

# A importância crescente da medicina de família<sup>1</sup>

*Dra. Margaret Chan*  
*Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde*

Discurso proferido no

*20<sup>o</sup> World Congress of the World Organization of Family Doctors (WONCA) – 2013*  
(20<sup>o</sup> Congresso Mundial da Organização Mundial de Médicos de Família)

Praga, República Tcheca  
26 de junho de 2013

Excelentíssimos, senhores ministros, médicos de família, senhoras e senhores, agradeço ao WONCA por organizar este congresso mundial. O trabalho da OMS e do WONCA partilham muitos interesses comuns, especialmente na prioridade que damos ao cuidado primário e à prevenção.

Dados os desafios colocados à saúde no século 21, estes interesses comuns se intensificaram quanto a sua importância. É bom ver nosso trabalho conjunto recebendo a atenção merecida.

Agradeço a República Tcheca por sediar este evento na bela cidade de Praga. Todos podemos apreciar seus monumentos, sua suntuosa arquitetura moderna, e a diversidade dos claros sinais de sua rica história como um centro de comércio, cultura e arquitetura.

Aproveito tal oportunidade para me dirigir a uma plateia de médicos de família. Sua profissão também tem uma história rica, com muitas conquistas a serem apresentadas.

Seu trabalho dá continuidade a uma tradição longa e nobre. Os primeiros médicos foram médicos de família (*generalists*). Os médicos de família sempre foram a espinha dorsal dos cuidados da saúde. Os médicos de família têm sido sempre o alicerce do cuidado abrangente, compassivo e centrado nas pessoas.

Hoje, vocês são as estrelas em ascensão que oferecem a nossa melhor esperança de lidar com uma série de tendências complexas e nefastas. Seus talentos e habilidades são necessários, e requisitados, agora mais do que nunca.

Minha paixão pela medicina de família é pessoal, bem como profissional.

Minha primeira escolha de carreira era ser professora primária. Então, segui meu coração, no sentido mais literal possível. Meu futuro marido tinha escolhido a medicina como carreira. Adaptei meus planos nesse sentido. Eu o segui até o Canadá, onde realizamos nossos estudos médicos juntos.

Eu nunca me arrependi de nenhuma dessas duas decisões. Nem da carreira nem do marido.

Trabalho na saúde pública há 35 anos. Muita coisa mudou, é claro. Mas o ritmo e a complexidade dessas mudanças se aceleraram de forma mais dramática desde o início deste século. Essas mudanças alteraram profundamente o panorama da assistência médica, a natureza das ameaças à saúde e as estratégias para a sua prevenção.

Senhoras e senhores, em nosso mundo de interdependência radicalmente crescente, a saúde em todos os lugares está sendo moldada pelos mesmos agentes incisivos, como o envelhecimento demográfico, a rápida urbanização e a globalização de estilos de vida pouco saudáveis.

---

<sup>1</sup> Tradução de Rodrigo L. C. dos Santos Gomes;  
Revisão de Dr. Thiago L. C. dos Santos Gomes

Sob a pressão de tais agentes, a carga da doença mudou de forma fundamental. Doenças crônicas não transmissíveis têm ultrapassado as doenças infecciosas como a principal causa de morbidade, invalidez e mortalidade.

Essa mudança tem importantes implicações para a organização, financiamento e prestação dos cuidados da saúde.

A prevenção tornou-se problemática. As causas últimas de doenças crônicas residem em setores que não o de saúde. São extensamente determinados pelos produtos e práticas da comercialização da indústria do tabaco, alimentos, bebidas e álcool.

A obesidade é também extensamente determinada por algumas destas indústrias, e está também em crescimento. Dados da OMS mostram que as taxas de obesidade quase dobraram desde 1980, em todas as regiões do mundo.

Há muitas razões do por que nem um único país conseguiu reverter a epidemia de obesidade em todas as faixas etárias. Este é apenas um. Os orçamentos da saúde são ridiculamente pequenos quando comparados aos orçamentos de marketing e publicidade dessas indústrias.

As populações estão envelhecendo a um ritmo sem precedentes. A OMS estima que, nos próximos cinco anos, o contingente populacional com 65 anos ou mais superarão as crianças com menos de cinco anos, pela primeira vez na história.

