

Planeamento estratégico em saúde num contexto de descentralização: o caso do Canadá e das suas províncias com destaque para o Québec

Strategic health planning in a context of decentralization: the case of Canadá and its provinces with emphasis on Quebec

Raynald Pineault

PhD, Emeritus Professor, Université de Montréal (Canada)

Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal.

Resumo

Esta breve comunicação dos estudos analisados faz-se em três partes. Primeiro, uma apresentação do contexto canadiano. Em seguida, uma análise sobre o planeamento estratégico em saúde a nível federal e, depois, ao nível das províncias, salientando as vantagens e as desvantagens da descentralização na Província do Québec. Com base nestas experiências, concluímos com a apresentação de um quadro conceitual que serve para avaliar as experiências canadianas no planeamento em saúde do nível federal e provincial, exemplificado pelo Québec.

Palavras Chave:

Planeamento estratégico de saúde, contexto canadiano, evidência para o planeamento de saúde e descentralização.

Abstract

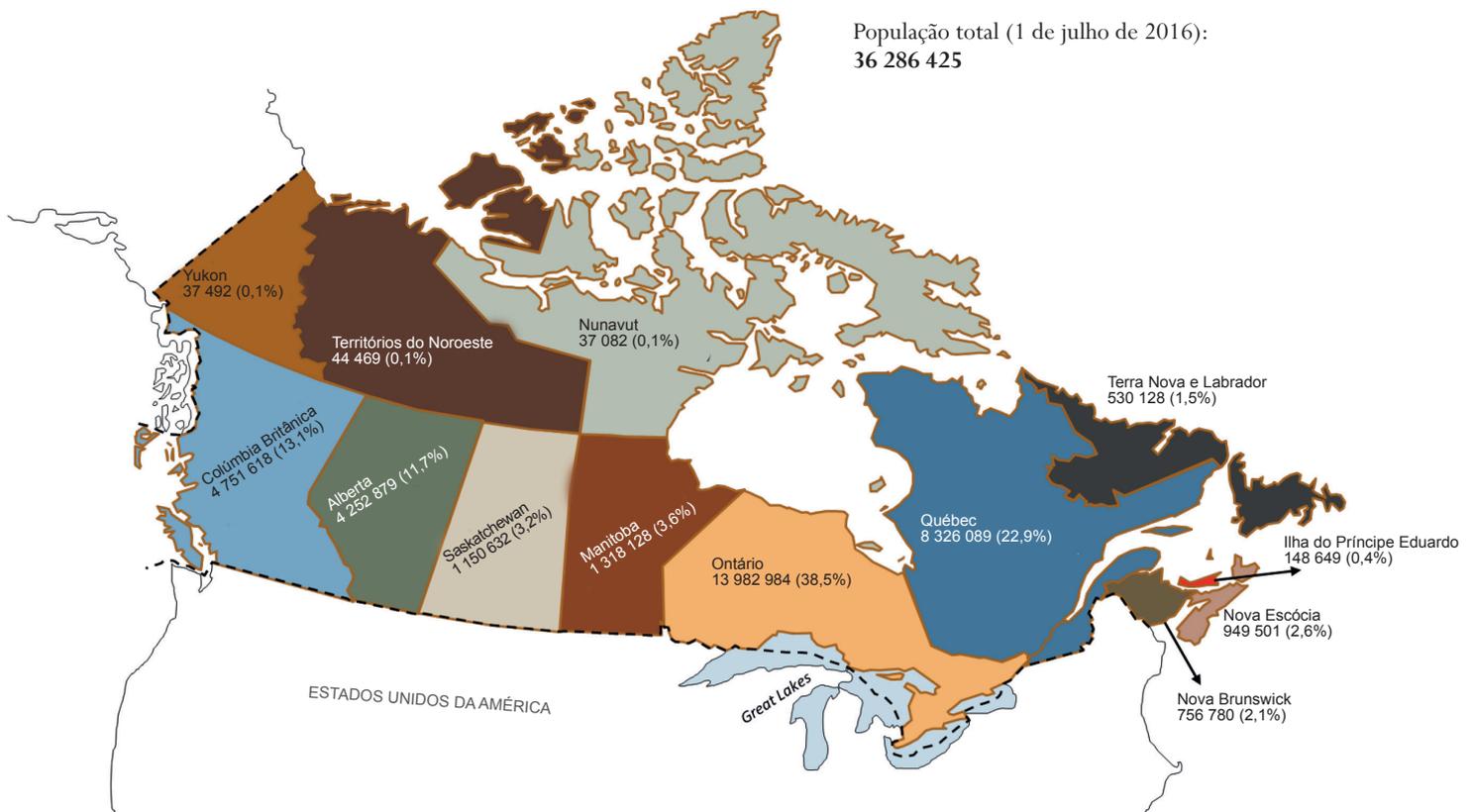
This brief communication of the studies analyzed is done in three parts. First, a presentation of the Canadian context. Next, an analysis of strategic health planning at the federal level and then at the provincial level, highlighting the advantages and disadvantages of decentralization in the Province of Quebec. Based on these experiences, we conclude with the presentation of a conceptual framework to evaluate Canadian experiences in health planning at the federal and provincial levels, exemplified by Québec.

