector da saúde, antes de identificar qual a reacção legal das entidades públicas ao fenómeno – Parte VI – e, em seguida, observar qual foi a reacção dos profissionais de saúde às regras criadas – Parte VII.

5.1. Indução da procura na realização de procedimentos cirúrgicos e de serviços dentários

Vários são os países onde se registaram no sector da saúde movimentos economicamente peculiares, nomeadamente quando após a diminuição da concentração ao nível dos prestadores de cuidados de saúde os preços a cobrar pelos mesmos se manteve constante ou acabou inclusive por aumentar (McPake et al, 2008:143).

Em 1978, Victor Fuchs estudou o efeito da oferta de cirurgiões em 22 áreas metropolitanas nos anos de 1963 e 1970. No final, chegou à conclusão de que um aumento de 10% na *ratio* cirurgião: população significava um aumento da taxa de recurso a procedimentos cirúrgicos de 3% *per capita* (Fuchs, 1978:52-54).

Posteriormente, Jerry Cromwell and Janet Mitchell abordariam o mesmo problema que Victor Fuchs (Cromwell & Mitchell, 1986:293-313). Para o efeito, e recorrendo a uma metodologia análoga, cobrindo agora mais áreas geográficas, mas todas de menor dimensão, chegaram a conclusões consistentes com as de Fuchs, estimando em todo o caso um menor relevo para o efeito de indução. Os autores em apreço detectaram um muito maior efeito de indução em áreas com intenso recurso à utilização de procedimentos cirúrgicos (elasticidade de 0,28%) do que em áreas com menor recurso a tais procedimentos (elasticidade de 0,09%). Ou seja, o “*availability effect*” teria assim uma limitação peculiar: funcionaria pior em locais com menor oferta do que em locais com maior oferta. Limitação que foi igualmente identificada no sector dentário. Com base nestas premissas sustentou-se então que uma redução na formação de novos cirurgiões reduziria inevitavelmente a taxa de cirurgias desnecessárias nos Estados Unidos (Schroeder, 1992:235-243).

Em 1988, Stephen Birch conclui que o número de dentistas *per capita* teve um forte impacto no volume de consultas dentárias no Reino Unido (Birch, 1988:129-150). Conclusão confirmada no contexto norueguês por Jostein Grytten, Dorte Holst e Peter Laake num estudo publicado em 1990 (Birch, 1988:129-150).

Um outro estudo especialmente revelador, publicado na mesma altura, teve por objecto a potencial existência de tratamentos desnecessários ao nível da realização de angiografias coronárias, endarterectomias da artéria carótida e endoscopias gástricas altas em pacientes do *Medicare* (Birch, 1988:129-150). Chegou o estudo à conclusão de que existiam níveis significativos de recurso desapropriado aos procedimentos médicos em apreço: 17% no caso das angiografias coronárias, 32% no caso das endarterectomias da artéria carótida e 17% das endoscopias gástricas altas (Chassin et al,

1987:2535-2537). Em síntese, entre um sexto e um terço dos tratamentos médicos eram desnecessários e as diferenças não poderiam ser explicadas pelas variações de prática clínica na utilização destes procedimentos (Chassin et al, 1987:2536-2537).

Um outro procedimento cirúrgico que tem merecido ao longo do tempo grande atenção por parte da comunidade científica é o recurso à cesariana. Pela sua importância é-lhe aqui reconhecido um destaque autónomo.

5.2. Indução da procura na técnica de partos por recurso à cesariana

Em 1996, Jonathan Gruber e Maria Owings publicaram um estudo em que vão buscar evidência empírica da indução da procura à reacção médica que se seguiu ao registo de um choque exógeno ocorrido nos Estados Unidos entre 1970 e 1982, a diminuição da taxa de fertilidade (Gruber & Owings, 1996:99-123). Em concreto, avaliou-se o impacto de uma diminuição da taxa de fertilidade de 13,5% durante aquele período no exercício da actividade médica dos obstetras e ginecologistas. Conclui-se, para o efeito, que uma diminuição de 13,5% na fertilidade – que representou uma diminuição de cerca de 10% na natalidade – está correlacionada com um aumento no recurso à técnica da cesariana em detrimento do parto normal.

Em 1970 o parto por recurso à técnica de cesariana correspondia a apenas 5,5% dos casos, técnica que cresceu mais de 240% nos 12 anos subsequentes e era, à data do estudo, o segundo procedimento cirúrgico mais frequente nos Estados Unidos (Gruber & Owings, 1996:100). Em 1996, o parto por cesariana representava já cerca de 23,5% da totalidade de partos efectuados naquele país. Partindo destas premissas chega-se à conclusão naquele estudo que os obstetras e ginecologistas, explorando a sua relação de agência com os pacientes, terão assim aumentado em 0,97% os partos efectuados por recurso à técnica da cesariana em resposta a uma diminuição de 10% da taxa de natalidade. Ou seja, passaram a recorrer a uma técnica que (a) implica menos tempo que um parto normal, (b) é mais onerosa para o paciente (em 1989 custava cerca de 2053 dólares, face aos 1492 dólares de um parto normal) e (c) implica uma maior permanência nos hospitais.

O objecto e conclusões deste estudo ainda são hoje objecto de discussão (Ma et al, 2007). Na realidade, o contexto pré-natal revela-se especialmente apto à realização deste tipo de análises, uma vez que tem sido aí identificada uma flagrante relação de agência entre pais e médicos. De acordo com um estudo publicado em 1995, apenas um quarto das mulheres pensa seriamente em mudar de prestador de serviços (obstetra / ginecologista) aquando da gravidez (Hoerger & Howard, 1995:332-349).

Num trabalho publicado em 1993 também Emmet Keeler e Mollyann Brodie tinham chegado a conclusões semelhantes (Keeler & Brodie, 1993:365-404). Para o efeito, serviram-se não do choque exógeno verificado na taxa de fertilidade, mas sim, ao invés, nos incentivos financeiros que resultavam do recurso à técnica de parto por cesariana, uma alegada “indústria” que representava nos Estados Unidos, à data, mais de vinte mil milhões de dólares (Keeler & Brodie, 1993:365).

Em 1999, Jonathan Gruber, John Kim e Dina Mayzlin tentaram também eles encetar uma correlação entre a técnica de parto por cesariana e o *fee premium* que é pago pelo programa de segurança social gerido pelo Governo norte-americano para pessoas com baixos rendimentos e recursos (*Medicaid*) aquando da utilização dessa técnica, por comparação com um parto normal (Gruber et al, 1999:473-490). Através de uma análise à informação publicamente disponível relativa aos anos 1988-1992 e cobrindo nove Estados norte-americanos percebeu-se que a taxa de nascimentos por cesariana era 5,7% (valores de 1989) mais elevada no sector segurador privado do

que no *Medicaid*. Paralelamente, os *fee premiums* pagos pelos seguros privados nas cesarianas era igualmente superior, em 434 dólares (valores de 1989), ao que era pago ao abrigo do *Medicaid*. Esta diferença de 434 dólares explicaria, segundo aqueles autores, entre 50% e 75% da aludida diferença na taxa de nascimentos por cesariana no domínio do sector segurador privado e no *Medicaid*.

Em Janeiro de 2009, Darrien Grant publicou um novo estudo que veio reiterar as conclusões de Jonathan Gruber, John Kim e Dina Mayzlin acerca da correlação entre os valores monetários auferidos por obstetras e ginecologistas e a intensidade do recurso à técnica da cesariana (Grant, 2009:244-250). Conclui-se neste estudo que por cada aumento de 1000 dólares no valor de reembolso por cada cesariana ocorre um aumento do recurso à mesma de 1% (em qualquer caso apenas um quarto do efeito originalmente estimado).

5.3. Indução da procura de análises clínicas

A indução da procura de análises clínicas tem sido sobejamente identificada em vários estudos encetados nas últimas décadas. Um dos aspectos mais analisados consiste em aferir se médicos que disponham de equipamento de realização de análises clínicas “*lato sensu*” – incluindo equipamento radiológico – tem maior propensão a recomendar a realização de tais análises.

Logo em 1972, Alfred Childs e Diane Hunter publicaram um estudo, relativo a pacientes do norte da Califórnia, em que confirmavam que não-radiologistas com interesse económico no equipamento de radiologia recomendavam mais vezes a realização de raios-X aos seus pacientes (com potenciais riscos que tais recomendações representavam para os mesmos) do que os especialistas em radiologia, independentemente de estes últimos terem ou não interesse económico no equipamento (Childs & Hunter, 1972:323-335). Trata-se do debatido problema do “*self-referral*” médico.

Por sua vez, em 1978 foi realizado um inquérito a 5447 médicos em que se determinou que médicos não-radiologistas com equipamento radiológico no estabelecimento onde prestam serviços de saúde apresentam uma taxa de utilização superior à daqueles que não possuem tais equipamentos (Radecki & Steele, 1990:190-193).

Uns anos mais tarde, em 1987, foi publicado um novo trabalho em que se avaliou o impacto na prescrição de exames raios-X em estabelecimentos médicos com e sem equipamento radiológico (Strasser & Brennan, 1987:619-623). A circunstância de o estabelecimento médico dispor de equipamento radiológico foi identificado como determinante na sobreutilização dos exames radiológicos. Depois de alguns dispositivos de controlo quanto a algumas variáveis, chegou-se à conclusão de que pacientes que apresentassem dores no peito teriam 2,4% mais probabilidades de estar sujeitos a exames raios-X caso o estabelecimento médico dispusesse de equipamento radiológico, sem que essa diferença trouxesse (no curto prazo) vantagens clínicas para os pacientes. Curiosamente não havia diferenças relevantes ao nível da recomendação de exames radiológicos gastrointestinais ou relacionados com o abdómen.

O problema do “*self-referral*” seria posteriormente abordado numa série de estudos conduzidos por Bruce Hillman. Num desses estudos foram analisados os potenciais conflitos de interesse e os custos acrescidos no domínio dos cuidados médicos que resultavam da circunstância de os médicos deterem, eles próprios, o respectivo equipamento de diagnóstico (Hillman et al, 1990:1604-1608). O estudo incidiu sobre a detenção de centros de imagiologia e a frequência e custo com que os exames eram recomendados no caso de estabelecimentos de saúde com o equipamento clínico necessário (“*self-referring*”) e sem tal equipamento (“*radiologist-referring physicians*”). Em concreto, tomaram-se em consideração pessoas com sintomas de problemas respiratórios agudos (foi uma radiografia ao

peito efectuada?), mulheres grávidas (foi efectuada alguma ultrasonografia obstétrica para aferir a dimensão do feto e idade gestacional?), pessoas com dores na parte inferior das costas (foi efectuada uma radiografia à espinha lombar?) e homens com problemas urinários (foi efectuada uma urografia excretora, uma cistografia ou uma ultrasonografia?).

As conclusões do estudo foram publicadas em 1990 e são deveras esclarecedoras. Pacientes que sejam recomendados a fazer exames radiológicos em estabelecimentos clínicos que disponham do respectivo equipamento médico incorrem, nos termos do estudo, em maiores custos por comparação com pacientes que eram remetidos a radiologistas externos. Resultado que era insusceptível de ser explicado em função das diferenças na composição dos pacientes, das especialidades dos médicos ou da complexidade dos exames de imagiologia realizados (Hillman et al, 1990:1606). No final, o fenómeno de “*self-referring*” fazia com que a probabilidade de recurso à radiologia aumentasse entre 2,4 e 11,1 vezes e o respectivo custo para o paciente aumentava entre 3 e 17,1 vezes, dependendo da especialidade e de outras circunstâncias identificadas. Conclusões que um outro estudo liderado por Bruce Hillman, este publicado em 1992, veio igualmente reiterar (Hillman et al, 1992:2050-2054).

O fenómeno do “*self-referral*” demonstra também que os pacientes estarão, nesses casos, a ser potencialmente tratados mais intensivamente do que seria necessário (Mitchell & Saas, 1995:263-289). Aspecto que naturalmente suscita preocupação.

Em 1995, Jostein Grytten, Frederik Carlsen e Rune Sørensen protagonizaram um estudo em que concluíram existir indução da procura de análises clínicas na Noruega (Grytten et al, 1995:207-229). O modelo norueguês assentava, à data, num sistema institucional onde os cuidados de saúde primários tinham um *fixed fee schedule* (ou seja, os médicos eram remunerados por acto praticado). Nesse contexto remuneratório, os médicos deparavam-se em abstracto com 3 opções: racionar os serviços, oferecer um número óptimo de serviços ou induzir a procura de serviços. No final, chegou-se à conclusão de que não havia indicação de indução da procura para os serviços de consultas no domínio dos cuidados de saúde primários. Ao invés, tal indução era já perceptível no domínio da realização de análises clínicas.

Quatro anos mais tarde, Rune Sørensen e Jostein Grytten regressaram à temática da indução da procura no sistema norueguês, mas, desta feita, chegaram a conclusões menos reveladoras mas igualmente interessantes (Sørensen & Grytten, 1999:497-508). Partindo novamente das características do sistema institucional de saúde norueguês, onde mais de 50% dos médicos responsáveis pelos cuidados médicos primários recebiam o respectivo vencimento – pago pela *National Insurance Administration* – por acto médico praticado, concluíram que uma competição crescente no mercado de saúde, medido por uma elevada *ratio* médico:população levou a um declínio no número de consultas médicas. Logo, não haveria aqui sinais de indução. Acabam aqueles autores por sublinhar, no final, que um mercado “desregulado” no sector da saúde em que se consagrem valores fixos por acto praticado pode funcionar eficientemente.

Uma outra questão que tem sido identificada – e que é facilmente explicável – tem que ver com a circunstância de os pacientes com coberturas de seguro privadas estarem expostos, muitas das vezes com a anuência dos próprios, aos mais onerosos exames clínicos disponíveis no mercado. A explicação para tal facto encontra-se no alinhamento de interesses que existe, por vezes, entre médicos e pacientes, uma vez que o impacto financeiro do procedimento pode ficar a cargo, parcial ou totalmente, da seguradora. Tratando-se de um aspecto reportado há algum tempo nos Estados Unidos, o mesmo tem sido especialmente observado no âmbito da recomendação à realização de exames cardíacos (McKinley et al, 1996:769-776). Há quem inclusive sustente, de forma mais radical, que quando exista no contexto da relação médico-paciente uma parte terceira como entidade

que suporte o pagamento, a lealdade do médico para com o paciente é colocada em causa (Rodwin, 1993 e Mechanic, 1998:661-686). A maximização do lucro do profissional de saúde surgiria aí limitada, em qualquer caso, pela expectável utilidade extraída pelo paciente desses cuidados de saúde.

