



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A Prevenção Quaternária na prática médica prescritiva na Atenção Primária à
Saúde durante a Pandemia de Covid-19**

LUCAS KNUPP

Ouro Preto – MG

2022

Lucas Knupp

A Prevenção Quaternária na prática médica prescritiva na Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia de Covid-19.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE vinculado ao pólo da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família

Orientadores:

Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Dra. Adriana Maria de Figueiredo

Ouro Preto - MG

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S237a Santos, Lucas Leonardo Knupp Dos.
A Prevenção Quaternária na prática médica prescritiva na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de Covid-19.. [manuscrito] / Lucas Leonardo Knupp Dos Santos. - 2022.
104 f.: il.: color., gráf., tab..

Orientadores: Profa. Dra. Adriana Maria Figueiredo, Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi.

Coorientador:

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Prática clínica Baseada em Evidências. 3. Infecção pelo Sars COV 2. 4. Prevenção Quaternária. 5. COVID 19. I. Figueiredo, Adriana Maria. II. Savassi, Leonardo Cançado Monteiro. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO PROFISSIONAL EM
SAUDE



FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucas Leonardo dos Santos Knupp

"A Prevenção Quaternária na prática médica prescritiva na Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia de Covid-19"

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Aprovada em 29 de julho de 2022.

Membros da banca

Prof. Dr. (a). Leonardo Cançado Monteiro Savassi – UFOP (Orientador)
Prof. Dr. (a). Adriana Maria de Figueiredo – UFOP (Co-orientadora)
Prof. Dr. (a) Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro – UFC (Membro externo)
Prof. Dr. (a). Ricardo Alexandre de Souza – UFMG (Membro externo)
Prof. Dr. (a). Eloísa Helena de Lima – UFOP (Membro interno)

Leonardo Cançado Monteiro Savassi, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito no Repositório Institucional da UFOP em 20 de agosto de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cancado Monteiro Savassi, COORDENADOR(A) DO CURSO DE Mestrado Profissional em Saúde da Família**, em 20/09/2022, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0401022** e o código CRC **5200DCFF**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.008926/2022-54

SEI nº 0401022

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: - www.ufop.br

A todos que perderam a vida durante a pandemia e a todos os profissionais de saúde que lutaram para minimizar o genocídio.

AGRADECIMENTOS

A minha companheira Gabi e nossa gata Gandalfa que me fazem superar qualquer dor que o reumatismo consiga causar! As minhas duas Mães que sempre me protegem e iluminam independentemente de onde estou. Meninão e os nove primos que nunca deixam de me motivar. Aos alunos e residentes que me mostram diariamente que não há limite para a construção do conhecimento. A Coordenação e aos Orientadores do mestrado que ajudaram esse deficiente a galgar mais um importante passo! Vamos Dexpertamos!!!

“Existem dois tipos de doutores: os que atuam com os cérebros e os que o fazem com as línguas”. Willian Osler

RESUMO

Com a emergência da Pandemia do Covid-19, a população busca por tratamento e/ou cura da Covid-19, os profissionais de saúde têm de lidar com esse desejo por tratamentos com eficácia não comprovada e enfrentar o crescente negacionismo em nossa sociedade. Diante desse cenário, torna-se importante retomar o conceito da Prevenção Quaternária (P4), criada pelo Médico de Família e Comunidade Belga Marc Jamouille, que resgata o princípio hipocrático do *Primum non nocere*.

Nesse estudo exploratório de abordagem qualitativa utilizam-se entrevistas em profundidade para compreender os sentimentos vividos pelos profissionais da Atenção Primária que atuaram durante a pandemia bem como seu conhecimento sobre a P4 e utiliza-se a análise temática para trazer os fatores dificultadores e facilitadores de sua prática.

Foram entrevistados 10 médicos, com distribuição homogênea entre os gêneros na amostra, 9 profissionais possuem residência médica em Medicina de Família e Comunidade. A média de idade dos entrevistados foi de 37,5 anos e o tempo de prática médica média foi de 12,9 anos.