Key Words:

Strategic health planning, Canadian context, evidence for health planning and decentralization.

O contexto canadiano

População total (1 de julho de 2016):
36 286 425



Em termos populacionais, o Canadá tem um número de habitantes relativamente pequeno para a sua dimensão. Dos 36 milhões de canadianos, 80% vivem na fronteira sul com os Estados Unidos, a maior fronteira terrestre do mundo entre dois países. Apesar da sua proximidade com os Estados Unidos, o sistema de cuidados de saúde canadiano difere deste último ao ser predominantemente público. Em 2015, as despesas de saúde pública representaram 70% do total das despesas de saúde no Canadá e apenas 50% nos Estados Unidos. No total, as despesas de saúde constituíram 16,5% do PIB nos EUA e 11% no Canadá.

Em termos territoriais, o Canadá é uma federação de 10 províncias e de 3 territórios localizados no norte. Nesta apresentação, quando utilizarmos o termo “província” ou “provincial” estaremos a incluir também os territórios. Há enormes variações entre as províncias, seja em termos de tamanho ou de população. Constitucionalmente, as províncias são responsáveis pelos cuidados de saúde, cabendo ao governo federal a responsabilidade pelos serviços prestados às Primeiras Nações (nações indígenas), forças armadas, reclusos das prisões federais e por alguns aspetos de proteção sanitária. As funções do governo federal nos cuidados de saúde abrangem também a definição e a administração dos princípios nacionais do

sistema, ao abrigo da Lei relativa à saúde do Canadá, aprovada em 1984. Estes princípios são a portabilidade (os residentes do Canadá estão cobertos em todo o país), a universalidade (todos os residentes são cobertos), a abrangência (são cobertos por todos os hospitais e serviços médicos segurados) e a administração pública. A Lei veio também introduzir disposições para evitar a sobrefaturação e as taxas de utilização nos serviços segurados.

Planeamento estratégico em saúde a nível federal

- A - Repartição de Custos com as Províncias**
- B - Comissões de Inquéritos e relatórios Políticos**
- C - Liderança na Promoção da Saúde**
- D - Informações e apoio especializado às Províncias**

O governo federal conseguiu instigar as províncias a respeitar estes 5 princípios e, através do financiamento e da prestação de informações e de apoio especializado, dar alguma coerência ao sistema de saúde canadiano.

A. Repartição de custos com as províncias

Historicamente falando, o governo federal começou por tomar a iniciativa de instituir seguros médicos e hospitalares universais ao propor às províncias a repartição dos custos dos dois programas. Até 1977, o governo federal contribuiu com 50% das despesas provinciais com serviços médicos e hospitalares seguros. Em 1977, a repartição de custos foi substituída por um fundo global constituído por uma mistura de pagamentos em dinheiro e da transferência de percentagens de impostos. Este novo esquema de financiamento significava que os próprios governos provinciais tinham flexibilidade na utilização dos fundos para os cuidados de saúde segundo as suas necessidades e prioridades, aumentando assim a probabilidade de se desviarem dos cinco princípios estabelecidos pela Lei relativa à saúde do Canadá. Nos últimos anos, e sobretudo devido ao aumento dos custos e à mudança de rumo das prioridades das políticas sanitárias federais responsáveis pela promoção da saúde, o contributo do governo federal diminuiu consideravelmente, representando agora cerca de 20% da despesa pública.

