

Brasil e Espanha compartilhando experiências na saúde (Agosto de 2010)

O que pode ser destacado sobre o Seminário Internacional sobre os sistemas de saúde do Brasil e da Espanha: compartilhando experiências? Realizado no XXVI Congresso do CONASEMS em parceria com o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), a FISCAM (*Fundacion para la Investigacion Sanitaria en Castilla la Mancha*), a *Consejeria de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha* la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y la *Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud* (RISS) este Seminário mostrou que o Brasil e a Espanha, apesar de suas diferenças, têm também desafios comuns quando se trata de superar obstáculos para consolidar seus respectivos sistemas públicos de saúde.

O marco jurídico-legal do sistema de saúde espanhol- *Sistema Nacional de Salud-SNS* tem muita semelhança com o Sistema Único de Saúde-SUS. A *Ley General de Sanidad -LGS* da Espanha, de 25 de abril de 1986, consolida um sistema de saúde pública com cobertura universal, financiado com impostos e baseado na Atenção Primária à Saúde-APS. Naquele país a descentralização também foi uma diretriz importante da reforma da saúde, mas diferentemente da que ocorreu no Brasil onde a transferência de gestão teve forte presença dos municípios, lá se deu para as 17 Comunidades e duas Cidades Autônomas. Essas esferas de governo têm competência na gestão e organização dos serviços regionais de saúde e ao Ministério da Saúde cabe o papel de organização da assistência farmacêutica, educação ao nível de pós- graduação, assuntos de saúde na relação com outros países e regulação e coordenação e controle das relações entre as Comunidades através do Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

No Brasil a Constituição de 1988 garantiu o direito universal e gratuito à saúde a partir de três grandes diretrizes: integra o preventivo e o curativo; é descentralizado, apesar de único e enfatiza a participação da comunidade no processo decisório. O financiamento e responsabilidade das três esferas de governo e prevê planejamento ascendente das ações de saúde, organizado por planos de saúde.

Apesar de apresentar aspectos positivos, com destaque para a democratização do processo decisório em saúde, a descentralização na Espanha apresenta, de acordo com os palestrantes, alguns problemas, tais como: critérios de financiamento e alocação de recursos não vinculados às necessidades; ausência de um Plano Integrado de Saúde; distintos sistemas de informação; desigualdades na legislação em saúde, no gasto farmacêutico e nas prioridades em saúde pública; multiplicidades de órgãos diretivos, falta de coordenação e dificuldades de pactuação de responsabilidades assistenciais.

Deve-se considerar que existem muitas diferenças entre as Comunidades Autônomas na Espanha, existindo algumas, Como Castilla La Mancha, que está

implementando um ambicioso Plano de Saúde e que desenvolve sistemas de participação social na gestão dos serviços de saúde.

As diferenças mais expressivas entre os dois países se observam nas condições sócio-econômicas e nos indicadores sociais e de saúde. O PIB per capita espanhol teve crescimento contínuo de 1995 até o ano de 2007, e apresentou uma discreta diminuição nos dois últimos anos em decorrência da última crise econômica internacional, se situando atualmente na ordem de 17.000 euros. O gasto per capita em saúde pública no ano de 2009 foi de 1.351 euros (cerca de seis vezes maior do que no Brasil). Os indicadores de saúde são evidentemente muito melhores do que os daqui e não apresentam as marcantes diferenças regionais e de categorias sociais aqui observadas. A mortalidade infantil nas Comunidades Autônomas tem variado entre 2,5 a 6, com média de 3,52 e a expectativa de vida é em torno de 78 anos (homens) e 82 anos (mulheres).

No Brasil, além de insuficiente o financiamento público da saúde está sujeito a contingenciamentos, pois não conta com fontes seguras e estáveis de recursos. A transferência de recursos para estados e municípios não obedece os critérios legais, desrespeitam o planejamento integrado e dificultam uma gestão compartilhada entre as esferas de governo. A regulamentação da EC 29, que estabelece porcentagens mínimas para União, estados e municípios não ocorreu dez anos depois de promulgação da lei.

