

Lições da reforma do sistema de saúde do QUÉBEC

Gilles Dussault

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

LIÇÕES DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DO QUÉBEC

GILLES DUSSAULT

Na década de 80, quase todos os países da OCDE debateram a organização dos sistemas de saúde. Foi central nessa discussão a questão do papel do Estado no financiamento e na gestão dos serviços. Considerando a importância social e econômica do setor saúde, é normal que o debate seja ideológico. Mas sendo as consequências das decisões sobre o tipo de organização dos serviços tão importantes para o bem-estar da comunidade, deve-se objetivar esse debate mediante análises empíricas de vários modelos assistenciais.

Este artigo apresenta a experiência da província do Québec (Canadá), cujo governo vem implementando um sistema público, gratuito e universal de serviços médico-hospitalares e sociais desde 1970. As lições dessa experiência de gestão pública dos serviços de saúde serão apresentadas em quatro partes: 1) breve descrição da população e do sistema de saúde; 2) análise dos resultados em relação aos objetivos explícitos da política, isto é, dar acesso gratuito a todos os cidadãos aos serviços que precisam; garantir sua qualidade e produzi-los de maneira economicamente aceitável; 3) apresentação crítica das recentes propostas do governo do Québec (Ministério de Saúde e de Serviços Sociais, 1990) para melhorar os resultados dos gastos no setor saúde; e 4) identificação das principais lições que podemos extrair dessa experiência de vinte anos.

Caraterísticas do sistema de serviços

No Canadá, país federativo que pratica um parlamentarismo de tipo britânico, o setor de saúde é responsabilidade das províncias. Historicamente, porém, o governo federal jogou papel determinante na organização do sistema: utilizando sua capacidade de arrecadar impostos, entrou

na área da saúde mediante financiamento dos serviços hospitalares, em meados da década 50 e, a partir de 1962, dos serviços médicos. A justificativa era de que todos os canadenses têm direito igual à assistência à saúde e de que cabia ao governo federal o papel de garantir condições básicas de acesso para todos os cidadãos. Sua estratégia foi comprometer-se com o pagamento de 50% dos custos dos serviços, desde que as províncias aderissem a certos princípios fundamentais¹. Em 1977, foi imposta nova fórmula de financiamento, vinculando o valor do pagamento a um fator de indexação em lugar das despesas reais. Em consequência, a contribuição do governo federal caiu gradualmente até atingir, em 1991, 40,7% do custo total dos serviços no Québec, sem que as condições de financiamento mudassem.

Desde 1970, o atendimento médico-hospitalar é acessível a toda a população sem nenhuma contribuição financeira direta. Os serviços hospitalares são prestados por estabelecimentos públicos autônomos, dotados de orçamento global pelo Ministério de Saúde e Serviços Sociais (MSSS) e administrados por gestores de carreira nomeados pelo Conselho de Administração que existe em cada hospital. Deve-se mencionar que há pequeno número de hospitais privados conveniados no setor de serviços de longa permanência e de reabilitação.

O atendimento é prestado por médicos trabalhando em clínicas privadas, nos hospitais ou nos centros locais de saúde e de serviços sociais (CLSC), criados a partir de 1970 para oferecer serviços médicos comunitários e sem que, até recentemente, tivessem conseguido se tornar porta de entrada do sistema. Os médicos são produtores independentes, remunerados por serviços pelo seguro-saúde público (*Régie de l'Assurance-maladie*), salvo nos CLSC, em que são assalariados.

O sistema financia-se com impostos gerais e o orçamento global é definido a cada ano pela Assembléia Nacional.

A lei garante a escolha livre do médico e do hospital pelo usuário, embora recentemente tenham sido introduzidas medidas de setorialização nas áreas da saúde mental, da referência obstétrica e das emergências. A lei também previa a descentralização da tomada de decisão e a participação da população, mas tais diretrizes não foram totalmente implementadas. Deve-se acrescentar que o sistema pretendia integrar os serviços sociais, e de saúde, principalmente por meio dos CLSC, propósito ainda não alcançado.

