

Os limites da prevenção: 50 anos da Lei de Hart

The limits of prevention: 50 years of Hart's Law

Los límites de la prevención: 50 años de la Ley de Hart

Alessandro da Silva Scholze¹ 

¹Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí (SC), Brasil.

Resumo

Em 1971, Hart publicou um artigo propondo a Lei dos Cuidados Inversos, segundo a qual “a oferta de cuidados médicos de qualidade tenderia a variar inversamente às necessidades da população atendida”. Ao longo dos últimos 50 anos, o texto foi citado com frequência crescente na literatura. Apresentamos aqui uma perspectiva de como as reflexões de Hart se articulam com as mudanças na Prevenção ao longo desse período, especialmente no que toca à Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária de Saúde; Fatores socioeconômicos; Prevenção.

Autor correspondente:

Alessandro da Silva Scholze
E-mail: alescholze@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 18/07/2021.

Aprovado em: 22/07/2022.

Editor Associado:

Adelson Jantsch

Como citar: Scholze AS. Os limites da prevenção: 50 anos da Lei de Hart. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3161. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3161](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3161)



Abstract

In 1971, Hart published an article proposing the Inverse Care Law, suggesting that “The availability of good medical care tends to vary inversely with the needs of the population served”. Over the past 50 years, the article has been cited with increasing frequency in the literature. The present article brings a perspective about how Hart’s reflections connect with the changes on Health Prevention throughout this period, especially in relation to Primary Health Care.

Keywords: Health services accessibility; Primary health care; Socioeconomic factors; Prevention.

Resumen

En 1971, Hart publicó un artículo proponiendo la Ley de Atención Inversa, según la cual “la provisión de atención médica de calidad tendería a variar inversamente a las necesidades de la población atendida”. Durante los últimos 50 años, el texto se ha citado con una frecuencia cada vez mayor en la literatura. Presentamos una perspectiva de cómo las reflexiones de Hart se articulan con los cambios en Prevención durante este período, especialmente en lo que respecta a la Atención Primaria en Salud.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud; Atención Primaria de Salud; Factores socioeconómicos; Prevención.

A LEI DOS CUIDADOS INVERSOS

O que ficou conhecido como Lei de Hart foi enunciado logo no resumo do artigo de Julian Tudor Hart intitulado *The Inverse Care Law*, publicado no *Lancet* em 1971: “A oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar inversamente às necessidades da população atendida”.¹

O texto inicia discutindo as iniquidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde no Reino Unido com a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS) em 1948. Tentativas de revertê-las via incentivo financeiros, como pagamentos menores para médicos em áreas com maior concentração de profissionais ou contratação de profissionais estrangeiros para locais de difícil fixação dos médicos, mostravam-se insuficientes. A limitação a ser superada estaria nas condições de trabalho com listas de pacientes muito numerosas e estrutura física inadequada. Ainda, a formação médica na época pouco preparava o estudante para a Atenção Primária à Saúde (APS), malvista pelos preceptores que atuavam nos hospitais e pouco atraente do ponto de vista de uma “carreira” tradicional.

Talvez não por coincidência essa descrição se pareça muito com um resumo da situação atual no Brasil, sugerindo-se que ambos representam momentos de consolidação da APS em Sistemas Universais de Saúde, guardadas as proporções de número de habitantes e condições econômicas.

O corpo de conhecimento em meio ao qual a Lei de Hart foi concebida modificou-se amplamente e suas conclusões basearam-se na experiência do autor, refletindo as discussões da época, mais que uma busca sistemática por estudos relacionando acesso e qualidade dos serviços de saúde a desfechos de morbimortalidade. De 1971 até hoje, o impacto dos determinantes sociais nos resultados em saúde se tornou cada vez mais evidente, as ações preventivas ampliaram-se e os Sistemas de Saúde baseados na APS difundiram-se, a exemplo do NHS e do Sistema Universal de Saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde — SUS). Entretanto, um estudo bibliométrico mostrou que o artigo foi citado 528 vezes até 2010, sendo 268 citações apenas na primeira década dos anos 2000, sugerindo progressiva difusão do texto diante de sua atualidade.²

A reflexão proposta aqui se dedica a compreender como esses aspectos envolvidos no enunciado da Lei de Hart são percebidos hoje, especialmente no que toca à prevenção secundária, em razão do impacto dos rastreamentos nos serviços de APS.

