

TATIANA BERTOLDI

**O SISTEMA DE SAÚDE DO CANADÁ: RELATO DE
OBSERVAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EM
LONDON NO CANADÁ**

JOINVILLE/SC, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**

**CAMPUS JOINVILLE - CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA
EM GESTÃO HOSPITALAR**

TATIANA BERTOLDI

**O SISTEMA DE SAÚDE DO CANADÁ: RELATO DE
OBSERVAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EM
LONDON NO CANADÁ**

**Submetido ao Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia
de Santa Catarina como parte dos
requisitos de obtenção do título
de Tecnólogo em Gestão
Hospitalar sob orientação da
professora Joanara R. da
Fontoura Winters Ms.**

JOINVILLE/SC, 2013

Bertoldi, Tatiana.

O Sistema de Saúde do Canadá: Relato de Observação em uma Instituição de Saúde em London no Canadá/ Bertoldi, Tatiana – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 32 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Joanara R. da Fontoura Winters Ms. Palavras-chave:

1. Saúde Pública 2. Canadá 3. Saúde da Família

**O SISTEMA DE SAÚDE DO CANADÁ: RELATO DE
OBSERVAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EM
LONDON NO CANADÁ**

TATIANA BERTOLDI

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, de Dezembro de 2013.

Banca Examinadora:

Mestre Joanara R. da Fontoura Winters
Orientadora

Prof. Carla Simone L. Almeida
Avaliadora

Prof. Andrea Heidemann
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus todos os dias por ter a vida que tenho, por ter amigos especiais que estão sempre ao meu lado tornando a vida mais alegre e divertida sempre com muito companheirismo, da família maravilhosa que sempre me acompanha e vibra com minhas vitórias, me apoia nas dificuldades do dia a dia, me motiva para seguir em frente em todos os meus projetos e na realização dos meus sonhos, e a todos os professores que são eternos colaboradores para meu crescimento pessoal e profissional, contribuindo com a riqueza de seus conhecimentos.

De uma maneira especial, todas estas pessoas fizeram parte desta caminhada, e só tenho a agradecer grandemente todo apoio que tive e toda a dedicação destas pessoas, que sempre demonstraram muita paciência, amor e cumplicidade.

Sei que não conquistei nada sozinha, e sou eternamente grata por todos que estiveram ao meu lado ou até mesmo um pouco distante, mas que sempre estiveram presente na minha vida e que mesmo sem saber contribuíram para as minhas conquistas e para minha realização pessoal e profissional.

“If you don't live for nothing you'll die for anything.”
Se você não vive por algo você vai morrer por nada.
(Autor Desconhecido)

RESUMO

É fundamental para o gestor de saúde a busca constante por informações, utilizando como base os sistemas públicos de outros países. O presente trabalho tem como objetivo fazer um relato de observação em uma instituição de saúde pública na cidade de London no Canadá e contribuir para um melhor entendimento do sistema de saúde pública do Canadá. Os dados foram obtidos por meio de observação, pesquisas sobre o sistema de saúde do Canadá a partir de dados obtidos em sistema de acesso público e revisão de literatura com fundamentação bibliográfica. Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva e identificado que o Sistema Público do Canadá preconiza o atendimento e bem estar do paciente, promovendo um bom relacionamento entre o médico e o usuário focando em um atendimento humanizado.

Palavras-chave: Saúde Pública, Canadá, Saúde da Família.

ABSTRACT

It is essential for the health manager's constant search for information, using as a basis the public systems of other countries. This paper aims to give an account of observation in a public health institution in the city of London in Canada and contribute to a better understanding of the public health system in Canada. Data were collected through observation, research on the health system in Canada from data from public access system and review of literature Bibliographic reasons. A survey was conducted with qualitative and descriptive approach and identified the Public System of Canada recommends the care and well being of the patient, promoting a good relationship between the doctor and the user focusing on humanized care.

Keywords: Public Health, Canadá, Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EPF - Established Programs Financing (Financiamento dos Programas Estabelecidos)

CHA – Canadá Health Act (Lei de Saúde do Canadá)

CIHI – Canadian Institute for Health Information (Instituto Canadense de Informação em Saúde)

BC – British Columbia

SUS – Sistema Único de Saúde

OHIP - Ontario Health Insurance Plan (Plano de Saúde de Ontario)

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1.1 Justificativa..... | 9 |
| 1.2 Problema..... | 10 |
| 1.3 Objetivo Geral..... | 10 |
| 1.4 Objetivos Específicos..... | 11 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 2.1 Sistema Público de Saúde do Canadá | 12 |
| 2.2 Lei de Saúde do Canadá | 16 |
| 2.3 Funcionamento do Sistema de Saúde..... | 19 |
| 3. METODOLOGIA..... | 21 |
| 4. RESULTADOS | 22 |
| 4.1 Instituição em Estudo..... | 22 |
| 4.1.1 Caracterização da Organização Estudada..... | 22 |
| 4.1.2 Missão, visão e valores..... | 23 |
| 4.1.3 Conselho administrativo..... | 24 |
| 4.1.4 Financiamento e Prestação de Contas..... | 26 |
| 4.1.5 Fluxo de atendimento..... | 26 |
| 4.2 Discussão dos Resultados..... | 27 |
| 4.3 Aspectos Relevantes Encontrados | 28 |
| 5 CONCLUSÕES | 29 |
| REFERÊNCIAS..... | 30 |

1. INTRODUÇÃO

A busca constante por conhecimento relacionado a sistemas de saúde de outros países é peça fundamental para um gestor de saúde que possui uma visão ampla e que não foca somente nos problemas, e sim na busca por soluções com base em modelos que já deram certo.

