

# Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol

## *Lessons learned from the comparison of brazilian and spanish health systems*

João José Batista de Campos<sup>1</sup>, Aldáisa Cassanho Forster<sup>2</sup>, José Rodrigues Freire Filho<sup>3</sup>

1. Professor Doutor associado do Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Londrina.
2. Professora Livre Docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.
3. Doutorando em Ciência da Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

---

**CONTATO:** João José Batista de Campos | Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva | Av. Robert Koch, 60 | Vila Operária | CEP 86038440 - Londrina, PR | Brasil | Fone: (43) 33712398 | E-mail: ejocampos@gmail.com

**Resumo:** Este artigo aborda características dos sistemas de saúde e do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil e da Espanha. Pretende-se discutir fortalezas e fragilidades dos diferentes cenários, no âmbito dos sistemas de saúde, para a formação médica de graduação, comprometida com o desenvolvimento da APS. Os materiais do trabalho foram: relatórios de pesquisas elaborados durante os estudos de pós-doutorado realizados respectivamente, em Madri (2004) e Granada (2015) e documentação oficial publicada pelos dois sistemas. O desempenho dos dois sistemas de saúde foi estudado por meio das seguintes variáveis: o indicador proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB), coberturas da população por equipes e médicos de APS atingidas nos dois países. A formação médica orientada para a atenção primária na Espanha baseou-se no Plano de estudos de 1999 e de 2015 de duas faculdades e, no Brasil, apoiou-se nas diretrizes curriculares de 2001 e 2014. As reformulações dos dois sistemas de saúde, promovidas por mudanças na política de financiamento e garantia do direito à saúde, têm consequências de curto e médio prazo no mercado de trabalho e de formação de profissionais da saúde. Estudos futuros serão necessários para avaliar a eficácia e a efetividade das mudanças dos sistemas de saúde sobre a formação médica voltada para o desenvolvimento da APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Saúde. Avaliação de Sistemas de Saúde. Educação Médica. Políticas de Saúde. Educação continuada.

**Abstract:** This article discusses features of the healthcare systems and the development of Primary Health Care (PHC) in Brazil and Spain. It intends to discuss strengths and weaknesses of different scenarios in the context of healthcare systems, for undergraduate medical study, committed to the development of the PHC. The work included research reports produced in post-doctoral research carried out respectively in Madrid (2004) and Granada (2015) and official documents published by both systems. The performance of the two health systems was revised with the use of the following variables: the indicator of proportion of hospitalizations sensitive to primary care (ISAB), population coverage by teams and PHC doctors achieved in both countries. Training of physicians for primary care in Spain focused on the Plan of Studies of 1999 and 2015 of two colleges and, in Brazil, it relied on the curriculum guidelines of 2001 and 2014. Results: changes in both health systems, promoted by changes in the funds policy, and guarantee of right to health have short- and long-term consequences to labor market and the training of healthcare professionals. Future studies would be needed to assess the efficacy and effectiveness of the changes in healthcare systems on medical education for PHC.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Health Systems. Evaluation of Health Systems. Medical Education. Health Policy. Continuing Education.

## Introdução

**E**m 1978, foi promulgada a Constituição Espanhola que promoveu a todos os cidadãos, na abrangência do território espanhol, o Direito à Proteção da Saúde. As mudanças introduzidas no sistema de saúde foram evoluindo no processo da Reforma Sanitária (1980), com a implantação da “Reforma Legislativa da Atenção Primária na Espanha” (RD 137/1984), que definiu tecnicamente e politicamente a Atenção Primária (AP), e a Lei Geral da Saúde (Ley General de Sanidad 14/1986)<sup>1,2</sup>. Essa lei estabeleceu os princípios do direito à proteção da saúde: enfoque na AP; o reconhecimento da área de medicina familiar e comunitária; o médico de AP como profissional dos centros de saúde; o assalariamento dos médicos e a livre eleição do médico de AP<sup>3</sup>.

A reforma sanitária do Brasil traz, entre suas principais conquistas, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje com 26 anos de existência, mas ainda com muitos desafios para vencer<sup>4</sup>.