Para cumprir seus objetivos, o sistema dispõe de recursos importantes: o Québec gasta anualmente 9,2% do PIB com saúde. Aproximadamente 30% do orçamento estadual (1991), ou seja, cerca de US\$1.800 por habitante, 85% dos quais recursos públicos, são destinados aos serviços sócio-sanitários. Os recursos humanos e materiais (Quadro 1) são abun-

Quadro 1

Recursos do sistema de serviços de saúde, Província de Québec, Canadá, 1970-1990

Recursos	1970	1990
<i>Recursos financeiros</i>		
% do PIB (total)	7	9,2
% do PIB (\$ público)	67	78
% do orçamento estadual	-	31,1
\$ (Can.) de 1981/hab. ¹	1.015	1.100
<i>Recursos materiais</i>		
Leitos/1.000 hab.	-	4,1
N.º centros de saúde	4	158
N.º policlínicas	20 (aprox.)	400 (aprox.)
<i>Recursos humanos</i>		
Habitantes por médico	820	450
Habitantes por enfermeira ²	375	185
Habitantes por dentista ³	3.732	2.224
Habitantes por farmacêutico ⁴	2.767	1.584
Habitantes por outros profissionais ⁵	4.028	650
Habitantes por outros funcionários ⁶	51	61

Fontes: Coté, R. (1992) *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1981-82 à 1990-91*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux; *Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-sanitaire Québécois période de 1980-81 à 1988-89*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1991; Rapport du Comité de la main d'oeuvre hospitalière, Gouvernement du Québec, 1973; Dussault, G., "Les effectifs sanitaires au Québec". In Dufresne J.; Dumont, F.; Martin, Y. (éd.) *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal, Institut Québécois de Recherche sur la Culture, Presses de l'Université du Québec, Presses Universitaires de Lyon, p. 587-603.

¹ Inclui a contribuição do governo federal: aproximadamente 50% dos gastos públicos em 1970 e 43% em 1990.

² No setor público (equivalente a tempo integral).

³ Inclui todos os dentistas.

⁴ Inclui todos os farmacêuticos.

⁵ No setor público. Inclui dentistas, farmacêuticos, profissionais da readaptação etc. (equivalente a tempo integral).

⁶ No setor público. Técnicos, auxiliares, pessoal administrativo, de manutenção (equivalente a tempo integral).

dantes e de boa qualidade. Existem vários mecanismos de controle de qualidade, como o credenciamento dos hospitais, comitês estatutários de revisão das atividades dos estabelecimentos e fiscalização pelas corporações profissionais².

Existem também 32 departamentos de saúde comunitária, com responsabilidades de vigilância epidemiológica e avaliação dos serviços. Recen-

Quadro 2

Perfil demográfico e sanitário, província de Québec, Canada, 1991

<i>Indicadores demográficos</i>	
Número de habitantes	6,7 milhões
Esperança de vida ao nascer (H)	72,8 anos
Esperança de vida ao nascer (M)	80,2 anos
% 65 anos e mais	11%
Natalidade por 1.000 habitantes	14 por mil
Mortalidade por 1.000 habitantes	7,4 por mil
Mortalidade infantil por 1.000 nascimentos	6,3 por mil
<i>Indicadores sanitários</i>	
Problemas prevalentes	Doenças cardiovasculares, osteoarticulares, problemas mentais, neoplasias, doenças do aparelho reprodutivo
Causas de mortalidade	Doenças cardiovasculares (40%), neoplasias (30%), problemas respiratórios (8%), causas externas (6%)
Esperanças de vida sem deficiências (H)	65 anos
Esperanças de vida sem deficiências (M)	69 anos

Fonte: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec (1992) *La politique de santé et de bien-être*, 192 p.

temente, foi criado o Conselho de Avaliação das Tecnologias de Saúde, organismo independente que realiza avaliação de equipamentos, de materiais e de procedimentos em saúde. O conselho publica relatórios e difunde informações ao sistema. Seus pareceres não têm caráter obrigatório, mas na realidade são considerados definidores de normas que poucos se recusam a observar.

Esse sistema de saúde atende as necessidades e a demanda de uma população de 6,7 milhões de habitantes, predominantemente urbana (3,5 milhões vivem na Região Metropolitana de Montréal), educada e, agora, acostumada a receber serviços públicos de bom nível. As quedas da natalidade e da mortalidade infantil (Quadro 2) contribuíram, nas últimas duas décadas, para aumento da esperança de vida e, ao mesmo tempo, dos problemas de saúde típicos das populações que envelhecem. Os problemas sociais são também típicos das sociedades mais ricas: desintegração da família, isolamento, precariedade do trabalho, empobrecimento das regiões rurais. A sociedade também se transforma, apresentando crescente pluralismo cultural, mudança no papel das mulheres, ecologismo etc., tudo isso se refletindo na mudança de expectativas dos usuários em relação aos serviços de saúde: a população exige assistência cada vez

melhor e maior, que atenda a todas as suas necessidades, não somente físicas, mas também psicológicas e sociais, o que aumenta a pressão econômica sobre o sistema.