Este projeto teve como objetivo fazer um relato de observação em uma Instituição de Saúde em London no Canadá. Para isto, foi necessário levantar informações e evoluções históricas do sistema de saúde pública do Canadá, na sequencia, destacar os aspectos mais relevantes encontrados.

London tem uma população de 366.151 habitantes segundo o censo canadense de 2011 e está situada na província de Ontário. Trata-se de uma cidade com reputação como centro internacional de ensino superior e pesquisa científica, tendo como atividade econômica centrada na educação, pesquisa médica, tecnologia da informação, manufatura e negócios (LONDON, 2013).

Após a realização de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, buscou-se mostrar por meio de pesquisas bibliográficas, um melhor entendimento sobre o sistema público de saúde do Canadá.

Com este estudo verificou-se a qualidade no relacionamento entre os profissionais da saúde e os pacientes, que são provenientes de um sistema público mais humanizado.

O trabalho está estruturado em: introdução, revisão de literatura, metodologia, apresentação dos resultados, conclusão e referências.

1.1 Justificativa

Segundo Rabello (2009) “Coincidindo com um momento de maturidade política e administrativa do SUS”, é fundamental para o gestor de saúde a busca constante por informações,

utilizando como base os sistemas públicos de outros países que já superaram desafios semelhantes aos problemas brasileiros, como a gestão descentralizada das três esferas (Federal, Estadual e Municipal) que conforme Conill (2009) é regulada e monitorada pela esfera Federal que mantém o papel de acompanhar as informações e resultados e, “a gestão pública profissionalizada que não permite a descontinuidade política”. O gestor que possui uma visão ampla não foca somente nos problemas, e sim na busca por soluções com base em modelos que já deram certo (CONILL, 2009).

Portanto, o conhecimento da estrutura que compõe a Saúde Pública do Canadá, “é importante para o contexto brasileiro pelo fato de os canadenses terem sido os pioneiros nas discussões sobre promoção da saúde no mundo” (VIEIRA, 2007), e imprescindível para melhoria contínua do SUS e relevante para um melhor entendimento da estrutura de um sistema de saúde pública para sua população.

Contudo, esta experiência foi fundamental para meu crescimento pessoal e principalmente profissional. Como uma futura gestora, tive oportunidade de conhecer de perto a estrutura organizacional de uma Instituição de Saúde que presta serviços para Saúde Pública do Canadá.

1.2 Problema

Como é a dinâmica de funcionamento de uma Instituição de Saúde no modelo de Sistema de Saúde no Canadá?

1.3 Objetivo Geral

Relatar a dinâmica de uma Instituição de Saúde em London no modelo de sistema Público de Saúde do Canadá.

1.4 Objetivos Específicos

- Levantar informações e evoluções históricas do sistema de saúde pública do Canadá;
- Relatar a dinâmica de assistência em uma instituição de saúde e destacar os aspectos mais relevantes encontrados;

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será abordado à contextualização histórica do sistema de saúde pública do Canadá e suas evoluções até os dias atuais.

2.1 Sistema Público de Saúde do Canadá

O primeiro plano de seguro hospitalar com financiamento público no Canadá ocorreu em 1946, após o colapso das propostas da conferência realizada no mesmo ano. Algumas províncias, incluindo British Columbia, Alberta e Ontário, apresentaram os seus próprios planos de seguros, com diferentes graus de cobertura e, em variados graus de sucesso. Estas iniciativas políticas aumentaram a pressão sobre o governo federal a se envolver, tanto para auxiliar aquelas províncias que introduziram programas quanto com a desigualdade percebida nas províncias cujos cidadãos ainda não tinham cobertura para assistência hospitalar (CANADÁ, 2012).

O governo federal também agiu usando seu poder de compra, em 1948, introduziu uma série de subsídios Nacional de Saúde para fornecer diretamente fundos para as províncias/territórios para fins tais como a construção de hospitais, de formação profissional e de saúde pública. Isso aumentou o número de leitos hospitalares, porém até então não se abordava a questão de como os seus custos operacionais seriam cobertos (CANADÁ, 2012).

Sob o Seguro Hospital¹ da Lei de Serviços de Diagnóstico de 1957² e da Lei de Assistência Médica de 1966³, o governo

¹ Seguro Hospital: é a garantia de atendimento em rede hospitalar.

