

# Por dentro dos sistemas universais

**Canadá, o primeiro a ser constituído, Reino Unido e Espanha têm proposta semelhante à do Brasil**

Bruno Dominguez

O Relatório Mundial da Saúde 2010, previsto para ser lançado este mês pela Organização Mundial da Saúde, sugere que cada país observe os melhores sistemas de saúde do mundo para atingir mais rapidamente um objetivo comum: a cobertura universal. A *Radis* aceitou o exercício proposto pela OMS e pesquisou a realidade sanitária no Canadá, no Reino Unido e na Espanha, a fim de, a partir dessas experiências, compreender melhor os desafios e conquistas do SUS — ressalvadas as diferenças sociais, econômicas, populacionais e históricas de cada país.

O sistema brasileiro se assemelha ao desses países “por ser sustentado na universalização do acesso mediante o conceito de cidadania, em vez do de capacidade contributiva”, como explica Armando de Negri, epidemiologista e integrante da comissão organizadora da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, programada para dezembro. Os quatro países são financiados pela arrecadação geral do Estado — o governo recolhe os impostos e destina parte deles à saúde. Assim, todo residente tem direito de ser atendido, numa categoria única de benefício. Os sistemas semelhantes ao SUS são, segundo Armando, classificados de unitários. “Isso quer dizer que o acesso se dá sem separação de clientela: a população recorre a serviços que são oferecidos para todos”.



## Canadá

### UMA CONSTRUÇÃO DE CINCO DÉCADAS

Conhecido como *Medicare*, o sistema de saúde do Canadá, país com cerca de 33 milhões de habitantes, garante acesso a uma cobertura universal abrangente de serviços médico-hospitalares e clínicos. Apesar de referido como um sistema, no singular, reúne um conjunto de dez planos provinciais e três territoriais.

Sua construção levou mais de cinco décadas. Até o fim dos anos 1940, a assistência à saúde no Canadá era dominada pelo setor privado. A tendência só começou a ser revertida com a experiência de Saskatchewan, primeira província a estabelecer um plano público para atendimento hospitalar, em 1947. Nove anos depois, aprovou-se lei para que o governo federal dividisse os gastos desse tipo de serviço com províncias e territórios — meta atingida em 1961.

Em 1962, Saskatchewan deu mais um importante passo na direção da universalização, ao adicio-

nar ao plano atendimento clínico. Como aconteceu anteriormente, o governo do Canadá adotou a ideia, criando, em 1966, uma lei que regulamentava a divisão também desses custos. Em 1972, todas as províncias e territórios haviam estendido a cobertura. Em 1979, pesquisa encomendada pelo governo federal canadense constatou que os serviços de saúde do país sofriam com a dupla cobrança por parte dos prestadores de serviço — médicos e hospitais exigiam que pacientes suplementassem o que lhes era pago pelo plano provin-

cial. O relatório levou a uma revisão do sistema e à promulgação em 1984 da *Canada Health Act*, lei que define os princípios do sistema de saúde canadense, baseados nos valores de equidade e solidariedade.

A lei indica como primeiro objetivo do sistema “proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e possibilitar acesso de qualidade a serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outro tipo”. O primeiro princípio é o de administração pública, pelo qual o plano de saúde de uma província deve ser administrado e operado, numa base não lucrativa, por órgão público ligado ao governo provincial. O segundo, de abrangência, estabelece que o plano deve incluir todos os serviços clinicamente necessários – internação, medicamentos, suprimentos e exames, entre outros. A assistência aos casos

crônicos também está prevista, mas pode ser exigido pagamento extra para cobrir custos de alojamento.

A universalidade é o terceiro princípio do sistema: o plano deve conferir o direito a toda a população residente a um pacote de serviços. O quarto, acessibilidade, determina que se deve dispensar, sem entraves, um justo acesso aos serviços médico-hospitalares. Ninguém pode ser discriminado em termos de atendimento, idade, estado de saúde etc. Esse direito é válido em todo o território, segundo o princípio de portabilidade.

Cabem às províncias e aos territórios a gestão e a prestação dos serviços. O governo federal cuida da fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema, contribui para o financiamento, oferta serviços para grupos específicos – militares, detentos de penitenciárias federais, povos

autóctones residentes em reservas, reclusos e guardas da Real Polícia Montada do Canadá – e atua na promoção e proteção da saúde e na prevenção de doenças.