Os Objetivos Iniciais (1970) e os resultados

A prioridade da reforma de 1970 era garantir o acesso da população aos serviços de saúde de que ela precisava. A introdução de sistemas de seguro-hospital e de seguro-saúde eliminaram a principal barreira econômica — o custo dos serviços — o que gerou segurança psicológica que pode, por si só, ter impacto positivo sobre a saúde.

Existem, em quantidade e qualidade, serviços capazes de atender à demanda da população. Mesmo assim, o problema da acessibilidade ainda não está resolvido. Persistem, por exemplo, dificuldades de acesso geográfico a certos serviços especializados nas regiões periféricas, por causa da má distribuição dos médicos especialistas; há filas nas emergências e nos serviços sociais, o que pode ser uma questão de acesso organizacional mais do que de recursos; existem barreiras linguísticas e culturais, o que cria problema de acesso social, especialmente em Montréal, onde se concentra a população de imigrantes; o acesso aos centros de saúde também se vê limitado pelo horário de funcionamento, fixado em virtude dos interesses dos funcionários, o que cria problema de disponibilidade para atender o público por causa de contratos de trabalho corporativos. Da mesma forma, há limitações no acesso a outros serviços profissionais extra-hospitalares, como os dos dentistas³, fisioterapeutas, psicólogos, acupunturistas etc., que dependem da capacidade financeira dos consumidores, pois ficaram fora do sistema público e tenderam a concentrar-se nas áreas mais ricas.

Outra preocupação da reforma de 1970 era dar acesso a serviços de qualidade, isto é, eficazes e capazes de atender todas as dimensões dos problemas de saúde e de satisfazer as expectativas da população. Com respeito à eficácia, é difícil julgar a contribuição dos serviços na melhoria do nível de saúde. A taxa de mortalidade infantil, por exemplo, caiu de 17 para 7‰ em vinte anos; a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares também diminuiu de 30 a 40% na população de menos de 65 anos. Entretanto, como medir a contribuição específica dos serviços em relação a outros fatores, como aumento do poder aquisitivo, melhoria da educação, da nutrição etc.? A eficácia deve ser medida cientificamente antes de permitir conclusões definitivas.

A globalidade e continuidade da assistência são objetivos difíceis de atingir, por fatores como impessoalidade; falta da integração efetiva entre

serviços sanitários e sociais, o que gera descontinuidade; inflexibilidade na divisão e organização do trabalho; e pouca atenção dada a essas dimensões na formação de pessoal.

Os usuários exprimem habitualmente que estão satisfeitos com a qualidade técnica do atendimento, mas reclamam da sua dimensão social. Queixas formais são poucas, mas isso pode ser efeito da complexidade dos mecanismos de captação delas. Existe demanda crescente por serviços alternativos, como os dos acupunturistas, naturopatas, massoterapeutas — que não são gratuitos — o que pode ser interpretado como expressão de insatisfação em relação aos serviços tradicionais.

O terceiro objetivo da reforma de 1970 era produzir serviços de maneira eficiente, mantendo os custos dentro da capacidade de pagamento da população. Em relação ao resto do Canadá, os resultados do Québec foram os melhores: os custos ficaram abaixo da média canadense em todo o período, graças a custos administrativos baixos, ao controle rígido do número de médicos, à imposição de teto ao seu pagamento e a medidas de produtividade rigorosas introduzidas nos estabelecimentos a partir do final da década de 70. Porém, o aumento dos gastos públicos no setor da saúde tem sido maior que a inflação ou que o crescimento da população.

As ineficiências permanecem sob forma de duplicação de serviços e de equipamentos, de subutilização de certos serviços (CLSC, p.ex.) e de superutilização de outros (emergências hospitalares). A substituição de funções, estratégia adequada para aumentar a eficiência, também se torna difícil, seja entre estabelecimentos, seja entre profissionais de várias categorias; por exemplo, a delegação de responsabilidades do médico à enfermeira e desta à auxiliar é mínima. Por outro lado, existem muitos fatores que criam pressões inflacionárias sobre o sistema: a remuneração dos médicos, que é por serviço prestado, a autonomia administrativa dos estabelecimentos, que tendem a privilegiar o próprio desenvolvimento e não a complementaridade do sistema e, finalmente, a cultura profissional intervencionista, que valoriza uma ética de meios em lugar de uma ética de resultados.