² Lei de Serviços de Diagnóstico de 1957: abrange cuidados hospitalares agudos e serviços de diagnóstico de laboratório e de radiologia.

federal fez uma oferta para as províncias para financiar cerca de metade do custo de todos os serviços de saúde segurados. Em troca de contribuições federais, as províncias como parte de seus planos de seguros de saúde públicos, se comprometeram a assegurar serviços hospitalares e médicos para cumprir com certos requisitos, tais como a universalidade. Estas duas leis não impediram as províncias de exigirem uma contribuição financeira dos pacientes, no entanto, porque as contribuições federais foram proporcionais aos gastos do governo provincial, os governos provinciais não tinham nada a ganhar com a imposição de encargos diretos ao paciente. De fato, o rendimento de tais cargas resultaria numa redução da contribuição federal. Este mecanismo de redução implícita, assim, dissuadido fortemente províncias de adotar qualquer forma de taxas de pacientes diretos, como extra faturamento e taxas de utilização (MADORE, 2005).

Já em 1º de Julho de 1958, cinco províncias, Newfoundland, Manitoba, Saskatchewan, Alberta e British Columbia, tinham programas que poderiam receber os recursos federais. Até 1º de Janeiro de 1961, quando finalmente se juntou Quebec, todas as províncias tinham cobertura universal de cuidados hospitalares (CANADÁ, 2012).

Saskatchewan decidiu levar o dinheiro liberado pelas contribuições, e após longas consultas com a associação médica provincial, apresentou um plano para segurar os custos médicos chamados de: O Plano de Seguro de Assistência Médica Saskatchewan. O plano, no entanto, manteve-se popular, e incentivou outras províncias para examinar programas similares. Um debate político se seguiu, com alguns argumentando para a cobertura universal, e outros especialmente da Associação Médica Canadense, defendendo uma ênfase na cobertura voluntária, com o governo ajudando apenas aqueles que não podiam pagar pelos serviços. Três províncias, British Columbia, Alberta e Ontário introduziram tais programas (CANADÁ, 2012).

³ Lei de Assistência Médica de 1966: seguro de saúde estendido para cobrir serviços médicos.

A reação federal foi nomear uma Comissão Real para tratar sobre serviços de saúde em dezembro de 1960 que foi ativado no mês de junho. Três anos mais tarde, depois de audiências extensas e deliberações, foi lançado um influente relatório, que recomenda que o Canadá estabelecesse acordos com todas as províncias para auxiliá-los na criação de programas universais abrangentes para assegurar serviços médicos, no modelo de Saskatchewan, mas também recomendou a adição de cobertura para medicamentos, serviços de próteses, serviços de cuidados em casa (home care), bem como serviços de oftalmologia e odontologia para as crianças da assistência pública. Embora a maioria das províncias já possuíssem alguns tipos de cobertura para estes serviços, nenhum destes estava ainda adicionado às condições nacionais formais (CANADÁ, 2012).

Após intenso debate, o governo Pearson⁴ introduziu a Lei de Assistência Médica que foi aprovada em 1966 por uma votação de 177 a dois. Estas duas leis estabeleceram uma fórmula em que o governo federal pagaria aproximadamente 50% das despesas aprovadas para serviços hospitalares e médico. A fórmula real era um problema complexo, com base em uma combinação da média de despesas nacionais e gastos por cada província. Na prática, isso significava que de gastos maiores, províncias receberiam mais dinheiro federal, mas para quem representou uma menor proporção de seus gastos, teriam menos recursos. Por volta de 1972, todas as províncias e territórios tinham que cumprir planos. No entanto, o regime fiscal era visto um tanto quanto pesado e inflexível. Em 1977, um novo regime fiscal foi estabelecido (CANADÁ, 2012).

Em 1977, esta fórmula dos custos partilhados foi substituído por um método de financiamento em bloco com base em transferências de dinheiro e transferências pontuais de impostos como parte de programas de financiamento estabelecido (EPF). Com isso, o financiamento federal deixou de estar ligado aos gastos do governo provincial, o que resultou em uma proliferação de encargos diretos ao paciente. Por exemplo, Newfoundland, New Brunswick, Quebec, Ontário, Saskatchewan,

⁴ Pearson: primeiro ministro da Saúde do Canadá em 1966.

Alberta e BC cobravam taxas de utilização dos serviços, e o extra faturamento foi autorizado na maioria das províncias. O governo federal viu essa situação como uma ameaça ao princípio do acesso universal e gratuito aos serviços de saúde em todo o país. Foi, portanto, necessário reafirmar seu compromisso com o princípio de seguro de saúde universal, que contou com o critério da equidade econômica para justificar sua intervenção. Um documento emitido pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Canadá, em 1983, declarou (MADORE, 2005):

O Governo do Canadá acredita que uma nação civilizada e rica, como o nosso, não deve fazer o urso doente a carga financeira dos cuidados de saúde. Todos se beneficiam com a segurança e a paz de espírito que vem com ter seguro pré pago. O infortúnio da doença, que em algum momento toca cada um de nós é um fardo: os custos dos cuidados devem ser suportados pela sociedade como um todo. É por isso que o Governo do Canadá deseja reafirmar em uma nova Canadá Health Act nosso compromisso com o princípio essencial do seguro de saúde universal. (CANADÁ, 1983)

Sob este novo acordo, a partilha de custos não existia mais. Províncias e territórios agora tinham mais flexibilidade, desde que os termos e condições federais continuassem a serem atendidas. O governo federal teve mais previsibilidade. Ao invés de um compromisso aberto, EPF estabeleceu um direito per capita que seria indexado à inflação. Esse dinheiro iria para as receitas gerais provinciais (CANADÁ, 2012).