A Atenção Primária à Saúde (APS) na Espanha foi um dos temas que suscitaram mais interesse. A reforma da APS foi deflagrada em 1984, antes mesmo da LGS, visando melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços, com uma ampliação do número de centros de saúde. Essa reforma foi acompanhada pela criação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade e por uma formação incremental desse tipo de profissional (500 médicos por ano), o qual teve um papel estratégico nas mudanças que ocorreram no sistema. Essa é outra diferença importante com a situação brasileira. Os centros de saúde aumentaram seu horário de funcionamento, introduziram o trabalho em equipe, implementaram programas de atenção integral mecanismos de incentivo e avaliação dos serviços realizados. Essas ações aumentaram a satisfação da população com os serviços de APS (superam 70% atualmente), ampliaram a eficiência do gasto (na Espanha é 57% da média de gasto dos países europeus) e houve expressiva redução de mortes evitáveis, tais como por asma, DPOC, enfermidades cardiovasculares e coronarianas.

Por outro lado, foram destacados pontos frágeis no SNS espanhol com destaque para o crescimento do número de pessoas que utilizam as *Mutualidades de Funcionários*. Essas Mutualidades, criadas em 1975 com regimento especial para integrar a proteção da Seguridad Social, abrangem funcionários da Justiça, Forças Armadas, Segurança e Docência, fundamentalmente. O acesso diferenciado (com alguns privilégios) e os custos de sua manutenção para o tesouro tem sido motivo de debate, já que são financiados por cotização dos funcionários e também participação do estado. A proteção para os funcionários

civis, das Forças Armadas e do Poder Judiciário compreendem cerca de 2 milhões de pessoas, a um custo de 2 bilhões de euros por ano. No total a cobertura é de cerca de 3 milhões de pessoas, geralmente altos funcionários públicos que, além de gozarem de privilégios de acesso, são formadores de opinião e isso é um fator a mais de disseminação de descrédito no sistema público.

Muitos médicos não aderem às especialidades de Medicina de Família e Comunidade (muitas vezes por perda de prestígio e baixo reconhecimento social). Em suma, consideram que a APS, apesar do protagonismo na reforma, continua enfrentando esse tipo de problema, o que também constitui um nó crítico no cenário brasileiro.

Em decorrência dessa avaliação, entidades como a FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) construíram e implementam uma agenda política em defesa da saúde pública. Essas entidades têm elevado grau de mobilização social, conseguindo reunir frequentemente dezenas de milhares de pessoas em defesa dessa agenda, na qual os seguintes pontos se destacam:

- Construção de um Plano Integrado de Saúde, aperfeiçoando o sistema de informações e o sistema de compras, a incorporação tecnológica, o gasto farmacêutico e a Governança, através de Conselhos Interterritoriais eficazes;
- Interrupção das privatizações na saúde;
- Aumento dos recursos para APS (correspondiam a 16,3% do gasto público em 1995 e foram reduzidas para 14,6% em 2002) e maior autonomia aos centros de APS;
- Investimento na informatização visando melhorar a gestão clínica e o conhecimento baseado em evidências científicas na APS;
- Adequação no número de médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe (a meta é de 1.500 pessoas por médico de APS e hoje em cerca de 60% dos territórios de essa relação é maior; Com relação a enfermeiras, nos países europeus há em média 2,9 enfermeiras por médico e na Espanha 2);
- Implementação de programas de educação continuada no horário de trabalho;
- Criação de incentivos para efetividade e resolução de necessidades sanitárias;
- Erradicação da precarização do trabalho na APS;
- Fomento à participação cidadã no processo decisório e na responsabilidade com uso racional dos recursos sanitários.

No Brasil a APS tem como estratégia principal a implementação de equipes de Saúde da Família (mais de 30.000 equipes implantadas no país), e apesar dos avanços persistem graves problemas, com destaque para: (1) falta de profissionais (em número e perfil) para atender as necessidades; (2) número elevado de pessoas por abrangência das equipes – cerca de 3.500 – dificuldade o

acesso e qualidade na atenção; (3) apesar de ser intenção, não há integração efetiva entre serviços de promoção/vigilância em saúde e curativos; (4) financiamento insuficiente e proporcionalmente baixo com relação ao gasto público total.

O que mais chamou a atenção dos convidados espanhóis sobre o Sistema Único de Saúde é o seu baixo financiamento (cerca de 3,5% do PIB) o que, segundo eles, eleva em muito a magnitude dos desafios para consolidação de um sistema universal com características tão avançadas como o nosso.