Em geral, existe consenso de que muito progresso foi alcançado para dar a todos acesso a serviços eficientes e de boa qualidade, mas que ainda há possibilidade de melhorar o sistema para enfrentar problemas que estão crescendo, como os ligados ao envelhecimento, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças mentais etc. Esse consenso se construiu na segunda metade dos anos 80, marcadas por discussões intensas quanto ao futuro do sistema, no contexto do trabalho de uma Comissão de consultas públicas, estabelecida pelo ministro da Saúde.

Diagnóstico dos problemas do sistema de saúde e soluções propostas

É interessante notar que o diagnóstico feito pela *Commission d'Enquête sur les Services de Santé et des Services Sociaux*⁴ (1988), e reformulado pelo próprio ministério, aponta basicamente problemas de gestão. Ao contrário, os profissionais, os administradores dos estabelecimentos e mesmo os usuários assinalaram problemas de recursos e de serviços. A seguir discutiremos tanto as principais deficiências identificadas pelo ministério: falta de objetivos claros do sistema; centralização excessiva; corporativismo; má-gestão dos recursos humanos; e ineficiências administrativas, quanto as providências sugeridas para superá-las.

A crítica mais dura da *Commission Rochon* — e a mais criticada pelo destinatários — foi a de que o sistema de saúde não tem objetivos de resultados, isto é, que os objetivos iniciais, expressos em recursos e serviços, não apontaram para o alvo correto, qual seja, o nível de saúde da população. Faltando objetivos epidemiológicos definidos ficou difícil planejar os serviços e avaliar os resultados. Salvo algumas políticas específicas, a única diretriz era *melhorar o bem-estar da comunidade*. Em outras palavras, o sistema foi incapaz de orientar as suas estratégias em virtude das necessidades de saúde, acabando por atender as demandas e expectativas dos que têm mais capacidade de exprimi-las. Para começar a resolver esse problema central, o ministério propôs uma política de saúde, com objetivos definidos em níveis de saúde a alcançar e estratégias para atingi-los, apoiando-se em pesquisas epidemiológicas e sociais sistemáticas, destinadas a desenvolver um processo contínuo de identificação de problemas, necessidades e demandas da população.

Essa proposta tem boas intenções, mas vai encontrar obstáculos importantes: a vontade de formular uma política de saúde é condição necessária mas insuficiente para mudar a situação atual. A fixação de metas (p.ex., reduzir a incidência de carcinoma do pulmão em 20% em cinco anos) exige o conhecimento do estado de saúde da população alvo, da etiologia e da evolução natural da doença, e da capacidade de resolução das diversas intervenções médicas. Significa que é necessário sistematizar a pesquisa epidemiológica e social e também a avaliação das intervenções, tanto terapêuticas quanto organizacionais e administrativas, o que só começou em meados dos anos 80. Ressalte-se que o único estudo epidemiológico abrangendo toda a população, menos as pessoas internadas, foi feito em 1987, estando um segundo estudo programado para 1992.

Outra dificuldade bem conhecida é a escolha de prioridades, que não pode ser somente exercício técnico. O melhor conhecimento dos dados epidemiológicos e do valor relativo das intervenções influencia positiva-

mente o processo de decisão e facilita o estabelecimento de relações entre objetivos prioritários, alocação de recursos e organização de serviços. É provável que seja necessário revisar as prioridades atuais, centradas no hospital e, por conseqüência, remanejar recursos dentro do setor saúde e, mesmo, deste para outros setores (educação, transportes, justiça, economia, meio ambiente etc.), com os quais não será fácil estabelecer as ligações necessárias, apesar da multidimensionalidade dos problemas. Por tais razões, a formulação e a implementação de política de saúde coerente certamente vai enfrentar obstáculos técnicos e políticos importantes.

A questão da centralização excessiva vem sendo debatida em quase todos os países, incluindo o Québec — mesmo com somente 6,7 milhões de habitantes. A necessidade de aproximar a tomada de decisão às pessoas que vivem os problemas, bem como a impossibilidade de um órgão central adaptar suas decisões e ações às demandas locais são os argumentos básicos do referido debate.

No Québec, o MSSS define as políticas nacionais, isto é, o quadro geral de referência das ações de saúde, e garante a distribuição equitativa dos recursos. A proposta ministerial é reforçar os organismos regionais, que desde 1970 realizam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos e o MSSS. Nesse sentido, no futuro vão ter papel mais ativo na definição dos objetivos e das prioridades regionais e, sobretudo, na alocação dos recursos. Quanto ao financiamento, o MSSS vai definir o orçamento regional em virtude das características epidemiológicas, sociais e demográficas da população. Vai também ampliar a participação da comunidade nas decisões, principalmente por meio do aumento do número de seus representantes nos conselhos regionais e nos estabelecimentos. As reuniões desses conselhos serão públicas e, a cada ano, deverão apresentar relatório em assembléia também pública.