Este documento abriu o caminho para a Lei de Saúde do Canadá⁵, que, foi aprovada em 1º de Abril de 1984. A Lei combinados, atualizou as duas leis federais de 1957 e 1966. Os princípios nacionais foram reafirmados na lei, mas as restrições extras foram adicionadas especificamente para impedir qualquer forma de encargos diretos dos pacientes e proporcionar aos

⁵ Lei de Saúde do Canadá: lei que regulamenta o sistema público do Canadá.

cidadãos de todas as províncias, com o acesso aos cuidados de saúde, independentemente da capacidade de pagamento (CANADÁ, 2012).

2.2 Lei de Saúde do Canadá

A Lei de Saúde do Canadá (CHA) foi aprovada por unanimidade pelo Parlamento em 1984, e recebeu aprovação real em 1^o de abril. As principais características do CHA estabelece que o objetivo da Lei é "proteger, promover e restaurar o físico e mental, bem-estar dos residentes do Canadá e facilitar o acesso razoável aos serviços de saúde, sem barreiras financeiras ou de outra" (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Para isso, a lei enumera um conjunto de critérios e condições que as províncias devem seguir para receber seus pagamentos federais de transferência, que são: a administração pública, a integralidade, a universalidade, a portabilidade e a acessibilidade. Há também a exigência de que as províncias asseguraram o reconhecimento dos pagamentos federais e fornecem informações ao governo federal (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Um resumo publicado pelo governo federal clarifica as condições a seguir:

Administração pública (seção 8): Os planos de seguro de saúde devem ser:

Administrado e operado em uma base sem fins lucrativos por uma autoridade pública, responsável para os governos provinciais/ territoriais e sujeitos a auditorias de suas contas e transações financeiras (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Este arranjo é em grande parte explicado pela quantidade considerável de dinheiro dedicada ao setor da saúde e da

necessidade de os governos manterem algum controle sobre o crescimento desses gastos e evitar que províncias e territórios façam uso de contribuições federais para subsidiar a cobertura dos residentes provinciais e territoriais das empresas de seguros privados (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Abrangência (seção 9): Os planos de seguro de saúde devem cobrir "todos os serviços de saúde segurados prestados pelos hospitais, médicos ou dentistas". Em geral, este mantém a restrição a serviços hospitalares e médicos decorrentes da legislação anterior, porque a Lei não menciona a quantidade de serviços a serem prestados, nem dá uma lista detalhada de quais serviços serão segurados, contudo, governos provinciais podem definir isso detalhadamente. Assim, a gama de serviços segurados podem variar entre as províncias e também de um ano para o outro. Os "serviços odontológicos cirúrgicos" são previstos apenas se estes forem prestados dentro de um hospital. Na prática, isso quase nunca ocorre, e os dados anuais de despesas de saúde publicadas pelo Instituto Canadense de Informação em Saúde⁶ (CIHI) confirmam que os serviços odontológicos canadenses estão quase inteiramente financiados pela iniciativa privada (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Universalidade (seção 10): Todos os segurados devem ser cobertos por serviços de saúde, previsto pelo plano em termos e condições uniformes. Inicialmente, o conceito de universalidade foi focado em dois objetivos específicos. Em primeiro lugar, procurou-se tornar os serviços segurados disponíveis para todos, em todos os lugares. Em segundo lugar, procurou-se reunir os riscos entre os segurados, quanto mais pessoas o plano cobrisse, mais o compartilhamento de risco seria rentável. Esta definição de segurados exclui aqueles que podem ser abrangidos por outra legislação federal ou provincial, como servir os membros das Forças canadenses ou Royal Police e presos de penitenciárias federais. Algumas categorias de residente, como imigrantes que desembarcaram no país e canadenses que voltaram a viver no Canadá a partir de outros países, podem

⁶ Instituto Canadense de Informação em Saúde: responsável por administrar o sistema de informação do Canadá, respeitando a privacidade, segurança e qualidade dos dados relacionados a Saúde.