5.4. Indução da procura de medicamentos

Em muitos países asiáticos – incluindo China (e a região administrativa especial de Hong Kong), Japão, Malásia, Coreia do Sul, Tailândia e Ilha Formosa – os médicos são responsáveis por prescrever e distribuir (directamente) medicamentos, auferindo significativos ganhos em virtude dessa prática. Ora, a administração directa de medicamentos cria assim um incentivo financeiro à prescrição dos mesmos. Daí que se tenha especulado ser essa, afinal, a causa principal dos alegados excessos de despesa em medicamentos e prescrição excessiva de antibióticos na Ásia (Abe, 1985:335-340). A título ilustrativo, os gastos em medicamentos representavam, face ao total de gastos na saúde, cerca de 30% no Japão, Coreia do Sul e Ilha Formosa e 52% na China, comparado com cerca de 10 a 14% nos países da OCDE (países onde a prescrição e venda de medicamentos está geralmente separada) (Chou et al, 2003:316). Na Coreia do Sul, 59% dos pacientes recebiam antibióticos, comparando com os 23% que são recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

As diferenças nos gastos em medicamentos entre países são tão significativas que suscitam a legítima suspeita, inclusive ao próprio poder legislativo, de que subjacente a tais discrepâncias estejam comportamentos médicos indutores da procura de medicamentos. Essa suspeita esteve na origem, como veremos, de reacções legais que expressamente visavam solucionar o problema.

5.5. Indução da procura após a mudança das regras de remuneração dos médicos

Paralelamente, vários estudos tentaram demonstrar, com sucesso, que médicos que sejam remunerados por acto médico efectuado (*“fee-for-service”*) têm, no final, maior propensão a prescrever e administrar tratamentos desnecessários (Becker & Sloan, 1983:248-257; Danzon et al, 1984:23-32; Epstein et al, 1986:1089-1094; e Hickson et al, 1987:344-350).

Da mesma forma, há igualmente estudos particularmente interessantes sobre o impacto de alterações remuneratórias dos médicos em contextos relativamente homogéneos. Ou seja, estudos relativos a domínios geográficos muito delimitados, onde as variações de prática clínica deverão ser menores e onde os pacientes terão, em princípio, características muito comuns.

Em 1990 foi publicado um trabalho sobre as alterações nas regras remuneratórias ocorridas numa clínica médica em concreto, a Health Stop (Hemenway et al, 1990:1059-1063). No âmbito desse estudo avaliou-se a conduta dos médicos antes e depois da adopção de um novo plano de remunerações na actividade dos médicos. Antes de 1985 os médicos da clínica em apreço eram remunerados à hora. Em meados de 1985, e através do novo plano de remunerações, os médicos passaram a receber, em alternativa, ou um montante fixo à hora ou uma percentagem do montante bruto dos valores facturados (prevalecia aquele que representasse o valor mais elevado). No fundo, tratava-se de uma remuneração que consistia, na essência, numa remuneração (quase) garantida e num bónus por produtividade (que substituiria a remuneração base anterior). O estudo incidiu sobre o impacto da alteração remuneratória em 15 médicos. Os resultados foram eloquentes. Todos os médicos, independentemente de poderem gozar da parte remuneratória relacionada com a produtividade, passaram a aumentar a sua facturação em cerca de 20%. Tal aumento resultava de um

acréscimo nos serviços médicos prestados por paciente (aumentos de 23% nas análises clínicas e 16% nos raios-X) e acréscimo no número de consultas por mês (12% de aumento) (Hemenway et al, 1990:1062-1063).

Dois estudos publicados em 1992 vieram concluir, por seu lado, que pacientes de médicos remunerados com base num sistema de *fee-for-service* tinham maior propensão a ser hospitalizados que os outros (Greenfield et al, 1992:1624-1630 e Stearns et al, 1992:416-425).

Uns anos antes tinha-se chegado igualmente à conclusão de que médicos pagos numa base *fee-for-service* tinham uma maior propensão a recomendar a realização de electrocardiogramas (50%) e raios-X (40%) face ao sucedia com os médicos que trabalhassem em *health maintenance organizations* (“HMOs”) que, por isso, não podiam lucrar com a realização daqueles exames (Epstein et al, 1986:1089-1094).

Ao nível dos serviços pediátricos foram também detectadas manifestações do mesmo fenómeno. Gerald Hickson, William Altemeier e James Perrin concluíram num estudo publicado em 1987 que a existência de uma margem significativa sobre o respectivo custo levava os pediatras a prestar cuidados médicos em excesso face ao que era, à data, recomendado pela própria *American Academy of Pediatrics*. Tal não sucederia, porém, caso os pediatras auferissem um salário fixo. A diferença entre o número de visitas recomendadas era substancial: 4,9 visitas por ano no caso dos pediatras remunerados numa base *fee-for-service*, face às 3,8 visitas por ano no caso dos pediatras com salário fixo (Hickson et al, 1987:344-350). Apesar da auto-restrição da procura (“*impeded demand*”) em ambos os casos – circunstância que levava a que, no final, o número de visitas fosse de 3,6 ao ano no caso dos pediatras remunerados numa base *fee-for-service* e 2,9 ao ano no caso dos pediatras com salário fixo – a diferença continuava a ser relevante e sugestiva da capacidade real de os médicos influenciarem a respectiva utilização dos seus serviços (Hickson et al, 1987:348-350). Conclusões semelhantes foram igualmente extraídas ao nível dos cuidados médicos psiquiátricos (Jennison & Ellis, 1987:175-194).

5.6. Indução da procura de tratamentos quimioterapêuticos face às vantagens financeiras arbitradas na diferença entre o valor de reembolso previsto nos programas de saúde públicos e o valor de aquisição dos tratamentos

Nos Estados Unidos diagnosticou-se uma outra fonte de receita extraordinária que oncologistas e clínicas médicas estavam a obter ao abrigo do *Medicare*.

Até 2005 o *Medicare* garantia o reembolso do menor dos seguintes valores no âmbito de tratamentos quimioterapêuticos: (a) reembolso do valor cobrado pelo tratamento ou (b) 95% do denominado *average wholesale price* (“AWP”) – livremente fixado pelos produtores – do tratamento em causa (antes de 1998 era reembolsado 100% do AWP).

Acontece que grande parte dos tratamentos eram disponibilizados aos profissionais de saúde a custos inferiores, em média, a 13-34% do AWP, e alguns agentes tinham acesso a preços substancialmente mais baixos (U.S. Government Accountability Office, 2005). O resultado líquido desta equação é que os profissionais de saúde e as clínicas que administravam este tipo de tratamentos poderiam “comprar” os mesmos a um determinado preço no mercado aberto e “vendê-los” depois a pacientes do *Medicare* a um preço mais elevado (Jacobson et al, 2010:1391).

Esta discrepância entre as taxas de pagamento (financiamento público) e os custos de aquisição

desses tratamentos foi identificada em 1997 (U.S. Department of Health and Human Services, 1997). O então *General Accounting Office* – hoje *Government Accountability Office* – deu conta de descontos significativos na ordem dos 20% abaixo do AWP em dois medicamentos, carboplatina e paclitaxel em 2001 (U.S. General Accounting Office, 2001). Mais tarde, chegou-se inclusive a conclusão de que o reembolso por administração de paclitaxel em 2004 estava fixado seis vezes acima do seu custo real (U.S. Government Accountability Office, 2005).

Em síntese, todos estes relatórios tornaram então claro que os preços de aquisição de serviços de quimioterapia estavam significativamente abaixo das taxas de reembolso praticadas pelo *Medicare*. Facto que carecia assim de uma intervenção legal ou regulatória. Assim aconteceu.

6. A reacção das entidades públicas às desutilidades geradas em virtude de manifestações de indução da procura no sector da saúde

“...and if a doctor shall cheat his patient by overcharging for medicaments, then shall a finger of his left hand be cut off.”

Code Hammurabi (2300 a.C.)

Ao mesmo tempo que se podem ir surpreendendo múltiplos exemplos de indução da procura no sector da saúde – realidades que a evidência empírica foi identificando ao longo dos anos –, as entidades públicas foram também tomando consciência do potencial (ou actual) impacto que o fenómeno da indução pode assumir no sector da saúde, especialmente tendo em conta os fundos públicos que lhe são afectos.

A razão pela qual determinadas iniciativas legais ou regulamentares foram tendo lugar prende-se provavelmente não tanto com a evidência empírica do fenómeno, mas sim com a percepção – quase intuitiva – de que o contexto médico se revela especialmente propício ao surgimento de situações de desalinhamento de interesses, com grave prejuízo (também) para um dos protagonistas do sector: o Estado.

O Estado está geneticamente determinado a assumir um papel preponderante no sector da saúde. Para o efeito, assume-se como segurador ao recolher os impostos para em troca assumir a responsabilidade financeira de parte das despesas em cuidados de saúde (pagando a terceiros o fornecimento desses cuidados ou fornecendo-os directamente a quem deles necessita). O Estado assume-se igualmente como prestador ao fornecer e produzir diversos bens e serviços no sector. E, finalmente, o Estado assume-se igualmente como regulador ao determinar a forma de relacionamento do próprio Estado enquanto segurador e/ou prestador com os outros agentes económicos do sector (Barros, 2009:33).

Acontece que este papel preponderante tem como imediato reflexo a circunstância, inelutável, de ser também ele susceptível de ser prejudicado pelo fenómeno da indução da procura. Daí a razão pela qual têm vindo a surgir regras que tentam exactamente prevenir esse tipo de fenómeno – e suas consequências – em diversas jurisdições. Vejamos também aqui alguns exemplos.

6.1. Reacção legal à indução da procura com origem na fixação administrativa de valores de reembolso ao abrigo de programas públicos de saúde

Vários estudos económicos foram sendo efectuados sempre que um determinado programa público de saúde pré-determina o valor dos reembolsos a que um médico tem direito pela prestação

dos seus respectivos serviços. A alteração no valor das denominadas “*regulated fees*” – os valores de reembolso fixados pelo sector público – tem imediato impacto na remuneração / margem de custo dos médicos e, nessa medida, também nos incentivos à indução. Ou seja, alterações daquele teor implicarão sempre um efeito rendimento.

Em todo o caso, mais relevante que aquele efeito rendimento é observar a possibilidade de surgirem igualmente efeitos substituição, tornando assim mais patentes potenciais manifestações de indução da procura. Manifestações que podem estar presentes antes da introdução das alterações – e que serão assim mais facilmente detectáveis – mas que poderão igualmente surgir apenas no seguimento das mesmas.

No contexto médico, o efeito rendimento e efeito substituição relacionados com alterações aos valores de reembolso num programa de saúde público funcionam em direcções opostas: uma redução dos reembolsos tende a aumentar a indução para todos os serviços médicos em virtude do efeito rendimento; no entanto, ao tornar economicamente menos compensador os serviços médicos afectados acaba-se por, pelo menos tendencialmente, fazer diminuir a indução nos mesmos (McGuire, 2000:514). Há quem sublinhe, aliás, que este complexo de circunstâncias faz com que os estudos acerca da indução da procura se tornem mais profícuos a este nível do que na análise às consequências do “*availability effect*” no sector médico (McGuire, 2000:514). Na realidade, uma alteração do valor dos reembolsos é seguramente percebido, do ponto de vista empírico, como um exemplo paradigmático de choque exógeno ao jogo da oferta e procura de cuidados de saúde (McGuire, 2000:514).

No domínio deste universo de questões, o *Medicare* norte-americano tem ao longo dos anos sido objecto, pela sua importância e dimensão, de várias alterações nos respectivos mecanismos de funcionamento, tornando-se em virtude disso uma realidade privilegiada para a realização de análises económicas de diverso tipo. Algumas dessas alterações visavam atingir um controlo de custos simples e imediato ao nível do *Medicare* – foi o que sucedeu com as limitações dos aumentos dos valores cobrados no período de 1971-1974 ou no congelamento dos valores no período de 1984-1986 – outras visaram racionalizar a afectação de recursos – reforma do Colocado ocorrida entre 1976 e 1978 e, mais significativamente, a reforma dos finais da década de 80. Alguns detalhes sobre essas alterações serão adiantados *infra* quando se analisar a reacção da comunidade dos profissionais de saúde ao teor das mesmas. Em todo o caso, a reforma encetada com a aprovação do *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1989 merece, pela sua importância, uma atenção especial na análise ao fenómeno da indução da procura. Esta reforma, cujas principais medidas entrariam em vigor de forma faseada nos anos seguintes, viria a ser objecto de um amplo escrutínio por parte da comunidade científica.

Aquela reforma estrutural dos finais da década de 80 encetou então uma reformulação de larga escala dos preços fixados para os serviços médicos – uma “*full-scale ‘rationalization’ of prices*”. Uma das razões para a reforma é que, antes da mesma, os preços praticados eram considerados irracionais e distorcionários, contribuindo para uma utilização excessiva de procedimentos invasivos (mais onerosos e, nessa medida, financeiramente mais apelativos para os profissionais de saúde) (Hsiao et al, 1993:930).

Com base nestas premissas, alteraram-se as regras basilares do sistema, que passou a consagrar uma “*resource-based relative-value scale*” (“RBRVS”). No fundo, esta fórmula de remuneração dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde passou a corresponder à atribuição de um valor relativo, ajustado por factores de localização geográfica, que é depois multiplicado por um factor de conversão previamente fixado.

O RBRVS foi desenvolvido por uma equipa de Harvard – liderada por William Hsiao – que pretendeu criar uma alternativa ao sistema de pagamentos baseado no custo “*strictu sensu*” dos serviços médicos (um método que seguia, de forma mais ou menos directa, o registo histórico dos valores cobrados pelo médico no âmbito dos serviços de saúde prestados em concreto) (Hsiao et al, 1988:835-841). Segundo o RBRVS os preços passavam então a ser fixados com base em três factores distintos. Em primeiro lugar, e como factor mais importante, surge o “*physician work*”, que inclui todo o labor médico do profissional de saúde por cada serviço médico prestado. Em segundo lugar, atende-se à “*practice expense*”, que inclui todos os custos relacionados com a actividade, incluindo os prémios por negligência médica. Em terceiro lugar, atende-se ainda ao custo de formação na especialidade. Em síntese, a fixação do preço resulta de factores do produtor – tempo, esforço mental e julgamento, habilidade técnica e esforço físico e *stress* psicológico – e não de factores do consumidor.

A *ratio* da reforma estava em prevenir que o aumento exponencial dos custos do *Medicare* continuasse a agravar-se (crescimento à taxa média de 15% ao ano nos últimos doze anos). Para o efeito, visava-se terminar com o financiamento público dos denominados “*overpriced procedures*” (McGuire, 2000:515-516). Ou seja, pretendia-se prevenir a ocorrência de situações que tornassem vantajosa a indução da procura, nomeadamente a remuneração em excesso de determinados procedimentos médicos (circunstância que exortava a um recurso exagerado aos mesmos). Os procedimentos cirúrgicos – nomeadamente os torácicos – estavam entre os mais visados, atingindo nomeadamente cidadãos americanos idosos e incapacitados (*Medicare Part B*).