Um canadense faz o seguinte itinerário quando precisa de assistência: procura uma clínica ou médico de sua preferência, apresenta seu cartão de seguro de saúde, é atendido sem necessidade de pagar diretamente no local ou preencher formulários e, com a receita em mãos, recebe do farmacêutico os remédios prescritos e a informação de como usá-los.

Alguns grupos, como idosos e crianças, contam com serviços não abrangidos pelo regime de seguro de saúde nacional – medicamentos, clínica dentária, oftalmologia e cuidados a domicílio. Os demais canadenses precisam recorrer a um plano privado de saúde para terem acesso a esses serviços.



## Espanha

### DECISÃO CONSTITUCIONAL

O sistema de saúde da Espanha foi fruto de uma decisão consagrada na Constituição. Promulgado em 1978, o texto estabelece o direito a “proteção da saúde e atenção sanitária de todos os cidadãos” – o país tem cerca de 46 milhões de habitantes. De acordo com o Sistema Nacional de Salud/España 2010, as características do sistema são: financiamento público, universalidade e gratuidade no acesso. Assim como no Canadá, reúne o conjunto coordenado de todos os serviços de saúde oferecidos pelo governo federal e pelas comunidades autônomas.

O papel federal é de coordenação, definindo normas para que os serviços funcionem a partir de um padrão mínimo. Ainda cuida da

vigilância para evitar a importação de doenças, da política de medicamentos e da gestão do Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Cada comunidade autônoma conta com um serviço de saúde e, por lei, deve garantir equidade (entendida como acesso em condições de igualdade efetiva em todo o território e livre circulação de todos os cidadãos), qualidade (avaliação das ações e incorporação de novas tecnologias que melhorem a saúde) e participação (respeito à autonomia dos cidadãos e abertura de canais para ouvir suas expectativas em relação ao sistema).

A coordenação entre administração central e administração autônoma cabe ao Consejo Interterritorial do Sistema Nacional de Salud. Abaixo do pleno e da comissão delegada, que reúnem basicamente gestores, há uma esfera que se assemelha aos conselhos de saúde brasileiros. Mas, por lá, o conselho que reúne representantes da socie-

dade é consultivo – integrado por representantes de organizações empresariais e de organizações sindicais, além de gestores.

O acesso dos usuários se dá por meio da *Tarjeta Sanitaria Individual*, cartão que identifica o cidadão como usuário do sistema. O direito é oferecido aos espanhóis e a parte dos estrangeiros que vivem no país. Por lá, também há dois níveis assistenciais: atenção primária e atenção especializada. Na primeira, o atendimento acontece principalmente em centros de saúde, onde trabalham equipes multiprofissionais integradas por médico de família, pediatra, enfermeiro e pessoal administrativo – assistente social, fisioterapeuta e *matronas*, mulheres encarregadas do cuidado das grávidas. Por lei, deve haver um local de atendimento a no máximo 15 minutos de qualquer residência. A atenção especializada é prestada em centros de especialidades e hospitais.



## Reino Unido

### SISTEMA É UM DOS MAIORES EMPREGADORES DO MUNDO

Criado em 1948, o sistema de saúde do Reino Unido (National Health Service) é gerido separadamente por cada país (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales), mas tratado de forma unificada. Qualquer pessoa residente no Reino Unido, que soma cerca de 61 milhões de habitantes, tem direito a acesso. De acordo com o Departamento de Saúde britânico, a Inglaterra concentra a maior parte dos usuários: 51 milhões. O sistema tem números superlativos. Emprega 1,7 milhão de pessoas, sendo considerado um dos maiores empregadores do mundo,

atrás apenas do Exército de Libertação Popular da China, da rede de mercados Wal-Mart e da Indian Railways. Atende 1 milhão de pessoas a cada 36 horas, o equivalente a 463 por minuto.

O sistema tem três características principais: vai ao encontro das necessidades de todos, é gratuito no ponto de atendimento e se baseia na necessidade de saúde, não na capacidade de pagamento. Em 2000, um programa de modernização acrescentou princípios: oferecer uma ampla gama de serviços, adaptá-los às necessidades e preferências do paciente, responder às diferentes necessidades das diferentes populações, melhorar a qualidade dos serviços e minimizar os erros, entre outros.

Relatório do próprio governo — reconhece que o sistema não respon-

de inteiramente às necessidades de seus usuários. “Frequentemente, se espera que os pacientes se adaptem aos serviços, em vez de os serviços se adaptarem aos pacientes”, diz o texto. “Falta uma visão genuinamente centrada no paciente, na qual os serviços sejam pensados a partir de necessidades, estilo de vida e aspirações pessoais”.