estar sujeitos a um período de espera por uma província ou território, para não exceder três meses, antes de serem classificados como segurados; este período de espera decorre das disposições relativas à portabilidade (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Portabilidade (seção 11): Como os planos são organizados em uma base provincial, são necessárias disposições para cobrir os indivíduos que estão em outra província. Como o resumo acima mencionado esclarece: "Os moradores que se deslocam de uma província ou território para outro deve continuar a ser coberto por serviços de saúde segurados". Após o período de espera de três meses, a nova província ou território de residência assume a cobertura de cuidados de saúde. As disposições relativas à portabilidade estão sujeitos a acordos inter-provinciais, não há variação no que é considerado de emergência, desde que o requisito de portabilidade não se estende aos serviços eletivos (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Acessibilidade (seção 12): os segurados devem ter acesso razoável e uniforme aos serviços de saúde segurados, livre de barreiras financeiras ou outras. Ninguém pode ser discriminado com base em fatores como renda, idade e estado de saúde (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

O Seguro de saúde no Canadá é tratado por províncias e territórios individuais. Para novos moradores na província, os mesmos devem solicitar a cobertura de saúde. Ao ser concedida a cobertura de saúde, um cartão de saúde é emitido, passando oferecer cobertura na província ou território particular. O período de espera de cobertura pode variar, mas não pode exceder três meses, como parte da Lei de Saúde do Canadá (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Quanto as Condições adicionais que são previstas na seção 13, enumera duas condições adicionais que devem ser cumpridas pela província, a fim de receber a sua parte integral das transferências federais. A primeira condição é que o ministro federal da Saúde tem direito a informações específicas relativas aos serviços de saúde segurados e estendida a província. Esta informação é usada na elaboração de relatórios anuais,

apresentados ao Parlamento, sobre como a província administrava seus serviços de saúde em relação ao ano anterior. A segunda condição é que a província deve "dar reconhecimento" ao governo federal:

Em quaisquer documentos públicos, ou em qualquer propaganda ou material promocional, referentes aos serviços de saúde segurados e serviços alargados de cuidados de saúde na província (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Já as Infrações e penalidades têm como objetivo documentar a conformidade com o ato do Ministro Federal da Saúde informando anualmente ao Parlamento canadense sobre como o ato foi administrado por cada província, ao longo do ano fiscal anterior (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

Para as não-conformidades com qualquer um dos cinco critérios listados acima, o governo federal pode reter a totalidade ou uma parte do pagamento de transferência com "conta a gravidade do padrão". Até agora, todas as questões de não-conformidade foram resolvidos através de discussão ou negociação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Conforme exigido pelo artigo 23 da Lei de Saúde do Canadá, o governo federal publica anualmente um relatório descrevendo na medida em que cada província e território cumpriram a lei (CANADÁ HEALTH ACT, 1985).

2.3 Funcionamento do Sistema de Saúde

O Sistema de saúde do Canadá é um conjunto de planos de seguro de saúde socializados que oferecem cobertura a todos os cidadãos canadenses. É financiado e administrado em uma base provincial ou territorial, dentro das diretrizes estabelecidas pelo governo federal publicamente. O financiamento dos cuidados de saúde é fornecido via tributação, tanto do imposto

de renda pessoal e corporativo. Fundos adicionais a partir de outras fontes de financiamento, como recursos de loteria, impostos sobre vendas também são usados por algumas províncias. Os impostos atribuídos sobre vendas são de 5% a nível federal e 5% a 7% a nível provincial, que pode variar de acordo com a província (CANADÁ, 2004-2007).

No sistema de saúde do Canadá, os médicos de cuidados primários são a vanguarda dos cuidados de saúde canadense. Existem atualmente cerca de 30 mil médicos de cuidados primários, no Canadá, e são responsáveis por pouco mais da metade de todos os médicos. Eles oferecem tratamentos médicos básicos e cuidados preventivos (CANADÁ, 2007).

Especialistas são fornecidos para serviços fora do âmbito dos médicos de cuidados primários. Normalmente, o médico de um indivíduo irá encaminhá-los a especialistas quando necessário. Existem atualmente cerca de 28 mil médicos especialistas que trabalham no Canadá (CANADÁ, 2007).

Hospitais operam tanto com referências de médicos, bem como em caráter de urgência. Serviços ambulatoriais são fornecidos para aqueles incapazes de se transportar para um hospital em caso de uma emergência (CANADÁ, 2007).

O Acesso a Cuidados de Saúde Pública no Canadá se dá por meio de um cartão de saúde que é atribuído ao segurado, e então usado sempre que o mesmo necessitar visitar um médico ou prestador de cuidados de saúde. O cartão de saúde contém um número de identificação, o qual é utilizado para acessar à informação médica de uma pessoa (CANADÁ, 2007).

Depois de obter a cobertura de saúde, o paciente pode se registrar com um médico de cuidados primários (médico da família). Para visitas de rotina ao médico, a pessoa precisa apenas apresentar o seu cartão de saúde. A disponibilidade de médicos depende muito do número de médicos e a atual demanda por serviços médicos. Atualmente, há cerca de um médico de cuidados primários para cada mil canadenses (CANADÁ, 2007).