Outro assunto que está na agenda de discussão com muita ênfase da Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) é o tema a privatização da saúde. O desenvolvimento de “novos modelos de gestão” na Espanha tem, de acordo com os convidados espanhóis, como foco a introdução da lógica empresarial privada no âmbito da saúde pública. Os novos modelos tem sido formatos diversos tais como Sociedades Anônimas Públicas, Consórcios, Cooperativas e Fundações Sanitárias Públicas. Os Consórcios são de direito privado e público e as demais são de direito privado.

Especificamente com relação às Fundações Sanitárias Públicas, estudos realizados na Galícia compararam o funcionamento das mesmas na gestão de hospitais, com a gestão de outros na forma pública tradicional. Em síntese, as conclusões foram: (1) a produtividade é menor e o tempo de espera é maior nas fundações; (2) existem indícios de seleção de risco (recusas) nas fundações; (3) o custo por habitante é menor nas fundações, mas isso não se deve à maior eficiência do modelo; e (4) a desmotivação profissional é menor nas fundações do que no modelo tradicional.

No Brasil, a discussão sobre modelos de gestão está também muito presente na agenda do SUS atualmente, assim como a eficiência do modelo de gestão pública tradicional. Deve-se considerar, por um lado, que o modelo estatal de gestão pública no Brasil sofreu forte influência das políticas neoliberais que teve como consequência sucateamento de muitos serviços públicos e não consolidação de carreiras importantes para atender as necessidades do SUS. A descentralização ampliou a sobrecarga dos municípios na oferta da força de trabalho em saúde sem contrapartida suficiente de recursos financeiros- acompanhada de retração da União, principalmente, mas também dos estados. Por outro, tem sido muito forte o corporativismo no regime jurídico único dos servidores públicos, com privilégios e distorções fazendo parte do exercício da função pública em muitas áreas de atenção.

A implementação de novos modelos de gestão tem sido motivo de acirrados debates e foco de inúmeras ações judiciais. Deve-se considerar que a legislação brasileira prevê a participação privada no SUS em caráter complementar e, na prática, essa participação tem frequentemente ocorrido de forma substitutiva à gestão estatal. O privilégio a servidores públicos no acesso à saúde é uma regra no Brasil. Diversas categorias, das três esferas de governo, contam com planos

próprios de saúde financiados parcial ou totalmente com recursos do tesouro, muitas vezes de forma ilegal.

Existem evidências suficientes de que os sistemas de cobertura universal orientados pela atenção primária e, desde que financiados com recursos fiscais num patamar adequado, possuem maior eficiência macroeconômica. Ou seja, apresentam melhores resultados em saúde com um menor gasto total. Mas, discute-se, se teriam dificuldades de eficiência micro-econômica, em função de filas de espera, incorporação de inovações ou necessidades individuais (*responsiveness*), o que muitas vezes serve de argumento para uma política de privatizações

Portanto, embora seja complexo estabelecer comparações entre sistemas de saúde de formações sociais tão distintas, alguns aspectos convergentes na problemática desses sistemas nos permitem identificar um campo comum para cooperação. É possível constatar que, pressões de um mercado de produtos e serviços altamente gerador de valor impõem desafios para conciliar qualidade com sustentabilidade de forma a garantir sua consolidação, como no caso brasileiro, ou sua continuidade, como no caso espanhol.

Do ponto de vista mais geral, algumas temáticas aparecem como centrais e dizem respeito à medicalização crescente da sociedade, à regulação da indústria farmacêutica, da incorporação tecnológica e dos recursos humanos e, a permanente criação de alianças e mobilizações sociais de forma a garantir financiamento e sua legitimação social.

Do ponto de vista específico, um conjunto de pontos abrem a possibilidade de aprofundamentos que podem ser de interesse mútuo, dos dois países, tais como:

1. Características, perspectivas e desafios da APS, incluindo financiamento, práticas e necessidades – número e perfil dos profissionais de saúde;
2. Descentralização e regionalização da Saúde;
3. Participação do setor privado na saúde e formas de parceria público-privada;
4. Critérios e formas de alocação de recursos públicos de saúde para os governos sub-centrais e unidades prestadoras de serviço;
5. Gestão da Clínica e decisão em saúde baseada em evidências científicas;
6. Redes de atenção à saúde;
7. Monitoramento do desempenho dos serviços.

Elaborado por:
Silvio Fernandes da Silva
Eleonor Conill
Marciano Sanchez Bayle