Foi assim sem surpresa que um dos aspectos mais polémicos da reforma esteve relacionado com o facto de os médicos em muitas especialidades cirúrgicas alegarem que o RBRVS não tomava em consideração a dificuldade e o risco na realização de procedimentos cirúrgicos por comparação com os demais serviços médicos (Tolchin, 1989:A17). Nesses termos, a circunstância de os cirurgiões serem remunerados abaixo do que seria expectável poderia levar a uma recusa dos mesmos a receber pacientes do *Medicare* (Hsiao et al, 1993:928).

Atente-se que a reforma norte-americana pretendeu assumir-se como uma reforma neutral no que diz respeito ao rendimento obtido pelos médicos, o que possibilitou uma larga adesão médica à mesma. Em todo o caso, cerca de 20% da comunidade médica acabou por ser financeiramente afectada pela reforma.

Os mais afectados pelas alterações estruturais do sistema de reembolso foram os cirurgiões. Projectava-se que os cirurgiões torácicos perdessem 26% do seu rendimento (Ley et al, 1990:717-722). Não foi por acaso. A razão para tal era afinal de contas simples: pretendia-se limitar o recurso médico a procedimentos cujo efeito discernível nos pacientes era limitado (*v.g. bypasses* coronários e arteriais) (Yip, 1998:675-700).

6.2. Reacção legal à indução da procura de análises clínicas

A *supra* identificada indução da procura de análises clínicas foi também objecto de atenção por parte de alguns legisladores. A mais conhecida dessas reacções ocorreu nos Estados Unidos através da aprovação da denominada *Stark Law*, regime que visa prevenir a ocorrência do fenómeno do “*self-referral*” ao nível dos programas governamentais *Medicare* e *Medicaid*.

O Congresso norte-americano incluiu uma disposição no *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1989 que proibia a ocorrência de “*self-referrals*” para serviços clínicos laboratoriais ao abrigo do *Medicare*. A disposição – conhecida por *Stark I* – tornar-se-ia aplicável a partir de 1 de Janeiro de

1992. A regra conhecia algumas excepções à proibição de forma a admitir reencaminhamentos legítimos de pacientes. O *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1993 viria a alargar a restrição a uma série de serviços de saúde adicionais e passaria a aplicar-se ao nível do *Medicare* e do *Medicaid*. Esta nova legislação – conhecida como *Stark II* – introduziu ainda algumas clarificações e modificações às excepções originalmente recortadas na lei.

Acontece que se a *ratio* destas medidas legislativas consistia em remover do sector da saúde conflitos de interesse da decisão médica, vários foram aqueles que vieram sublinhar que a legislação em apreço, nomeadamente partes da *Stark II*, representavam uma intrusão injustificada no exercício da prática médica. Para o efeito, afirmava-se que a legislação era em certos aspectos demasiado complexa e poderia impedir, em alguma medida, a capacidade dos médicos de participar na gestão de redes de cuidados médicos. Sob a presidência Clinton algumas dessas medidas foram vetadas, acabando o *Balanced Budget Act* de 1995 por vir modificar alguns dos aspectos mais controversos daquela legislação (*v.g.* as proibições relativas aos “*compensation arrangements*” e a redução da lista de serviços abrangidos pela proibição). Em Janeiro de 2001 a *Health Care Financing Administration* – hoje *Center for Medicare and Medicaid Services* – emitiu a chamada *Final Rule* que implementa o *Ethics in Patient Referral Act* de 1989, tal como foi sendo alterado ao longo do tempo, visando flexibilizar o regime. O objectivo consistia em interpretar as proibições de forma restritiva e as excepções de forma extensiva. Em 4 de Dezembro de 2007 entrou em vigor a legislação *Stark III*.

Genericamente, a *Stark Law* proíbe os médicos de remeterem os pacientes do *Medicare* ou do *Medicaid* para realização de “*designated health services*” numa entidade na qual o médico (ou um membro da família imediata do médico) tenha uma relação financeira directa ou indirecta.

Este complexo de regras é complementado com o denominado *Antikickback Statute* – um regime de matriz criminal – que estabelece que todo aquele que dolosamente recebe ou faz um pagamento, em numerário ou em espécie, para influenciar a recomendação médica (*referral*) de um serviço que seja financeiramente suportado por um programa federal de saúde, incluindo o *Medicare* e o *Medicaid*, pode ser criminalmente responsabilizado. Previsto desde 1972, o propósito do regime consiste em proteger os pacientes e os programas governamentais de saúde pública de comportamentos fraudulentos e abusivos que visem influenciar as decisões médicas com fundamento, principal ou exclusivo, no facto de o custo ficar a cargo, total ou parcialmente, de um programa federal. A amplitude do tipo de crime levou a que viessem a ser introduzidas, mais tarde, limitações ao seu âmbito de aplicação (os denominados “*safe harbours*”).

6.3. Reacção legal à indução da procura de medicamentos

O *supra* identificado problema da indução da procura de medicamentos foi também ele objecto de reacção por parte de vários Estados. Como facilmente se perceberá, a indução a esse nível poderá revelar-se um problema particularmente complicado para o sector público. De facto, o Estado surge muitas vezes como financiador – parcial ou total – desses medicamentos, pelo que um comportamento indutor do consumo dos mesmos representa, sem mais, uma enorme desutilidade não apenas para o paciente, mas igualmente para o erário público.

Exactamente por isso, vários países tentaram encontrar soluções para prevenir tais gastos excedentários recorrendo a políticas orçamentais restritivas, orientações (*guidelines*) de prescrição, disseminação de informação sobre a utilização óptima de medicamentos, formulários, *etc.* (Pacey & Li Wan Po, 1998:171-177). Tal ocorreu, inclusive, em países onde o fenómeno da indução a este nível não é sequer considerado um problema crónico.

A Alemanha, por exemplo, introduziu restrições regulatórias em 1998, com limitações ao volume de medicamentos que podem ser prescritos por cada médico (valor que é ajustado tendo em conta a especialidade e informação médica do ano anterior). Estas medidas surtiram originalmente efeito, mas o impacto foi soçobrando com o tempo, retomando-se em pouco tempo o nível anterior de gastos (Nguyen et al, 2005:3).

Em França, um reforço na aplicação e vinculação às orientações de prescrição (“*Références médicales opposables*”) – criado em 1993 – teve originalmente bastante sucesso (Or, 2002:9-10; e Nguyen-Kim et al, 2005:4). O objectivo consistia em fazer uma expressa discriminação negativa face a tratamentos e medicamentos sem valor terapêutico ou cuja administração representasse um elevado risco. Apesar do sucesso inicial da medida, o seu impacto foi igualmente perdendo importância com o tempo (Or, 2002:9-10; e Nguyen-Kim et al, 2005:4). Circunstância esta a que acresceram os problemas relativos à aplicação de coimas aos médicos e que terminou no abandono do sistema (Or, 2002:9-10; e Nguyen-Kim et al, 2005:4).

Nos Estados Unidos o debate científico e legal sobre as relações entre médicos, indústria farmacêutica e farmácias continua na ordem do dia, nomeadamente no que diz respeito à atribuição por parte da indústria farmacêutica de bolsas, ofertas, amostras farmacêuticas, contratos de consultoria e investigação e outro tipo de apoios aos profissionais de saúde (Wazana, 2003:252-255; Katz et al, 2003:39-46; e Chimonas & Rothman, 2005:949-960). Algumas iniciativas como o *Compliance Program Guidance for Pharmaceutical Manufacturers* do *Office of Inspector General* de Abril de 2003 (OIG, 2003:1-56) – uma tentativa de regular a forma de relacionamento entre indústria farmacêutica e a classe médica – acabou, no final, por ficar aquém das expectativas (Chimonas & Rothman, 2005:949-960; e Brennan et al, 2006:429-433).

Uma outra hipótese de reagir ao fenómeno da indução da procura de medicamentos, provavelmente mais segura para os pacientes, consiste na adopção de uma “*separating policy*” onde prescrição e venda de medicamentos têm de encontrar-se totalmente separadas (i.e. a actividade médica e farmacêutica deverão estar orgânica e funcionalmente separadas). Foi exactamente isso que fez Coreia do Sul em 2000 (Kwon, 2003:529-530; Chou et al, 2003:328) e a Ilha Formosa em Março de 1997 (Chou et al, 2003:317), ainda que neste último caso de forma progressiva. Na Coreia do Sul a oposição à medida foi feroz, com greves que terminaram na concessão de melhorias remuneratórias (Kwon, 2003:529-538; Chou et al, 2003:328). Na Ilha Formosa, e igualmente em resultado da resistência dos médicos, foi no final permitido que clínicas e hospitais que nos seus quadros dispusessem de pelo menos um farmacêutico poderiam continuar a administrar directamente os medicamentos (Chou et al, 2003:316-317); ao invés, clínicas que não possuísem farmacêutico teriam de remeter a administração e venda dos medicamentos para uma farmácia externa. Sem surpresa, 60% das clínicas contrataram um farmacêutico (Chou et al. 2003:321). Os hospitais não chegaram sequer a ser visados com o novo quadro legal, uma vez que já dispunham de farmacêuticos antes da entrada em vigor daquelas regras. Logo, em ambos os países a adopção de uma “*separating policy*” acabou por ficar, no final, seriamente matizada.

6.4. Reacção legal à indução da procura na prescrição e administração de quimioterapia

A situação *supra* referida de existirem, ao nível dos Estados Unidos, vantagens financeiras arbitradas aos profissionais de saúde e às clínicas na administração de tratamentos quimioterapêuticos – que correspondiam à diferença entre o valor de reembolso previsto nos programas de saúde públicos e o valor de aquisição dos tratamentos – mereceu reacção por parte do

poder legislativo. De facto, tal incentivo financeiro à prescrição e administração de tratamentos quimioterapêuticos não poderia deixar de merecer uma reacção por parte do poder legislativo.

Foi assim sem surpresa que, em 2003, foi aprovado o *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*. Através deste acto legislativo vieram reduzir-se substancialmente as taxas de pagamentos relativos a tratamentos de quimioterapia para pacientes externos. A redução em apreço entraria apenas em vigor em Janeiro de 2005 (Jacobson et al, 2010:1391).

De acordo com as novas regras, e a começar a 1 de Janeiro de 2004, o *Medicare* reduziu o nível de reembolsos de 95 para 85% do AWP de 1 de Abril de 2003. Depois, em 1 de Janeiro de 2005, o *Medicare* instituiu finalmente um novo sistema de pagamentos baseado no denominado “*average sales price*”. Ao abrigo deste sistema – que os planos de saúde privados estão a copiar –, o *Medicare* reembolsa os tratamentos quimioterapêuticos com base no valor médio de venda a nível nacional dos mesmos nos últimos dois trimestres, acrescidos de 6% para assegurar um reembolso adequado aos profissionais de saúde que se deparem com custos acima da média. O *Medicare* começou também a pagar um valor mais elevado aos médicos pela administração dos medicamentos, visando assim aproximar os custos dos médicos face ao custo das clínicas. O novo sistema de pagamentos levou a que os reembolsos por tratamento quimioterapêutico passassem a representar em média 1,06 vezes os custos médios dos tratamentos em apreço (U.S. Government Accountability Office, 2005; e Jacobson, et al, 2010:1392-1393). Valor aquele que representa uma redução substancial face ao ano de 2004 cuja rácio de pagamento: custo era de 1,22 (U.S. Government Accountability Office, 2005; e Jacobson, et al, 2010:1392-1393). Apesar de não existirem estimativas anteriores a 2004, é de supor que a taxa de reembolso fosse nessa altura ainda mais elevada, uma vez que a percentagem do AWP era superior (Jacobson, et al, 2010:1392).

Nestes termos, a reforma encetada em 2003 – e com efeitos a partir de 2005 – visava reduzir o reembolso relativamente a determinados medicamentos no âmbito de tratamentos quimioterapêuticos, bem como – e mais significativamente – reduzir o incentivo financeiro à prescrição de determinados medicamentos que possibilitavam a obtenção de elevadas margens aos profissionais de saúde e às clínicas sem que isso representasse, no final, qualquer vantagem para o paciente (Jacobson, et al, 2010:1391).

7. A contra-reacção dos profissionais de saúde às regras legais criadas pelas autoridades públicas

“Law has the power to compel: indeed, the ability to enforce is a condition of the ability to command”

São Tomás de Aquino, in
Summa Theologica (1265-1274)

A racionalidade das medidas legais adoptadas para prevenir o surgimento de manifestações de indução da procura no sector da saúde – lesivas do interesse do paciente e do interesse público – pressupõe que os seus principais destinatários, os profissionais de saúde, reajustem o seu comportamento face ao novo enquadramento legal. A extensão e teor do reajustamento comportamental instigado por esse novo enquadramento normativo é que pode, no final, não ser exactamente aquele que um legislador menos providente anteciparia.

As regras legais representam, naturalmente, um elemento essencial a ter em consideração por qualquer profissional de saúde no exercício da sua actividade. Actividade que é exercida de uma

determinada forma em resultado directo de uma escolha racional que, sem surpresa, surge influenciada pelos sistemas de incentivos a que os agentes se encontram sujeitos, corolário de uma ponderação a cada instante dos custos e benefícios das diversas opções disponíveis. O enquadramento jurídico é, para o efeito, uma das componentes desse sistema de incentivos com os quais o profissional de saúde se confronta.

Um dos grandes contributos da *Law and Economics* (Análise Económica do Direito) consistiu, na realidade, em surpreender essa influência do Direito no comportamento dos agentes económicos e em, a partir daí, conseguir antecipar qual a reacção dos mesmos a novos enquadramentos normativos (*positive law and economics*).

Naqueles termos, sempre que uma nova configuração jurídica é adoptada cumpre determinar qual o seu respectivo impacto nos destinatários das normas, designadamente tendo em conta o alcance das potenciais alterações comportamentais que tal novo contexto normativo é susceptível de provocar na esfera dos agentes económicos. É, pois, absolutamente necessário ter consciência que tais alterações comportamentais dos agentes económicos ao novo contexto normativo podem, no final, fazer frustrar o próprio propósito das alterações legais introduzidas. A Análise Económica do Direito está, em virtude dos instrumentos em que assenta a sua análise, especialmente vocacionada para auxiliar o legislador a este nível, antecipando qual o real impacto de uma determinada alteração legislativa no comportamento dos agentes económicos visados ou ajudando a compreender os fracassos de determinadas iniciativas legislativas que não foram capazes de cumprir os objectivos para as quais foram tomadas.