3. METODOLOGIA

O presente trabalho baseou-se na busca de dados por meio de observação, pesquisas sobre o sistema de saúde a partir de dados obtidos em sistema de acesso público e revisão de literatura com fundamentação bibliográfica. Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva.

A pesquisa qualitativa define-se quando há “a intenção de buscar significados e interpretá-los a partir de um contexto próprio, natural” (GRUBITS e NORIEGA, 2004).

A pesquisa foi realizada na instituição InterCommunity Health Centre na cidade de London na província de Ontário no Canadá. Esta pesquisa foi realizada no período de julho a agosto de 2013 no setor administrativo da instituição em estudo.

4. RESULTADOS

4.1 Instituição em Estudo

A InterCommunity Health Centre faz parte da comunidade de London a mais de 20 anos fornecendo serviços de saúde e sociais, em um ambiente acolhedor para aqueles que experimentam barreiras à assistência. Essas barreiras podem incluir a pobreza, a falta de moradia, língua ou cultura e, as condições de saúde complexas e ou crônicas, incluindo a saúde mental e vícios (LONDON,2013).

A seguir será apresentada uma breve caracterização da instituição estudada, desde a sua formação até os dias atuais.

4.1.1 Caracterização da Organização Estudada

No outono de 1989, dezessete funcionários abriram as portas para o primeiro InterCommunity Health Centre em London/ ON - Canadá. Em seu primeiro ano, o Instituto em estudo atendeu mais de 1500 clientes, oferecendo inicialmente uma programação a comunidade como promoção da saúde e da educação voltada para as necessidades das mulheres imigrantes e idosos. Voluntários e funcionários moldaram o Centro de Saúde e entre todas as atividades que eram realizadas, incluíram:

- A abertura de uma clínica de testagem anônima do HIV;
- A expansão de serviços para apoiar as pessoas que estão desabrigadas;
- A adição de uma equipe para apoiar jovens em situação de risco, do norte da cidade, a leste;

- Um programa inovador de apoio a imigrantes isolados e idosos francófonos, que só falam francês;

Hoje, o instituto tem uma equipe de mais de 70 profissionais, sendo eles tão apaixonados e comprometidos quanto aqueles que abriram as portas deste centro de saúde pela primeira vez. Juntos, eles atendem uma média de 27 mil clientes ano. Atualmente em duas unidades, oferecem atendimento a crianças, jovens e famílias, com uma equipe interdisciplinar que inclui médicos de família, enfermeiros, assistentes social, nutricionistas e agentes comunitários de saúde, sendo eles preparados para atender clientes com doenças crônicas, diabetes, hepatite c, HIV, doenças mentais e atenção especializada para imigrantes.

Esta equipe de funcionários é apoiada por serviços contratados nas áreas de psicologia e psiquiatria. O Centro de Saúde usa também um sistema de registro de cliente eletrônico. Intérpretes treinados estão disponíveis para clientes que necessitam de serviços em outros idiomas além do Inglês.

4.1.2 Missão, visão e valores

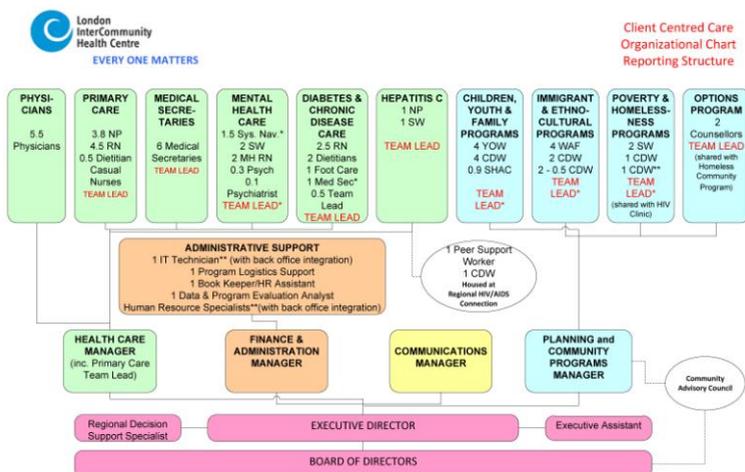
O InterCommunity Health Centre tem uma equipe comprometida e bem estruturada trabalhando com a missão de fornecer saúde inclusiva e equitativa, serviços sociais para aqueles que experimentam barreiras cuidando e promovendo a participação ativa dos indivíduos e das comunidades que servem, e com a visão de construir oportunidades para as comunidades se tornarem mais saudáveis e inclusivas.

Entretanto, os valores da instituição têm como objetivo se comprometer com:

- **Inclusão:** Buscar ativamente maneiras de incluir e acolher os membros da comunidade a participar de maneira significativa.
- **Inovação:** criatividade para desenvolver respostas novas e mais eficazes e soluções para atender as necessidades dos clientes e da comunidade de uma forma rentável e empresarial.
- **Profissionalismo:** Tratar uns aos outros, voluntários, membros da comunidade e os clientes com respeito e dignidade.
- **Prestação de contas:** Defender os mais altos padrões de responsabilidade, individual e organizacional, de modo que as ações, interações e decisões sejam realizadas com um sentimento de posse e transparência, respeitando a privacidade.
- **Excelência:** O objetivo é oferecer serviços e programas excepcionais, para ser um líder na comunidade e reconhecer a excelência em todos os funcionários e voluntários.
- **Advocacia:** Com base nos determinantes sociais da saúde, acreditar que para que a situação mude para os clientes, é necessário ter envolvimento direto na defesa da política social.