Essas medidas vão encontrar problemas de implementação. A regionalização, para funcionar, pressupõe firme vontade política. Na lei adotada em 1991, o ministro da Saúde conserva o poder de decisão final sobre quase tudo, principalmente sobre questões financeiras. As regiões vão conceber os planos, os programas, a organização dos serviços, a alocação dos recursos, mas deverão submetê-los ao ministro para aprovação. Isso significa que o nível real de descentralização vai depender, de fato, da vontade política do governo central. Outra exigência para uma descentralização bem-sucedida é a existência de uma *cultura regionalista*, uma identificação da população com sua região. Isso existe na periferia, mas não existe em Montréal, onde são gastos mais de 60% do orçamento da saúde. Ao contrário, há tradição de concorrência forte entre hospitais universitários, os CLSC e os outros estabelecimentos. O governo criou quatro regiões na zona metropolitana de Montréal. Mas

o problema da grande mobilidade das pessoas entre as regiões vai tornar-se fonte de disputas, principalmente em Montréal, que atende a demanda das pessoas que moram nas outras regiões e trabalham na cidade, e seus vizinhos.

O objetivo de vincular o financiamento às necessidades da população é fundamental. Implica não somente problemas técnicos ligados à aferição das necessidades, mas sobretudo envolve problema político potencialmente difícil de resolver: enquanto esse método de alocação financeira significa para uma região aumento de recursos disponíveis, será fácil a implementação; mas, como diminuir a alocação de recursos numa região cujas necessidades diminuíram, o que, afinal, é objetivo de qualquer política de saúde?

Quanto à participação popular, a experiência de participação formal, tanto no setor da saúde quanto em outros setores como educação, não produziu os resultados esperados, sendo mesmo muitas vezes difícil encontrar pessoas para representar os usuários nos conselhos. Existem, porém, aproximadamente 2.000 grupos comunitários de voluntários, que promovem a ajuda mutual, tanto fora dos serviços formais quanto em colaboração com eles. Milhares de pessoas trabalham voluntariamente no setor da saúde, o que indica disposição de participar na produção dos serviços. O problema é o da participação nas decisões e na gestão. Talvez seja errado pensar que a participação formal é a melhor maneira de garantir a consideração das necessidades e das expectativas da população. Mecanismos de imputabilidade (*accountability*), que garantam que dirigentes e gestores prestem contas à população podem até substituir a participação formal. Essa possibilidade poderia ser experimentada e comparada com os mecanismos atuais.

Com relação ao corporativismo, a *Commission Rochon* usou uma fórmula-choque: *O sistema de serviços sanitários e sociais fica subordinado aos grupos de interesse*. Segundo o relatório, a adaptação do sistema a novas necessidades demora por causa da resistência desses grupos que protegem seus interesses e privilégios. Um exemplo é a resistência dos profissionais em rever a divisão do trabalho, por meio de mecanismos como delegação de responsabilidades ou substituição de pessoal. No setor sócio-sanitário, existem 23 profissões que têm privilégios de prática ou de título, institucionalizados no *Código das Profissões* adotado em 1973. As condições de trabalho são definidas em contratos entre os sindicatos e o MSSS. A partir de 1970, a negociação tornou-se centralizada e o resultado foi uma gradual redefinição das condições de trabalho em virtude mais das expectativas dos funcionários que das necessidades da comunidade.

Para enfrentar a situação, o MSSS propõe a descentralização das negociações de outros assuntos não financeiros, como o relativo aos privi-

légios profissionais: uma mudança do marco jurídico, visando a reduzi-los aos absolutamente necessários em proteção da saúde pública, isto é, limitar os privilégios de prática a certos atos que só podem ser executados por profissionais credenciados (p.ex., cirurgia, uso de produtos tóxicos ou radioativos). Essas propostas, tecnicamente simples, são politicamente complicadas. A descentralização das negociações com os sindicatos exige colaboração destes, mas até o momento não houve nenhum compromisso formal nesse sentido.

