



# Saúde no Reino Unido e no Brasil: contrastes e desafios

COMPARAÇÃO  
ENTRE SISTEMAS  
DE SAÚDE MOSTRA  
IMPORTÂNCIA  
DA GESTÃO DOS  
SERVIÇOS

Anderson Ricardo Roman Gonçalves

**F**ui convidado pela “Ideias em Gestão” para escrever sobre as diferenças entre os sistemas de saúde do Reino Unido e do Brasil. O convite chegou a mim por ser um médico brasileiro, sócio de uma clínica de hemodiálise em Santa Catarina, morando por um ano em Sheffield (Inglaterra) para desenvolver pesquisas acadêmicas em nefrologia.

O Reino Unido já foi o maior império do mundo, protagonista central na última grande guerra e participante ainda de ações bélicas em diversas regiões do planeta. Tem cultura e história diferentes do Brasil, reconhecido poderio econômico-financeiro e, certamente, recursos para investir em saúde.

Mesmo considerando as especificidades de cada país, é possível destacar três aspectos em que vejo importantes diferenças entre o sistema de saúde do Reino Unido e o de nosso país: **confiança**, **informação** e **opção**, tópicos que serão abordados neste artigo.

## Os sistemas

A medicina britânica é principalmente pública, de acesso universal. Serviços médicos privados é uma exceção. O sistema de saúde britânico nasceu após o término da Segunda Guerra, em 1948. O sistema foi estruturado e planejado a partir da experiência dos profissionais da área, direcionado para o interesse da população.

Àquela época, o país renascia da destruição causada pelos bombardeios alemães. Surtos de criatividade permitiram a adaptação às dificuldades da época. Os ingleses aprenderam a cuidar de si e da infraestrutura básica das cidades, especialmente escolas e hospitais. Estes cresceram com apoio financeiro local. Doar para o sistema de saúde baseava-se (e continua se baseando) no conceito de que a soma doada seria utilizada para o bem comum. Esse pano de fundo permitiu que a população acreditasse no sistema e, como reflexo, que o sistema funcionasse da melhor forma possível para os usuários. Essa cultura persiste.

No Brasil, o SUS nasceu seguindo uma ideia brilhante de universalização de serviços, mas pouco se apoiou (ou se apoiou) na experiência dos profissionais de saúde. As ideias para criação do sistema foram apresentadas sem uma profunda e extensa reflexão anterior. O resultado é um sistema com mais de 20 anos que ainda engatinha em vários aspectos, tais como financiamento, estrutura, metas e qualidade, apesar de avanços significativos, como o programa de atenção básica à saúde, em especial a estratégia de saúde da família, algo similar ao sistema de *General Practitioners* britânico.

### **Confiança**

Independentemente da classe social, o britânico confia no sistema. Há pouca diferença de qualidade entre os serviços público e privado. O primeiro-ministro, se necessário, é atendido em instituição pública.

No Brasil, governantes e políticos também são atendidos em instituições públicas, porém apenas em algumas poucas que dispõem de financiamento de exceção, muito acima do restante da rede (caso do Incor, em São Paulo, ou o Sarah Kubitschek, em Brasília).

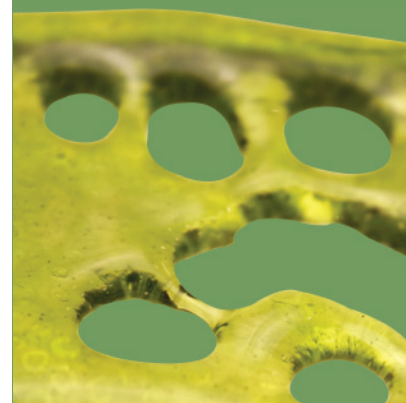
É parte da tradição britânica que o paciente seja tão responsável pelo sistema quanto os profissionais que o atendem. Ao comparecer a uma consulta, o paciente britânico é informado de seu problema e quais as suas responsabilidades no tratamento. Tanto o sucesso quanto a derrota no processo são compartilhados.