B. Comissões de inquérito e relatórios políticos

O segundo recurso utilizado pelo governo federal consistiu em disponibilizar documentos políticos, informações e conhecimento especializado. Em primeiro lugar, as comissões de inquérito foram amplamente utilizadas como mecanismos com vários fins, tais como assegurar a existência de uma base de informações que permitisse tomar decisões políticas e procurar o apoio do público para a legislação prevista.

A despeito de as províncias terem jurisdição sobre a saúde, o seu intuito de ter alguma forma de sistema harmonizado no Canadá e, sobretudo, a sua necessidade de obter fundos federais veio muitas vezes atribuir mais peso aos relatórios federais.

Os relatórios das comissões e os documentos políticos têm em comum o processo de recolha de informações a partir de diferentes fontes, tais como dados empíricos provenientes da investigação, a opinião dos peritos, fóruns de cidadãos e consultas à população, assim como de comissões parlamentares quando as alterações às políticas são introduzidas por legislação. Isto criou as condições para o planeamento estratégico com base em evidências, importante para promover a aceitação pelas províncias.

C. Liderança na promoção da saúde

Foi nas áreas da saúde pública e, mais particularmente, na da promoção da saúde, que o governo federal desempe-

nhou uma função mais importante. Em 1974, o *Relatório Lalonde* propôs um novo conceito de “Campo de saúde”, diferente do de cuidados médicos, com o argumento de que os cuidados de saúde eram apenas um, entre outros fatores, que talvez contribuíssem mais para a saúde da população. Estes são a biologia humana, o ambiente e o estilo de vida.

Este relatório fundamental é considerado o desencadeador do desenvolvimento da promoção da saúde, tendo assinalado uma mudança drástica na orientação do mesmo governo federal que tinha introduzido os cuidados médicos centrados nos hospitais e nos médicos mais de 25 anos antes. Alguns consideraram este relatório uma forma subtil e insidiosa de o governo federal preparar o abandono progressivo da repartição dos custos dos cuidados de saúde com as províncias.

As províncias foram recetivas à orientação dada pelo governo federal. Após a adoção da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, em 1986, vários países incluíram a promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde nas suas políticas sanitárias e deram ao setor público da saúde a responsabilidade pela sua aplicação.

D. Informações e apoio especializado às províncias

O governo federal dá também apoio ao planeamento em saúde dos governos provinciais através da disponibilização de dados coligidos a nível nacional que incluem todas as províncias. Em 1994, o Instituto Canadiano de Informações de Saúde (CIHI) foi criado por acordo entre os governos federais e provinciais para melhorar o que foi então qualificado de “estado deplorável das informações de saúde” no Canadá. Trabalhando em parceria com os ministérios federais e provinciais da saúde, o CIHI tornou-se a principal fonte de informações de elevada qualidade acerca da prestação de cuidados de saúde no Canadá, tornando possível a comparação entre províncias e com outros países.

Outra agência federal é a Agência de Saúde Pública do Canadá, cujo papel mais específico é partilhar conhecimentos especializados sobre saúde pública com outros países e fortalecer a colaboração entre os governos federais e provinciais para promover abordagens nacionais às políticas e ao planeamento da saúde pública.

Não há dúvida de que o governo federal desempenhou uma função importante na liderança do desenvolvimento dos cuidados de saúde no Canadá. O seu contributo cinge-se ao planeamento estratégico, pois não tem o direito constitucional de intervir diretamente na organização dos cuidados de saúde, sob jurisdição provincial.