Na Espanha, o período “Reforma da reforma” (1991 a 2002) propiciou intensas reformulações no sistema

sanitário espanhol como: remuneração mista dos médicos geral e pediatra (salário e captação), limites de número de pessoas filiadas aos médicos (1250 a 1500/2000 pessoas) e vinculação individual ao médico (tarjeta sanitária individual) e não mais familiar. Por efeito de uma política de Estado, os ministérios concordaram que a Saúde teria orçamentos crescentes (planos quadriennais), considerando que haveria suficiência de recursos para as necessidades reais do Sistema Nacional de Saúde<sup>5</sup>.

O Ministério de Saúde espanhol apresentou um conjunto de recomendações, que fundamentavam por meio de legislações específicas a orientação de separar o financiamento (sempre público) das funções de provisão (assistência sanitária com meios não próprios) e possibilitar a inclusão de provedores externos em um sistema de competência regulada pelo sistema de saúde<sup>3</sup>.

Em 2002, o Instituto Nacional de Salud - INSALUD, órgão autônomo vinculado ao Ministerio de Sanidad y Consumo por meio da Secretaria de Assistência Sanitária, publicou o “Plan Estratégico: Para mejorar lo que es de todos”<sup>6</sup> para a transferência das competências do

planejamento e prestação da assistência sanitária, bem como parte do financiamento para as Comunidades Autônomas (CCAA) e municípios espanhóis.

Nos anos 2000, prosseguiu o processo de transferências para as comunidades autônomas, que já vinha desde o período de 1980 a 1994, como processo de descentralização administrativa e fiscal para todas as competências na prestação de serviços, sendo que para a saúde definiram-se como funções da esfera nacional, a formulação de políticas e a gestão das políticas, para as CCAA<sup>7</sup>.

No tocante à AP, a Espanha, a partir da elaboração do plano estratégico trouxe para a assistência os programas de melhoria da qualidade e as pesquisas de satisfação, a ampliação das ações da “Cartera de Servicios” e a liberdade de prescrição de exames diagnósticos, além dos incentivos para o Uso Racional de Medicamentos e outras mudanças. Previam-se o aumento de cobertura populacional de 91% da população por equipes de AP e a melhoria dos serviços de pediatria nas áreas rurais e da atenção ao paciente<sup>3</sup>. A melhoria da integralidade da assistência foi objeto de várias ações da atenção especializada dos centros especializados do INSALUD, por meio do “Contrato de Gestión de Atención Especializada”.

### **A FORMAÇÃO MÉDICA DE GRADUAÇÃO COMPROMETIDA COM O DESENVOLVIMENTO DA APS**

A formação médica de graduação em medicina familiar e comunitária era, frequentemente, questionada na literatura científica espanhola nos anos 2000. A argumentação fundamentava-se na constatação de que a presença da medicina de família e AP nos programas de ensino da maioria das faculdades de medicina espanholas, não era correspondida com a criação de departamentos acadêmicos de medicina familiar e comunitária nas faculdades, como se observava nos países do entorno europeu<sup>8</sup>.

A assinatura da Declaração de Granada em 2002, pelo Conselho de Decanos das Faculdades de Medicina Espanholas e por outras diversas instituições ligadas à educação médica e às sociedades de Medicina Familiar e Comunitária, trouxe expectativas favoráveis que o reconhecimento dos padrões e das transformações na educação médica propostos pelo documento da World Federation Medical Education (WFME) de 1999, proporcionariam uma profunda reforma curricular do curso de medicina nas faculdades espanholas e quiçá o ingresso da disciplina Medicina Familiar no quadro dos departamentos acadêmicos<sup>9</sup>.

Nesse debate é importante resgatar que a Medicina Familiar y Comunitária (MFyC) foi instituída na Espanha como especialidade, em 1978, antes da Reforma Sanitária (1980) e da Reforma Legislativa da Atenção Primária (1984). De fato, a MFyC foi reconhecida como uma especialidade no campo da AP, pois preenchia quatro critérios necessários: 1) conjunto de conhecimentos e habilidades; 2) campo preciso de atividades; 3) área própria de investigação e 4) necessidade de programas de formação específicos. Essa especialidade ficou responsável por formar pessoal médico para as funções do primeiro nível de assistência<sup>10</sup>.