O PISO DA PREVENÇÃO

Somente em 1976, Leavell e Clark propuseram os níveis de prevenção primário, secundário e terciário;^{3,4} portanto, tais distinções nem foram cogitadas por Hart quando apontou que os “serviços médicos não são os maiores determinantes de mortalidade ou morbidade; estas dependem mais de padrões de nutrição, habitação, ambiente de trabalho e educação, e da presença ou ausência de guerra”.

Antecipava-se, assim, ao Relatório Lalonde,⁵ lançado pelo Ministro da Saúde do Canadá em 1974, um dos marcos iniciais da Promoção da Saúde, que propôs o conceito de Campo da Saúde, constituído de quatro elementos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde. Esse último, o sistema de saúde como tal, era alvo da maior parte dos investimentos visando a melhorias nas condições de saúde da população, porém o ambiente e o estilo de vida mostravam mais potencial para trazer tais melhorias, pois junto à biologia humana, eram os elementos responsáveis pelo maior quantitativo de morbidade e mortalidade precoce. Essa percepção foi quantificada pouco depois em uma pesquisa estadunidense, evidenciando que os serviços de saúde recebiam 90% dos investimentos federais em saúde e influenciavam em apenas 11% da mortalidade.⁶

A Promoção da Saúde reconheceu nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) a base sobre a qual se sustentam quaisquer outras ações visando realmente gerar saúde, uma vez que ações preventivas atuam sobre a doença, mantendo inalteradas as condições que favorecem seu surgimento, ou seja, os DSS. Já a Promoção da Saúde busca capacitar os indivíduos e as comunidades para reconhecerem e modificarem seus DSS de forma sustentável, gerando saúde como um direito, em lugar de um bem de consumo. É essencial o reconhecimento de como os DSS direcionam os estilos de vida, estabelecidos nas redes sociais das quais cada pessoa faz parte em meio a um determinado contexto socioeconômico. Assim, simplesmente exigir um estilo de vida saudável de alguém imerso em uma condição social desfavorável constitui culpabilização da vítima. A Promoção da Saúde orienta-se para um bem-estar global, exigindo uma coordenação de ações entre diferentes setores da sociedade, transcendendo os serviços de saúde, a fim de garantir paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos naturais sustentáveis, justiça social e equidade.⁷

Identifica-se aqui o primeiro limite da prevenção, seu “piso”, nas condições de vida das pessoas que são alvo de qualquer ação preventiva. Hart apontou-as como desigualdades sociais com consequências na saúde superáveis, ao menos em parte, pela distribuição equânime de recursos dos serviços de saúde. Para além da renda ou equidade em saúde isoladamente, a maior ou menor justiça social presente em uma sociedade, no sentido de desigualdade social, foi demonstrada pela epidemiologia nas últimas décadas como diretamente relacionada com uma série de resultados em morbimortalidade.⁸

Assim, o limite inferior ou “piso” da prevenção pode ser superado pela Promoção da Saúde, na medida em que os investimentos sejam voltados para melhorar as condições de vida relacionadas ao meio ambiente e ao contexto que orienta os estilos de vida, com especial atenção à redução das desigualdades de renda.