O arsenal terapêutico para o tratamento clínico foi alterado, de modo assustador. Já que a resistência às drogas continua a aumentar, a medicina está perdendo seus agentes antimicrobianos na linha de frente num ritmo alarmante. Para algumas formas de tuberculose resistente a drogas, medicamentos de segunda linha estão, também, falhando. Para algumas doenças, como a gonorreia, o armário está quase vazio.

Alguns especialistas dizem que a medicina está regressando à era pré-antibiótica. Não. Com tão poucas drogas de substituição em desenvolvimento, estamos nos movendo para uma era pós-antibiótica, onde muitas infecções comuns, mais uma vez matarão.

Este será o fim da medicina moderna como a conhecemos. Numa era pós-antibiótica, intervenções sofisticadas, como substituições de quadril, transplantes de órgãos, quimioterapia e cuidados de neonatos pré-termo, tornar-se-ão muito mais difícil, ou mesmo, perigosos demais para serem empreendidos.

Ao mesmo tempo, novas tecnologias médicas, intervenções, aparelhos e medicamentos para doenças crônicas estão sendo desenvolvidos e introduzidos com uma velocidade sem precedentes. Eles vêm a alto custo.

A medicina é uma das poucas áreas de inovação tecnológica, onde novos produtos são quase sempre muito mais caros, mais sofisticados, mais difíceis de usar, e mais propensos ao mau funcionamento.

Este não é certamente o caso noutras áreas de tecnologia, como em TVs de tela plana ou computadores e dispositivos portáteis, onde os produtos se tornam cada vez mais fáceis de usar e mais baratos de se comprar.

No que diz respeito à capacidade de arcar, de fato, com as mais recentes inovações técnicas, os cuidados de saúde em muitos países está chegando a seu limite; ao ponto de inflexão, onde os aumentos constantes dos custos tornam-se insustentáveis.

Como observou a “Comissão de Oncologia da Lancet”<sup>2</sup>, o tratamento do câncer em países abastados atua numa cultura do excesso: excesso de testes diagnósticos, intervenções excessivas e as promessas excessivas, que criam expectativas irreais para os pacientes e suas famílias.

Essas expectativas, por sua vez, levam pacientes a serem submetidos a intervenções terminais que são tóxicas, dolorosas, desconcertantes e extremamente caras, contudo sem

---

<sup>2</sup> No original *Lancet Oncology Commission*. O *The Lancet* é uma das mais importantes publicações científicas na área médica. Conta também com publicações especializadas como: *The Lancet Neurology* (neurologia), *The Lancet Oncology* (oncologia), *The Lancet Infectious Diseases* (doenças infecciosas), *The Lancet Respiratory Medicine* (pneumologia), *The Lancet Diabetes and Endocrinology* (endocrinologia) e *The Lancet Global Health* (saúde global).

trazer comprovados benefícios a estes. Como médicos, este não foi o tipo de serviço pressuposto quando fizemos o juramento de Hipócrates.

Estas tendências são globais, e trazem desafios globais na prestação de serviços em todos os lugares. Em toda parte, os custos estão aumentando, os orçamentos encolhendo e as expectativas públicas com relação à saúde estão crescendo.

E há outros problemas. Vivemos numa era de desigualdades que estão piorando ao invés de melhorar. Nosso mundo está perigosamente fora de equilíbrio, também em relação à saúde.

Um mundo que se encontra muito fora do equilíbrio não é nem estável, nem seguro. Este ponto foi claramente demonstrado em 2011, quando protestos e manifestações contra as desigualdades sociais fizeram as manchetes e derrubaram governos.

Disparidades, entre os países e dentro destes, em relação aos níveis de renda, oportunidades, prestação de serviços de saúde, são maiores atualmente do que em qualquer outro período nas últimas décadas.

De acordo com um grande estudo da “Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico” (OCDE)<sup>3</sup>, as desigualdades de renda atingiram o seu nível mais alto em meio século.

A diferença da expectativa de vida entre os países mais ricos e os mais pobres, atualmente, ultrapassa 40 anos. O total anual das despesas públicas com a saúde vai do parco US\$1 por pessoa para mais de US\$7.000.