No Brasil, a responsabilidade pelo sucesso ou insucesso do tratamento é exclusiva do prestador, no caso, o serviço de saúde, o hospital ou mesmo o médico. O resultado, em nosso país, é a desconfiança no sistema de saúde e a transferência para a pessoa do médico das “glórias” pelos bons resultados e também das “culpas” pelos insucessos dos tratamentos.

### **Informação**

O sistema britânico é alimentado por um amplo sistema de informações gerenciais. Além de números de procedimentos realizados (informação que existe também no Brasil), há dados sobre metas. Metas, que vão desde medidas preventivas de saúde até percentual de tratamento, que seguem orientações científicas da sociedade médica britânica. As verbas destinadas aos serviços de saúde dependem do atingimento das metas estabelecidas.

“APESAR DE AVANÇOS, COMO OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, EM ESPECIAL A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, O SUS É UM SISTEMA COM MAIS DE 20 ANOS QUE AINDA ENGATINHA EM VÁRIOS ASPECTOS, TAIS COMO FINANCIAMENTO, ESTRUTURA, METAS E QUALIDADE.”



Dessa forma, o sistema é planejado e recebe um financiamento adequado.

No Brasil o financiamento do SUS é surreal. É impossível o sistema funcionar apenas com os valores pagos por procedimento. Cabe ao prestador final encontrar alternativas de sobrevivência. O governo federal se omite quanto a uma discussão madura na área. Sob influência de grupos de interesse, os valores a serem pagos são definidos a partir de critérios políticos e não técnicos. Pouco se pensa em qualidade no momento de se projetar o financiamento.

A minha área específica serve de exemplo. Trabalho com hemodiálise, procedimento médico para pessoas com doença renal avançada. As unidades de hemodiálise do governo federal fornecem avaliações claras dos custos. Os valores pagos pelo SUS, porém, são sabidamente inferiores à qualidade exigida pelas portarias federais. Essa realidade é de conhecimento do governo federal, mas ele posterga a solução enquanto o sistema funciona, bem ou mal. A lógica do gestor, no caso o Ministério da Saúde, é um mistério para o prestador, no caso as clínicas de hemodiálise.

Com grande contraste, no Reino Unido, os valores pagos permitem manter um tratamento de qualidade exemplar. Equipamentos atualizados, profissionais remunerados e treinados são fatores fundamentais para atingir metas crescentes de qualidade. O governo britânico aceita as informações de *feedback* dos prestadores e ajusta a remuneração ao mesmo tempo em que ajusta suas metas.

Com os valores pagos pelo SUS, no Brasil, atualizar equipamentos é um objetivo distante. Atualização profissional acontece como esforço individual, não sistemático ou organizacional como deveria.

### **Assimetria de informações**

Em coluna na Folha de São Paulo (16.01.2011), o economista Luiz Carlos Bresser Pereira, assim justifica sua objeção à privatização dos serviços de saúde: *“Porque na saúde o mercado não é um bom alocador de recursos. Principalmente, não garante a qualidade que os serviços de saúde devem ter. Porque os seus usuários – pacientes e suas famílias – não têm as informações necessárias para que o mercado possa funcionar bem. A assimetria de informações é gritante. E porque o serviço mal feito é algo muito mais grave do que um mau serviço de limpeza, ou de digitação de dados”*.

A assimetria de informações é uma das raízes da desconfiança no sistema de saúde brasileiro. Regra geral, a cultura brasileira coloca o profissional médico em um patamar social acima do paciente, quase intocável. Passa, assim, a ter privilégios, como o de fornecer ao paciente apenas as informações que julga importantes – o que nem sempre é o melhor. No sistema britânico, há uma orientação a ser seguida (*guideline*) que inclui informações a serem passadas ao paciente. É preciso citar que a cultura médica brasileira vive um processo de transformação que parte dos sistemas de gestão de qualidade e do Conselho Federal de Medicina, que busca trazer o melhor da medicina para o paciente.

