

A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais

Primary health care in Canada: current reality
and challenges

La atención primaria a la salud en Canadá:
realidad y desafíos actuales

*José Ricardo de Mello Brandão*¹

doi: 10.1590/0102-311X00178217

Embora me referindo ao Canadá, há que se ressaltar a existência de um sistema de saúde por província, com variações mais ou menos significativas entre elas. É igualmente importante o fato de minha perspectiva advir de experiência com atuação apenas em duas das províncias (Quebec e Ontario), sobretudo em ambiente urbano.

A universalidade do sistema canadense não quer dizer que necessariamente todos os serviços são cobertos. Contrariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sem entrar no mérito das suas imensas limitações, o sistema canadense não cobre, em geral, saúde bucal, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos). As exceções vão variar bastante entre as províncias, com cobertura parcial às vezes para crianças, idosos, pós-procedimentos cirúrgicos, para gastos “catastróficos” com medicamentos (acima de 4% da renda do cidadão, por exemplo), para indivíduos com deficiências ou baixa renda, inscritos num programa de bem-estar etc. O fato de o SUS propor uma cobertura mais ampla de serviços de saúde naturalmente não implica que o nosso sistema seja melhor, já que o acesso e a infraestrutura ofertada entre os dois países estão em patamares totalmente distintos. Em recente levantamento de um sofisticado Índice de Acesso à Saúde e Qualidade, incluindo praticamente todos os países do mundo, o Canadá encontra-se no quartil superior, com o Brasil posicionando-se próximo dos últimos países do segundo quartil¹.

Aqui, praticamente não há um modelo privado de saúde nos moldes como conhecemos no Brasil. O entendimento legal existente é de que o Estado deve ser o provedor. A simples ideia de que a capacidade de compra do cidadão possa lhe permitir maior acesso à estrutura de saúde é repudiada pela maioria dos canadenses.

Como é de praxe nos sistemas de saúde mais desenvolvidos, a rede de atenção primária é a base do modelo. O profissional médico por excelência dessa rede aqui no Canadá é o médico de família. Enfermeiras com formação no nível de mestrado (*nurse practitioners*) começam a representar certa parcela dos profissionais da atenção primária, atuando diretamente com a população e com acesso direto ou remoto a um médico. A atuação do médico de família é altamente centrada na clínica e focada no indivíduo, com uma perspectiva familiar variada (a escolha do médico de família sendo do indivíduo, não implica necessariamente que todos os membros familiares sejam vistos pelo mesmo profissional). Diferentemente do que se poderia esperar, a interação com outros profissionais, com exceção de técnicos de enfermagem e funcionários administrativos, dá-se no ambiente ambulatorial eminentemente mediante referência e contrarreferência. Atuação em equipe não é a regra, ainda que almejada

¹ MCI The Doctor's Office,
Toronto, Canada.

Correspondência

J. R. M. Brandão
MCI The Doctor's Office,
245 Eglinton Avenue East,
Toronto, ON M4P 3B7,
Canada.
jrbranda.ops@gmail.com



pelos planejadores e conhecendo um importante crescimento. Atuação na comunidade, ao menos nas grandes cidades, dá-se mais por iniciativas do profissional do que por funcionamento de redes pré-existentes. Recentes redesenhos da estrutura hierárquica da Saúde Pública (agências e instituições com funcionamento quase paralelo à rede de atendimento) procuram corrigir tal vulnerabilidade.

Por mais que o sistema seja público, os médicos ainda agem de maneira autônoma, nos moldes dos profissionais liberais. Funcionários contratados diretamente pelo governo são minoria e estão em geral concentrados em centros de saúde comunitários (*Community Health Centers*), prestando serviço para populações mais vulneráveis. Ambientes universitários também são aquinhoados com mais profissionais trabalhando em conjunto.

O pagamento dos médicos ainda ocorre majoritariamente por procedimento/consulta (*fee for service*). Mesmo que o pagamento por procedimento predomine, especialmente na última década surgiram várias iniciativas como a adição de pagamento *per capita* (dependendo do seu número de pacientes) ou pagamento por uma “cesta de serviços”, além de incentivos financeiros para atendimento *after hours* (após as cinco da tarde nos dias de semana e em todo o final de semana), ou por cumprimento de indicadores, sobretudo preventivos (porcentagem de crianças imunizadas, cobertura de Papanicolaou, mamografias etc.). Isso fez crescer substancialmente os rendimentos dos médicos de família, aproximando-os dos seus pares especialistas, embora estes continuem tendo ganhos bem maiores.