A formação médica especializada, por meio dos programas de residência médica, na Espanha precedeu a criação da especialidade de MFyC (1978) sob a responsabilidade do sistema de saúde, em períodos anteriores à reforma sanitária. Em 1963, iniciaram os programas de residência, sendo alocados em 1966 nos hospitais do Instituto Nacional de Previdência Social<sup>10</sup>.

Nesse momento temos duas questões distintas para o entendimento da formação médica na Espanha:

- 1) Programas de residência médica são de responsabilidade do sistema de saúde, que tem quadro docente e serviços próprios estruturados para essa função. Portanto as faculdades de medicina não participavam dos programas de residência em MFyC, nem do processo de seleção, que passou a ser feito através do Exame Médico, Interno e Residente (MIR). E a titulação dos especialistas passou a ser feita exclusivamente pelo Ministério da Educação e não mais pelas Associações de Especialistas.
- 2) A formação graduada em medicina e de outras profissões da saúde está sob a responsabilidade das universidades que utilizam os serviços de saúde do ministério como campo de formação para seus estudantes. No caso dos centros de AP havia dois processos administrativos para estabelecer as relações: um de acreditação que avaliava os requisitos dos CAP a serem associados à universidade e o segundo que estabelecia as bases dos contratos entre universidade e serviços de saúde para as atividades de ensino.

### **Objetivo**

Pretende-se com este trabalho discutir as fortalezas e fragilidades dos cenários dos sistemas de saúde para

a formação médica de graduação, comprometida com o desenvolvimento da APS.

## Material e método

As informações sobre o sistema de saúde espanhol e o ensino de graduação médica em AP foram extraídas da documentação das pesquisas de pós-doutorado realizadas, respectivamente, em Madri<sup>3</sup> e Granada<sup>11</sup> e documentação oficial publicada pelos dois sistemas.

Para o estudo do sistema de saúde dos dois países usaremos o modelo de avaliação de Kringos<sup>12</sup> (Figura 1). Esse modelo foi selecionado devido à sua proximidade com a AP. Para avaliar os resultados do sistema de saúde utilizamos as variáveis: o indicador proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB)<sup>13</sup> e as coberturas da população por equipes e médicos de AP atingidas nos dois países.

No Brasil, o ISAB é definido pelo Ministério da Saúde como: percentual das Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) de residentes, dividido pelo total de internações clínico-cirúrgicas por residentes em um determinado município por período considerado e significa quanto as internações sensíveis representam no total das internações de média complexidade e indiretamente mede a resolutividade da atenção básica. O valor adotado como parâmetro para medir a efetividade da AB no país pelo ISAB foi 28,0%. A fonte de dados utilizada é o Sistema de Informação Hospitalar do SUS<sup>13</sup>.

O indicador cobertura estimada pelas equipes básicas de saúde é calculado (nº médio anual de equipes da SF + nº médio anual de cargas horárias de 60 h semanais da clínica médica, ginecologia e pediatria) por 3 mil, total que é dividido pela população residente do município em cada ano. Maior cobertura significa uma boa oferta de clínicas básicas e facilidade de acesso. O parâmetro nacional é 100% de cobertura considerando a relação de uma equipe por 3000 pessoas. As fontes de dados utilizadas são o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e IBGE<sup>13</sup>.

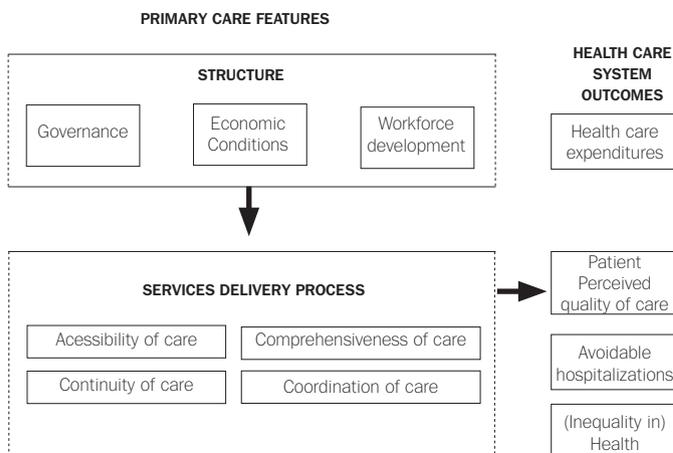
## Resultados e Discussão

Espanha e Brasil apresentam semelhanças quanto à implantação dos sistemas nacionais de saúde, no que tange a princípios organizativos, cobertura universal, e os processos de reforma no âmbito da AP.

