

Dizer adeus aos *cuidados de saúde primários?*

Ao ler um dos boletins editados pelo projecto BIOMED/EURO HEALTH REFORM NETWORK, deparei com esta pergunta que, evidentemente, chamou a minha atenção, até porque vinha na mesma linha de algumas reflexões e interrogações que eu próprio tenho tido: «*Is it goodbye to primary care?*»

A frase inseria-se no resumo executivo do relatório sobre uma conferência que teve lugar em Madrid, no âmbito do desenvolvimento do projecto EHR, na qual os trabalhos se deveriam centrar nas mudanças da interface entre *cuidados primários* e *secundários*.

E foi curioso e interessante *navegar* nos relatos das discussões, focadas em aspectos de política e conteúdo, mas também de linguagem e terminologia.

A questão levantada relativa a *dizer adeus aos cuidados de saúde primários* não respeitava, como é óbvio, ao conceito, apesar dos seus vinte anos de existência, até porque conceitos não se mudam e não devem ser reformados ou alterados. Conceitos são conceitos. Imutáveis.

Respeitava, isso sim, ao seu alcance, às metas e êxitos prospectivados e atingidos ou não, à relevância de algumas das suas componentes, aos progressos na interacção *primários* com *secundários* tão esperançosos e apregoados, à eficiência e efectividade do modelo e, finalmente, à terminologia.

De que é que se trata realmente quando se fala de *cuidados de saúde primários* em países de razoável desenvolvimento e será a terminologia ainda a apropriada? «A velha terminologia foi vista como incapacitante e antiquada.»

No Reino Unido — a indestronável escola de administração de saúde — os (chamemos-lhes) *cuidados primários* foram sempre *sui generis* e de alta qualidade, baseados no médico de clínica geral (*general practitioner*), praticando uma medicina de diagnóstico e tratamento fortemente personalizada, de primeira instância (*primários*) e obrigatória para a referência aos hospitais (*secundários*).

Esperamos que este modelo, no qual o médico tem uma fortíssima preparação em Medicina Interna, não seja adulterado pelas inovações sobre a separação entre compradores e prestadores, os «Fundholding GPs».

Na Suécia, o sistema que, conceitual, orgânica e pragmaticamente, se baseava essencialmente nos hospitais e prestações hospitalares, introduziu reformas fortemente descentralizadoras, com centros de saúde e equipas integradas de *cuidados primários de saúde* pagas por salário, onde o doente é atendido por um dos médicos que está em serviço, ou por uma enfermeira.

Apesar das reformas, o sistema continua, por inflexão social ocasionada pela procura, a basear-se fortemente nos serviços hospitalares, identificando-se como razão capital a natureza impessoal do atendimento nos centros de saúde, segundo o modelo normativo clássico dos *cuidados de saúde primários*.

Perante isto, os Suecos estão a inflectir a estratégia da reforma, através de programas experimentais em que o centro de saúde e a equipa de saúde são substituídos pelo médico de clínica geral com uma ligação personalizada ao doente e à sua família.

Um bom testemunho e ensinamento vem da Finlândia, país insuspeito nestas matérias.

Nos meados da década de 80 a Finlândia introduziu um conjunto de mudanças ao nível dos chamados *cuidados primários*, destinadas a melhorar a continuidade dos cuidados, o nível de satisfação dos doentes e profissionais, bem como a eficiência e a efectividade do esquema.

Essas mudanças consistiram em apostar em cuidados **médicos** primários, incluindo a introdução de um programa de médico pessoal, no qual a responsabilidade pela prestação de assistência aos indivíduos foi retirada ao centro de saúde e entregue ao clínico.

De acordo com o relatório da conferência referida, desenvolvimentos recentes na Finlândia levaram a pensar estender a fundamentação do esquema de médico pessoal do doente a outros aspectos da rede de *cuidados primários*. Pensa-se, entretanto, que a eficiência e a efectividade do sistema melhoraram muito, decorrendo neste momento projectos para a sua avaliação rigorosa.

Os delegados à Conferência de Madrid comentaram que, excluindo o caso do Reino Unido, os *cuidados primários* não desempenham, ou desempenham muito mal, as funções de *gatekeeping*, podem mesmo não representar a *primeira* instância e que seria mais pertinente falar de duas dimensões — cuidados gerais *versus* cuidados especializados ou hospitalares, atendo-se preferencialmente à realidade e às verdadeiras questões e problemas em vez de ficar paralisado face aos conceitos dos sistemas existentes.

A abordagem, o figurino, as estratégias e até a nomenclatura desenvolvidos a partir de 1977 (por vezes defendidos ao transe com laivos de fundamentalismo) teriam acabado por institucionalizar e reforçar campos bem extremados, reforçar barreiras à colaboração e continuidade, exacerbar lutas sectoriais tradicionais e facilitar a pulverização dentro do sistema.

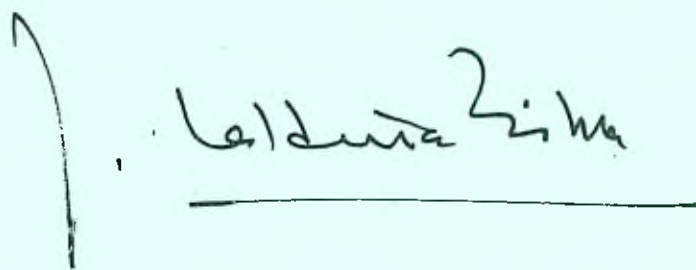
E nós?

Nós devemos estar atentos e abertos a interrogações e debates que, à primeira vista, parecem sacrílegos. Não resulta tomar uma atitude conformista ou situacionista, isto é, manifestando inércia para abordar novas hipóteses e novos caminhos do pensamento.

Da análise desinibida e discussão sem preconceitos pode nascer alguma luz que melhore a *performance* dos centros de saúde e dos médicos de clínica geral, a satisfação dos doentes, a famosa *articulação* de níveis de cuidados e a eficiência e efectividade dos ainda chamados *cuidados de saúde primários*.

Talvez prestar muita atenção a um médico pessoal, assistente, de família, sem lhe chamar qualquer coisa diferente, muito bem qualificado e especialmente apto em Medicina Interna. Um médico possuindo uma fortíssima preparação clínica.

Dizer ou não dizer adeus *aos cuidados de saúde primários*: Eis a questão?


Leitura Lima