A modificação do *Código das Profissões* é um desafio maior, primeiro porque, na tradição jurídica britânica, o conceito de *direito adquirido* é muito forte e será um obstáculo à quebra de privilégio. Segundo, esse *Código* também atribui privilégios a mais dezoito outros grupos (advogados, engenheiros, arquitetos, contabilistas etc.) os quais, com certeza, vão aliar-se aos profissionais da saúde para proteger seus *direitos adquiridos*. A capacidade política do governo de mudar a situação atual vai depender da reação da população e dos grupos de usuários. A permanência destes na condição de pacientes favorece a manutenção da condição de *expert* do profissional de saúde; uma vez que os pacientes se tornam gradualmente consumidores, podem exigir que o profissional de saúde se limite ao papel de conselheiro. Nessas condições vai ser mais difícil para os profissionais a manutenção dos privilégios de prática que limitam a livre escolha do usuário quanto ao tratamento desejado.

Numa crítica paralela, a *Commission Rochon* e, mais tarde, o MSSS, apontaram a gestão deficiente de recursos humanos como uma das causas da baixa qualidade da dimensão *humana* do atendimento. A falta de motivação e a insatisfação em relação às condições de trabalho teriam impacto negativo na qualidade da prestação de serviços. Propostas de solução incluem associar o pessoal à definição das orientações e à gestão dos estabelecimentos de saúde, à valorização da autonomia profissional, à melhoria das condições de trabalho e ao fomento, ao aperfeiçoamento e à mobilidade do pessoal. A promoção da participação e da autonomia profissional coloca o problema da compatibilidade dessas medidas com objetivo de priorizar as necessidades dos usuários, em lugar dos prestadores. Com efeito, é preciso adotar outras medidas para prevenir a utilização da participação e da autonomia com objetivos pessoais e particulares.

Quanto à mudança das condições de trabalho e à mobilidade, foram os próprios sindicatos que até o momento se pronunciaram contra elas, justamente para proteger os *direitos adquiridos* dos seus membros, que esperaram muitos anos para assegurar empregos estáveis, com possibilidade de evitar trabalho noturno ou de fins de semana. É claro que a gestão dos recursos humanos, especialmente no contexto das organizações

multiprofissionais como são as do setor sócio-sanitário, é o desafio maior. Exigem gestores inovadores, capazes de mobilizar e satisfazer o pessoal sem desviar-se da missão fundamental dos serviços de saúde.

Finalmente, o MSSS reconhece que permanecem fontes de ineficiência, apesar dos esforços importantes feitos na última década. Os recursos necessários para responder às novas necessidades deverão ser encontrados nos limites do orçamento atual. Sugestões nessa direção incluem: rever o modo de remuneração dos médicos, que encoraja a multiplicação dos serviços; impor compras coletivas de material, medicamentos ou serviços; rever periodicamente a relação dos serviços cobertos; racionalizar a compra de equipamentos especializados; facilitar a fusão de estabelecimentos complementares; e melhorar a coordenação dos serviços básicos, principalmente os CLSC e as clínicas privadas.

Todas essas medidas têm justificativa razoável, mas isso não basta para provocar a mudança. O pagamento por serviços, por exemplo, é um incentivo à produção desnecessária, restando apenas a ética profissional do médico ou os constrangimentos administrativos para evitar a produção de serviços inúteis. A proposta de substituição por outro modo de pagamento vai enfrentar a reação das organizações médicas, para as quais historicamente o pagamento por serviço simbolizou, de maneira quase fetichista, a liberdade de prática. Até recentemente, era quase impossível até mesmo discutir o assunto, considerado *tabu* pela profissão médica, indicando que o processo de mudança só pode ser gradual.

A melhoria da colaboração e da complementaridade entre estabelecimentos vai requerer transformação cultural, posto que exige que os médicos pensem mais em uma rede de serviços e de objetivos populacionais do que apenas na dimensão organizacional. Falta até agora um sistema de incentivos capaz de recompensar a melhoria da coordenação e de desencorajar as iniciativas *egoístas*⁵. Enfim, a revisão da lista dos serviços cobertos vai ser exercício tanto político quanto técnico. Na verdade, é sempre difícil suspender a gratuidade de um serviço, mesmo que sua ineficiência tenha sido bem demonstrada.

A *solução* da privatização, embora estudada e discutida, não foi recomendada pela *Commission Rochon*, nem pelo MSSS. Constatando uma falta de clareza na definição do que é privatizar (a propriedade dos estabelecimentos? a gestão? apenas a gestão dos serviços auxiliares? a transferência dos custos ao usuário?) não foram encontradas evidências claras de que o impacto sobre a acessibilidade, a qualidade e a eficiência seriam favoráveis.

A nossa revisão do diagnóstico dos problemas do sistema serviços e das propostas do MSSS, com as críticas formuladas, não pretende negar-lhes valor, mas apontar dificuldades de implementação das novas

políticas. A identificação dessas dificuldades é a primeira etapa na definição de estratégias efetivas para superá-las, o que nos permite introduzir o tema das lições da experiência quebequense.