Vejamos alguns exemplos de alterações comportamentais inesperadas, na perspectiva do legislador, a algumas das medidas legais que foram sendo adoptadas visando prevenir ou mitigar manifestações do fenómeno da indução da procura ao nível dos cuidados médicos.

7.1. Contra-reacção dos médicos às alterações nos preços fixados ao abrigo de programas públicos de saúde

Tal como foi já enunciado, o controlo dos valores cobrados pelos profissionais de saúde aos programas públicos de segurança social existentes nos Estados Unidos foi objecto de uma especial atenção nas últimas décadas.

Uma primeira iniciativa coerente a esse objectivo de controlo foi encetado durante o *Economic Stabilization Program* em 1971-1974. Durante este período os aumentos nos valores cobrados não podiam aumentar a níveis superiores a 3% ao ano. Acontece que, no final, houve então um substancial aumento do volume de serviços médicos prestados durante esse mesmo período. Daí que, não obstante o *plafonamento* no aumento dos valores cobrados, as despesas médicas continuaram – tal como antes – a aumentar a um ritmo de cerca de 10% ao ano. Atente-se que estamos assim, pelo menos aparentemente, perante o exercício de um poder de monopólio por parte do profissional de saúde: a fixação administrativa dos preços teve como reacção um aumento da quantidade de serviços prestados. Uma vez eliminado o controlo legal imposto durante 1971-1974, os profissionais de saúde aumentaram dramaticamente os níveis de preços, enquanto o volume de serviços prestados voltou a declinar (Nguyen & Derrick, 1997:285).

Uma segunda tentativa de racionalização dos custos com cuidados de saúde diz respeito às alterações ocorridas entre 1976 e 1978 no Estado do Colorado ao nível dos pacientes do *Medicare*. Uma gestão distinta da forma como geográfica e organicamente se organizava o *Medicare* levou a que, no final, os valores de reembolso aos profissionais de saúde tivessem sido objecto de aumento em

alguns casos e de diminuição em outros. Dois estudos ficaram célebres ao identificar no seguimento daquelas alterações legislativas manifestações de indução da procura (Rice, 1983:813-815; e Christensen, 1992:65-79), nomeadamente ao nível de serviços cirúrgicos e testes de laboratório.

Uma terceira tentativa de controlar o valor cobrado pelos profissionais de saúde verificou-se aquando do congelamento dos valores pagos pelo *Medicare* no período de 1984-1986. Mais uma vez a iniciativa não foi bem sucedida. Em 1986 aquele programa governamental apresentava níveis de despesa 30% superiores face ao que antes se registava, resultado do aumento do volume de serviços médicos prestados (Mitchell et al, 1989:21-33).

Os aumentos do volume de serviços médicos prestados surgiam, em parte, como resposta comportamental dos médicos que tinham sido afectados com as políticas de controlo, nomeadamente através de manifestações de indução, mas gozam também de algum apoio em outras causas, nomeadamente no aumento dos custos dos avanços tecnológicos ou no envelhecimento da população (Nguyen & Derrick, 1997:286).

Em todo o caso, a reforma mais estrutural ocorreria, tal como foi já enunciado, no final da década de 80 através das alterações legais ao sistema de reembolsos do *Medicare*. Reforma que acabou por ter um impacto assimétrico na comunidade dos profissionais de saúde. Para grande parte da comunidade médica a reforma do final da década de 80 não implicou alterações ao nível das receitas auferidas e, nessa medida, não era expectável qualquer tipo de alteração comportamental relevante nesse universo de médicos. Ao invés, para a comunidade médica que seria financeiramente afectada com a reforma – cerca de 20% – poderia ser que tal circunstância levasse, no final, a uma alteração no exercício da actividade, nomeadamente um acréscimo do volume de serviços prestados.

Um dos estudos mais interessantes realizado sobre as alterações introduzidas pelo *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1989 no *Medicare* foi encetado por Nguyen e Derrick (Nguyen & Derrick, 1997:283-298). O objectivo do estudo consistia exactamente em investigar as respostas comportamentais (*behavioral responses*) à redução dos preços de alguns procedimentos médicos, os denominados “*overpriced procedures*”. Para o efeito, aqueles dois autores utilizaram informação relativa a cada prática médica individualmente considerada, ao contrário do que havia sido amplamente efectuado em estudos anteriores que partiam, ao invés, de uma amostra nacional representativa como objecto de investigação (Nguyen & Derrick, 1997:287). Esta metodologia permitiu identificar a resposta da comunidade dos profissionais de saúde que foi financeiramente afectada com a reforma e a resposta daqueles para quem a reforma se assumiu – como a mesma pretendia assumir-se – um evento neutral do ponto de vista financeiro. Um dos aspectos mais relevantes consistia em aferir se nas reacções em apreço se poderia surpreender um aumento do volume de serviços prestados, sobretudo para aqueles que tinham sido afectados com a entrada em vigor da reforma do *Medicare*. Conclui-se que as respostas foram, de facto, assimétricas entre a comunidade médica, corolário directo do impacto – também ele assimétrico – da reforma do *Medicare* no nível de rendimentos dos profissionais de saúde (Nguyen & Derrick, 1997:284).

Utilizando as quantidades de 1989 como premissa, elaborou-se naquele estudo um índice de preços para cada prática médica e examinaram o impacto desse índice de preços num índice do volume do *Medicare*. Apesar de não terem desagregado os efeitos rendimento e os efeitos substituição da alteração de preços, interpretaram os seus resultados nesses termos. No geral, não terão ocorrido respostas em volume significativas (*v.g.* radiologia e patologia), mas para 20% dos médicos que foram afectados com as maiores reduções de preços (Nguyen & Derrick, 1997:291) houve já um significativo efeito rendimento negativo. Para estes médicos, a redução de 1% no preço levou a um acréscimo no volume de serviços de 0,4% (*i.e.* por cada dólar de redução nos preços, os profissionais

de saúde recuperaram 40 centavos em virtude de um aumento do volume de serviços prestados). A reacção dos profissionais de saúde variou também em razão da especialidade médica.

Concluem então os autores daquele estudo que para um objectivo de controlo dos aumentos de custos no sector da saúde não basta uma solução legal que ignore, para o efeito, a reacção dos médicos a esse novo enquadramento legal, nomeadamente uma potencial resposta que conduza a um aumento do volume de serviços prestados. Nesses termos, a reacção médica identificada poderia em larga medida frustrar o propósito da reforma do *Medicare*, uma vez que a mesma acabou por implicar, de facto, um aumento dos *Medicare Volume Performance Standards* (Nguyen & Derrick, 1997:285). Logo, outros instrumentos deveriam ser encontrados para assegurar os objectivos que a reforma visava alcançar.

Conforme foi sublinhado, um dos grupos mais atingidos com a reforma encetada ao nível do *Medicare* foi o grupo dos cirurgiões. Estimava-se, para o efeito, que os cirurgiões torácicos perdessem 26% do seu rendimento (Levy et al, 1990:717-722). Essa circunstância tornou assim o grupo dos cirurgiões como o grupo de eleição para efeitos de avaliação científica do fenómeno da indução da procura no âmbito daquela reforma legal.

Foi assim sem surpresa que um outro economista da saúde, Winnie Yip, se propôs avaliar o impacto da reforma no *Medicare* no contexto dos cirurgiões torácicos no Estado de Nova Iorque e em Washington (Yip, 1998:675-700). Acabaria por concluir-se no âmbito desse estudo que existia evidência empírica de que os cortes ao nível do *Medicare* levaram, de facto, a um aumento dos volumes de cirurgias torácicas efectuadas quer ao nível dos pacientes *Medicare*, quer ao nível dos restantes pacientes (i.e. aqueles cujos serviços médicos são suportados por privados). Winnie Yip estima que os cirurgiões torácicos tenham recuperado 70% do seu rendimento anterior através de induções da procura concretizadas num aumento do volume dos procedimentos cirúrgicos realizados.

7.2. Em especial, a contra-reacção dos médicos a alterações nos pagamentos relativos a tratamentos de quimioterapia

Conforme já sublinhado, o *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*, aprovado em 2003, veio reduzir substancialmente as taxas de pagamentos relativos a tratamentos de quimioterapia para pacientes externos ao abrigo daquele programa público de segurança social.

Antes desta alteração legislativa o resultado líquido de funcionamento do sistema era o de que os profissionais de saúde e as clínicas que administravam este tipo de tratamentos poderiam “comprar” os mesmos a um determinado preço no mercado aberto e “vendê-los” depois a pacientes do *Medicare* a um preço mais elevado (Jacobson et al, 2010:1391). Com as alterações normativas introduzidas visou-se reduzir as margens na venda final daqueles medicamentos oncológicos. Tal suscitou, num primeiro lugar, importantes questões ao nível do tratamento do cancro (Friedman et al, 2007:2304-2312). Muitos recearam que as alterações legislativas viessem a reduzir o acesso ao tratamento quimioterapêutico por parte dos pacientes do *Medicare*. Alguns oncologistas demonstraram também preocupação face à circunstância de a lei poder tornar os tratamentos oncológicos não lucrativos, obrigando os profissionais de saúde a remeter alguns dos seus pacientes para hospitais, fazendo os mesmos incorrer em atrasos no tratamento (Community Oncology Alliance, 2006).

Aquele novo enquadramento legal deu origem a um estudo recentemente tornado público em que se analisa em que medida estas reduções nos pagamentos tiveram impacto no tratamento

quimioterapêutico administrado aos beneficiários do *Medicare* (Jacobson, 2010:1392). Para o efeito, avalia-se o impacto dessas alterações ao nível de pacientes aos quais tenha sido recentemente diagnosticado cancro do pulmão, assim como aos tipos de agentes pelos mesmos recebidos. Em concreto, avaliou-se a utilização de medicamentos recorrentes no tratamento de cancro do pulmão: carboplatina, paclitaxel, etoposide, docetaxel e gencitabina HCl (Jacobson, 2010:1392). A escolha dos pacientes com cancro do pulmão esteve relacionada com a circunstância de se tratar da principal causa de morte cancerígena nos Estados Unidos, no facto de os pacientes se encontrarem de um ponto de vista clínico numa situação relativamente homogênea e ainda, finalmente, na circunstância de a quimioterapia surgir como um tratamento *standard* para este tipo de doentes, nomeadamente se os mesmos se encontrarem numa fase adiantada do cancro (Jacobson, 2010:1392). Contrariamente às questões relativas aos alegados problemas de acesso ao tratamento quimioterapêutico que as alterações legais aparentemente gerariam, acabou por ocorrer segundo aquele estudo um aumento da probabilidade de os pacientes a quem tenha sido diagnosticado cancro do pulmão virem a receber quimioterapia. Utilizando a informação disponível 104 semanas antes da introdução das novas regras de reembolso, concluem os autores que a probabilidade de receber quimioterapia no primeiro mês após o diagnóstico do cancro do pulmão aumentou 1,9%. Tal representava um aumento de mais de 10% ao nível dos pacientes (recentemente) diagnosticados com cancro do pulmão (Jacobson, 2010:1392). Os tipos de agentes quimioterapêuticos administrados também mudaram. Os medicamentos que maiores margens garantiam aos profissionais de saúde e clínicas foram substituídos. Alguns medicamentos foram especialmente afectados pelas reduções nos pagamentos do *Medicare*, como a carboplatina (cuja prescrição caiu 2%) e o paclitaxel (cuja prescrição caiu 4%). Outros medicamentos saíram por sua vez beneficiados com os 6% de margem pagos pelo *Medicare* sobre o preço médio de venda, exemplo disso foi o docetaxel (um dos medicamentos mais caros, pelo que esse acréscimo de 6% tornou apelativa a sua respectiva prescrição) (Jacobson, 2010:1396-1397).

Os autores do estudo não sabem (ainda) qual o efeito destas alterações comportamentais nos pacientes com cancro, mas antecipam que as mesmas poderão derradeiramente neutralizar algumas das poupanças financeiras projectadas aquando da aprovação da nova legislação (Jacobson, 2010:1398).

8. A reacção legal aos excessos terapêuticos em patologias cancerígenas e o problema da (previsível) contra-reacção médica

"La posesión de la salud es como la de la hacienda, que se goza gastándola, y si no se gasta no se goza"
Francisco de Quevedo (1580-1645)

A prescrição e administração de quimioterapia nos vários tipos de cancro relativamente aos quais a mesma não tem gozado de qualquer efeito discernível, bem como os excessos na exploração da “reserva de doença” que o diagnóstico do *CDIS* geralmente implica, suscitarão, presumivelmente, reacções futuras por parte do poder legislativo ou das entidades reguladoras. Na realidade, ao contrário do que sucedia na maioria das situações médicas que foram objecto de reacção por parte das entidades públicas no passado, a desadequação ou desnecessidade dos tratamentos nos casos em apreço merecem uma especial atenção. A necessidade de acautelar os custos dos pacientes – expressos em valores monetários e não monetários – e os custos do sector público reivindica essa atenção.

Em todo o caso, face à evidência empírica que foi exposta será absolutamente necessário que

quaisquer futuras regras legais ou regulatórias que venham a ser adoptadas tomem em consideração, como elemento essencial para o sucesso das mesmas, o expectável reajustamento que provocarão no comportamento dos profissionais de saúde. Atente-se que as novas regras visarão efectivamente produzir uma *determinada* alteração no comportamento do profissional de saúde. Acontece é que, como foi já enunciado, *essa* alteração comportamental pode, mesmo que venha a surtir efeito, não entrar em contas com *outras* alterações ao nível dos comportamentos profissionais dos médicos que, derradeiramente, podem vir a colocar em causa o próprio propósito para o qual as novas regras foram adoptadas.

O comportamento médico constitui, nessa medida, um aspecto nuclear ao nível da economia da saúde (McGuire, 2000:463). Muitas das dificuldades históricas que se foram registando ao nível das tentativas de regular normativamente o sector da saúde tiveram origem exactamente nesse aspecto em particular, em especial no que diz respeito à forma de enquadrar a actividade dos profissionais de saúde. Desconsiderar essa circunstância representa invariavelmente um “custo” para o esforço normativo que pode, sem mais, ver frustrada a finalidade das regras que emana.

Há pois que sublinhar, uma vez mais, que as pessoas – incluindo os profissionais de saúde – reagem a incentivos, embora por vezes de forma não necessariamente previsível ou manifesta. Isso tem sido largamente verificado no sector da saúde, coerente à máxima de que “*one of the most powerful laws in the universe is the law of unintended consequences*” (Levitt & Dubner, 2010:xii). A Análise Económica do Direito pode, neste domínio, ajudar a prevenir tais “*unintended consequences*”, antecipando a sua potencial concretização.