O TETO DA PREVENÇÃO

Em 1995, Jamouille propôs uma nova perspectiva para os níveis de prevenção em saúde, acrescentando a Prevenção Quaternária e relacionando-a aos demais níveis considerados previamente (Quadro 1). Essa atualização veio ao encontro das críticas dirigidas aos resultados questionáveis não apenas da medicalização de situações da vida, mas também de ações preventivas em expansão, gerando

Quadro 1. Níveis de prevenção em saúde.⁹

		Ponto de vista do médico	
		Ausência de doença	Doença presente
Ponto de vista do paciente	Sente-se doente	Prevenção I Intervenção antes da doença – Informação em saúde – Aconselhamento genético – Vacinação – Diminuir a incidência	Prevenção II Evitar falsos negativos – Rastreamento – Diagnóstico precoce – Diminuir a prevalência
	Sente-se bem	Prevenção IV Evitar falsos positivos – Evitar a sobremedicalização – Evitar cuidados dispensáveis – Proteger o paciente	Prevenção III Tratamento e prevenção das complicações – Tratamento agudo e crônico – Prevenção das complicações – Reabilitação – Cuidados paliativos

benefícios em alguns casos, mas que se acompanham de custos eventualmente insustentáveis, tanto financeiros quanto pessoais. Propõe-se, então, a identificação de pessoas vulneráveis a iatrogenias, de modo a oferecer-lhes alternativas eticamente aceitáveis.⁹

O sobrediagnóstico e o sobretratamento constituem atualmente uma das vertentes mais discutidas dos limites da prevenção, seja pelo risco de iatrogenias, seja pelos custos desnecessários para os sistemas de saúde. O sobrediagnóstico difere de um falso-positivo na medida que o problema detectado realmente existe em suas definições médicas, assim como o sobretratamento não é uma terapêutica indicada erroneamente. A dificuldade para identificá-los surge exatamente por serem diagnósticos corretos e tratamentos adequados, porém desprovidos de benefícios para a pessoa tratada mesmo na ausência de eventos adversos. Isso, porém, só é visível em estatísticas populacionais de longo prazo, nunca no nível individual ou no tempo presente. Assim, intervenções preventivas de rastreamento que geravam expectativas positivas quando do início de sua implementação mostraram-se, nas últimas décadas, ineficazes.¹⁰

Podemos traçar aqui o segundo limite da prevenção em saúde, um “teto” a partir do qual as ações preventivas não apenas deixam de ser úteis, mas se tornam potencialmente danosas tanto para os indivíduos quanto para a sociedade.

Ainda que Hart tenha analisado os Cuidados Inversos previamente à descrição dos níveis da prevenção e antes das tecnologias que hoje permitem uma grande diversidade de rastreamentos, ele considerava o papel do mercado como contraproducente na saúde, exacerbando a condição na qual os cuidados médicos de qualidade são oferecidos na razão inversa de sua necessidade. A situação dos cuidados excessivos não foi, portanto, aprofundada por Hart, tornando-se um problema crescente em razão da mercantilização da doença: o estímulo à sobremedicalização em diferentes áreas da medicina a fim de ampliar o mercado para produtos da indústria médico-farmacêutica, sejam intervenções diagnósticas, sejam intervenções terapêuticas.

ENTRE O PISO E O TETO: UMA PREVENÇÃO SUSTENTÁVEL

Tomando emprestada uma representação criada pela economista Kate Raworth para a economia sustentável no século XXI, podemos visualizar os limites da prevenção. A representação conhecida como “Doughnut Economics”, ou Economia Rosquinha, mostra o crescimento infinito como uma ilusão

potencialmente danosa para a vida humana, posto que insustentável e sem relação com o bem-estar das pessoas a quem a economia deve servir. O limite interno da rosquinha representa nossas bases sociais, determinadas pelas condições básicas de vida como habitação, acesso a água e alimentos, enquanto o limite externo do desenvolvimento econômico é definido pelo meio ambiente, como a poluição do ar ou mudanças climáticas. Quando a sociedade consegue se manter dentro de tais margens, é possível que todos prosperem de forma segura.¹¹