4.1.3 Conselho administrativo

O conselho administrativo tem evoluído para atender as necessidades do Centro de Saúde promovendo eventos e ou produtos para angariação de fundos para os programas sociais, colaborando com as instituições e organizações da comunidade. Os líderes estão diretamente envolvidos com as políticas públicas de saúde da Província, promovendo assim mudanças e melhorias para seus clientes. Sua estrutura organizacional está dividida da seguinte forma:



Quadro 1 Fonte: <http://lihc.on.ca/>

As metas traçadas pelos líderes da instituição vem ao encontro com a preocupação de além de prestar uma excelente assistência à saúde, a importância de conhecer e se envolver com seus clientes, buscando sempre melhorias de acordo com as necessidades diferentes de cada um.

- Prestar serviços sociais e de saúde apropriados respeitando a particularmente de cada um;
- Trabalhar com indivíduos e com a comunidade para identificar as necessidades e os problemas relacionados à qualidade de vida e saúde.
- Desenvolver e fornecer para os clientes e outros prestadores de serviços, programas sensíveis e equitativos com mecanismos de execução que respondam às necessidades identificadas.
- Preparar os clientes, quando necessário, para uma melhor utilização da saúde e serviços sociais para que possam usar além do Centro de Saúde.
- Participar da pesquisa, educação e desenvolvimento de recursos envolvendo funcionários, alunos, clientes e prestadores de serviços;

- Oferecer aos clientes uma atmosfera de segurança e carinho que incentiva a saúde, bem-estar e crescimento pessoal.
- Promover um ambiente de trabalho saudável, promovendo o crescimento pessoal e profissional.
- Garantir a sensibilização do Centro de Saúde e seu papel na comunidade.

4.1.4 Financiamento e Prestação de Contas

O InterCommunity Health Centre em London recebe a maior parte de seu financiamento do Ministério da Saúde da Província de Ontário. O Instituto também recebe financiamentos de alguns ministérios específicos que são direcionados único e exclusivamente para alguns programas especiais como o Programa Mundial das Mulheres, Programa do Trabalhador Juvenil, Programa para envolver Idosos e Programa da Juventude Étno-Racial.

O Centro de Saúde tem o compromisso de contratação de pessoal e todos os funcionários, incluindo médicos, são assalariados. Trata-se de uma instituição privada que recebe do governo pelos serviços prestados.

4.1.5 Fluxo de atendimento

O atendimento é realizado com agendamento prévio, que pode ser realizado pessoalmente ou por telefone. No momento do agendamento é realizada uma atualização cadastral no sistema, verificado o cartão da saúde e se o paciente necessita de uma interprete como acompanhante no dia da consulta. Caso o paciente não seja cliente da clinica ainda, é realizado o cadastramento no sistema, criado uma pasta para arquivar todos

os documentos e feito a escolha do médico da família que irá atendê-lo.

No dia do atendimento, primeiramente é realizado a triagem com uma equipe de enfermagem e após esta triagem encaminhado para o médico da família. Em média, cada consulta dura em torno de 30 minutos.

Após a consulta, o paciente fará o agendamento do retorno junto ao setor de atendimento.

Um dos maiores desafios da clínica é o não comparecimento do paciente no dia da consulta, pois muitos deles não possuem telefone para contato, impossibilitando a equipe de confirmar com o paciente o dia e horário de atendimento.

4.2 Discussão dos Resultados

O Sistema de saúde do Canadá é um assunto de muito debate e controvérsia política no país. Alguns questionam a eficiência do sistema atual para oferecer tratamentos em tempo hábil, e preconizam a adoção de um sistema privado similar aos Estados Unidos. Por outro lado, existem preocupações de que a privatização levaria a desigualdades no sistema de saúde apenas com os ricos sendo capazes de suportar certos tratamentos.

Atualmente o sistema público de saúde no Canadá oferece cuidados preventivos e tratamentos médicos, bem como acesso a hospitais, cirurgia dental de urgência/ emergência e serviços médicos adicionais. Com poucas exceções, todos os cidadãos se qualificam para a cobertura de saúde, independentemente da história médica, renda pessoal, ou padrão de vida.

Contudo, existe a participação de planos de saúde privado que complementam os serviços básicos oferecidos pelo sistema público. Odontologia, oftalmologia, cirurgia plástica e medicamentos estão entre os serviços ofertados por estes planos privados, que geralmente são oferecidos como benefícios a empregado em muitas empresas ou até mesmo comprado pelos usuários diretamente dos provedores de seguros privados. Um ponto bastante interessante é que os planos privados podem atuar somente nas áreas que não são oferecidos pelo sistema público. Enquanto o seguro privado pode beneficiar aqueles com certas necessidades, muitos canadenses optam por depender exclusivamente do sistema público de saúde.