Planeamento estratégico em saúde ao nível das províncias

A - Planos estratégicos provinciais

B - Planos regionais e regionalização

C - As vantagens e desvantagens das reformas do Québec:

- **A Grande Reforma da Descentralização de 1970**
- **A Reforma de 2004: o primeiro passo de retorno à centralização**
- **A Reforma Top-Down de 2015: de volta ao ponto de partida**

Voltemo-nos agora para as províncias. O que é uniforme em todo o país é o programa de seguro de saúde conforme as cinco condições estabelecidas pela Lei relativa à saúde do Canadá de 1984, que garante a cobertura universal e abrangente dos serviços médicos e hospitalares incluídos no programa. A forma como essa prestação dos serviços decorre cabe às províncias, daí que a organização pode variar entre províncias. Por exemplo, tanto os serviços sociais como o apoio à habitação, aos cuidados na comunidade e aos lares são menos generosamente financiados em algumas províncias. A cobertura dos medicamentos também é variável de província para província.

A. Planos estratégicos provinciais para a saúde

Relativamente ao planeamento em saúde, os ministérios da saúde da maioria das províncias têm dois planos estratégicos: um para a prestação de cuidados de saúde e outro para a saúde pública e a promoção da saúde. Esta dualidade no planeamento estratégico é sintomática da separação que existe entre cuidados de saúde e saúde pública no sistema de saúde canadiano.

B. Planos regionais e regionalização

No Canadá, o planeamento em saúde está estreitamente relacionado com a descentralização. Em parte devido à dimensão do país e de algumas províncias, a descentralização e a regionalização utilizaram muitos instrumentos administrativos para planear, organizar e gerir a prestação de cuidados de saúde. A partir de meados da década de 1990, a maioria das províncias esforçou-se para controlar os custos e melhorar a prestação de cuidados através da descentralização da tomada de decisões em cuidados de saúde para o nível regional. No entanto, em anos mais recentes, algumas províncias – entre as quais o Québec – afastaram-se do modelo descentralizado da prestação de cuidados de saúde a favor da consolidação do número de autoridades de saúde e a centralização das estruturas de tomada de decisões.

As vantagens e as desvantagens das reformas no Québec

No resto desta comunicação, focar-nos-emos numa província, o Québec, apreciando as reformas que aí foram realizadas nas últimas décadas, pois elas ilustram um caso de descentralização que progressivamente voltou à centralização.

C1. A Grande Reforma de Descentralização de 1970

C1.1 *Os CLSC*

No início dos anos 1970, no seguimento da recomendação de uma comissão de inquérito provincial, foi estabelecida uma rede de quase 150 centros locais de serviços comunitários que abrangeram todo o território do Québec. A estas coube a responsabilidade de prestar serviços sociais e de saúde à população do seu território local. Estes centros, conhecidos pela sigla em francês CSLC, possuem uma direção que inclui membros eleitos da comunidade e gozam de razoável autonomia. É neste momento que a descentralização atinge o seu auge.

C1.2 *Regionalização*

Relativamente à regionalização, o Québec foi a primeira província a regionalizar os serviços sociais e de saúde ao criar, em 1971, conselhos regionais que, em 1992, se tornaram agências regionais com maior poder e responsabilidades. As 15 agências regionais tinham o seu próprio conselho de gestão, que incluía cidadãos eleitos, e cabia-lhes coordenar a prestação de serviços de saúde na sua região. Porém, a remuneração dos médicos permaneceu centralizada a nível provincial, pois a maioria dos médicos era remunerada consoante os serviços prestados, diretamente negociados com o governo pelos seus sindicatos: um de médicos de clínica geral e outro de especialistas.

C2. A Reforma de 2004: o primeiro passo de retorno à centralização

C2.1 *Centros locais de coordenação*

Foi então que veio a reforma de 2004, que assentou numa maior centralização a nível local. De modo a melhorar a coordenação e a integração dos serviços, foram adicionados 95 centros locais de coordenação aos 15 já existentes. Estes centros partiram da fusão geográfica dos CLSC, dos hospitais de cuidados prolongados e dos hospitais de cuidados agudos, reduzindo assim o nível local de 150 para 95 territórios locais. Isto assinalou o início de um processo de centralização e o declínio do planeamento estratégico local.