Os fatores dificultadores que emergiram após a análise temática foram o negacionismo e a graduação médica, por outro lado os facilitadores foram a residência médica, as habilidades de comunicação, a prática em saúde baseada em evidências e a longitudinalidade.

As entrevistas em profundidade com estímulo a narrativa permitiram compreender os sentimentos dos profissionais, principalmente, o medo diante do novo, de ser agente de contágio para seus contactantes íntimos, das perdas e do luto, a ideia de impotência diante da propaganda de desinformação perpetuada por lideranças, principalmente, o presidente da República.

Existe muito que melhorar nos cuidados em saúde providos pela Atenção Primária à Saúde no Brasil, entretanto esse estudo sugere que o investimento na residência médica é importante para qualificar a prática prescritiva em cuidados de saúde que respeita os princípios da prevenção quaternária.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Prática em Saúde Baseada em Evidências, Pandemia de Sars COV 2, Prevenção Quaternária

ABSTRACT

With the emergence of the Covid-19 Pandemic, the population seeks treatment and/or a cure for Covid-19, health professionals had to deal with this desire for treatments with unproven effectiveness and face the growing denialism in our society. Given this scenario, it is important to get back to the Quaternary Prevention (P4) concept, developed by the Belgian Family doctor Marc Jamouille, which rescues the Hippocratic principle of *Primum non nocere*.

In this exploratory study with a qualitative approach, in-depth interviews are used to understand the feelings experienced by Primary Care professionals who worked during the pandemic, as well as their knowledge about P4, and thematic analysis is used to bring the factors that hinder and facilitate their practice.

10 physicians were interviewed, there was a homogeneous distribution between the genders in the sample, 9 professionals have a medical residency in Family and Community Medicine. The average age of respondents was 37.5 years and the average time of medical practice was 12.9 years.

The hindering factors that emerged after the thematic analysis were denialism and medical graduation, the facilitators were medical residency, communication skills, evidence-based health practice and longitudinality.

The in-depth interviews with narrative stimulation made possible to understand professionals' feelings, especially the fear of being a contagion agent for their intimate contacts, of losing and grief, the impotence in the face of the disinformation propaganda perpetuated by leaders, especially the President of the Republic.

There is much to improve in health care provided by Primary Care in Brazil, however this study suggests that investment in medical residency is important to qualify prescriptive practice in health care that respects the principles of quaternary prevention.

Keywords: Primary Health Care, Evidence-Based Health Practice, Sars Pandemic VOC 2, Quaternary Prevention

LISTA FIGURAS

Figura 1. Modelo tradicional de Prevenção Quaternária (JAMOULLE; GOMES, 2013) adaptado pelo autor	35
Figura 2. Prevenção Quaternária representada por Jamouille (GUSSO; LOPES, 2012) Adaptado pelo autor	37
Figura 3. P4 ao longo de um encontro (JAMOULLE e colab., 2015) Adaptado pelo Autor.....	38
Figura 4. Modelo atualizado para decisões clínicas baseadas em evidências. (HAYNES e colab., 2002) Adaptado pelo autor.....	40
Figura 5. A proposta da nova pirâmide da medicina baseada em evidências.....	42
Figura 6. Mapa Mental de análise das entrevistas	48
Figura 7. Mandala Temática.....	50
Figura 8. Modelo de crenças em Saúde (COLETA, 1997) Adaptado pelo autor	62
Figura 9. Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART e colab., 2017) Adaptado por Savassi e Autor.	65
Figura 10. Árvore das competências e características do MFC (ALLEN e colab., 2011) Adaptado pelo autor.	66

LISTA GRÁFICOS

Gráfico 1. Média móvel de mortes por Covid-19 no Brasil (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022).....	27
Gráfico 2. Média móvel de Casos de Covid-19 no Brasil (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022).....	27
Gráfico 3. Média móvel de mortes por Covid-19 em Minas Gerais (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)	28
Gráfico 4. Média Móvel de casos de Covid-19 em Minas Gerais (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)	28
Gráfico 5. Média móvel de mortes por Covid-19 em Belo Horizonte (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)	28
Gráfico 6. Média móvel de Casos de Covid-19 em Belo Horizonte (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)	29
Gráfico 7. Idade dos Entrevistados	46
Gráfico 8. Tempo de prática médica dos entrevistados.....	46
Gráfico 9. Pós-graduação dos Entrevistados	47