4.3 Aspectos Relevantes Encontrados

O sistema de saúde pública do Canadá preconiza o relacionamento entre paciente e médico. Todo e qualquer cidadão canadense tem seu médico da família, que conhece sua história e acompanha sua trajetória. Além de cuidar da saúde, o médico está preocupado com o bem estar do seu paciente. Com esta boa relação, todos ganham. Quando há confiança entre médico e paciente, o mesmo age com maior tranquilidade sabendo que ele está sendo tratado por alguém que conhece seu histórico de saúde, e o médico recebe bonificações extras do Governo com o bom desempenho no tratamento dos seus pacientes.

Pude observar o atendimento humanizado e o envolvimento dos profissionais da saúde com os pacientes, sempre os chamando pelos nomes, perguntando sobre suas famílias, sabendo das suas dificuldades e particularidades.

Contudo, esta experiência foi fundamental para meu crescimento pessoal e principalmente profissional. Como uma futura gestora, tive oportunidade de conhecer de perto a estrutura organizacional de uma Instituição de Saúde que presta serviços para Saúde Pública do Canadá.

5 CONCLUSÕES

A partir dos dados encontrados na pesquisa bibliográfica observou-se que o Sistema Público do Canadá preconiza o atendimento e bem estar do paciente, promovendo um bom relacionamento entre o médico e o usuário.

É com base nesses aspectos mencionados que todos os centros de saúde trabalham. Seguindo o mesmo ideal o InterCommunity Health Centre possui uma equipe comprometida com o objetivo da instituição, que consiste em prestar serviços sociais e de saúde para a população almejando tornar a vida da população mais saudável em todos os sentidos, físico, mental e social.

Na pesquisa, também se identificou a importância do plano de saúde privado poder atuar única e exclusivamente nas áreas na qual o sistema Público não atua, garantindo o acesso público universal para todos os usuários indiferente da classe social. A lei de saúde pública do Canadá contempla assistência médica, urgência/ emergência e diagnóstico, porém as províncias tem autonomia para incluir novos serviços de acordo com a realidade de cada região.

É imprescindível que todos se conscientizem de que um modelo de sistema de saúde que prioriza a bandeira da humanização reflete em uma população mais saudável e tranquila e com uma expectativa maior de vida.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Maria Helena de Carvalho; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso. **Avançando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: a busca do federalismo cooperativo**. 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 10/11/2013
Acesso em: 18/11/2013

CANADA. **Health and Welfare Canadá**, 1983. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>. Acesso em: 20/11/2013

CANADA. **Canada Health Act**. Minister of Justice; 1985. Disponível em: <http://laws.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>. Acesso em: 10/11/2013.

CANADA. Health Policy, **History of Health Policy**, 2012. Disponível em: <http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/health-policy#SUBLinks>. Acesso em: 15/11/2013.

CANADA. **Canadian Health Care**. 2004-2007. Disponível em: <http://www.canadian-healthcare.org>. Acesso em: 05/11/2013.

CANADA. Canadian Index of Wellbeing. **How are Canadians Really Doing?** 2012. Waterloo, ON: Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo. Disponível em: http://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/sites/ca.canadian-index-wellbeing/files/uploads/files/HowareCanadiansreallydoing_CIWnationalreport2012.pdf. Acesso em: 03/11/2013.

CANADA. Canadian Museum of Civilization, Making Medicare. **The History of Health Care in Canadá**, 1914-2007 Disponível em:

<http://www.civilization.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-4h01e.shtml>. Acesso em: 08/11/2013.

CANADA. **The Canada Health Act: Provisions & Administration**. 2007. Disponível em: <http://www.mapleleafweb.com/features/Canada-health-act-provisions-administration>. Acesso em: 02/11/2013.

CONILL, Eleonor Minho. Saúde no Mundo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=445>. Acesso em: 17/11/2013.

GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004.

LONDON, ON. **About London**. 2013. Disponível em: <http://www.london.ca/About-London/Pages/default.aspx>. Acesso em: 21/11/2013.

LONDON, ON. **InterCommunity Health Centre**. 2013. Disponível em: <http://lihc.on.ca/about/history>. Acesso em: 03/11/2013.

MADORE, Odette. **The Canadá Health Act: Overview and Options**. 2005. Disponível em: <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/944-e.htm>. Acesso em: 20/11/2013

RABELLO, Lucia Emilia Figueiredo de Souza. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300034&script=sci_arttext. Acesso em: 14/11/2013.

VIEIRA, Anya Pimentel Gomes Fernandes. **Brasil e Canadá: Trocando Experiências e Promovendo Saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40820101.pdf>. Acesso em: 14/11/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2000. **Health systems: Improving performance.** WHO: **Geneva**; 2000. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Acesso em: 13/11/2013.