C2.2 *Grupos de Medicina Familiar*

Na mesma época, no início dos anos 2000, e na sequência de recomendações de uma comissão provincial de inquérito, foram criados grupos de medicina familiar (FMG) sustentados por uma subvenção substancial

(cerca de 150 milhões de dólares) do *Fundo de Transição para os Cuidados Primários no Canadá*. Estes FMG incorporaram elementos de um modelo centrado nos doentes, o *Medical Home*. No presente, o número de FMG voluntariamente criados é de quase 300, na sua maioria localizados em clínicas médicas privadas onde os médicos são remunerados consoante os serviços e recebem um valor mínimo anual por doente registado. A implementação dos FMG foi conseguida através de negociações entre o Ministério da Saúde e o sindicato dos médicos de clínica geral, naturalmente assegurando os interesses dos médicos e, esperamos, da população.

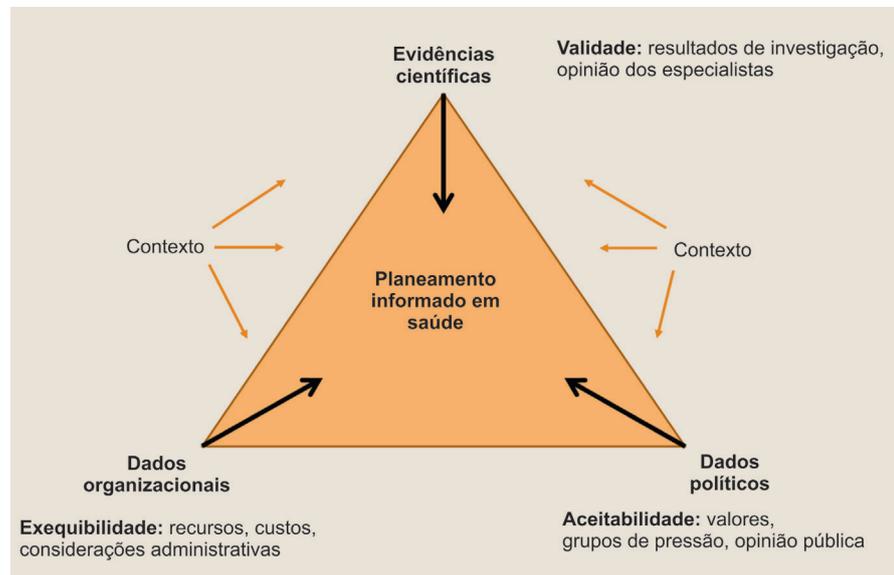
A implementação de FMG ilustra claramente que existem duas linhas de planeamento estratégico no Québec: uma linha de política pública mais formal, que envolve sobretudo as instituições públicas, e uma segunda linha mais informal, mas ainda assim muito influente, que envolve os médicos empresários privados que negociam diretamente com o Ministério as suas condições de trabalho – o que tem frequentemente um grande impacto no sistema de saúde pública e noutros profissionais de saúde e, por vezes, interfere na concretização das políticas de saúde pública.

C3. A Reforma *Top-Down* de 2015: de volta ao ponto de partida

Em 2015, o recém-nomeado Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais realizou uma vasta reorganização do sistema. As Agências Regionais de Saúde foram abolidas e as 182 instituições de saúde pública, que incluíam os 95 centros de coordenação criados em 2004, foram agrupados em 22 Centros Integrados de Serviços Sociais e de Saúde. Tanto os membros do conselho de administração como o diretor executivo desses centros passaram a ser de nomeação ministerial. Todas as instituições públicas de saúde localizadas no território do centro foram colocadas sob a direção do centro, incluindo a saúde pública. Ao impor a integração horizontal e vertical, esta reforma *top-down* visava fortalecer a coordenação. É demasiado cedo para medir os seus benefícios para os doentes e para a população, embora os impactos adversos sejam perceptíveis para o pessoal, que tem dificuldades em se adaptar à nova situação. A literatura sugere claramente que a integração alcançada pela fusão de várias instituições de cuidados de saúde de diferentes tipos e tamanhos pode não ser a solução ideal para melhorar a coordenação e a colaboração. As instituições dominantes, tais como os hospitais, tendem a impor a sua visão e estratégia em detrimento das clínicas de cuidados primários assentes na comunidade.