Transpondo os limites da prevenção para um modelo similar (Figura 1), teríamos uma área do círculo verde na qual as ações preventivas são eficazes para obter aquilo que Gervaz e Péres denominaram a tarefa da prevenção: reduzir a morbidade e a mortalidade precoce sanitariamente evitáveis.¹² Aquém do limite do círculo, a prevenção é incapaz de superar os determinantes sociais desfavoráveis quando as condições de vida desiguais fazem com que as ações preventivas percam sua potencialidade, ou mesmo redundem em medicalização das condições de vida, sensíveis basicamente a ações de Promoção da Saúde. Enquanto isso, além do limite do círculo, as ações preventivas perdem eficácia em razão do excesso. Ao extrapolar o “teto” da prevenção, surgem riscos de iatrogenia e a perda da sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde com aumento das iniquidades. Em ambos os extremos, valida-se a Lei dos Cuidados Inversos: no primeiro, pela falta de resultados, e no segundo, pelo excesso de cuidados preventivos, comprometendo a qualidade dessas ações.

Por fim, Hart reflete sobre o último item que se encontra no resumo como corolário da Lei dos Cuidados Inversos: “A provisão de cuidados médicos pelo mercado é uma construção social primitiva e historicamente anacrônica, qualquer retorno a ela resultaria em piora na distribuição de recursos médicos”.

Excessos da prevenção

- ✓ Sobrediagnóstico
- ✓ Sobretratamento
- ✓ Sobreutilização
- ✓ Sobremedicalização
- ✓ Erro diagnóstico
- ✓ Uso abusivo
- ✓ Mercantilização da doença
- ✓ Cuidados de baixo valor

Prevenção quaternária

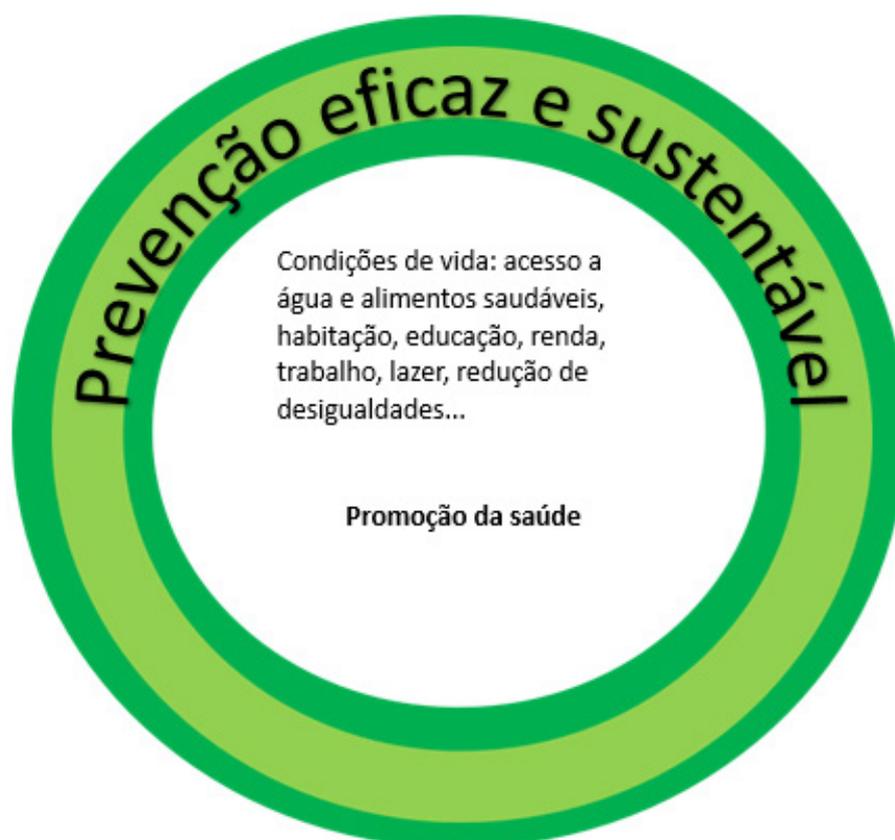


Figura 1. Limites da prevenção eficaz e sustentável.