Por disporem de estruturas que priorizam a AP como coordenadora do cuidado, as estratégias educacionais indutoras para o desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação nesse nível de atenção se fazem necessárias, sobretudo voltadas para a profissão médica<sup>3</sup>.

Embora haja características comuns no campo do ensino e formação médica voltada para a AP, são marcantes algumas diferenças entre os dois países no tocante à especialidade da medicina de Família e Comunidade, bem como iniciativas relacionadas ao aprimoramento contínuo para o desenvolvimento profissional. Identifica-se que o Brasil está a caminho do contexto global da reforma da educação médica que coloca a AP como pauta prioritária.

**Figura 1.** Modelo de avaliação do sistema de saúde segundo Kringos (2010).



### O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GRADUAÇÃO MÉDICA

O ensino médico no nível da graduação coloca a medicina de família e comunidade em uma posição de destaque, como um oportuno elemento para o fortalecimento do aprendizado voltado para a APS.

A graduação em medicina na maior parte dos países europeus, assim como na Espanha, é de responsabilidade do Ministério da Educação, sendo a universidade a responsável pelo processo formativo que se caracteriza fortemente pela abordagem de aspectos científicos com ênfase na especialização<sup>14</sup>.

Embora a abordagem da AP na estrutura curricular das universidades espanholas fosse considerada marginal, ela era reconhecida como uma área de conhecimento consolidado, com suficiente aporte teórico-prático e científico<sup>3</sup>.

Contudo, avanços ocorreram, como a inserção da AP como pauta na graduação em medicina, com a publicação da ORDEM ECI nº. 332, de 13 de Fevereiro de 2008, do Ministério da Educação e Ciência Espanhol, que definiu as exigências para a verificação de graus universitários oficiais para qualificar o exercício da profissão Médica<sup>15</sup>. O documento contemplou diretrizes que orientam para a estruturação de disciplinas com a finalidade de que o estudante desenvolva competências e habilidades para o exercício médico na AP<sup>16</sup>.

Sendo assim, foram criadas disciplinas obrigatórias que compõem o plano de ensino da graduação médica espanhola, como na Universidade Autônoma de Madri, que atualmente oferece três (3): *Introducción a la Práctica Clínica (IPC)*. Obrigatória, 2º semestre, 2º ano; *Medicina de Familia*. Obrigatória, 2º semestre, 5º ano; *Rotatorio clínico*. Formación Obligatoria, 1º y 2º semestres, 6º ano<sup>17</sup>.

A disciplina do 5º ano foi introduzida em 2005-2006 e utilizou a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), visando uma maior aproximação do estudante com a realidade dos serviços de saúde, em especial com a AP<sup>18</sup>.

No contexto brasileiro, a abordagem da AP na graduação médica primeiramente apareceu nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Medicina, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), publicadas na Resolução nº. 04 de 07 de novembro de 2001, que destacou que a formação médica objetivava dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas, como atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário. Porém o referido documento não explicitava orientações que pudessem desencadear o desenvolvimento de competências profissionais por meio de inserção de conteúdos e práticas pedagógicas alicerçadas na AP<sup>19</sup>.

Recentemente foram publicadas as novas DCN para o Curso de Medicina, pelo CNE, que atualizou a formação médica aos renovados desafios da educação contemporânea, inserindo o centro da educação no protagonismo do estudante ensinando-o a “aprender a aprender” criticamente, bem como integrar ensino-pesquisa-extensão e se relacionar mais fortemente com tecnologias de informação e comunicação, e fazer com

que a formação do médico no âmbito da graduação fosse dirigida fundamentalmente para as reais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro<sup>20</sup>.