A título de conclusão, apresentamos um quadro conceitual com três principais pontos aqui destacados:

1. Fontes de evidências para o planeamento em saúde



Conforme revela o quadro, e de uma perspetiva teórica, o planeamento informado assente em evidências deve conciliar e integrar três possíveis fontes de evidências: em primeiro lugar, existem dados científicos especializados que derivam sobretudo dos resultados da investigação e que se preocupam com a sua validade científica. Em segundo lugar, existem os dados de origem institucional ou administrativa de um ponto de vista que assenta sobretudo em considerações de ordem organizacional sobre a viabilidade – por exemplo, em termos de custos, recursos humanos ou outras restrições. Por fim, existem os dados políticos referentes aos valores sociais e à aceitabilidade social, que considera os pontos de vista dos cidadãos e dos grupos de pressão. A influência de fatores contextuais permeia os três tipos de evidências. Por exemplo, fatores tecnológicos, investigacionais, educacionais e socioeconómicos podem exercer influência sobre qualquer tipo de evidência. É provável que a congruência entre os três tipos de dados comprovados leve a um planeamento em saúde melhor informado. Os dados científicos não são uma condição suficiente (ainda que necessária) para o planeamento informado, nem tão-pouco o é a exequibilidade organizacional ou a aceitabilidade política. É a ponderação equilibrada destas três fontes que dará mais garantias ao planeamento ideal.

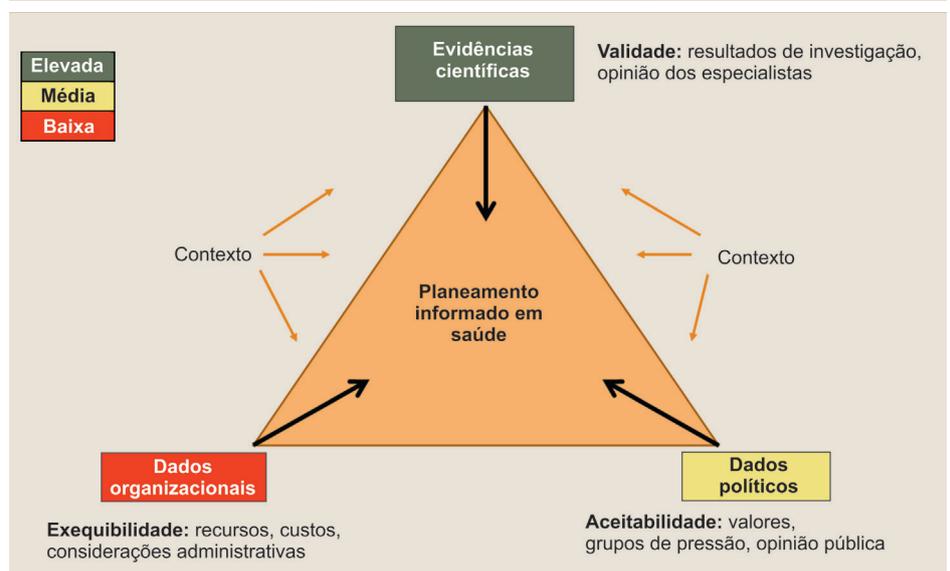
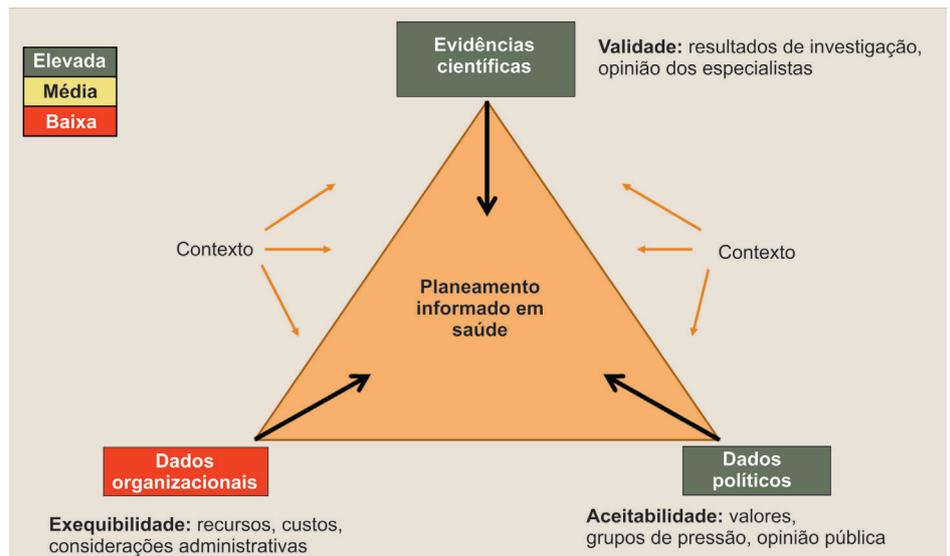
2. Avaliando fontes de evidências do planeamento em saúde a nível Federal