“O SISTEMA DE SAÚDE BRITÂNICO É ALIMENTADO POR UM AMPLO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS. AS VERBAS DESTINADAS AOS SERVIÇOS DEPENDEM DO ATINGIMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS. DESSA FORMA, O SISTEMA É PLANEJADO E RECEBE UM FINANCIAMENTO ADEQUADO.”

Mas essa cultura levará alguns anos para ser incorporada ao dia a dia da profissão, coisa que já ocorre no Reino Unido.

Pergunto a um médico britânico: “Qual a principal qualidade do seu sistema de saúde?” Resposta: “Acesso universal e gratuito.” O SUS tem a mesma característica. Resta saber se o serviço prestado é da mesma qualidade. É possível que sim, apesar de uma infraestrutura provavelmente inferior. Mas não saberemos tão cedo, pois as informações do nosso sistema ainda são insuficientes e imprecisas.

### Opção

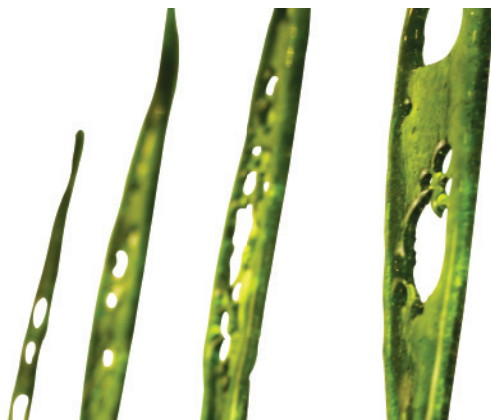
Tratamentos excessivamente caros são exceções, mas o paciente britânico tem várias opções a seu dispor, tanto para diagnóstico como para tratamento. Um exemplo é a opção da hemodiálise domiciliar, que permite ao paciente ter em sua casa o equipamento e receber os insumos para realizar a sessão, descartando-os após o uso. No Brasil, as sessões são realizadas em grandes clínicas, que sobrevivem por escala. Os materiais são reutilizados, seguindo normas técnicas, para redução de custos.

Em nosso país, médico e paciente são limitados nas suas escolhas. A opção, em geral, se dá por aquilo que é possível.

### Até a próxima crise

O que mudaria na gestão da minha profissão após a experiência no Reino Unido? A resposta é difícil e se limita ao plano individual: estruturar as informações para o paciente, de forma a garantir a ele acesso ao que há de atual a respeito do motivo da consulta médica; apresentar todas as opções de tratamento, disponíveis ou não em nosso meio; e, com isso, buscar aumentar a confiança do paciente no atendimento médico, mostrando a ele a responsabilidade que lhe cabe no tratamento.

Planejamento e financiamento são macrodiferenças entre os sistemas de saúde do Reino Unido e do Brasil. Foge de minhas possibilidades propor soluções para melhorar a estrutura e financiamento do sistema de saúde brasileiro. Mas a realidade mostra que estamos distantes do planejamento mínimo e do financiamento adequado. Até quando o sistema assim permanecerá? Até a próxima crise? ♦



“PERGUNTO  
A UM MÉDICO  
BRITÂNICO: ‘QUAL  
A PRINCIPAL  
QUALIDADE DO  
SISTEMA DE  
SAÚDE DO REINO  
UNIDO?’ RESPOSTA:  
‘ACESSO  
UNIVERSAL E  
GRATUITO’.”



### Anderson Ricardo Roman Gonçalves

Médico especialista em Nefrologia e Medicina Intensiva. Sócio da Clínica de Nefrologia de Joinville. Professor da Faculdade de Medicina da Univille, Joinville (SC). Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Atualmente desenvolve pesquisas em nível de pós-doutorado no Sheffield Kidney Institute, University of Sheffield, Reino Unido.