Tais diretrizes, promulgadas pela Resolução CNE/CES, de 20 de junho de 2014, então revisadas e atualizadas, vêm reorientar os currículos de formação em medicina, assumindo o compromisso da formação médica com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), interligando o ensino, pesquisa e a extensão, e assumindo as três áreas formativas preconizadas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde<sup>20</sup>.

No tocante à tríade sinalizada acima contemplada nas recentes DCN, pode-se afirmar que evidencia um entendimento do currículo médico ancorado nessas competências, compreendendo-as como a capacidade de utilização dos recursos e apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes, com a finalidade de desempenhar ações pertinentes e resolutivas na prática profissional em medicina, nos diferentes contextos de trabalho em saúde, principalmente nos cenários do SUS, com relevante destaque para a exigência do cumprimento de, ao menos, 30% da carga horária do curso, respeitando o tempo mínimo de dois anos do internato médico na graduação, em serviços da Atenção Básica, assim como é denominada a AP no país, com atividades supervisionadas no âmbito acadêmico e técnico<sup>20</sup>.

Um aspecto marcante que denota a relevância das políticas públicas indutoras voltadas para o aprimoramento da educação médica no Brasil foi a instituição do Programa Mais Médicos, por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. O referido programa está organizado em três eixos: Provedimento Emergencial, Educação e Infraestrutura; e foi criado com o intuito de formar recursos humanos na área médica para o SUS, e apresenta como finalidade diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, fortalecer a prestação de serviços na APS no país, aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação, ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira, fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos, promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras, e aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS<sup>21</sup>.

A discussão e aprovação das novas DCN da graduação de medicina brasileira ocorreram a partir da referida lei, relacionadas ao eixo “Educação”, que dentre outras ações ainda prevê um importante dispositivo, o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que se apresenta como indutor para o aprimoramento da educação das profissões na área da saúde no Brasil, priorizando nesse momento a educação médica consubstanciada na AP<sup>21</sup>.

O COAPES visa facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade. A sua contratualização pretende garantir o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território<sup>20,21</sup>.

No Brasil, a lei do Programa Mais Médicos apresentou mudanças consubstanciais relacionadas à residência em Medicina de Família e Comunidade. Os graduados em Medicina terão de fazer de um a dois anos de residência em Medicina de Família e Comunidade para ingressar nas demais especializações<sup>21</sup>.

O currículo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto vem contemplando as novas DCN de 2014, com carga horária de mais de 30% em AP, por meio de três disciplinas denominadas Atenção à Saúde da Comunidade no 1º, 2º e 3º anos, criadas no eixo longitudinal e transversal da AP da reformulação curricular de 2008. (Projeto Político Pedagógico do curso médico, Comissão de graduação da FMRP-USP, 2008) e estágios curriculares em AP/MF, do 1º ano e 2º ano de internato (5º e 6º anos médicos), implementados pela reforma curricular de 1993<sup>22,23</sup>.

O currículo do Curso de Medicina da UEL depois da grande mudança ocorrida a partir de 1998, com a implantação do currículo integrado, os estudantes passaram a ter uma atuação mais específica na APS nos seguintes Módulos Temáticos Interdisciplinares: Abrangência das Ações de Saúde e Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade I – PIN1, que são módulos da 1ª série do curso, sendo um transversal, com duração de quatro semanas, e outro longitudinal, desenvolvido ao longo do primeiro ano. Essa atuação se prolonga na 2ª série através dos módulos Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente e Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade II — PIN2, sendo o primeiro também transversal, com quatro semanas de duração, e o outro longitudinal, realizado ao longo do segundo ano<sup>23</sup>.

Mais recentemente se iniciou um estágio curricular no internato médico focado na AP, atendendo à nova diretriz curricular de 2014.

Recentemente o ensino de graduação na Espanha, atendendo a Normativa do Plano de Bolonha, adequou-se à diretiva da União Europeia para o reconhecimento do diploma médico espanhol no entorno europeu, com estabelecimento de diversos tipos de mudança da formação médica da antiga licenciatura em Medicina para o Grado, conferindo aos médicos formados, além do diploma de médico o título de mestre<sup>11</sup>.

