

Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual

The *Mais Médicos* program – a conceptual mistake

Robespierre Costa Ribeiro¹

Abstract *The Mais Médicos program (involving the influx of Cuban physicians) has been a topic of heated debate in the media, mainly due to the difference of opinion between the government and the medical profession. The population in general is left in a climate of anxiety and uncertainty. This paper discusses the misconceptions that have been misleading and confusing the actors involved in the conflict surrounding the program in question.*

Key words Mais Médicos program

Resumo *O Programa Mais Médicos vem determinando um ruidoso debate na mídia, reflexo principalmente de um embate entre o governo e a classe médica, trazendo um clima de ansiedade e incerteza à população. Este texto discute os equívocos que vêm norteando e confundindo os atores envolvidos nessa celeuma que envolve o citado programa.*

Palavras-chave Programa Mais Médicos

¹ Diretoria de Ensino e Pesquisa, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Al. Álvaro Celso 100, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.
dr.robepierre@gmail.com

Introdução

Em um esforço para responder à “voz das ruas”, reflexo legítimo dos anseios da população recentemente expressos nas manifestações de junho de 2013, a Presidenta Dilma Roussef criou o Programa Mais Médicos. Desde então surgiu um questionamento da classe médica brasileira a respeito do programa e uma celeuma se desenrolou na mídia leiga.

Segundo o destacado epidemiologista inglês Dr. Geoffrey Rose, se quisermos melhorar a saúde de uma população devemos “buscar as causas das causas”¹. Por exemplo, no modelo tradicional de serviço de saúde centrado na doença, se um indivíduo com colesterol elevado teve um infarto, a causa do infarto foi o colesterol elevado e a partir daí é interrompida a corrente de causalidade. Ora, e o que causou a elevação do colesterol? Verifica-se que foi um comportamento alimentar inadequado. E o que causou o comportamento inadequado? Um estilo de vida não saudável. E o que causou esse estilo de vida não saudável? Os determinantes sociais e econômicos presentes na população, que constituem então a “causa das causas”, ou seja, os determinantes primários das doenças são principalmente econômicos e sociais e, consequentemente, seus remédios também devem ser econômicos e sociais (ex: mudança do estilo de vida).

Ainda, segundo Rose¹, a prevenção tem sido direcionada aos indivíduos de alto risco, entretanto, uma parcela muito maior da população, considerada como saudável, e que na verdade deveria ser considerada como de “má saúde” por apresentar risco moderadamente elevado de adoecer, não é habitualmente contemplada pelas ações de prevenção e é justamente esta parcela que vai contribuir com o maior número de doentes na população.

Tanto a Presidente quanto a classe médica e outros que alimentaram o debate sobre o programa se equivocaram em 3 questões:

1ª questão: Definição do problema

Quais são as doenças de maior impacto na população?

A população já reclama há muito tempo de um processo crescente de adoecimento, acompanhado de uma deficiência crônica na assistência ao indivíduo adoentado. A Fiocruz conduziu o Estudo de Carga de Doença do Brasil² com o objetivo de identificar prioridades em função do perfil epidemiológico, facilitando, assim, a

tomada de decisões e a destinação adequada de recursos por parte dos gestores. As doenças que determinaram a maior carga representada pelo número de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade, foram as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e câncer. Pois bem, essas doenças possuem praticamente os mesmos determinantes, denominados fatores de risco, que por sua vez surgem em decorrência de um estilo de vida não saudável em relação a um comportamento alimentar caracterizado por consumo inadequado de alimentos ricos em gorduras saturadas, com alto conteúdo de açúcar, pouca fibra e baixa ingestão de frutas e vegetais, associado com pouca atividade física e horas excessivas de atividades sedentárias. Por outro lado, essas doenças possuem como “solo comum” o excesso de peso corporal – EPC (sobrepeso e/ou obesidade), fator de risco encontrado em proporções epidêmicas em nossa população. Podemos então definir como a primeira causa do adoecimento da nossa população as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus e o câncer, que possuem um determinante comum o EPC. Estas doenças e o EPC são consequência da segunda causa que é representada por um estilo de vida não saudável relativo ao comportamento alimentar e atividade física.

2ª questão: Propostas equivocadas de enfrentamento do problema

Pois bem, o que encontramos escrito nos cartazes empunhados pela população? Dentre as demandas julgadas mais importantes encontravam-se vários textos nos cartazes contendo a palavra “saúde”. Mesmo sem considerar integralmente o sentido amplo do conceito saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e optando por um foco no seu aspecto orgânico, evidentemente que a população quer muito mais ter saúde plena do que ficar doente para depois tentar se recuperar.

Infelizmente, ainda predomina nas políticas de saúde pública em nosso país o equívoco de uma visão dominada por uma perspectiva médica com foco na doença que, por sua vez, se reduz a ações direcionadas à cura através de medicamentos e cirurgias.