Ele reconheceu os resultados positivos no acesso a serviços médicos de qualidade como resultado da decisão do NHS para retirar a APS do âmbito do mercado.

Essa proposta controversa foi inicialmente defendida por poucos *General practitioners* (GPs), enquanto a maioria defendia que a relação médico-pessoa se mantivesse baseada em uma transação financeira. Porém, a abolição desta qualificou tal relação, passando-se a pensar e planejar o trabalho em torno da atenção a uma população definida, superando a distribuição de recursos injusta e irracional da relação de consumo regulada pelo mercado.

O que ele apontou como uma previsível piora das condições sociais na época em razão de mudanças na matriz econômica também se faz presente hoje com novas tecnologias e a redução de direitos na “uberização” do trabalho, com conseqüente perda de renda e suporte social para as famílias. O que exacerba as dificuldades atuais em relação ao momento histórico do artigo de Hart é que ele escreveu durante a ampliação dos Estados de Bem-Estar Social, conhecidos pela orientação econômica de prover serviços públicos de qualidade para garantir direitos como educação, saúde, habitação e reduzir desigualdades; enquanto o momento presente resulta de uma desconstrução dessas iniciativas a partir da década de 1980, com a busca neoliberal de um Estado mínimo no qual serviços em geral devem ser oferecidos pela iniciativa privada em relações de consumo.

Nesse sentido, Hart concluía sobre o NHS que:

Os benefícios do serviço de saúde resultam em maior parte dos princípios simples e claros segundo os quais foi concebido: um serviço nacional abrangente, disponível para todos, gratuito no momento da utilização, sem contribuição individual, e financiado por impostos.

Essa foi outra observação confirmada posteriormente na prática inclusive no Brasil, onde a Estratégia Saúde da Família foi reconhecida como um fator de redução nas iniquidades no acesso e utilização dos cuidados em saúde, com melhora na qualidade e na satisfação dos usuários tanto em relação a Unidades Básicas de Saúde tradicionais quanto a serviços privados. Ainda, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) atingindo municípios de renda mais baixa propiciou a superação das desigualdades em saúde com redução de mortalidade infantil, mortes cardiovasculares e hospitalizações por condições sensíveis à APS.¹³

Assim, para além de todo o arcabouço teórico que passou a sustentar as premissas da Lei dos Cuidados Inversos, revisitar o texto de Hart nos serve hoje, especialmente no Brasil, como um alerta para reconhecermos a importância das conquistas em saúde advindas de sua concepção como um direito e não um bem de consumo, sem a qual as desigualdades sociais e em saúde ainda presentes nunca serão superadas, por mais recursos que sejam drenados para ações preventivas pouco eficazes e eventualmente danosas.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1(7696):405-12. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x)
2. Maia MFS, Caregnato SE. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde: estudo bibliométrico sobre a lei dos cuidados inversos. In: XI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2010 out 25-28, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: IBICT; 2010. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/7787>

3. Barbosa LMM, Machado CB. Glossário de epidemiologia e saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, orgs. Epidemiologia e saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 663-98.
4. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
5. Lalonde M. El concepto de 'campo de la salud': una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996. p. 3-5.
6. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indic Res* 1976;2(4):453-66. <https://doi.org/10.1007/BF00303847>
7. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
8. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med* 2015;128:316-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
9. Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;9(31):186-91. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867)
10. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>
11. Ross F. Kate Raworth – doughnut economics: seven ways to think like a 21st century economist (2017). *Regional and Business Studies* 2019;11(2):81-6. <https://doi.org/10.33568/rbs.2409>
12. Gérvas J, Fernández MP. São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed. 2016.
13. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* 2015;372(23):2177-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>