Na realidade, há já alguns anos que perante alterações efectuadas no *Medicare* norte-americano as análises actuariais realizadas incorporam a indução da procura nos seus modelos. Tal sucedeu, por exemplo, quando foram introduzidas mudanças ao *Medicare* no final da década de 80. Para o efeito, os modelos actuariais propunham aí reduções em alguns procedimentos de cerca de 6,5% (mais do que era originalmente suposto) para compensar um aumento do volume dos cuidados médicos prestados. Estimavam esses estudos que por cada 1% de redução na contrapartida financeira correspondesse um aumento no volume de serviços prestados de 0,5% (McGuire, 2000:513). Estamos aqui, sem mais, perante um reconhecimento explícito do postulado de que as pessoas respondem a incentivos. Alguns anos volvidos viria a confirmar-se, no final, o carácter especialmente preditivo daquelas análises actuariais realizadas aquando da reforma do *Medicare* (McGuire, 2000:514).

Antes de ensaiar um balanço final do qual constam algumas hipóteses possíveis de reacção ao fenómeno da indução da procura, cumpre enunciar alguns modelos explicativos que a comunidade científica tem apresentado para compreender a origem do mesmo.

9. Os modelos explicativos da indução da procura de cuidados de saúde

“The promise of every product and service is a better life. Profits are the prize for delivering on the promise”

Patrick Dixon, in
Building a Better Business (2005)

São vários os modelos explicativos que têm sido sugeridos para o fenómeno da indução da procura. Modelos que não são mutuamente exclusivos, pelo que todos poderão, no limite, contribuir para compreender a ocorrência do mesmo.

9.1. O modelo da competição pela qualidade

O modelo da competição pela qualidade assume-se com a mais simples e singela tentativa de explicação do fenómeno da indução da procura. O aumento do número de profissionais de saúde levaria a um acréscimo de qualidade nos serviços por si prestados (Gaynor & Gertler, 1995:593-614) o que justificaria, por sua vez, a manutenção dos preços. Num modelo de maximização do lucro, tal estratégia faz sentido se custar menos ao prestador de serviços ganhar clientes adicionais através da promoção desse acréscimo de qualidade do que reduzir os preços. Por outras palavras, se, por unidade de despesa, a “elasticidade qualidade” da procura for maior do que a “elasticidade preço” da procura, será mais vantajoso aumentar a qualidade do que reduzir o preço (McPake et al, 2008:143). Esta relação entre “elasticidade qualidade” e “elasticidade preço” terá presumivelmente alguma razão de ser em alguns países, particularmente naqueles em que a cobertura seguradora é mais significativa. Em todo caso, a decisão dos particulares em procurar cuidados de saúde é, em larga medida, dominada pela premissa da qualidade nos vectores de utilidade (McPake et al, 2008:143-144).

Em 1997 foi publicado um estudo em que este aspecto da qualidade foi especialmente sublinhado (Bennet et al, 1997:102-123). O estudo incidiu sobre o mercado hospitalar de Banguecoque em 1993, cidade onde coexistiam à data 105 hospitais privados (80% dos quais visavam o lucro) e 80 hospitais públicos. A análise ao mercado hospitalar visava verificar como se diferenciavam os hospitais entre si, em particular aferir se o faziam ao nível da concorrência de preços, da indução da procura pela oferta e/ou da concorrência no domínio da qualidade. Com base nisso, estimava-se a correlação entre aquelas formas de concorrência hospitalar num raio entre 2km e 5km de Banguecoque e o respectivo preço, a intensidade dos serviços e os indicadores de qualidade das unidades hospitalares. As conclusões foram deveras curiosas. Concluiu-se que a concorrência de preços era uma realidade que, a existir, estava muito longe de ser a estratégia dominante no mercado. Na zona central de Banguecoque chegou-se à conclusão de que havia, de facto, alguma competição ao nível da qualidade. No entanto, e tendo em conta os “preços de qualidade-ajustados” (“*quality-adjusted prices*”) (Cowling & Cubbin, 1972:963-978) chegou-se à conclusão de que não havia relação entre o preço efectivo e o “preço de qualidade ajustado”. Ou seja, o estudo sugere dessa forma que o mercado hospitalar de Banguecoque reflectia uma variação significativa e injustificada do preço. Assim, apesar de os hospitais privados, nomeadamente os que estavam cotados na bolsa de valores, oferecerem maior qualidade, serem mais caros e obterem maiores lucros, eram também aqueles que estavam a fixar preços muito acima do valor normal que o seu respectivo nível de qualidade fazia adivinhar. Identificou-se dessa forma um curioso movimento em que os hospitais promoviam a sua reputação através de um “*premium price*”, muito acima dos níveis que a sua qualidade faria supor (ou seja, ocorria aqui o bizarro fenómeno da sinalização através dos preços (Araújo, 2005:420). No final, e em virtude dessa conclusão, o estudo enunciava assim várias reticências quanto ao aumento do papel dos privados no sector da saúde, nomeadamente quando a capacidade reguladora for mais débil (como era o caso da Tailândia).

9.2. O modelo do “rendimento alvo”

Um outro modelo que postula igualmente a rigidez nominal à descida de preços é o modelo do rendimento alvo (“*target income theory*”) (Evans, 1974; Fuchs, 1978:54; e Rice, 1983:803-815). A origem da teoria é atribuída à teoria comportamentalista de Herbert Simon (1958:253-283) e no

contexto médico encontra-se originalmente ligada à determinação dos preços e não à determinação da quantidade (McGuire, 2000:523). A ideia base do modelo é a de que os médicos têm como objectivo alcançar um determinado nível de rendimentos ou um determinado nível de horas de trabalho com a sua actividade. As suas receitas são obtidas, como acontece com a generalidade dos prestadores de serviços, pelo produto da quantidade de serviços que prestam pelo preço respectivo. Se este rendimento for objecto de um choque exógeno, ficando em função disso abaixo do valor desejado, então os médicos promoverão a sua recuperação para o nível inicial. Para o efeito, aumentam a quantidade dos serviços que prestam. Trata-se, nestes termos, de um modelo matemático bastante simples, onde se substitui a normal relação positiva entre p (preço) e q (quantidade) registada ao nível de uma curva da oferta positivamente inclinada, por uma relação negativa dada pela hipérbole rectangular $p \times q = T$, onde T significa alvo (*target*).

Este modelo explicativo teve enorme impacto não apenas na comunidade científica, mas igualmente no espectro político. O governo federal norte-americano promoveu inclusive uma conferência e publicou um volume sobre a oferta e a determinação do preço intitulado, “*The Target Income Hypothesis and Related Issues in Health Manpower Policy*” (Department of Health, Education and Welfare, 1980).

Por sua vez, em 1996 foi publicado um estudo em que se analisava um inquérito feito a jovens médicos relativamente às suas aspirações. Os médicos em apreço foram convidados a responder acerca de qual o rendimento que consideravam adequado tendo em conta o estágio da carreira em que se encontram – resposta que foi considerada como o seu rendimento alvo – chegando-se no final à conclusão de que quando os médicos se encontravam longe daqueles valores os preços (e não a quantidade) tinham tendência a subir (Rizzo & Blumenthal, 1996:243-293).

Em qualquer caso, o modelo do rendimento alvo tem sido objecto de algumas críticas. Em primeiro lugar, pressupõe que o comportamento dos consumidores é integralmente passivo. Em segundo lugar, é conceptualmente inadequado para explicar o comportamento dos profissionais de saúde sempre que os serviços sejam pagos por entidades diferentes, uma vez que há uma multiplicidade de combinações possíveis relativas ao volume de prestações que podem satisfazer o objectivo estabelecido (pelo que o modelo perde assim capacidade preditiva). Em terceiro lugar, a própria ideia de rendimento alvo é problemática. Como explicar a razão pela qual esse rendimento alvo é estabelecido como objectivo? Como explicar em que termos se define esse rendimento? Como explicar as diferenças dos rendimentos alvos entre indivíduos e suas diferentes configurações ao longo do tempo? (McGuire, 2000:524). Finalmente, a tomar como verdadeiras as premissas do modelo, não se percebe o que impediria então o profissional de saúde de determinar um outro “rendimento alvo” mais elevado, com ou sem a ocorrência de um qualquer choque exógeno. Ou seja, não se percebe o que é que impediria o profissional de saúde de induzir sempre o máximo de procura pelos seus serviços (Barros, 2009:132).

Em todo o caso, o que esta teoria sustenta ao nível dos médicos não é a pretensão destes em maximizar o seu poder de mercado, mas apenas em obter um determinado tipo de rendimento alvo fixo (Fuchs, 1978:54). Acontece que, bem vistas as coisas, a adopção de comportamentos reconduzíveis à teoria do rendimento alvo demonstra já, de forma inequívoca, um vigoroso poder de mercado por parte dos profissionais de saúde. A questão que ficaria então por responder estaria relacionada, de facto, com quais as motivações para os profissionais de saúde não aproveitarem integralmente esse poder de mercado em que assenta o modelo. Algumas respostas foram surgindo ao longo do tempo.

Por um lado, e fazendo uma analogia entre indução e publicidade, argumenta-se que a indução

tem um *resource cost* efectivo (tal como a publicidade) e encontra-se limitada pelo cálculo do lucro médico na presença de receitas decrescentes (Stano, 1987:227-238). Por outro lado, sugeriram-se argumentos éticos (incluindo de matriz deontológica) como elementos limitadores da indução da procura (Newhouse, 1970:174-183; Evans, 1974; e McGuire & Pauly, 1991:385-410). Por fim, argumentou-se que um processo de reputação poderia ser suficiente para impedir ou limitar a indução (Dranove, 1988:281-298).

A ideia subjacente a estas construções é a de que, no final, os médicos que induzam muito a procura serão punidos no futuro por uma menor procura. Ou seja, os consumidores dos cuidados de saúde teriam a capacidade de recusar o tratamento e solicitar uma segunda opinião (Rochaix, 1989:53-84) ou de rejeitar um diagnóstico se o mesmo contraditasse a informação de que dispunham (Dranove, 1988:290-298). Logo, manifestações típicas de auto-restrições da procura (*“impeded demand”*). Num primeiro momento, aquando da recaptura do rendimento alvo por parte dos profissionais de saúde, os consumidores de cuidados médicos assumiriam uma postura integralmente passiva. Num segundo momento, o ímpeto de indução da procura por parte dos médicos começava a soçobrar a partir de um determinado limiar, uma vez que essa atitude de passividade dos consumidores passava a estar ameaçada (*“limits on physician insulation”*). Esta tese pressupõe, no entanto, que os pacientes têm essa capacidade de reconhecer a utilização excessiva de recursos – isto é, a capacidade de determinar que o benefício marginal é inferior ao custo marginal do tratamento – o que implica então que se esteja a assumir que os consumidores de cuidados de saúde têm mais informação do que é geralmente admitido (Barros, 2009:132-133).

9.3. O modelo McGuire e Pauly

Um outro modelo explicativo – com vários pontos de contacto com outros modelos – sustenta que as reduções nos preços dos cuidados médicos poderão levar quer a um decréscimo do volume de serviços prestados, quer a um aumento desse volume. Dependerá de saber, no final, se o efeito rendimento prevalece, ou não, sobre o efeito substituição (McGuire & Pauly, 1991:385-410). Trata-se do denominado modelo de McGuire e Pauly.

A indução estaria daquela forma limitada por duas forças. Por um lado, a desutilidade marginal crescente da indução da procura. Por outro lado, a desutilidade marginal crescente do montante do trabalho dedicado a satisfazer a procura. Ou seja, a indução representa ela própria também um custo, como já tinha sido sublinhado (Stano, 1987:229-238).

Nestes termos, perante choques exógenos visando reduzir os custos dos cuidados de saúde, a exemplo do que sucedeu em várias reformas no sistema *Medicare* norte-americano, duas são as reacções possíveis por parte dos médicos que pretendam não ver reduzido o seu rendimento: substituir lazer por trabalho (mais trabalho e menos proveito por procedimento, com ou sem indução da procura) ou substituir os pacientes com menos garantias de gerar proveitos (*v.g.* pacientes do *Medicare*) por pacientes com maior probabilidade de garantir o desejado nível de rendimento (pacientes sem protecção de programas de saúde públicos).

9.4. O modelo do monopólio crescente

Um outro modelo que medita sobre a especificidade do sector da saúde face à teoria económica tradicional no que diz respeito à correlação entre oferta (de cuidados médicos) e o nível de preços praticados é o modelo do monopólio crescente. Este modelo explicativo foi construído sobre um dos

problemas nucleares do sector da saúde: a assimetria informativa.

Aliás, e sendo rigoroso, o modelo não foi apenas construído sobre esse problema como, na realidade, identificou e enunciou o mesmo de forma particularmente reveladora. Para o modelo do monopólio crescente a falta de informação sobre os preços e qualidade dos prestadores levava a que a entrada de mais prestadores no mercado – e respectivo aumento da concorrência – desse origem a preços mais elevados e não a preços mais baixos.

Assim, num trabalho pioneiro de 1979, Mark Satterthwaite veio sublinhar que uma indústria caracterizada por concorrência monopolística (Araújo, 2005:390-402) que vende um bem de reputação – i.e. o produto vendido por cada profissional de saúde é diferenciado e a escolha do prestador a utilizar é baseada em informação prestada por amigos, familiares, associações, *etc.* (Barros, 2009:115) – faz com que um aumento do número de profissionais de saúde possa perversamente provocar também um aumento no preço de equilíbrio da indústria (Satterthwaite, 1979:483-502). O recurso à ideia da concorrência monopolística já tinha sido ensaiada anteriormente por alguns autores (Frech III & Ginsburg, 1975:55-70), mas foi Mark Satterthwaite que lhe conferiu maior densidade explicativa. A ideia central do modelo é a de que na perspectiva dos pacientes os médicos são substitutos imperfeitos uns dos outros (McGuire, 2000:476). A teoria do monopólio crescente viria, no entanto, a fazer escola (McGuire, 1983:203-22; Pauly, 1979:344-352; Getzen, 1984:119-215; Klevorick & McGuire, 1987:235-253; Dranove, 1988:251-298; Dranove & Satterthwaite, 1991:52-70; Zuckerman & Holahan, 1991:143-169; Pauly, 1991:288-305; Dranove & Satterthwaite, 1992:518-534; Gaynor, 1994:211-255; Phelps, 1997:355-365; e Dranove & Satterthwaite, 1999:1093-1140), suscitando questões muito interessantes e relevantes, nomeadamente acerca do impacto da reputação ao nível dos cuidados médicos de saúde.