Lições da experiência do Québec

O dilema de qualquer sistema de serviços de saúde é encontrar a maneira mais eficiente de utilizar os recursos disponíveis para atender as necessidades da população. Há vários caminhos nessa direção e a comparação das experiências nacionais pode indicar alternativas a seguir ou a evitar.

A experiência do Québec e do Canadá mostra claramente que um sistema público pode garantir eficientemente o acesso a serviços de boa qualidade. Ao mesmo tempo, indica que mesmo serviços bons e acessíveis têm capacidade limitada na resolução dos problemas de saúde. A grande lição que se pode extrair da experiência quebequense é que as políticas de prestação de serviços e de recursos devem estar subordinadas a uma política de saúde, que defina objetivos e metas de níveis de morbidade, mortalidade e de bem-estar a serem alcançados, e estratégias multi-setoriais que visem atender todas as dimensões dos problemas. Isso implica mudanças na visão do papel dos serviços, para se tornarem instrumento de intervenção para manter a saúde da comunidade. A ação dos serviços de saúde não será eficaz se não existir coerência entre ações concorrentes nos setores que determinam as condições de saúde, como meio ambiente, transportes, agricultura, economia, mas tal mudança é difícil porque a demanda por assistência é muito forte. Politicamente, a tentação de ampliar a rede de serviços é igualmente forte por causa da visibilidade de ações como a construção de hospitais, a compra de equipamentos etc.

Agimos até agora como se os serviços pudessem, por si próprios, produzir saúde. Temos que subordinar a questão de *como organizar, financiar e gerir os serviços* à pergunta *como elevar o nível de saúde da população?* e questionar se mais serviços significam mais saúde.

No plano mais empírico da relação entre organização dos serviços e acessibilidade, qualidade e eficiência, podemos também tirar lições da experiência do Québec. Primeiro, o acesso universal e gratuito aos serviços hospitalares e médicos é mais justo e digno, mais fácil de administrar e contribui de maneira importantíssima para a qualidade de vida, eliminando o temor do impacto econômico negativo de doenças ou acidentes. O acesso econômico, porém, não elimina as outras barreiras —

sociais, organizacionais, culturais, geográficas — nem suprime as diferenças entre classes sociais, de morbidade e de mortalidade, cujas reduções exigem ações fora do setor da saúde, como na educação e no desenvolvimento econômico e social. O acesso econômico aos serviços de saúde é medida de redistribuição da renda importante, mas insuficiente para reduzir as diferenças sociais.

Outra lição a respeito da acessibilidade é que, para esta ter sentido, deve existir uma rede de serviços capaz de atender a demanda. A alocação dos recursos sociais necessários exige consenso forte na comunidade e vontade política de atender a essa demanda social. A experiência do Québec, como muitas outras, mostra que as expectativas não diminuem, mas crescem e mudam, o que cria dois problemas: o da arbitragem entre as numerosas demandas e o da adaptação a expectativas, necessidades e preferências mutáveis. Os dois problemas estão ligados à questão da qualidade. A coerência entre serviços, demanda e necessidades é uma dimensão importante da qualidade, que definimos em efetividade e satisfação. O melhor conhecimento da eficácia dos serviços, mediante avaliação rigorosa, pode ajudar a resolver esses dois problemas. A avaliação produz informações sobre a capacidade relativa das opções de intervenção; não substitui a decisão administrativa ou política, mas define um quadro de referência para ela.

Um sistema eficiente de serviços combina a utilização de intervenções eficazes com menores custos econômicos, o que coloca enormes problemas de organização e gestão. O caso do Québec confirma que a centralização excessiva na tomada das decisões não permite adaptação rápida dos serviços às necessidades particulares e exige gestão burocrática que aumenta a probabilidade de ineficiência. De outro lado, a descentralização excessiva, na forma da total autonomia administrativa dos estabelecimentos, gera duplicações e falta de complementaridade. A lição mais interessante vem das ações do governo federal, que se limitou a definir as regras do jogo, utilizando incentivos financeiros para conseguir adesão das províncias. O governo poderia definir políticas gerais, objetivos e prioridades, redistribuir recursos e deixar a responsabilidade de operacionalizar as ações de saúde às autoridades locais ou regionais, limitando-se a examinar a execução financeira por meio de um sistema de auditoria. Os prestadores de serviços podem ser organizações públicas ou privadas, que aceitem as regras do jogo e de fato subordinem seus objetivos organizacionais aos da política de saúde.