Este quadro pode servir para avaliar as práticas de planeamento. Por exemplo, tendo em consideração o que foi apresentado, atribuiria melhor classificação ao planeamento estratégico a nível federal com base em dados comprovados científicos e políticos, representados pela cor verde, mas pior com base em dados organizacionais e na viabilidade, representados a vermelho, só porque a gestão operacional está sob jurisdição provincial.

3. Avaliando fontes de evidências do planeamento em saúde na última reforma do Québec

Por outro lado, avaliaria a mais recente reforma do Québec com base em dados científicos e organizacionais, indicados a vermelho, e atribuiria uma posição média aos dados políticos, a amarelo, pois a reforma, embora conduzida por um governo legitimamente eleito, foi criticada em muitas frentes por profissionais, gestores e vários grupos de pressão.

Se nos referimos à tipologia clássica que se opõe ao planeamento pragmático e ao planeamento racional, também chamado de planeamento ideal, o quadro sugere que a melhor estratégia engloba estes dois polos de planeamento, correspondendo ao que se designaria por planeamento realista, tomando em consideração fontes de dados científicos, organizacio-



nais e políticos numa mescla concordante com a realidade do contexto.

Bibliografia

1. Champagne, A. P. Contandriopoulos et Z. Hartz, dir., *L'évaluation: concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
2. Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, J. Picot-Touché, F. Béland et H. Nguyen, *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2005
3. Commissaire à la santé et au bien-être, "L'appréciation globale et intégrée de la performance: Analyse des indicateurs de monitoring" *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, 2010, Québec, 2010.
4. FCRSS, "Mythe: Le financement des services de santé au Canada est non viable", *À bas les mythes*, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, dezembro de 2007.
5. ICIS, *Apprendre des meilleurs: Analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
6. INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2006.
7. Commissaire à la santé et au bien-être, "L'appréciation globale et intégrée de la performance: Analyse des indicateurs de monitoring" *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, 2010, Québec, 2010.
8. FCRSS, "Mythe: Le financement des services de santé au Canada est non viable",

À bas les mythes, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, dezembro de 2007.

9. ICIS, *Apprendre des meilleurs: Analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

10. INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2006.

11. Keon, W. J. et L. Pépin, *Un Canada en santé et productif: Une approche axée sur les déterminants de la santé*, Ottawa, Sénat, 2009.

12. Mikkonen, J. et D. Raphael, *Social determinants of health: The Canadian facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 2010.

13. Pineault, R., J. F. Levesque, D. Roberge, M. Hamel, P. Lamarche et J. Haggerty, *L'accessibilité et la continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche, Montréal, Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

14. Pineault, R. et C. Daveluy, *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995.

15. Pineault, R., *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer* Les Presses de l'Université de Montréal, 2012