Em 1981, Mark Pauly e Mark Satterthwaite decidiram tentar extrair mais alguns corolários adicionais do modelo explicativo em causa (Pauly & Satterthwaite, 1981:488-506). Para o efeito, procederam a uma análise empírica dos cuidados de saúde primários em 92 *standard metropolitan statistical areas* (“SMSA”). A razão da escolha pelos cuidados de saúde primários esteve relacionada com a circunstância de, a este nível, a reputação desempenhar alegadamente um papel mais determinante, bem como pelo facto de as pessoas se sentirem mais habilitadas à formação de juízos de reputação neste tipo de cuidados do que em outros serviços médicos mais raros e específicos. Pretendiam os autores do estudo testar duas proposições fundamentais e uma conclusão (Pauly & Satterthwaite, 1981:488-506).

Por um lado, afirmam que quando o número de médicos numa determinada comunidade aumenta, a informação dos consumidores acerca de cada médico diminui. Ou seja, a procura de um novo médico torna-se mais custosa (mais incerta).

Por outro lado, se a procura de um novo médico se torna mais difícil, os consumidores tornam-se por sua vez menos sensíveis ao preço. Logo, a procura dirigida a cada médico torna-se menos elástica.

Com base nestas proposições, conclui-se que um aumento do número de médicos (ou uma qualquer variação de outro factor que torne a procura de médicos mais onerosa) pode levar a um aumento no preço dos serviços médicos. Ou seja, verifica-se aqui um modelo empírico a que se deu o nome de monopólio crescente (Pauly & Satterthwaite, 1981:488). A menor informação dos consumidores no mercado da saúde conferiria a cada médico um maior poder de mercado. Isso poderia ajudar a explicar fenómenos identificados na comunidade científica como aquele onde se surpreende a inelasticidade na procura de serviços hospitalares (Dranove et al, 1993:179-204) e farmácias (Scherer. 2000:1300-1303) quando o paciente escolhe quem que lhe vai prestar o serviço médico, mas tal já não sucede quando a procura é efectuada por entidades organizadas para o efeito

(seguradoras ou organizações de saúde) (McGuire, 2000:473).

Esta conclusão, apelativa na sua formulação, baseia-se, no entanto em proposições cuja validade pode ser infirmada. É de facto duvidoso que um aumento do número de médicos possa sempre significar um aumento dos custos na respectiva procura. Na realidade, se a informação relativamente a cada médico em concreto necessariamente diminui, é mais duvidoso que a procura de um médico em concreto, nomeadamente um especialista, não se torne a partir daí significativamente mais fácil (McPake et al, 2008:140).

10. Balanço final relativo ao fenómeno da indução da procura e aos contributos da Análise Económica do Direito

“Todo o esforço, qualquer que seja o fim para que se tenda, sofre, ao manifestar-se, os desvios que a vida lhe impõe; torna-se outro esforço, serve outros fins, consome por vezes o mesmo contrário do que pretendia realizar. Só um baixo fim vale a pena, porque só um baixo fim se pode inteiramente efectuar”

Bernardo Soares, in
Livro do Desassossego (2005)

A polémica e complexa temática da indução da procura de cuidados de saúde coloca o legislador e as entidades reguladoras numa posição particularmente difícil sempre que as mesmas visem, para prevenir a sua ocorrência, enquadrar normativamente a actividade dos profissionais do sector médico.

O Estado, uma seguradora ou um paciente têm, pela natureza do sector, enormes dificuldades em vincular um médico a um determinado resultado na maioria das relações contratuais estabelecidas com os mesmos. Ou seja, o médico dispõe quase sempre de uma significativa liberdade quanto à quantidade de cuidados médicos prestados no exercício da sua actividade. Nem podia ser de outro modo. Daí que, por mais sistemas de monitorização ou mecanismos de (des)incentivos que sejam criados para prevenir a indução da procura ao nível do volume de cuidados de saúde haverá sempre uma soberania irredutível do médico quanto ao tratamento a prescrever e a administrar (McGuire, 2000:527). Contexto este que apenas torna mais evidente a pertinência de reacções que visem exactamente limitar os efeitos perversos que geralmente subjazem à indução da procura.

A necessidade de reagir a comportamentos indutores da procura acaba, em todo o caso, por remeter para um dos problemas centrais da política de saúde contemporânea. Também aqui cumpre saber se será mais adequado controlar a afectação de recursos na saúde através de mecanismos regulamentares ao nível da oferta de cuidados médicos ou, ao invés, se tal deverá ser deixado à procura de tais cuidados.

A questão em causa – enunciada com clareza por Reinhardt (1989:339) – apela pois a uma escolha política básica entre saber se a regulação de aspectos centrais no sector da saúde, incluindo o fenómeno da indução da procura, deverá ser efectuada normativamente, ou se deverá ficar a cargo da própria procura dos serviços médicos. Por tudo o que foi exposto, a resposta à dúvida colocada parece evidente: o mecanismo da oferta e procura no sector da saúde reclama, de facto, uma intervenção rectificadora externa. Intervenção que, como vimos, foi já ensaiada de múltiplas formas em vários países, nem sempre com grande sucesso.

Ora, é exactamente àquele nível que a Análise Económica do Direito pode acrescentar valor,

em virtude do seu intrínseco valor preditivo. Na realidade, a Análise Económica do Direito revela-se especialmente habilitada a servir de alerta para os riscos que as questões relacionadas com o comportamento médico e os interesses que o orientam suscitam. Interesses que podem ser de vária ordem e não exclusivamente financeiros. Já em 1974 Victor Fuchs alertava para o erro que seria tentar compreender o comportamento dos médicos exclusivamente à luz de um propósito de maximização dos seus rendimentos (Fuchs, 1974:60). Outros objectivos podem e devem ser considerados, tais como a hipótese caritativa (Kessel, 1958:21-53), a ética médica (Arrow, 1963:949), o desafio de poder tratar de casos interessantes (Feldstein, 1970:121-133), *etc.* A importância do aspecto financeiro não deixa, no entanto, de ser particularmente decisivo, especialmente quando os outros objectivos não sejam sequer susceptíveis de desempenhar qualquer papel ao nível de uma determinada decisão médica (McGuire, 2000:521).

Apesar da complexidade de interesses que, no final, podem subjazer à decisão médica, os estudos apresentados ao longo deste texto demonstram que é possível antecipar em grande medida o teor e extensão do comportamento dos profissionais de saúde após a ocorrência de um factor exógeno (de origem política ou não) com reflexo na sua actividade profissional. Compreender e perceber este enquadramento factual habilitaria o poder político e regulador a exercer mais eficazmente as suas competências, conscientes a todo o momento do poder de mercado que o médico efectivamente possui. Poder de mercado que não está tanto ao nível dos preços praticados, uma vez que aí os médicos estão mais ou menos submetidos, com algumas especificidades, às mesmas regras que os outros agentes (McGuire, 2000:527), mas sim ao nível do volume de prestações efectuadas.

Nestes termos, o sucesso de quaisquer medidas legais adoptadas para prevenir ou mitigar a indução da procura de cuidados médicos dependerá, de facto, de o legislador ter sido capaz de antecipar e reflectir acerca dos reajustamentos comportamentais que a comunidade médica protagonizará a jusante. Abstrair desta esfera de interesses aquando da adopção das medidas normativas significou, no passado, a frustração de várias tentativas ensaiadas para o efeito (*v.g.* a adopção de políticas de controlo orçamental de dotações para o sector da saúde, as orientações de prescrição, as limitações à prescrição de determinados medicamentos, as proibições de “*self-referral*”, *etc.*).

Mas os “*educated guesses*” que a Análise Económica do Direito permite formular não têm a sua operacionalidade limitada ao estrito âmbito das reacções normativas directas ao fenómeno da indução da procura. Há outras vias, mais indirectas, que permitem igualmente prosseguir esse propósito. Nestes termos, uma procura informada poderá desempenhar um papel igualmente relevante naquele domínio, mesmo que seja secundário face à solução normativa directa. Assim, se a intervenção pública terá provavelmente uma maior preponderância nos esforços de controlo da indução da procura no sector da saúde, nomeadamente quando se verifiquem situações de contradição terapêutica, não será porventura despidendo o papel que os privados poderão crescentemente desempenhar neste domínio, nomeadamente as seguradoras e os próprios pacientes.

Ao nível das seguradoras tem-se assistido nos últimos anos, de facto, a uma crescente preocupação na selecção dos profissionais de saúde abrangidos pela cobertura do seguro. Uma selecção criteriosa dos médicos em função do seu respectivo historial clínico (sempre que tal informação esteja disponível) permite excluir das coberturas de seguro profissionais de saúde com maior propensão à prescrição excessiva de procedimentos médicos (McGuire, 2000:493). Circunstância que poderá assim dissuadir médicos que aspirem a pertencer a determinadas coberturas de seguro de adoptar aquele tipo de práticas. Para além disso, tem sido igualmente notada a necessidade de relativamente a alguns tratamentos ser necessário obter autorização da seguradora

para a realização dos mesmos, à semelhança do que acontece em vários planos de saúde públicos. Essa necessidade de autorização prévia tem sido amplamente incluída nas apólices de seguro no que diz respeito a tratamentos oncológicos, nomeadamente no que diz respeito à utilização da quimioterapia. A este tipo de respostas junta-se uma outra, mais antiga, que consiste em fazer crescer o número de procedimentos médicos em que se exige co-pagamento por parte do paciente. Qualquer uma destas medidas tem, no seu âmago, potencial para prevenir comportamentos indutores por parte dos profissionais de saúde, seja vedando a possibilidade de o seguro (ou o plano de saúde público) custear o procedimento médico recomendado, seja pelo custo financeiro de o mesmo ter de se parcial ou integralmente suportado pelo paciente.

Ao nível dos pacientes propriamente ditos têm-se registado alguns esforços no sentido de disseminar informação sobre a utilização óptima de determinados tratamentos, mais uma vez com destaque para as patologias cancerígenas. A promoção dessas iniciativas tem cabido ao Estado e às seguradoras – agentes que têm, para o efeito, fortes incentivos em fazê-lo –, bem como a algumas associações e fundações, sempre no intuito de dar a conhecer informação útil sobre as terapias disponíveis e seu impacto nos destinatários. Pretende-se através destas iniciativas, entre outros fins, reduzir o hiato informativo entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Na realidade, o acesso à literatura da especialidade e a massificação na utilização da Internet podem alterar em certa medida a forma como a relação entre o paciente e o profissional de saúde se estabelece, enquadrando a assimetria informativa entre ambos a um nível distinto. Nesta senda, o *National Institutes of Health* norte-americano encetou recentemente um esforço para remodelar radicalmente a *Medline*, tornando-a mais acessível a leigos (Boyle, 2007:136). Para além disso, estabeleceu igualmente uma base de dados com trabalhos científicos publicados no sector da saúde, disponibilizados através da *National Library of Medicine's PubMed Central* (Kranich, 2007:97). Coerente ao mesmo propósito, foi também estabelecido o princípio geral – depois largamente matizado – de que trabalhos científicos que tenham sido patrocinados pelo Estado (em qualquer área do conhecimento) deveriam estar livremente disponíveis passado um ano após a sua divulgação em publicações comerciais (Bollier, 2007:37; Suber, 2007:171-208).

No contexto médico haverá seguramente determinados custos que resultam da disponibilização deste tipo de informação. Custos aqueles que podem incluir, a título ilustrativo, a realização de diagnósticos errados por parte de pessoas sem formação médica, a introdução de ruído na relação com o profissional de saúde, ou ainda, porventura, um aumento do fenómeno da auto-medicação. Apesar de se tratarem de custos reais, parece existir, no entanto algum consenso de que os benefícios ultrapassam claramente aqueles custos, assegurando-se por essa via um melhor conhecimento das patologias, o que ajuda à detecção de falhas de diagnóstico e facilita o encaminhamento do paciente ao especialista correcto (Boyle, 2007:136).

Em 1988 Mark Pauly sustentava que, à escala dos Estados Unidos, os pacientes estavam consideravelmente bem informados em relação a cerca de um quarto dos cuidados de saúde que consumiam, especialmente no que dizia respeito a cuidados de saúde mais rotineiros ou em caso de doenças crónicas (Pauly, 1988:227-237). Assegurar um nível adequado de conhecimento sobre as patologias e respectivos tratamentos representaria seguramente mais um importante instrumento de prevenção e mitigação do fenómeno da indução da procura e permitiria, no final, reconhecer um papel mais significativo a um outro instrumento de dissuasão desses comportamentos: o instituto da responsabilidade civil médica. Os custos totais de obtenção desse conhecimento, mesmo que significativos em alguns casos, teriam como contrapartida um maior domínio de facto sobre um dos bens essenciais a qualquer indivíduo: a *sua* saúde.

11. Referências

- Aaron, T., & Sebok, A.J. (2000). "Liability without cause? Further Ruminations on Cause-in-Fact as Applied To Handgun Liability", *Connecticut Law Review*, 32:1379.
- Abe, M.A. (1985). "Japan's clinic physician and their behavior", *Social Science and Medicine*, 20:335-340.
- Ailor, S.K., & Miles, S.C. (2008). "Dermatology Toxicity", in M.C. Perry (org.). *The Chemotherapy Source Book*, 4ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 136-147.
- Ambady, N., LaPlante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N., & Levinson, W. (2002). "Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history", *Surgery* 132(1):5-9.
- Araújo, F. (2005). *Introdução à Economia*, 3ª ed., Coimbra, Almedina.
- _____. (2008). *A Tragédia dos Baldios e dos Anti-Baldios – O Problema Económico do Nível Ótimo de Apropriação*, Coimbra, Almedina.
- Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53:941-973.
- Bach, P.B. (2009). "Limits on Medicare's Ability to Control Rising Spending on Cancer Drugs", *New England Journal of Medicine*, 360:626-633.
- Barrett, B.K., & Linebaugh, J.A. (2008). "Clinical Trials", in M.C. Perry (org.). *The Chemotherapy Source Book*, 4ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 37-43.
- Barros, P.P. (2009). *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*, 2ª ed., Coimbra, Almedina.
- Becker, E.R., & Sloan, F.A. (1983). "Utilization of hospital services: the roles of teaching, case mix, and reimbursement", *Inquiry*, 20:248-257.
- Bell, A. & Parchomovsky, G. (2003). "Of property and Anti-Property: The Perverse Virtues of Transaction Costs and Anticommons", *University of Pennsylvania Law School, Research Paper n.º 4*, disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=387520.
- Bennett, S. (1997). "The nature of competition among private hospitals in Bangkok" in S. Bennett, B. McPake, & A. Mills. (eds.). *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*, London, Zed Books, 102-123.
- Bennett, S., McPake, B., & Mills, A. (1997). *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*, London, Zed Books.
- Bentham, L., Maurizi, A., & Reder, M. (1968). "Location and migration medics: physicians and dentists", *Review of Economics and Statistics*, 50:332-347.
- Berlin, L. (2003). "Malpractice Issues in Radiology - Breast Cancer, Mammography, and Malpractice Litigation: The Controversies Continue", *American Journal of Roentgenology*, 180:1229-1237.
- Berry, D. (2004). "Commentary: Screening mammography: a decision analysis", *International Journal of Epidemiology*, 33(1):68.
- Birch, S. (1988). "The identification of supplier-inducement in a fixed price system of health care provision: The case of dentistry in the United Kingdom", *Journal of Health Economics*, 7:129-150.
- Blendon, R.J., Donelan, K., Leitman, R., Epstein, A., Cantor, J.C., Cohen, A.B., Morrison, I., Moloney, T. & Koeck, C. (1993). "Health reform lessons learned from physicians in three nations", *Health Affairs*, 12(3):194-203.
- Bollier, D. (2007). "The Growth of the Commons Paradigm", in C. Hess, & E. Ostrom (eds.) (2007). *Understanding Knowledge as a Commons – From Theory to Practice*, Cambridge,

Massachusetts Institute of Technology, 27-40.