Independentemente do nível de centralização, a eficiência depende da redução ou eliminação de incentivos negativos. A remuneração e pagamento por serviços prestados, por exemplo, gera produtividade artificial ligada ao valor relativo dos serviços, criando pressões inflacionárias, ao

passo que salários e pagamentos baixos induzem a uma produção de baixo nível. Um sistema de promoção arbitrário ou, pior, a falta de planos de carreira é outro incentivo negativo. Outro obstáculo à melhoria da eficiência, presente na experiência do Québec, é a divisão e a organização rígida do trabalho, que resulta do corporativismo: é um dos principais obstáculos às mudanças organizacionais, em particular a substituição de recursos alternativos.

A experiência quebequense mostra que os desafios no setor da saúde são, sobretudo, administrativos. Sem depreciar as dimensões técnicas ou financeiras da produção de serviços, podemos adiantar que as variáveis mais críticas são a qualidade da gestão do sistema, a definição e difusão de objetivos e de estratégias de saúde e a implementação de medidas capazes de estimular os prestadores e suas ações em direção a objetivos predeterminados. Isso exige dos gerentes uma visão mais global do papel de suas organizações, e grande capacidade de diagnosticar problemas, de definir estratégias adequadas e de mobilizar seus colaboradores em torno delas. Não podem satisfazer-se sendo apenas bons técnicos e esquecendo o impacto de suas decisões e ações sobre o bem-estar da comunidade. Isso requer seleção e formação mais rigorosa dos gerentes para que possam responder ao desafio que exige a eficiência, na qual eles têm papel de liderança.

Conclusão

Do ponto de vista da saúde pública e da administração dos fundos públicos, a procura contínua da eficiência nos serviços públicos é dever prioritário. A eliminação dos serviços ineficazes, desnecessários ou de má qualidade e a má utilização de recursos escassos têm conseqüências negativas, tanto no bem-estar da população, quanto no plano econômico.

O compromisso dos dirigentes e dos profissionais do setor da saúde é produzir serviços eficazes, isto é, capazes de atender as necessidades reais, de maneira eficiente. A experiência do Québec indica algumas pistas nessa direção: melhorar o conhecimento dos problemas e definir objetivos de saúde, a eles subordinando as metas de serviços e de recursos; avaliar sistematicamente as intervenções; confiar a gestão dos serviços a gerentes com formação e capacidade de mobilizar os recursos para uma produção mais eficiente. A essa prescrição idealista contrapõe-se o problema da implementação. O setor da saúde não existe *in vitro*, mas evolui num contexto social; por isso, não vão acontecer no setor da saúde mudanças que não ocorram em outros setores. Não se vai desenvolver a procura por maior eficiência, sem que o mesmo aconteça também em

outras áreas. Nessas condições, cabe aos responsáveis pela gestão dos serviços explicar e documentar as exigências da eficiência em saúde, lembrando que a produção de serviços de qualidade é apenas um dos instrumentos para melhorar o nível de saúde de uma população. Esse papel, importante e estimulante, é produzir o conhecimento e as estratégias que vão ajudar a dirigir o sistema de serviços para o fomento do bem-estar da população.

Notas

- ¹ São cinco princípios: gestão pública dos serviços; universalidade (todos têm acesso aos serviços); integralidade (todos os serviços incluídos na lei são acessíveis); acessibilidade econômica (mediante gratuidade dos serviços); transferência dos direitos dos cidadãos de uma província a outra.
- ² Há 21 corporações no setor da saúde. Seu papel, definido por lei (*Código das Profissões*), é o de *proteger o público* pela fiscalização da prática e o controle disciplinar dos seus membros. A função de promoção e de defesa dos interesses dos profissionais é especificamente proibida e exercida por sindicatos.
- ³ Desde 1974, o seguro-saúde cobre certos serviços odontológicos para a população de menos de quinze anos e para os beneficiários da seguridade social.
- ⁴ Chamada *Comission Rochon*, em virtude do nome do seu presidente.
- ⁵ Uma medida proposta para desencorajar o uso dos serviços hospitalares de emergência, foi cobrar D\$5.00 (cinco dólares canadenses) se a consulta não fosse urgente ou por referência, mas não foi incluída na nova lei.

Bibliografia

- (1991) *Loi sur les services de santé et des services sociaux*. Québec, Assemblée Nationale du Québec.
- (1989) *Comission d'Enquête sur des Services de Santé et les Services Sociaux. Rapport*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 803 p.
- (1990) *Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Une réforme axée sus le citoyen*. Québec, 91 p.