O aumento de doenças crônicas custosas e laboriosas certamente aumentará essas disparidades e desigualdades ainda mais. Em 2010, os EUA sozinho gastou US\$124 bilhões no tratamento do câncer. No mundo todo, cerca de 30 países, incluindo 15 na África subsaariana, não possuem uma única máquina de radioterapia<sup>4</sup>.

Perante este cenário, a prevenção e a atenção primária passam para o primeiro plano como nunca antes. As bases para essa mudança foram bem arquitetadas. A saúde pública internacional tem aprendido algumas lições importantes desde o final da década de 1970.

Senhoras e senhores, a nível internacional, as abordagens para a organização dos serviços de saúde e a prestação de cuidados sofreu mudança de perspectivas recentes. As mudanças foram dramáticas, altamente visíveis, muito debatidas e desempenharam um papel no palco global.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata<sup>5</sup> apresentou a saúde para todo o movimento baseado na atenção primária à saúde. Ela articulou um conjunto de princípios orientadores e valores éticos, incluindo a equidade, a solidariedade e a necessidade de justiça no acesso aos cuidados de saúde. Ela situou a atenção primária como o trampolim para um movimento social e político mais amplo para um tratamento mais equitativo.

Estas ambições nobres foram seguidas, quase imediatamente, por uma crise do petróleo e uma recessão global. Com os recursos para a saúde em declínio, abordagens seletivas, utilizando pacotes de intervenções foram favorecidos em relação aos pretendidos intentos de remodelar fundamentalmente os cuidados de saúde.

A AIDS emergiu e se alastrou. Alimentada pela epidemia de Aids, a tuberculose voltou com ímpeto. O caso da malária se deteriorou a tal ponto que diziam que ela estava “estável”, uma vez que não poderia ficar pior.

A década de 80 ficou conhecida como “a década perdida com relação ao desenvolvimento”. A situação se alterou de programas de atendimento equitativo de base ampla para a gestão urgente de doenças com altas taxas de mortalidade.

---

<sup>3</sup> No original: *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)*.

<sup>4</sup> Grifos do revisor.

<sup>5</sup> A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. (fonte: Wikipédia).

Na virada do século, a “Declaração do Milênio”<sup>6</sup>, com seus oito objetivos de desenvolvimento, marcou o início do ataque mais ambicioso sobre a miséria humana na história, incluindo a miséria causada pela doença.

O compromisso com os objetivos relacionados a saúde assegurou o melhor da criatividade humana e da generosidade. Formas inovadoras foram encontradas para ampliar a prestação de intervenções que salvam vidas. O financiamento aumentou em quase três vezes.

Mas o compromisso com as metas também estimulou a criação de várias iniciativas globais relacionadas a saúde voltadas para uma única doença ou conjunto de intervenções, tais como as vacinas infantis. Quando confrontadas com a pouca capacidade por parte dos países favorecidos, muitas dessas iniciativas construíram seus próprios sistemas paralelos para aquisição, entrega, gestão financeira e elaboração de relatórios.

A prestação de cuidados tornou-se fragmentada. Algumas estatísticas estarrecedoras e que chamam a atenção começaram a emergir. Em um único ano, o Vietnã negociou com mais de 400 doadores para fazer a análise dos projetos de saúde ou do setor da saúde. Em um único ano, a Ruanda teve de comunicar a diferentes doadores os 890 indicadores sanitários, com cerca de 600 relativos ao HIV e a malária, sozinhos.

Com o surgimento de doenças crônicas, a situação agora se firma na direção da atenção primária integrada, abrangente e centrada-nas-pessoas. Como agora reconhecem os profissionais da saúde, essas doenças não podem ser prevenidas ou gerenciadas na ausência de uma forte infraestrutura na atenção primária à saúde.

Um sistema de saúde, onde a atenção primária é a espinha dorsal e os médicos de família são o fundamento, melhores resultados advêm, proporcionando o menor custo, com a máxima satisfação dos usuários.

Uma estatística deixa isso claro. Nalguns países onde as doenças crônicas são o principal problema, os médicos de família gerem 95% dos problemas de saúde, absorvendo apenas 5% do orçamento da saúde.

Alguns argumentariam que essa satisfação por parte dos usuários se estende, também, aos prestadores de cuidados de saúde. Alguns diriam que os médicos de família desfrutam de carreiras mais satisfatórias e gratificantes na medicina.