Os hospitais também são privados, geridos por fundações ou estruturas semelhantes, e igualmente prestam serviços a toda a população, sendo remunerados pelo governo. A principal origem dos recursos é provincial, com importante parcela (mas decrescente) vinda do Governo Federal. Verba municipal é virtualmente inexistente, ao contrário do modelo brasileiro. Nesses hospitais, sobretudo fora das grandes capitais, boa parte, se não exclusivamente, do atendimento nos prontos-socorros e nas enfermarias é feito por médicos de família, com os especialistas atuando apenas como consultores, tendo suas próprias enfermarias apenas nos centros maiores. Médicos de família têm atuação também destacada nas áreas de obstetrícia, medicina paliativa e anestesia.

Os especialistas são maioria aqui na província embora em número apenas ligeiramente superior ao dos médicos de família (em Ontario, 109 especialistas/100 mil habitantes *vs.* 96 médicos de família/100 mil ²). Mais de um quarto dos médicos de Ontario é formado em outros países ¹. E, segundo o Canadian Institute for Health Information (CIHI), o número de médicos em relação à população vem aumentando nos últimos dez anos ³.

A residência em medicina de família dura dois anos (*vs.* cinco anos para a maioria das especialidades). Formação especial para atuação como emergencista, para seguimento de pré-natal e parto, assim como em anestesia (sem prejuízo das residências específicas em ginecologia e obstetrícia e anestesia) são ofertadas ora como um terceiro ano formal de residência, ora como cursos mais breves.

O sistema pressupõe que cada cidadão tenha o seu provedor de atenção primária (como vimos, majoritariamente médicos), o que é quase uma realidade em Ontario: 93,7% na zona urbana, 94,7% na zona rural ². Esse profissional é responsável pelo seguimento horizontal da pessoa e encaminha para especialistas conforme a necessidade. A função de *gatekeeper* do médico de família leva as pessoas a não acessar de modo direto os especialistas, característica de racionalidade aceita em quase todos os sistemas de saúde universais do mundo.

O país tem tradição em planejar e pensar suas políticas públicas, e sugestões para melhorar o seu sistema de saúde estão sempre surgindo e sendo avaliadas de acordo com a evolução do conhecimento e tendências mundiais. No seu festejado livro que propõe melhorias para a saúde da população canadense, Danielle Martin ⁴ sugere seis “grandes” ideias: (1) garantia de atenção primária baseada em “relação” (leia-se, simplificada, profissional de atenção primária disponível para todos); (2) cobertura de medicamentos no sistema universal; (3) diminuição do número de testes e intervenções; (4) reorganização do fornecimento de cuidados de saúde para redução de tempos de espera e melhora da qualidade do serviço; (5) implementação de um programa de renda mínima; (6) adoção em âmbito nacional ou provincial de soluções exitosas desenvolvidas localmente.

Em relação à primeira ideia, disponibilidade de profissionais de atenção primária para toda a população, torna-se um desafio maior nas remotas áreas do Norte do país, particularmente nas reservas indígenas. Tentativas de recrutar pessoas das inúmeras etnias indígenas canadenses para as escolas médicas ⁵ é uma essencial iniciativa para disponibilizar profissionais para tais áreas, com a imensa vantagem de esses profissionais serem oriundos da própria cultura local.

Inclusão de medicamentos de maneira mais universal no sistema é um antigo pleito que parece estar se aproximando da realidade. Recente iniciativa anterior do governo liberal de Ontario a fim de oferecer essa cobertura à população de até 25 anos ⁶, é histórica para a província. Outras províncias se encontram em estágios distintos do processo, mas *Pharmacare* (cobertura de medicamentos pelo sistema) é pauta destacada de encontros entre os secretários de saúde.

A terceira ideia implica prevenção quaternária e encontra ressonância mundial, com a rápida expansão da iniciativa *Choosing Wisely* ⁷ por dezenas de países do mundo (incluindo o Brasil) em poucos anos. Estima-se que até 30% dos testes e intervenções em saúde que acontecem no Canadá são desnecessários, o que dá uma ideia da importância do tema. No Brasil, o fenômeno de uso irracional de teste e intervenções é particularmente acentuado na rede privada ⁸.

A quarta ideia sugere melhor coordenação de cuidados, potencialmente com diminuição de custos, incluindo utilização de instrumental da área de qualidade, uso de tecnologia e mudança da estrutura do sistema de referência e contrarreferência. Como exemplo do amplo espaço para melhorias no sistema, podemos citar que, em Toronto, não há uma central regionalizada para gestão das vagas de especialistas. Profissionais de uma mesma especialidade podem ofertar uma consulta com tempos de espera variando de dias a meses, sem que o médico de família possa saber como acessar o especialista com menor espera. O caráter liberal e autônomo dos profissionais funciona como barreira para uma maior racionalidade no sistema atual.