Boyle, J. (2007). "Mertonianism Unbound: Imagining Free, Decentralised Access to Most Cultural and Scientific Material", in C. Hess, & E. Ostrom. (2003). "Ideas, Artifacts, and Facilities: Information as a Common-Pool Resource", *Law & Contemporary Problems*, 66: 135-137

Brennan, T.A., Rothman, D.J., Blank, L., Blumenthal, D., Chimonas, S.C., Cohen, J.J., Goldman, J., Kassirer, J.P., Kimball, H., Naughton, J., & Smelser, N. (2006). "Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest. A Policy Proposal for Academic Medical Centers", *Journal of the American Medical Association*, 295:429-433.

Brown, M.L., Houn, F., Sickles, E.A., & Kessler, L.G. (1995). "Screening mammography in community practice: positive predictive value of abnormal findings and yield of follow-up diagnostic procedures", *American Journal of Roentgenology*, 165:1373-1377.

Bull, A.R., & Campbell, M.J. (1991). "Assessment of the psychological impact of a breast screening programme", *The British Journal of Radiology*, 64:510-515.

Cady, B. (1973). "Total mastectomy and partial axillary dissection", *Surgical Clinics of North America*, 53(2):313-318.

Chassin, M.R., Koseoff, J., Park, R.E., Winslow, C.M., Kahn, K.L., Merrick, N.J., Keeseey, J., Fink, A., Solomon, D.H., & Brook, R.H. (1987). "Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures", *Journal of the American Medical Association*, 258(18):2533-2537.

Childs, A.W., & Hunter, E.D. (1972). "Non-Medical Factors Influencing Use of Diagnostic X-Ray by Physicians" *Medical Care*, 10(4):323-335.

Chimonas, S., & Rothman, D.J. (2005). "New Federal Guidelines for Physician-Pharmaceutical Industry Relations: The Politics of Policy Formation", *Health Affairs*, 24(4):949-960.

Chou, Y.J., Yip, W.C., Lee, C.-H., Huang, N., Sun, Y.-P., & Chang, H.J. (2003). "Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behavior: Taiwan's experience", *Health Policy and Planning*, 18(3):316-329.

Christensen, S. (1992). "Volume responses to exogenous changes in Medicare's payment policies", *Health Services Research*, 27(1):65-79.

Community Oncology Alliance. (2006). *Medical News Today*, 8 de Fevereiro, disponível em <http://www.medicalnewstoday.com/articles/37346.php>.

Cowling, K., & Cubbin, J. (1972). "Hedonic Price Indexes for United Kingdom Cars", *Economic Journal*, 82:963-978.

Cromwell, J., & Mitchell, J.B. (1986). "Physician-Induced Demand for Surgery", *Journal of Health Economics*, 5:293-313.

Culyer, A.J., & Newhouse, J.P. (2000). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier.

Danzon, P. M., Manning, W.G., & Marquis, M.S. (1984). "Factors affecting laboratory test use and price", *Health Care Finance Review*, 5(4):23-32.

Danzon, P.M. (2000). "Liability for medical malpractice", in A.J. Culyer, & J.P. Newhouse. (2000). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier: 1B:1339-1395.

Department of Health, Education and Welfare. (1980). "The Target Income Hypothesis and Related Issues in Health Manpower Policy", Bureau of Health Manpower, DHEW (HRA). Washington DC, 80-127.

Doll, D.C., & Shahab, N. (2008). "Vascular Toxicity and Antineoplastic Agents", in M.C. Perry (org.). *The Chemotherapy Source Book*, 4^a ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 245-EALR, V. 2, n° 2, p. 352-403, Jul-Dez, 2011

258.

Dranove, D., & Satterthwaite, M.A. (1991). "The implications for Source-Based relative Value Scales for Physicians' Fees, Income and Specialty Choices", in H.E. Frech III. (1991). *Regulating Doctors' Fees: competition, Benefits and Controls under Medicare*, Washington DC, AEI Press:52-70.

_____. (1992). "Monopolistic competition when price and quality are imperfectly observable", *The Rand Journal of Economics*, 23(4): 518-534.

_____. (1999). "The Industrial organization of health care markets" in A.J. Culyer, & J.P. Newhouse. (2000). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier: 1B:1093-1140.

Dranove, D. (1988). "Demand inducement and the physician/patient relationship", *Economic Inquiry*, 26:251-298.

Dranove, D., Shanley, M., & White, W.D. (1993). "Price and concentration in hospital markets: the switch from patient to payer driven completion", *Journal of Law and Economics*, 36:179-204.

Eisenberg, J.M. (1986). *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*, Health Administration Press

Ellman, R., Angeli, N., Christians, A., Moss, S., Chamberlain, J., & Maguire, P. (1989). "Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer", *British Journal of Cancer*, 60:781-784.

Elmore, J.G., Barton, M.B., Mocer, V.M., Polk, S., Arena, P.J., & Fletcher, S.W. (1998). "Ten-Year Risk of False Positive Screening Mammograms and Clinical Breast Examinations", *The New England Journal of Medicine*, 338:1089-1096.

Elmore, J.G., Wells, C.K., Lee, C.H., Howard, D.H., & Feinstein, A.R. (1994). "Variability in Radiologists' Interpretations of Mammograms", *The New England Journal of Medicine*, 331:1493-1499.

Epstein, A.M., Begg, C.B., & McNeil, B.J. (1986). "The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices: relation to perceived profitability", *The New England Journal of Medicine*, 314:1089-1094.

Epstein, R. (1997). *Mortal Peril: Our Inalienable Right to Health Care?*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

Ernster, V.L., Barclay, J., Kerlikowske, K., Wilkie, H., & Ballard-Babash, R. (2000). "Mortality among women with ductal carcinoma in situ of the breast in the population-based Surveillance, Epidemiology and End Results program", *Archives of Internal Medicine*, 160:953-8.

Ernster, V.L., Ballard-Barbash, R., Barlow, W.E., Zheng, Y., Weaver, D.L., Cutter, G., Yankaskas, B.C., Rosenberg, R., Carney, P.A., Kerlikowske, K., Taplin, S.H., Urban, N., & Geller, B.M. (2002). "Detection of Ductal Carcinoma In Situ in Women Undergoing Screening Mammography", *Journal of the National Cancer Institute*, 94(20):1546-1554, Oxford University Press.

Escarce, J.J., & Pauly, M.V. (1998). "Physician opportunity costs in physician practice cost functions", *Journal of Health Economics*, 17:129-151.

Evans, R.G. (1974). "Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications", in Perlman, M. (ed.) (1974). 162-173.

Fadul, R. (2009). "The Tragedy of the Commons Revisited", *The New England Journal of Medicine*, 361(11):e115.

Feldstein, M.S. (1970). "The rising prices of physicians' services", *Review of Economics and Statistics*, 52(2):121-133.

Floyd, J.D., & Perry, M.C. (2008). "Cardiotoxicity in Cancer Therapy", in Perry, M.C. (org.) (2008). 179-190.

- Frank, R.G., (1985). "Pricing and location of physician services in mental health", *Inquiry* 38:115-133.
- Frank, R.G., Weiner, J.P., Steinwachs, D.M., & Salkever, D.S. (1987). "Economic rents derived from hospital privileges in the market for pediatric services", *Journal of Health Economics*, 6:319-337.
- Frech III, H.E., & Ginsburg, P.B. (1975). "Imposed health insurance in monopolistic markets: a theoretical analysis", *Economic Inquiry*, 13:55-70.
- Frech III, H. E. (1991). *Regulating Doctors' Fees: competition, Benefits and Controls under Medicare*, Washington DC, AEI Press.
- Freter, C.E., & Perry, M.C. (2008). "Principles of chemotherapy", in Perry, M. C. (org.) (2008). 30-36.
- Friedman, J.Y., Curtis, L.H., Hammill, B.G., Dhillon, J.K., Weaver, C.H., Biswas, S., Abernethy, A.P., & Schulman, K.A. (2007), "The Medicare Modernization Act and reimbursement for outpatient chemotherapy: do patients perceive changes in access to care?", *Cancer*, 110(10):2304-2312.
- Fuchs, V.R. (1974). *Who Shall Live?*, New York, Basic Books.
- _____. (1978). "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations", 13 *Journal of Human Resources*, 35:52-54.
- _____. (1996). "Economics, values, and health care reform", *American Economic Review*, 86:1-24.
- Gaynor, M., & Gertler, P. (1995). "Moral hazard and risk spreading in partnerships", *The Rand Journal of Economics*, 26: 591-614.
- Gaynor, M. (1994). "Issues in the industrial organization of the market for physician services", *The Journal of Economics & Management Strategy*, 211-255.
- Getzen, T.E. (1984). "A 'brand name firm' theory of medical group practice", *Journal of Industrial Economics*, 33:119-215.
- Gladwell, M. (2009). *What the dog saw and other adventures*, London, Penguin Books.
- Goldie, J.H. (2008). "Drug Resistance", in M.C. Perry (org.). *The Chemotherapy Source Book*, 4^a ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 21-29.
- Gram, I.T., & Slenker, S.E. (1992). "Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, non-attenders, and women never invited", *American Journal of Public Health*, 82:249-251.
- Gram, I.T., Lund, E., & Slenker, S.E. (1990). "Quality of life following a false positive mammogram", *British Journal of Cancer*, 62:1018-1022.
- Grant, D. (2009). "Physician financial incentives and cesarean delivery: New Conclusions from the healthcare and utilization project Discussion", *Journal of Health Economics*, 28(1):244-250.
- Greenfield, S., Nelson, E.C., Zubkoff, M., Manning, W., Rogers, W., Kravitz, R.L., Keller, A., Tarlov, A.R., & Ware Jr., J.E. (1992). "Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results of the medical outcome study", *Journal of the American Medical Association*, 267:1624-1630.
- Gruber, J., & Owings, M. (1996). "Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery", *The RAND Journal of Economics*, 27(1): 99-123.
- Gruber, J., Kim, J., & Mayzlin, D. (1999). "Physician Fees and Procedure Intensity: The Case of Cesarean Delivery", *Journal of Health Economics*, 18:473-490.
- Grytten, J., Holst, D., & Laake, P. (1990). "Supplier inducement – Its effect on dental services in Norway", *Journal of Health Economics*, 9(4): 483-491.
- EALR, V. 2, n° 2, p. 352-403, Jul-Dez, 2011

- Grytten, J., Carlsen, F., & Sørensen, R. (1995). "Supplier Inducement in a Public Health Care System", *Journal of Health Economics*, 14(2):207-229.
- Hardin, G. (1968). "The Tragedy of the Commons", *Science*, 162:1243-1248.
- Hassett, M.J., O'Malley, A.J., Pakes, J.R., Newhouse, J.P., & Earle, C.C. (2006). "Frequency and cost of chemotherapy-related serious adverse effects in a population sample of women with breast cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, 98(16):1108-17.
- Hemenway, D., Killen, A., Cashman, S.B., Parks, C.L., & Bicknell, W.J. (1990). "Physicians' Responses to Financial Incentives — Evidence from a for-Profit Ambulatory Care Center", *The New England Journal of Medicine*, 322:1059-1063.
- Hess, C., & Ostrom, E. (2003). "Ideas, Artifacts, and Facilities: Information as a Common-Pool Resource", *Law & Contemporary Problems*, 66:111-145.
- _____.(eds.) (2007). *Understanding Knowledge as a Commons – From Theory to Practice*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology.
- Hickson, G.B., Altemeier, W.A., & Perrin, J.M. (1987). "Physician Reimbursement by Salary or Fee-for-Service: Effect on Physician Practice Behavior in a Randomized Prospective Study", *Pediatrics*, 80:344-350.
- Hillman, B., Joseph, C., Mabry, M., Sunshine, J., Kennedy, S., & Noether, M. (1990). "Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice - A Comparison of Self-Referring and Radiologist-Referring Physicians", *New England Journal of Medicine*, 323(23):1604-1608.
- Hillman, B.J., Olson, G.T., Griffith, P.E., Sunshine, J.H., Joseph, A.C., Kennedy, S.D., Nelson, W.R., & Bernhardt, L.B. (1992). "Physicians' utilization and charges for outpatient diagnostic imaging in a Medicare population", *Journal of the American Medical Association*, 268(15):2050-2054.
- Hillner, B., & Smith, T.J. (2009). "Efficacy Does Not Necessarily Translate to Cost Effectiveness: A Case Study in the Challenges Associated with 21st Century Cancer Drug Pricing", *Journal of Clinical Oncology*, 27:2111-2113.
- Hoerger, T.J., & Howard, L.Z. (1995). "Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care", *Medical Care*, 33:332-349.
- Holm, S. (2007). "Policy-Making in Pluralistic Societies", in Steinbock, B. (ed.) (2007). 153-174.
- Hsiao, W.C., Dunn, D.L. & Verrilli, D.K. (1993). "Assessing the Implementation of Physician-Payment Reform", *The New England Journal of Medicine*, 328:928-933.
- Hsiao, W.C., Braun, P., Yntema, D., & Becker, E.R. (1988). "Estimating Physicians' Work for a Resource-Based Relative-Value Scale", *The New England Journal of Medicine*, 319:835-841.
- Jacobson, M., Earle, C.C., Price, M., & Newhouse, J.P. (2010). "How Medicare's Payment Cuts For Cancer Chemotherapy Drugs Changed Patterns Of Treatment", *Health Affairs*, 29(7):1391-1399.
- James, L.A., Mitchell, E.L., Menasce, L., & Varley, J.M. (1997). "Comparative genomic hybridisation of ductal carcinoma of the breast: identification of regions of DNA amplification and deletion in common with invasive breast carcinoma", *Oncogene*, 14:1059-1065.
- Jennison, K., & Ellis, R.P. (1987). "Comparison of psychiatric service utilization in a single group practice under multiple insurance systems", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 8:175-194.
- Katz, D., Caplan, A.L., & Merz, J.F. (2003). "All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving", *American Journal of Bioethics*, 3(3): 39-46.
- Keeler, E.B., & Brodie, M. (1993). "Economic Incentives in the Choice between Vaginal Delivery and Cesarean Section", *The Milbank Quarterly*, 71(3):365-404.