Justifica-se tal medida devido à Atenção Básica (AB) ser o primeiro, mais efetivo e duradouro ponto de contato entre os sistemas de saúde e a comunidade, e que para tanto é prioritária a implantação de processos formativos na área médica que sejam voltados para o desenvolvimento de competências para atuação nesse nível de atenção, sendo que o Brasil vem apontando para a AB como coordenadora da atenção à saúde.

Na política pública brasileira, o ensino e formação da profissão médica voltada para a APS tem sido um tema presente que segue as tendências dos modelos educacionais voltados para a consolidação dos sistemas universais de saúde, como a Espanha, que já apresenta uma trajetória em maior evolução.

## DESEMPENHO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA ESPANHA E DO BRASIL

Na Espanha autores, que há mais tempo vêm estudando o indicador de internações por condições sensíveis à AP (ICSAP), observaram que é preciso olhar cuidadosamente os resultados obtidos com esse indicador. Em uma discussão fecunda, consideraram desde o significado do indicador, nomenclatura distinta entre o que é assistência ambulatorial e Atenção Primária, uso de classificações de mortalidade para diagnósticos em serviços hospitalares, decisão técnica médica e de gestores quanto aos recursos destinados à saúde, que sem a participação da comunidade, podem suscitar conclusões inadequadas<sup>24</sup>.

São com essas observações que devemos olhar para os resultados obtidos neste trabalho comparando Brasil e Espanha, mais no sentido de algumas aproximações do desempenho dos sistemas de saúde.

A análise das hospitalizações potencialmente evitáveis (HPE) por condições crônicas, em um período de 2002 a 2013, na Espanha variou de 7 a 4% no total de altas<sup>25</sup>, enquanto estudo em cinco países europeus (Dinamarca, Eslovênia, Espanha, Inglaterra e Portugal)

mostrou também forte tendência de diminuição das HPE em seis condições crônicas, no período de 2002 a 2009. Os autores concluíram que, embora as “HPE por condições crônicas sejam frequentemente utilizadas para avaliar o desempenho de atendimento ambulatorial”, as diferenças observadas não estavam associadas ao perfil epidemiológico. Ademais notavam que existia propensão à internação e que o indicador não era adequado para medir o desempenho do atendimento ambulatorial. Sugeriram que as taxas de HPE podem ser úteis para avaliar ineficiência global do sistema de gestão de condições crônicas<sup>26</sup>.

.Os indicadores de cobertura populacional estimada à AB/AP em Londrina (57,0%) e Ribeirão Preto (41,3%) estão bem abaixo do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), apontando para a insuficiência de equipes e médicos de família/AP na garantia do direito à universalidade e acesso ao sistema de saúde pela AB/AP em 2008-2011, embora o ISAB observado nos duas situações examinadas mostre um desempenho de resolução da assistência do primeiro nível adequado à recomendação oficial (Quadro 1)<sup>27</sup>. Mormente, em 2013, a cobertura nacional da Estratégia de Saúde da Família foi aproximadamente de 56,0% pelos dados oficiais do Departamento de Atenção Básica e 53,4% de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) nesse ano.

**Tabela 1.** Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde e Internações sensíveis por Atenção Básica nos municípios de Londrina (PR) e Ribeirão Preto (SP), 2009-2011.

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (%)			
Espanha	Brasil	Parâmetro do Ministério da Saúde (%)	
99,0*	<b>Londrina</b> 57,0	100,0	
	<b>Ribeirão Preto</b> 41,3		
INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À AB/AP (%)			
Espanha	Brasil	Parâmetro do Ministério da Saúde (%)	
7- 4**	<b>Londrina</b> 22,4	28,0	
	<b>Ribeirão Preto</b> 25,6		

\*Astier-Peña MP<sup>29</sup>. \*\* HPE hospitalizações potencialmente evitáveis por condições crônicas (2002 - 2013)<sup>25</sup>

Tomando um quadro comparativo de 2007<sup>28</sup>, entre Brasil e Espanha este mostrou que a relação médicos por 10 mil habitantes, era no Brasil igual a 17,6, aproximadamente a metade da Espanha (36,5), no entanto a relação de médicos de família e comunidade cresceu

para 7,7 por 10 mil habitantes em 2014<sup>27</sup>. Essa tendência de melhoria da cobertura populacional por médicos de família e comunidade aponta ao cumprimento do direito.