LISTA QUADROS

Quadro 1. Ações de prevenção na pandemia	19
Quadro 2. Níveis de prevenção e ações na pandemia.....	49

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABIM	American Board of Internal Medicine
APS	Atenção Primária à Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COBEM	Congresso Brasileiro de Ensino Médico
ECGs	Eletrocardiogramas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
eSF	equipe da Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GP	General practitioner
HMOB	Hospital Metropolitano Odilon Behrens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
P4	Prevenção Quaternária
PSBE	Prática em Saúde Baseada em Evidências
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

UFOP

Universidade Federal de Ouro Preto

USP

Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	17
1.1 A Importância da Prevenção Quaternária para a Atenção Primária à Saúde e o Contexto da Pandemia do Covid-19	17
1.2 As redes de Saúde de Ouro Preto e Belo Horizonte	19
1.3 O pesquisador: Um Médico de Família e Comunidade	22
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral:	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3. Marco teórico.....	25
3.1 Pandemia do Covid-19.....	25
3.2 Atenção Primária.....	30
3.3 Prevenção Quaternária	34
3.4 Prática em saúde baseada em evidências.....	39
4. Método	43
4.1 Tipo de estudo	43
4.2 Participantes do Estudo	44
4.3 Coleta de Dados	44
4.4 Análise do Material.....	44
4.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	45
4.6 Comitê de Ética e Pesquisa	45
5. Resultados	46
6. Análise e Discussão	51
6.1 Análise Temática.....	51
6.2 As Evidências sobre as intervenções em saúde na Covid-19.....	51
6.3 Fatores facilitadores para utilização da P4.....	56
6.3.1 A Residência Médica	56
6.3.2 Habilidades de comunicação	60
6.3.3 Prática em Saúde Baseada em Evidências	69
6.3.4 Longitudinalidade.....	70
6.4 Fatores dificultadores para utilização da P4.....	71
6.4.1 Negacionismo	71
6.4.2 Graduação	74
6.4.3 Linha temporal relacionando as dificuldades à postura do Presidente Jair Bolsonaro.....	78
7. Conclusões.....	88

Apêndices.....	103
I) Termo de consentimento livre e esclarecido virtual	103
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICO DA ESF.....	103
II) Roteiro de Entrevista	105

1. Introdução

1.1 A Importância da Prevenção Quaternária para a Atenção Primária à Saúde e o Contexto da Pandemia do Covid-19

No Brasil e em outros países em desenvolvimento as doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas e as causas externas ainda compõem o principal foco de atenção dos serviços de Saúde e, por conseguinte, serão também as principais demandas da atenção primária. (MENDES, 2010) Além dessa tripla carga de doenças, o excesso de intervenção diagnóstica e terapêutica é danoso para a saúde das pessoas, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (MAKARY; DANIEL, 2016), pois nesse contexto, o público que acessa o serviço de saúde distingue-se consideravelmente do que acessa os serviços de complexidade secundária e terciária, sendo, na maior parte, uma população saudável. (GREEN e colab., 2001).

Contudo, essa população continuamente demanda consumir serviços de saúde. Illich (1976) atribui este fenômeno ao caráter excessivamente medicalizador, no qual se estrutura a relação médico-pessoa na sociedade atual. Diante desse cenário o médico de família belga Marc Jamouille formulou em 1986 o seguinte conceito de prevenção quaternária: “Ação tomada para identificar o paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de novas invasões médicas e sugerir-lhe intervenções eticamente aceitáveis” (JAMOUILLE; ROLAND, 2014). Isto significa que, frente a uma pessoa saudável, o profissional de saúde deve protegê-la dos excessos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos que podem causar adoecimento com cascatas de exames dispendiosos e angustiantes, ou mesmo trazer riscos à saúde.