- Kessel, R. (1958). "Price discrimination in medicine", *Journal of Law and Economics*, 1:20-53.
- Kessler, D.P., & McClellan, M. (1996). "Do doctors practice defensive medicine?", *Quarterly Journal Of Economics*, 111:353-390.
- Klevorick, A.K., & McGuire, T.G. (1987). "Monopolistic competition and consumer information: pricing in the market for psychologists' services", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 8:235-253.
- Kranich, N. (2007). "Countering Enclosure: Reclaiming the Knowledge Commons", in C. Hess, & E. Ostrom. (eds.) *Understanding Knowledge as a Commons – From Theory to Practice*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology: 85-122.
- Kwon, S. (2003). "Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing", *Social Science & Medicine*, 57(3):529-538.
- Lalla, R.V., Peterson, D.E., Brennan, M.T., & Schubert, M.M. (2008). "Oral Toxicity", in Perry, M.C. (org.) (2008). 115-135.
- Lambe, M., Hsieh, C-C., Tsaih, S-W., Ekbom, A., Trichopoulos, D., & Adami, H-O. (1998). "Parity, age at first birth and the risk of carcinoma in situ of the breast", *International Journal of Cancer*, 77:330-332.
- Lawthers, A.G., Laird, N.M., Lipsitz, S., Hebert, L., Brennan, T.A., & Localio, A.R. (1992). "Physicians' Perceptions of the Risk of Being Sued", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17(3):463-482.
- Lerman, C., Rimer, B.K., & Engstrom, P.F. (1991). "Cancer risk notification: psychosocial and ethical implications", *Journal of Clinical Oncology*, 9:1275-1282.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B.K., Boyce, A., Jepson, C., & Engstrom, P.F. (1991). "Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms", *Annals of Internal Medicine*, 114:657-661.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B.K., Boyce, A., Jepson, C., Brody, D., & Boyce, A. (1991). "Psychological side effects of breast cancer screening", *Health Psychology*, 10:259-267.
- Levinson, W., Roter, D.L., Mullooly, J.P., Dull, V.T., & Frankel, R.M. (1997). "Physician-Patient Communication – The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons", *Journal of American Medical Association*, 277(7):553-559.
- Levitt, S.D. & Dubner, S.J. (2009). *Superfreakonomics*, London, Penguin Books.
- Levy, J.M., Borowitz, M.J., Jencks, S.F., Kay, T.L., & Williams, D.K. (1990). "Impact of the Medicare fee schedule on payments to physicians", *Journal of the American Medical Association*, 264(6):717-22.
- Longnecker, M.P., Bernstein, L., Paganini-Hill, A., Enger, S.M., & Ross, R.K. (1996). "Risk factors for in situ breast cancer", *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention*; 5:961-965.
- Ma, K.-Z., Norton, E.C., Chou, S-Y., & Chou, Y-J. (2007). "Fertility Rate, Use of Cesarean Delivery and the Role of Information Gap: Evidence from Taiwan", iHEA 6th World Congress: Explorations in *Health Economics*, disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract=991795>.
- Marsh, K.L., & Varley, J.M. (1998). "Loss of heterozygosity at chromosome 9p in ductal carcinoma in situ and invasive carcinoma of the breast", *British Journal of Cancer*, 77:1439-1447.
- McGuire, T.G. (1983). "Physician's trust and the quality of physicians", *Economic Inquiry*, 21:203-222.
- McGuire, T.G., & Pauly, M.V. (1991). "Physician Response to Fee Changes with Multiple Payers", *Journal of Health Economics*, 10 (4): 385-410.
- McGuire, T.G. (2000). "Physician Agency", in Culyer, A. J. & J. P. Newhouse (eds.) (2000). 1A: 461- 527.

- McKinley, J.B., Potter, D.A., & Feldman, H.A. (1996). "Non-medical influences on medical decision-making", *Social Science and Medicine*, 42:769-776.
- McPake, B., Kumaranayake, L., & Normand, C. (2008). *Health Economics: an International Perspective*, 2ª ed., New York, Routledge.
- Mechanic, D. (1998). "The functions and limitations of trust in the provision of medical care", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(4):661-686.
- Melvin, J.S. (1998). "Ductal Carcinoma In Situ of the Breast: Controversial Issues", *The Oncologist*, 3(2):94-103.
- Miller, A.B., To, T., Baines, C.J., & Wall, C. (2000). "Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years", *Journal of the National Cancer Institute*, 92:1490-1499.
- Mitchell, J.B., Wedig, G., & Cromwell, J. (1989). "The Medicare Physician Fee Freeze: What Really Happened?", *Health Affairs*, 8:21-33.
- Mitchell, J.M., & Saas, T.R. (1995). "Physician ownership of ancillary services: indirect demand inducement or quality assurance?", *Journal of Health Economics*, 14: 263-289.
- Morgan, G., Wardy, R., & Bartonz, M. (2004). "The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies", *Clinical Oncology*, 16:549-560.
- Morgensztern, D., & Govidan, R. (2008). "Pulmonary Toxicity and Antineoplastic Therapy", in M.C. Perry. (org.) (2008). *The Chemotherapy Source Book*, 4ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 191-196.
- Moss, R. (1995). "Questioning chemotherapy", *Equinox Press*.
- Neugut, A.I., & Uldrick, T. (2008). "Second Malignancies after chemotherapy" in Perry, M.C. (org.) (2008). 259-272.
- Newhouse, J.P. (1970). "A Model of Physician Pricing" *Southern Economic Journal*, 37:174-183.
- Newhouse, J.P., Williams, A.P., Bennett, B.W., & Schwartz, W.B. (1982). "Does the geographical distributions of physicians reflect market failure?", *Bell Journal of Economics*, 13:493-505.
- Nguyen, N.X., & Derrick, F.W. (1997). "Physician Behavioral Response to a Medicare Price Reduction", *Health Services Research*, 32:289-298.
- Nguyen-Kim, L., Or, Z., Paris, V., & Sermet, C. (2005). "The politics of drug reimbursement in England, France and Germany", *Health economics letter*, nº 99.
- Nielsen, A., Thomsen, J., Primdahl, S., Dyreborg, U., & Andersen, J. (1987). "Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: A study of 110 medicolegal autopsies", *British Journal of Cancer*, 56(6):814-819.
- OIG. (2003). *Office of Inspector General Compliance Program Guidance for Pharmaceutical Manufacturers*, disponível em <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguidance/042803pharmacymfgnonfr.pdf>, 1-56.
- Or, Z. (2002). *Labour Market and Social Policy – Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Actions (a Review of Experiences in Four OECD Countries)*. occasional papers no. 57, Paris OCDE.
- Pacey, S., Li Wan Po, A. (1998). "A review of methods of drug cost management in hospitals", *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 23(3):171-177.
- Paskett, E.D., & Rimer, B.K. (1995). "Psychosocial effects of abnormal Pap tests and mammograms: a review", *Journal of Womens Health*, 4:73-82.

- Pauly, M. (1980). *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior*, Chicago, University of Chicago Press.
- Pauly, M.V., & Satterthwaite, M.A. (1981). "The Pricing of Primary Care Physicians Services: A Test of the Role of Consumer Information", *The Bell Journal of Economics*, 12(2):488-506.
- Pauly, M.V. (1978). "Medical staff characteristics and hospital costs", *Journal of Human Resources*, 13: 77-114.
- _____. (1979). "The ethics and economics of kickbacks and fee-splitting", *Bell Journal of Economics*, 10:344-352.
- _____. (1988). "Is medical care different? Old questions, new answers", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13:227-237.
- _____. (1991). "Fee schedules and utilization", in H. E. Frech III (ed.) (1991). 288-305.
- Pedro, R.T. (2008). *A Responsabilidade Civil do Médico – Reflexões sobre a Noção de Perda de Chance e a Tutela do Doente Lesado*, Coimbra, Coimbra Editora.
- Perlman, M. (ed.) (1974). *The Economics of Health and Medical Care*, London, The Macmillan Press Ltd.
- Perry, M.C. (org.) (2008). *The Chemotherapy Source Book*, 4ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Phelps, C.E. (1997). *Health Economics*, 2ª ed., Harper Collins, New York.
- Picus, J., & Martin, M.G. (2008). "Gastrointestinal Complications of Chemotherapy", in M.C. Perry. (org.) (2008). *The Chemotherapy Source Book*, 4ª ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 197-208.
- Radecki, S.E., & Steele, J.P. (1990). "Effect of on-site facilities on use of diagnostic radiology by non-radiologists", *Investigative Radiology*, 25:190-193.
- Ramsey, S.D., Moinpour, C.M., Lovato, L.C., Crowley, J.J., Grevstad, P., Presant, C.A., Rivkin, S.E., Kelly, K., & Gandara, D.R. (2002). "Economic analysis of vinorelbine plus cisplatin versus paclitaxel plus carboplatin for advanced non-small-cell lung cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, 94(4):291-297.
- Reinhardt, U.E. (1989). "Economists in health care: saviors or elephants in a porcelain shop?", *American Economic Review*, 79: 337-342.
- Rice, T.H. (1983). "The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician induced demand", *Medical Care*, 21(8); 803-815.
- Rizzo, J.A., & Blumenthal, D. (1996). "Is the target income hypothesis an economic heresy?", *Medical Care Research and Review*, 243-293.
- Rochaix, L. (1989). "Information Asymmetry and Search in the Market for Physicians' Services", *Journal of Health Economics*, 8:53-84.
- Rodwin, M.A. (1993). *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*, New York, Oxford University Press.
- Satterthwaite, M.A. (1979). "Consumer Information, Equilibrium Industry Price, and the Number of Sellers", *The Bell Journal of Economics*, 10(2):483-502.
- Scherer, F. M. (2000). "The pharmaceutical industry", in A.J. Culyer, & J.P. Newhouse. (2000). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier. 1B:1297-1332.
- Schroeder, S.A. (1992). "Physicians supply and the US medical market place", *Health Affairs*, 11:235-243.
- Shahab, I., & Patterson, W.P. (2008). "Renal and Electrolyte Abnormalities due to Chemotherapy", *EALR*, V. 2, n° 2, p. 352-403, Jul-Dez, 2011

in Perry, M.C. (org.) (2008). 223-233.

Shane, M., & Roemer, M.I. (1959). "Hospital costs relate to supply of beds", *Modern Hospital*, 92:71.

Shnoor, B. (2009). "Loss of Chance: A Behavioral Analysis of the Difference Between Medical Negligence and Toxic Torts", *American Journal of Trial Advocacy*, 33:71-112.

Simon, H.A. (1958). "Theories of decision-making in economics and behavioral science", *American Economic Review*, 49:253-283.

Sørensen, R.J., & Grytten, J. (1999). "Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees", *Health Economics*, 8(6):497-508.

Stano, M. (1987). "A further analysis of the physician inducement controversy", *Journal of Health Economics*, 6:229-238.

Stearns, S.C., Wolfe, B.L., & Kindig, D.A. (1992). "Physician responses to fee-for-service and capitation payment", *Inquiry*, 29(4):416-425.

Steinbock, B. (ed.) (2007). *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press.

Strasser, R.P., Bass, M.J., & Brennan, M. (1987). "The effect of an on-site radiology facility on radiologic utilization in family practice", *Journal of Family Practice*, 24(6):619-23.

Suber, P. (2007). "Creating an Intellectual Commons through Open Access", in C. Hess, & E. Ostrom (eds.) *Understanding Knowledge as a Commons – From Theory to Practice*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology. 171-208.

Sutton, S., Saidi, G., Bickler, G., & Hunter, J. (1995). "Does routine screening for breast cancer raise anxiety? Results from a three wave prospective study in England", *Journal of Epidemiol Community Health*, 49:413-418.

Tolchin, M. (1989). "Medicare change is seen altering fees for doctors", *New York Times*, A1-A17.

Trentham-Dietz, A., Newcomb, P.A., Storer, B.E., & Remington, P.L. (2000). "Risk factors for carcinoma in situ of the breast", *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention*, 9:697-703.

U.S. Department of Health and Human Services. (1997). "Excessive Medicare payments for prescription drugs", Washington DC: OIG, Report n.º OEI-03-96-00290.

U.S. General Accounting Office. (2001). "Medicare: payments for covered outpatient drugs exceed providers' cost" Washington DC: GAO, Report n.º GAO-01-1118.

U.S. Government Accountability Office. (2005). "Medicare chemotherapy payments: new drug and administration fees are closer to providers' costs", Washington DC: GAO, Report n.º GAO-05-142R.

Warnberg, F., Bergh, J., & Holmberg, L. (1999). "Prognosis in women with a carcinoma in situ of the breast: a population-based study in Sweden", *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention*, 8:769-774.

Wazana, A. (2000). "Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?", *Journal of the American Medical Association*, 283(3):373-380.

Welch, H.G., & Black, W.C. (1997). "Using autopsy series to estimate the disease 'reservoir' for ductal carcinoma in situ of the breast: how much more breast cancer can we find?", *Annals of Internal Medicine*, 127:1023-1028.

Welch, H.G. (2004). *Should I Be Tested For Cancer? – Maybe Not and Here is Why*, Berkeley, University of California Press.

Woodward, R.S., Schnitzler, M.A., & Kuols, L.K. (1998). "Reduced uncertainty as a diagnostic benefit", *Health Economics*, 7:149-160.

Woolf, S.H. & Stange, K.C. (2006). "A sense of priorities for the healthcare commons", *American*

Journal of Preventive Medicine, 31(1):99-102.

Yip, W. (1998). "Physician responses to medical fee reductions: changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors", *Journal of Health Economics*, 17(6):675-700.

Zhuang, Z., Merino, M.J., Chuaqui, R., Liotta, L.A., & Emmert-Buck, M.R. (1995). "Identical allelic loss on chromosome 11q13 in microdissected in situ and invasive human breast cancer", *Cancer Research*, 55:467-471.

Zuckerman, S., & Holahan, J. (1991). "Medicare balance billing: its role in physician payment", in H.E., Frech III. *Regulating Doctors' Fees: competition, Benefits and Controls under Medicare*, Washington DC, AEI Press. 143-169.