Ora, se o problema é um estilo de vida caracterizado por comportamento alimentar inadequado e pouca atividade física, por que então propor aumentar o número de médicos para atendimento clínico à população através de abertura de mais faculdades de medicina, mais vagas nas residências médicas e importação de médicos

estrangeiros? Se o problema é o estilo de vida, então as ações deveriam ser implementadas para incentivar a população a incorporar hábitos de vida saudáveis. Será que formar mais médicos, aumentar o tempo de graduação com mais dois anos prestando assistência no SUS e importar médicos iria contribuir efetivamente para modificar esses hábitos de vida da população? Certamente que não! Melhorar o atendimento clínico é necessário para o tratamento de doentes, mas não é suficiente para preservar e manter a saúde da maioria dos indivíduos não doentes ainda, porém perigosamente exposta a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças de alta carga na população. Outra coisa, o problema maior da atenção básica é o seu gerenciamento e subfinanciamento. Países europeus, o Canadá e os Estados Unidos possuem um grande contingente de médicos estrangeiros atendendo sua população, após serem certificados por instituição nacional competente. Aí surge a falácia de que o corporativismo médico no Brasil quer impedir a contratação de médicos estrangeiros. Isso está desviando a atenção para a raiz do problema que, como já foi dito, não pode ser resolvido com a contratação de mais médicos para o atendimento clínico, sejam estes brasileiros ou estrangeiros. De forma conveniente, o médico foi colocado como bode expiatório de um problema gerado pela má administração e direcionamento equivocado das ações do sistema de saúde pública, do qual ele também é vítima.

As propostas recentes do governo são baseadas em um determinismo farmacológico e cirúrgico que visa ao atendimento ao indivíduo doente, que representa uma parcela muito pequena da população. Estão se referindo ao atendimento clínico do doente. Com isso, o sistema de saúde aguarda o indivíduo adoecer para então tratar a sua doença. Todos sabem que essa atitude torna o serviço de saúde pública extremamente oneroso, praticamente não resolutivo em termos de recuperação da saúde. Diversas instituições de saúde já vêm propondo há décadas ações com foco na prevenção primordial, priorizando programas de promoção da saúde da população com o objetivo de mantê-la, ao invés de deixá-la adoecer primeiro para depois tratar. Devido ao perfil das doenças de maior carga na população, as ações deveriam ser de promoção da saúde cardiovascular e prevenção das doenças cardiometabólicas, ações estas que atingiriam também o diabetes e câncer, pelo compartilhamento de fatores de risco comuns a essas doenças.

3ª questão: Propostas desconectadas das evidências científicas relevantes

Inúmeros documentos, resoluções e diretrizes nacionais e internacionais já existem com a finalidade de orientar os serviços de saúde pública para a incorporação de ações efetivas no enfrentamento dessas doenças de grande carga à população. A Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil é signatário, propõe ações multiníveis e multissetoriais numa perspectiva ecológica, tendo como prioridade as crianças e as escolas como local estratégico para essas ações, logicamente devido ao baixo acúmulo de fatores de risco nesta faixa etária. Desde o ano 2000, com a publicação da Estratégia Global para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, culminando em 2011 com a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a OMS alerta que apenas 4 comportamentos nocivos à saúde (dieta não saudável, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool) determinam a incidência de 4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis que por sua vez são responsáveis por metade de todas as mortes em todo o mundo. No Brasil, o álcool não tem toda essa determinação. Para o enfrentamento dessas doenças, a OMS elaborou em 2003 uma diretriz denominada Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde³, na qual define as ações mais efetivas, oriundas de estudos e experiências exitosas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde⁴ e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁵ recomendam priorizar as crianças nas ações de promoção da saúde e desenvolver, no Brasil, ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com produção e distribuição de material sobre esta para a inserção, de forma transversal, no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação.

Recentemente, uma “força-tarefa” composta por destacadas instituições e *stakeholders* como a Academia Americana de Pediatria, o Colégio Americano de Medicina do Esporte, a Keiser Permanente, o Ministério da Saúde do Brasil, a Universidade de São Paulo, dentre outros, elaborou um documento (*Designed to Move*)⁶ que orienta a escolha de programas para estimular a atividade física com o objetivo de melhorar a saúde da população. Este documento enfatiza a necessi-

dade de se priorizar programas voltados para as crianças, a serem implementados nas escolas, e destaca o Programa norte-americano TAKE 10! que inclusive tem uma versão brasileira já testada em nossa população.

Concluindo, existem inúmeras evidências científicas relevantes e diretrizes elaboradas para melhorar a saúde da população, o que falta então é a vontade política para implementar ações baseadas nessas evidências.

O povo não quer mais médicos, o povo quer é mais saúde!

Referências

1. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International J epidemiol* 1985; 14(1):32-38.
2. Gadelha AMJ, et al. Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-FENSPTEC; 2002.
3. World Health Organization (WHO). *WHO Global strategy on diet, physical activity and health*. [acessado 2013 jul 17]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: MS; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2006.
6. Designed to Move. [acessado 2013 jul 21]. Disponível em: <http://designedtomove.org/>

Artigo apresentado em 06/03/2014

Aprovado em 27/05/2014

Versão final apresentada em 29/05/2014