A Lei dos Mais Médicos mostrou resultados satisfatórios elevando a cobertura populacional e o acesso da grande maioria da população aos médicos de AP. Após a implantação do programa, houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, o que sinaliza um aumento significativo na oferta de serviços de saúde. Segundo os resultados de pesquisa sobre o PMM, houve “provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade, com redução em 53% no número de municípios com escassez de médicos; na região Norte 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média”. Foi possível também a integração dos médicos em equipes multiprofissionais para o cuidado integral em AP (ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação)<sup>30</sup>.

Cabe ainda destacar que, além do abrupto aumento da cobertura populacional brasileira pelos médicos de AP, decorrente da Lei do Mais Médicos, a partir do eixo do provimento emergencial, mudanças substanciais estão previstas para os futuros egressos da graduação médica brasileira. A referida lei, em seu eixo da educação, institui a avaliação específica dos estudantes, de periodicidade bianual, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. Espera-se que com a medida sejam avaliadas as competências dos estudantes para a atuação voltada para a AP e para as necessidades do sistema nacional de saúde<sup>21</sup>.

Na Espanha, a reforma da AP ocorreu em 1984, antes da Lei Geral de Saúde, que instituiu o SNS, em 1986, sendo um aspecto favorável à cobertura da população por serviços de saúde e a garantia do financiamento público do setor<sup>3</sup>. A recente reformulação proposta pelo governo nacional e apoiada por algumas CCAA, em que coincidia o partido que estava no poder (Partido Popular) de privatizar hospitais e centros de saúde, pode ser entendida como uma reforma da Reforma Sanitária. Isso porque se introduziu restrições ao acesso de segmentos da população (jovens e imigrantes) e à gratuidade dos medicamentos (copagamentos) que ferem a “norma universalização” do sistema. O plano de privatização foi enfrentado pelos CCAA, sociedade e profissionais de saúde<sup>7, 26, 31</sup>. No caso de Madri as manifestações foram motivo da demissão do secretário em Madri e retirada do plano de privatização proposto.

## Comentários Finais

A diretiva da União Europeia foi um condicionante para que as escolas médicas espanholas orientem a “formação de grado” adaptando a uma realidade comum e cumpram o Plano de Bolonha. Da mesma forma contribuiu a normativa de 1995, que exigiu a formação especializada em Medicina Geral ou Medicina familiar y comunitária para que os médicos pudessem ocupar as vagas de médico nos serviços de saúde junto à comunidade.

Os esforços brasileiros para adequar a formação médica às necessidades de saúde da população têm avançado com o apoio das universidades públicas e privadas, mas o desafio da grande dimensão territorial e populacional aponta para a necessidade de introduzir expedientes mais ágeis para produzir mudanças. O apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assessorias internacionais ao Ministério da Saúde e da Educação e intercâmbios entre os países latino-americanos podem ser importantes nesse projeto. Assim a Lei dos Mais Médicos e as novas diretrizes curriculares são aspectos novos, que estão mostrando resultados positivos nessa questão.

A lição que aprendemos em Madri e Granada foi que um cenário de ensino acreditado para a função acadêmica, portanto com estrutura física e com profissionais preparados e motivados para o trabalho nos centros de saúde, é uma fortaleza para estimular e identificar o estudante para e com a área de Medicina de Família e Comunidade.

O alto desempenho da AP na Espanha é reconhecido internacionalmente, sendo possível vivenciar nas atividades da pesquisa de campo de pós-doutorado nas duas situações – Madri (2001) e Granada (2015). No Brasil as duas faculdades de medicina de Ribeirão Preto e Londrina, desenvolvem atividades de ensino de graduação médica próximos da comunidade. Utilizam os sistemas locais da rede do SUS, cujos indicadores de desempenho para a AP precisam melhorar a cobertura populacional pelas equipes de SF.

A limitação deste trabalho foi não abordar o financiamento dos dois sistemas, porque a difícil situação econômica da Espanha tem levado as CCAA experimentarem propostas diversas de interferir nos serviços de saúde, sem um plano que uniformize os resultados esperados para análise dos princípios organizativos e doutrinários. Enquanto no Brasil, a situação de subfinanciamento do SUS pelo governo federal, mesmo com diversas iniciativas

(CPMF e Emenda Constitucional nº 29/2000) e aumento dos repasses de recursos federais para os municípios, estados e distrito federal, não tem conseguido garantir a suficiência da cobertura populacional após 26 anos de criação do SUS.

