

Preconceitos, desinformação e a lei dos cuidados inversos

ARMANDO BRITO DE SÁ*

Em entrevista recente ao jornal «Médico de Família»¹, o Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, afirma que *«...temos um problema que é a falta de cobertura da população pelos chamados cuidados de saúde primários. É evidente que aqueles profissionais (poli-clínicos) têm a competência técnica para o exercício da medicina, para este tipo de funções de cobertura da população; para levar cuidados de saúde primários às pessoas»*.

O Ministro da Saúde, cujas credenciais como gestor são conhecidas, é um recém-chegado à área da saúde. A afirmação acima vertida, mais que o produto de reflexão pessoal, tem provavelmente origem na sua equipa. A «evidência» referida pelo Ministro da Saúde fundamenta-se num estereótipo clássico: «clínica geral» (ou «cuidados de saúde primários» – normalmente verifica-se confusão entre estas designações) é a medicina praticada pelos «não-especialistas», ou seja, os médicos sem uma especialidade praticada no âmbito hospitalar. Apesar de se verificar uma evolução positiva no reconhecimento da Medicina Geral e Familiar por parte dos colegas das outras especialidades, o preconceito sobre a menor diferenciação da MGF (logo, alegada maior facilidade da sua prática) é ainda generalizado, ainda que nem sempre expresso. Assim, a afirmação do Ministro da Saúde, na sua candura,

representa a convicção de que é possível a prestação de cuidados primários de qualidade por médicos sem formação complementar. Não é ainda ao Ministro, que faz tal declaração seguramente convicto da bondade da proposta, que devem ser pedidas explicações por uma monstruosidade deste calibre. É, todavia, essencial que lhe chegue a informação adequada para decisões adequadas.

Não é objectivo deste Editorial justificar a existência da nossa especialidade. Além de fastidioso, esse exercício seria redundante face à riqueza de informação disponível. Duas mensagens, contudo, merecem ser reforçadas:

1. A MGF e os cuidados de saúde primários, na sua vertente de prestação de cuidados personalizados, são praticados nos países civilizados por *médicos de família*, profissionais com treino específico para essa função, e não somente com a formação pré-graduada ou genérica fornecida por um internato geral. As deficiências identificadas nos países em que tal não acontece limitam-se a confirmar esta regra².

2. A convicção de que, pelas medidas propostas, se melhora os cuidados de saúde às populações, será quando muito honesta e bem intencionada. Ela é, contudo, destituída de sentido. A Lei dos Cuidados Inversos, inicialmente formulada por Tudor Hart, em 1970³ e comprovada empiricamente em diferentes contextos^{4,6}, indica que este tipo de estratégia não só não melhora a qualidade dos cuidados como contribui decisivamente para o aumento das

* Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

desigualdades entre os diferentes níveis sociais. Isto, naturalmente, porque ninguém tem quaisquer ilusões sobre que estratos populacionais seriam servidos por estes médicos sem formação: poderemos estar seguros de que não seriam os grupos sociais mais favorecidos! Afinal, em momentos de aflição, não procuramos sempre os melhores cuidados que podemos (ainda que a percepção do que são «melhores cuidados» esteja frequentemente distorcida?)

É importante que os decisores, nomeadamente o Ministro da Saúde, se capacitem de que, ao contrário do que afirmam, os «policlinicos» não têm competência para prestar cuidados de saúde primários de qualidade à população. Muito simplesmente falta-lhes formação, para cuja obtenção existe o Internato Complementar de Clínica Geral. É através do aumento do número de médicos no Internato e de incentivos à produtividade dos médicos no activo que se poderá solucionar o problema do défice de cobertura populacional. Atirar médicos sem formação para o terreno, nos nossos dias, seria

um erro clamoroso cuja principal vítima seria a população portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S/A. Luís Filipe Pereira já sabe o que quer para os Cuidados de Saúde Primários. *Jornal Médico de Família* nº30, Julho 2002: 46-52.
2. WONCA-WHO. Towards Unity for Health and Family Medicine. A Working Paper based on the proceedings of the WONCA-WHO Collaboration Meeting in Durban, South Africa May 17-19, 2001. In URL <http://www.globalfamilydoctor.com/publications/index.htm>.
3. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; i: 405-412.
4. Manson-Siddle CJ, Robinson MB. Super Profile analysis of socioeconomic variations in coronary investigation and revascularisation rates. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 507-512.
5. Pell JP, Pell AC, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ* 2000; 320:15-19.
6. Hart JT. Commentary: Three decades of the inverse care law. *BMJ* 2000; 320: 19.
7. London L, Bachmann OM. Paediatric utilisation of a teaching hospital and a community health centre. Predictors of level of care used by children from Khayelitsha, Cape Town. *S Afr Med J* 1997; 87:31-6.