São vários os exemplos de situações cotidianas na atenção primária, como: evitar solicitar radiografia para dores lombares nas primeiras 6 semanas sem sinais de alarme, não utilizar remédios para supressão da tosse em menores de 6 anos, não prescrever rotineiramente antibióticos para sinusite aguda leve a moderada (a menos que os sintomas durem 7 ou mais dias ou piorem após melhora clínica inicial), evitar uso de antiparasitário de rotina para crianças sem fatores de risco, não solicitar exame citopatológico do colo do útero para adolescentes ou idosas acima dos 65 anos. (ILIC e colab., 2013) (KOLIOPOULOS e colab., 2018) (KENEALY; ARROLL, 2013) (ROELOFS e colab., 2008). Assim, no cenário da Atenção Primária, a

prevenção quaternária deve ser bem compreendida e aplicada a fim de minimizar as intervenções médicas danosas em uma população sem doença.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 como pandemia e a partir desse momento e das primeiras orientações das medidas sanitárias para conter o vírus, como lavagem das mãos, isolamento de casos e distanciamento social, e com o avançar da Pandemia, a divulgação da utilização de medicações ditas como “preventivas à Covid-19”, sem a devida comprovação científica, até o advento das primeiras vacinas, a Atenção Primária e seus profissionais se viram às voltas com a necessidade de compreender os conceitos da Prevenção Quaternária e aplica-los a fim de minimizar o adoecimento e as iatrogenias advindas do cenário Pandêmico, para além de conseguir trabalhar a prevenção à contaminação, conseguir atender e não ser iatrogênico com as pessoas contaminadas. (OMS, 2020)

A prevenção quaternária deve ser realizada de forma transversal nos atendimentos médicos, sendo assim, podemos esquematizar a atuação esperada dos profissionais da Atenção Primária frente a cada uma das situações acima contempladas, em seus respectivos lócus de prevenções clássicas (primária, secundária e terciária) de Leavell e Clarck e na Prevenção Quaternária (Quadro 1). Entende-se que muitas dessas ações também dependiam de protocolos locais e da disponibilidade dos insumos.

Quadro 1. Ações de prevenção na pandemia

Ações Prevenção Primária	Ações de Prevenção Secundária
Lavagem das mãos, Uso de Máscaras, Isolamento de Casos, Distanciamento Social, Vacinação	Solicitar testes diagnósticos para sintomáticos respiratórios (Teste rápido e/ou RT-PCR) Solicitar testes diagnósticos para assintomáticos, contactantes de sintomáticos respiratórios ou de casos confirmados
Ações de Prevenção Terciária	Ações de Prevenção Quaternária
Orientar tratamento sintomático, avaliar e orientar os sinais de gravidade indicativos de necessidade de suporte em Unidade de Urgência/Emergência.	Identificar os usuários expostos a excessos de intervenção durante a pandemia. Evitar Medicamentos Preventivos ou para Tratamento sem eficácia comprovada (Hidroxi/Cloroquina, Ivermectina, Corticóide para casos leves)

Fonte: Elaborado pelo autor

1.2 As redes de Saúde de Ouro Preto e Belo Horizonte

Ouro Preto se situa na região central de Minas Gerais, distante 89 Km da capital, Belo Horizonte, é um município de grande extensão territorial (1.245.864km²), dividido em 12 distritos, com população de 70.281 dos quais 40.916 habitam a sede municipal habitantes e os demais 29.365 na zona rural. A rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ouro Preto é, em sua quase totalidade, pública. A atenção básica e de urgência é realizada por serviços municipais e a hospitalar é feita pela Santa Casa de Misericórdia - entidade filantrópica conveniada ao SUS. A rede ambulatorial conta com 10 unidades de saúde na área urbana e 33 locais de atendimento na área rural, 01 policlínica, 02 unidades de urgência e emergência. A rede de saúde mental dispõe de 3 equipes de Saúde Mental: CAPS, CAPSi e CAPS-

