

The authors reply

Os autores respondem

Los autores responden

doi: 10.1590/0102-311X00121517

Agradecemos aos autores da carta e editoras de CSP a oportunidade para o debate. O objetivo central do nosso artigo publicado na seção *Perspectivas* foi apontar fatores que influenciam o cálculo dos limiares de custo-efetividade e questões a serem consideradas quando se discute a possibilidade de adoção dos mesmos nas políticas de incorporação de tecnologias.

Santos et al. argumentam sobre a necessidade do desenvolvimento de um limiar de custo-efetividade “com metodologia robusta e factível para o SUS”, para garantir a transparência no processo decisório local. Essa opinião não está apoiada na literatura nacional, ainda longe de um consenso sobre o assunto.

Também na literatura internacional existem diferentes perspectivas sobre o tema. Claxton et al.¹ resumiram recentemente as principais abordagens para estimar os limiares em geral e o limiar específico do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido, são elas: a disponibilidade para pagar social, a elicitación de especialistas e o preço sombra da restrição orçamentária, que reflete o custo de oportunidade da tecnologia. Não são simples de serem realizadas.

Autores que argumentam contra o uso de limiares, afirmam que os valores propostos atualmente não foram estimados com metodologia rigorosa, e sua aplicação pode levar a conclusões inadequadas sobre as tecnologias que devem ser incorporadas, bem como a alcação incorreta dos recursos em saúde. Sugerem que a melhora desses limiares de custo-efetividades é particularmente importante nos países de baixa e média rendas, onde os recursos disponíveis são limitados e as necessidades de suas populações importantes².

Não somos contrários ao uso de limiares de custo-efetividade em estudos de avaliação econômica. Utilizamos o limiar sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em vários dos nossos trabalhos para permitir a comparabilidade entre as vacinas com potencial de serem incorporadas ao Programa Nacional de Imunização, e permitir a comparabilidade dos resultados dos nossos estudos com trabalhos internacionais. Esses estudos foram conduzidos antes da OMS retirar sua recomendação de uso do limiar de três PIB *per capita*/anos de vida ajustados para incapacidade (DALY) evitado, ao considerar que ele não tem a especificidade necessária para os processos de tomada de decisão nos países³.

No entanto, utilizar um limiares de custo-efetividade como parte de uma avaliação econômica não tem o mesmo significado que a adoção de um limiar de custo-efetividade fixo por uma instância



governamental como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em que este valor passa a ser parte das políticas de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os governos devem responder a demandas em que estão presentes poderosos conflitos de interesse. A implementação de uma política pública (determinação de um limiar de custo-efetividade para incorporação de tecnologias no SUS) não se reduz à tomada de decisão com base em argumentos científicos. A formulação de políticas envolve *trade-offs* entre múltiplos valores sociais concorrentes. A defesa de políticas valendo-se somente em “evidências” tem sido baseada em posições de “racionalidade ingênua”, por assumirem que a elaboração de políticas é meramente um exercício de “ciência da decisão”, quando o processo político é, em vez disto, uma luta entre ideias, conhecimentos e valores⁴.

Como o limiar de custo-efetividade não representa uma alternativa fácil para as dificuldades nas tomadas de decisão, devem ser garantidas a transparência nos critérios de decisão e a importância relativa de cada um dos critérios em cada decisão. Que a estabilidade política e econômica nos permita retomar esse debate num futuro próximo.

*Hillegonda Maria Dutilh Novaes*¹

*Patricia Coelho De Soarez*¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Colaboradores

O texto foi elaborado em conjunto pelas duas autoras.

1. Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. *Health Technol Assess* 2015; 19:1-503, v-vi.
2. Robinson LA, Hammit JK, Chang AY, Resch S. Understanding and improving the one and three times GDP per capita cost-effectiveness thresholds. *Health Policy Plan* 2017; 32:141-5.
3. Bertram MY, Lauer JA, De Joncheere K, Edejer T, Hutubessy R, Kieny M-P, et al. Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. *Bull World Health Organ* 2016; 94:925-30.
4. Parkhurst J. *The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence*. Abingdon: Routledge; 2017.

Recebido em 16/Jul/2017

Aprovado em 24/Jul/2017