O trabalho dum médico de família é difícil e exigente. Você não ganha o salário mais alto. Suas salas de espera podem chegar a ter pacientes em todas as faixas etárias, com todos os sintomas e queixas imagináveis, com toda a gama de desafios que é esperado à medicina moderna resolver.

Mas vocês também têm a satisfação de conhecer seus pacientes ao longo do tempo, e ver suas vidas e saúde evoluir. Os médicos de família executam o trabalho de um detetive que aprofunda o diagnóstico para incluir as causas sociais e ambientais relacionados a saúde.

Estudos mostram que os pacientes querem cuidados que sejam acessíveis e com preços razoáveis. Acima de tudo, eles querem um atendimento que responde a eles como pessoas, em suas situações familiares e sociais únicas. As pessoas não querem ser tratadas como um conjunto de partes corporais especializadas. Eles não querem ter fragmentos consertados. Eles querem ser tratados como pessoas com vidas sociais e espirituais.

A partir de uma tendência que começou nos primeiros anos da epidemia de AIDS, muitas pessoas agora buscam suas próprias informações médicas. Aprendem a ler e a entender relatórios de pesquisa.

---

<sup>6</sup> No original: *Millennium Declaration*. A Cúpula do Milênio foi um evento promovido pelas Organizações das Nações Unidas (ONU), realizado em sua sede, em setembro de 2000. Em 8 de setembro, os 191 líderes dos Estados-Membros das Nações Unidas, assinaram a Declaração do Milênio, uma declaração onde esses líderes assumem o compromisso de eliminar a fome e a

pobreza extrema de todo o planeta até o ano de 2015. (fonte: <http://www.infoescola.com/geografia/objetivos-do-milenio/>)

O documento oficial redigido pela Cúpula se encontra, em português, no site:

[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_milenio\\_nacoes\\_unidas.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf)

Eles pesquisam os diversos sites que oferecem informações médicas. Eles vêm para as consultas bem informados e prontos a perguntar, desafiar e tomar suas próprias decisões. Tal situação pode enriquecer o diálogo médico-paciente, mas também, aumenta as exigências.

O uso das mídias sociais pode ter um lado negro, como bem sabemos a partir do caso da resistência à vacinação infantil por infundados medos de acarretar um aumento do risco para o autismo. Isso, também, faz o trabalho nos cuidados preventivos ainda mais difíceis.

Os médicos de família são a peça-chave na continuidade dos cuidados. Alguns de seus pacientes necessitarão de tratamento especializado em hospitais. Vocês é que coordenam essa etapa em seu cuidado.

Seus pacientes idosos. Eles desenvolvem múltiplas co-morbidades que podem necessitar dum tratamento feito por múltiplos especialistas. Vocês permanecem como os guardiões da totalidade do indivíduo, certificando-se que os tratamentos recomendados pelos diferentes médicos não resultem em interações medicamentosas perigosas e que as contraindicações sejam respeitadas.

Modelos especializados de atenção médica não são a abordagem ideal para a gestão do envelhecimento da população. Os médicos de família, que se encontram em melhor posição para desenvolver relacionamentos de longo prazo com os pacientes, estão excepcionalmente bem posicionados para ajudar as pessoas a envelhecerem com boa saúde, ao permanecer em suas casas o maior tempo possível, manter-se socialmente engajados e ao encontrar a combinação certa de atendimento especializado, quando necessário.

Esta abordagem integrada estende-se ao trabalho em equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiros. De fato, uma das razões pelas quais a “Checklist de Segurança Cirúrgica da OMS”<sup>7</sup> tem sido tão bem-sucedida é o fato de que ela envolve toda a equipe, incluindo enfermeiros. A todos são dadas a responsabilidade compartilhada e papéis igualmente importantes na proteção dos pacientes com relação a erros perigosos ou mortais.

Em 2011, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU)<sup>8</sup> convocou uma sessão especial sobre a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis. Esta foi, somente, a segunda vez na história onde um problema de saúde impôs um nível tão elevado de atenção política.

Como a declaração política emitida por este evento claramente determinou, a prevenção deve ser a pedra angular da resposta global a estas doenças mortais, dispendiosas e laboriosas.