Implementação de um programa de renda mínima me parece a ideia mais genial e radical da autora. Seu livro naturalmente enaltece o Bolsa-Família brasileiro e engrossa uma crescente lista de jurisdições e políticos flertando com a ideia ^{9,10}, com o crescente reconhecimento de que não haverá (não há?) empregos para todos e essa é uma legítima forma de se manter a dignidade das pessoas. Projetos-pilotos foram recentemente iniciados em Ontario ¹¹ e, assim como ideias anteriormente citadas, precisam ter suporte político e investimento para que possam ser ampliados, se os resultados se mostrarem positivos. Inúmeros pequenos projetos canadenses na área de saúde que se mostraram promissores não conseguiram ser ampliados, sendo esse o desafio apontado pela autora na sua última grande ideia.

Do ponto de vista mais individual, outros desafios se apresentam para o médico de família; gostaria, contudo, de apontar brevemente dois. O primeiro, reconhecido já faz anos, mas com poucas soluções propostas, refere-se à dificuldade de se aplicar diretrizes para o cuidado de pacientes com múltiplas comorbidades, especialmente o idoso ¹². Inclusão de mais médicos de família nos grupos que produzem as diretrizes é uma sugestão. Outra questão que me parece completamente fora dos radares canadenses refere-se à crescente formalização das exigências em relação à completude do prontuário médico. As avaliações sistemáticas realizadas por pares (*peer assessments*) feita pelos Conselhos de Medicina (College of Physician and Surgeons of Ontario – CPSO – nesta província) baseiam-se quase exclusivamente na avaliação de prontuários. Lembremos que os prontuários atualmente também são utilizados para práticas de certificação, justificativas para pagamento, auditoria, ações legais, pesquisa etc., prejudicando a sua função básica de registrar concisamente o encontro clínico, com repercussão para médicos (*burned out* pelo excesso de demandas) e pacientes ¹³.

Em suma, continuamos, como médico de família, com o enorme desafio de nos aprimorarmos e nos mantermos atualizados no cuidado aos nossos pacientes, procurando sempre combinar o olhar clínico individualizado com o acompanhamento das questões profissionais e sociais mais amplas, cumprindo nossa responsabilidade de advogar pela população, papel inalienável da profissão médica.

1. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390:231-66.
2. Health Quality Ontario. Measuring up 2016: a yearly report on how Ontario's health system is performing. <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2016-en.pdf> (acessado em 14/Jul/2018).
3. Canadian Institute for Health Information. Canada's doctor supply has grown faster than the population for the past decade. <https://www.cihi.ca/en/canadas-doctor-supply-has-grown-faster-than-the-population-for-the-past-decade> (acessado em 14/Jul/2018).
4. Martin D. Better now: six big ideas to improve health care for all Canadians. Toronto: Allen Lane; 2017.
5. Petch J, Tepper J, Konkin J. Canadian medical schools struggle to recruit Aboriginal students. <http://healthydebate.ca/2013/05/topic/quality/recruitment-of-aboriginal-health-care-workers> (acessado em 14/Jul/2018).
6. Fraser L. Ontario budget 2017: free prescription drugs for anyone under 25, a first of its kind. <http://www.cbc.ca/news/canada/toronto/budget-2017-sidebar-1.4086229> (acessado em 14/Jul/2018).
7. Choosing Wisely Canada. About. Choosing Wisely Canada. <https://choosingwiselycanada.org/about/> (acessado em 14/Jul/2018).
8. Gandra A. Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/entidade-estima-que-30-dos-gastos-em-saude-privada-sao-desperdicios> (acessado em 14/Jul/2018).
9. Kutler P. Is universal basic income inevitable? http://www.huffingtonpost.com/en-try/is-a-universal-basic-income-inevitable_us_594065d6e4b0d99b4c920f85 (acessado em 14/Jul/2018).
10. Lascia B. FRANCE: the universal basic income proposition from French Presidential Candidate Benoît Hamon, explained. <http://basicincome.org/news/2017/05/france-universal-basic-income-proposition-french-presidential-candidate-benoit-hamon-explained/> (acessado em 14/Jul/2018).
11. Ministry of Community and Social Services – Ontario. Ontario Basic Income Pilot. <https://www.ontario.ca/page/ontario-basic-income-pilot> (acessado em 14/Jul/2018).
12. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2012; 42:62-9.
13. Martin SA, Sinsky CA. The map is not the territory: medical records and 21st century practice. *Lancet* 2016; 388:2053-56.

Recebido em 10/Out/2017

Versão final reapresentada em 02/Nov/2017

Aprovado em 08/Nov/2017