## Referências bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (ES). Estructuras Básicas de Salud. BOE nº 27. Madrid; 1984.
2. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (ES). La Reforma Sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional; 1984.
3. Forster AC. Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de família no curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000 [Tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
4. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed [2ª reimpressão]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014/2015.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Presupuesto. INSALUD 2000. Datos y Cifras. Madrid; 2001.
6. Instituto Nacional de Salud (ES). Plan Estratégico. Para mejorar lo que es de todos. Madrid; 1998.
7. Pereira AMD, Lima LD, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Rev Saúde debate [Internet]. 2015;39:11-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042015000500011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>.
8. Lorenzo-Cáceres A, Calvo Corbella E. Hay alguna razón para cambiar la formación médica en universidad española? Aportaciones de la Atención Primaria. Rev Aten Primaria; 1999; 23:151-174.
9. Bonal PP. Respuesta de la medicina de familia a la Declaración de Granada. Rev Aten Primaria 2002; 29: 265-267.
10. Monforte RS et al. La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Instituto Nacional de la Salud; 1980.
11. Campos, JJB, Torres, FG, Melchior R, Gurpegui MFL, Zolin AV, Maria GCQ, Quesada MSM. La formación en salud publica en la Universidad de Granada y su relación con la Salud Familiar. Cad Edu Saude e Fis. 2015; V.2(3):79-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2358-8306.v2n3p79>.
12. Kringos, D. et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013; V. 63 (616):742-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267857>.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). Brasília (DF); 2013.
14. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. (Ed.). Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006. 342p.

15. Ministerio de Educación y Ciencia (ES). Orden, E. C. I. 332/2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. [BOE-A-2008-2674. Madrid (Espanha); 2008.
16. Peinado HJM. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco: Título de Médico. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Granada (Espanha); 2006.
17. Universidade Autonoma de Madrid (ES). Docencia de la UCD de Medicina de Familia y Atención Primaria. Curso 2015-16. Disponível em: <https://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1242668714402/contenidoFinal/Docencia.htm>
18. González LE, García LI, Blanco AA, Otero PA. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. EDUC MED 2010, 13 (1):15-24.
19. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.
20. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15874&Itemid](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid). Acesso em: 15 fev. 2016.
21. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013: institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2013 out. 22. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm) >. Acesso em: 08 Fev. 2016.
22. Bollela VR, Passos ADC, Forster AC, Dal Fabbro AL, et al. Community-Based Education experience at the Faculty of Medicine, Ribeirão Preto – University of São Paulo (FMRP-USP) - Brazil. In: Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives. Wagdy Taalat; Zahra Ladhani (Org). World Health Organization, Genebra; 2014.
23. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. Rev Bras de Educ Méd, 2008; 32:149 - 159.
24. Gervás J, Caminal-Hojar J y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico. Rev Esp Salud Pública 2007; 81:7-13.
25. Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, García-Armesto S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. Gac Sanit. 2016; 30 (1):52-54.
26. Thigesen LC et al. Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. European Journal of Public Health 2015; 25 Supplement 1:35-43. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/>
27. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA; Reis AAC. A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 2016. 21 (2): 327-338.
28. Almeida PF, Gervás J, Freire J, Giovannella L. Estratégias de integração entre atenção primária e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde em Deb 2013; 37 (98): 400-415.
29. \*Astier-Peña MP. A Atenção Primária à Saúde na Espanha (entrevista). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):391-394.. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)1041](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)1041)
30. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiv [Internet]. Nov. 2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015001103547&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015001103547&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>
31. Freire Filho JR, Cunha CLF, Palmar Santos AM, Forster AC. As manifestações sociais contra a privatização do sistema de atenção primária à saúde em Madrid. Rev Eletrôn Saúde na Comun. 2014. 1: 33-35.

DATA DE SUBMISSÃO: 23/04/2016

DATA DE ACEITE: 07/06/2016