Desde o início deste século, a OMS teve contribuições significativas no que se refere a prevenção, abarcando todas as populações, por meio do emprego de uma série de instrumentos internacionais. A “Convenção Quadro para Controle do Tabaco”<sup>9</sup> é um exemplo especialmente sólido, já que suas disposições são juridicamente vinculativas.

Outros instrumentos fornecem estratégias globais e opções políticas para reduzir o uso nocivo do álcool, e melhoria da dieta, nutrição e atividade física. Os Estados-Membros da OMS adotaram, também, as recomendações para reduzir a comercialização de alimentos e bebidas que não são saudáveis às crianças.

No entanto, mesmo que todas estas estratégias fossem implementadas com perfeição, ainda teríamos casos clínicos de doenças cardíacas, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e estes pacientes devem ser gerenciados em larga escala.

---

<sup>7</sup> No original: *WHO Surgical Safety Checklist*. Para mais informações, em português, sobre o Checklist: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1517/checklist\\_baseado\\_nas\\_recomendacoes\\_da\\_oms\\_reduz\\_a\\_morbidade\\_e\\_mortalidade\\_pos\\_operatoria.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1517/checklist_baseado_nas_recomendacoes_da_oms_reduz_a_morbidade_e_mortalidade_pos_operatoria.htm); <http://www.unimedbhonlineprestadores.com.br/2013/03/prevencao-de-erros-em-procedimentos-medicos-aplicacao-da-checklist-da-organizacao-mundial-de-saude/>

<sup>8</sup> No original *United Nations General Assembly (UNGA/GA)*.

<sup>9</sup> No original: *WHO Framework Convention on Tobacco Control*.

A prevenção é justamente a pedra angular para a resposta global. Mas, no nível individual, a nível pessoal, os médicos de família são a base tanto para a prevenção quanto para os cuidados.

Senhoras e senhores, por vezes, em reuniões técnicas, quando os dados e as estatísticas estão sendo discutidos em termos abstratos, tenho de lembrar aos participantes a parar por um momento. Voltar ao básico. Evocar as pessoas.

Isto é o que faz com que o nosso trabalho tenha sentido, seja como médicos de família ou como autoridades de saúde pública.

Os sistemas de saúde são instituições sociais. Eles fazem muito mais do que *entregar*<sup>10</sup> bebês e pílulas, da forma como o Correio entrega cartas. Devidamente gerido e financiado, um sistema de saúde que funcione bem contribui para a coesão social e estabilidade. Numa época em que tantos acontecimentos no mundo são motivo de indignação internacional, a coesão social e a estabilidade são bens valiosos em todo lugar.

Os sistemas de saúde devem ter especialistas e hospitais, é claro. Mas eles também devem ter médicos para a atenção primária que se preocupem com a prevenção. Eles devem ter médicos que conheçam os seus pacientes, por um tempo suficiente e bem o suficiente, para gerir verdadeiramente a totalidade da saúde em todas as suas múltiplas dimensões, incluindo as necessidades mentais e espirituais.

A dignidade que todo ser humano tem ao nascer desaparece tão facilmente no labirinto dos cuidados médicos de alta tecnologia, especializado e despersonalizado. Para os pacientes, ser capaz de falar com um médico e passar por um exame profissional tem valor terapêutico, mas também valor social, como um ritual.

A tecnologia e os computadores nunca podem substituir o lado humano da relação médico-paciente. Uma relação de longo prazo que instila confiança, edifica motivação. Pessoas motivadas são as mais propensas a aceitar a responsabilidade individual para a manutenção de uma boa saúde.

A atenção primária é a nossa maior esperança para o futuro. Os médicos de família são as nossas estrelas em ascensão para o futuro.

Das cinzas acumuladas pelo cuidado médico altamente especializado, desumanizado e comercializado, a medicina de família surge como uma Fênix, e toma voo, estendendo seu espectro completo de luz, com a promessa de um arco-íris.

Esta é a antiga aliança histórica entre médicos e pacientes, e, é para este lugar, que os profissionais de saúde e médicos precisam retornar. Eu encorajo todos vocês a continuar a cultivar o lado humano da medicina.

Obrigada.

---

<sup>10</sup> No original *deliver*, palavra inglesa que pode significar, entre outros significados, tanto a entrega e distribuição de algo, bem como, a ação de dar à luz. Polissemia intraduzível na língua portuguesa.