A atenção à saúde é dividida em primária (abrangendo clínico-geral, farmacêutico, dentista e *optometrista*) e secundária (emergência, cirurgia, consulta a especialista). A atenção primária se dá basicamente nos Primary care trusts (PCTs), unidades com base comunitária. Há ainda os *walk-in centres* (clínicas gerais) e uma linha telefônica para pedido de atendimento.

## Fila é efeito colateral

O modelo de sistema universal tem a virtude de atender a todos, mas traz junto um efeito colateral: “um tempo de espera longo”, como observa o epidemiologista Armando de Negri. Ele explica que a confluência do conjunto da população a iguais benefícios normalmente gera sobrecarga de demanda, o que reduz a velocidade com que se provê o serviço. “Por isso, vemos filas na porta dos serviços de urgência e no sistema em geral”.

Alvo de críticas no Brasil, as filas também são comuns no Canadá, por exemplo. Segundo o relatório *Healthy Canadians 2008*, divulgado este ano pelo governo do país, a média de tempo de espera para consulta com especialista para doença nova foi de 4,3 semanas, em 2007. Enquanto 46,2% aguardaram menos de um mês pela consulta, 40,3% aguardaram de um a três meses e 13,6%, mais de três meses. Para diagnósticos, a fila durou menos de um mês para 57,1% dos maiores de 15 anos, mas ultrapassou os três meses para 10,5%. O descontentamento levou o governo a estabelecer, em 2004, limites máximos de espera em cinco áreas prioritárias: câncer, coração, diagnóstico por imagem, prótese de articulação e reabilitação visual. No entanto, houve aumento da espera entre 2006 e 2007.

Outra característica desses sistemas, indica Armando, é que precisam construir uma racionalidade em que o

serviço especializado prevê necessariamente uma análise de demanda, a fim de atender a todos. Ou seja, para se consultar com um especialista, é preciso primeiro passar por um clínico-geral. “Há um direcionamento, tendo como porta de entrada a atenção primária”.

No Canadá, o sistema tem como porta de entrada a atenção primária, controlando o acesso aos especialistas, às internações, aos exames e aos medicamentos. Esses médicos não são servidores públicos, mas profissionais da iniciativa privada que trabalham em consultórios. A remuneração do trabalho se dá por serviço prestado, após apresentação de notas.

### FINANCIAMENTO

Outra questão fundamental nesses países é o financiamento adequado do setor. Em 2008, o Canadá investiu 171,9 bilhões de dólares na saúde. Na Espanha, o gasto público total foi de 63,7 bilhões de euros. Na Inglaterra, entre 2008 e 2009, o financiamento superou os 100 bilhões de libras. O governo brasileiro, por sua vez, destinou 59,5 bilhões de reais ao SUS no ano passado. Nas estatísticas da OMS, o investimento governamental em saúde era de US\$ 2.730 no Canadá, US\$ 2.446 no Reino Unido, US\$ 1.917 na Espanha e US\$ 348 no Brasil per capita.

O grau de satisfação dos canadenses

com seu sistema de saúde é alto: dados do *Canada Health Act Annual Report 2008/2009* mostram que 85,2% dos maiores de 15 anos declararam estar “muito satisfeitos” ou “satisfeitos” com os serviços prestados. A qualidade se reflete nos indicadores de saúde. A expectativa de vida para os homens cresceu de 76,7 (2000) para 77,8 anos (2004) e para as mulheres de 81,9 (2000) para 82,6 (2004).

A maior parte dos espanhóis também tem avaliação positiva de seu sistema: 68,1% dizem que funciona bem, 26,2% propõem mudanças e 4,9% acreditam que a estrutura deve ser mudada por completo, de acordo com a pesquisa Barômetro Sanitário, de 2008. Na Espanha, a esperança de vida ao nascer no país é de 77,8 anos para os homens e de 84,3 para as mulheres, numa média de 81,1 anos — superior à média da União Europeia, de 79 anos.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que a expectativa de vida em 2009 era de 73,1 anos — 77 anos para as mulheres e 69,4 anos para os homens. “Os países com sistema similar e mais recursos têm melhor desempenho e nível de satisfação maior que o brasileiro”, ressalta Armando. “Se o sistema se dispõe a atender a todos, mas tem recurso insuficiente, gera uma expectativa que não pode ser plenamente garantida”.