ad, sendo duas delas (CAPS-ad, CAPS - infantil) microrregionais, atendendo os municípios de Itabirito, Mariana e Ouro Preto para cada regional de saúde do município. No que tange à Atenção Primária à Saúde, o município implantou 10 equipes de ESF na área rural, cobrindo 100% desta área e 09 equipes de ESF na sede, tendo como equipe de apoio nessas unidades, clínico geral, ginecologista/obstetra, pediatra e nutricionista, perfazendo uma cobertura de 98%, da população com a Estratégia Saúde da Família. (OURO PRETO, [2021])

Belo Horizonte tem população de 2.375.151 habitantes, sendo que para gestão e planejamento da cidade, é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essa estrutura deu origem às nove regionais – elementos fundamentais na territorialização da saúde. É capaz de ofertar na Atenção Primária à Saúde mais de 213 mil consultas médicas, 200 mil doses de vacina, 400 mil visitas das equipes de Saúde da Família e 36 mil atendimentos odontológicos por mês. Nos atendimentos hospitalares, por sua vez, são mais de 20 mil internações e oito mil cirurgias eletivas ou de emergência realizadas mensalmente, além disso há demanda para serviços contratados, de forma complementar à rede própria, na atenção secundária. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2018)

O processo histórico e as políticas públicas que edificaram e que ainda constroem o SUS (MENDES, 2015) tornam ainda mais complexo o cenário brasileiro já que cabe ao nível municipal a execução do serviço de saúde. Assim, cada município brasileiro tem sua própria história de construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No município de Belo Horizonte, a partir de 1988, com a criação do SUS, observou-se um intenso desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, principalmente após a Norma Operacional Básica 01/93, momento em que a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) optou, em 1994, por realizar a gestão semiplena da sua Rede de Atenção à Saúde, evoluindo com a nova regulamentação Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 ao modelo de gestão plena. Assim, a gestão municipal responsabiliza-se por gerir toda a rede de atenção à saúde e não apenas o nível básico ou primário, assim como o município de Ouro Preto.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 elevou a importância do Programa de Saúde da Família (PSF) à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e criou incentivos financeiros específicos para a criação desse modelo de equipe multiprofissional composta por: 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 01 a 02 técnicos

de enfermagem e de 03 a 05 Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, os municípios de Belo Horizonte e Ouro Preto não mantiveram a consonância com o governo federal neste aspecto, de modo que atualmente, persistem na Atenção Primária as equipes multiprofissionais tipificadas pela ESF e as equipes tradicionais derivados do modelo russo proposto por Semashko (SHEIMAN e colab., 2018) que estabelecia a presença de 03 especialistas focais na atenção primária: Clínico Médico, Pediatra e Ginecologista configurando então uma atenção primária com modelo misto. (MENDES, 2015). Belo Horizonte divide seu território em 9 distritos sanitários e possui 148 Unidades básicas de saúde cobrindo 86,4% do seu território contando com 588 equipes de saúde da família, além dos clínicos, pediatras e ginecologistas de apoio, que atualmente compõe a rede mesmo sem compor o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2018)

Segundo dados do DATASUS, em Belo Horizonte a taxa de internação Hospitalares foi de 5,16/100 habitantes, computando um total de 113.560 internações, destas 0,888/100 habitantes foram motivadas por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, assim em 2012 foram 21.283 internações hospitalares em Belo Horizonte apenas por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde. Avaliando o mesmo período observa-se em Ouro Preto a ocorrência de 3530 internações, resultando numa taxa de internação de 0,57/100 habitantes. (DATASUS - 2011) .

O médico especialista em Medicina de Família e Comunidade qualifica a prática de saúde na Atenção Primária, assim conhecer os programas de residências nas cidades pesquisadas faz-se relevante. (MACINKO e colab., 2007). O Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB) iniciou-se em 2003 e nos seus quase 20 anos de existência já formou mais de 160 Médicos de família e Comunidade, atualmente o programa está presente nos 9 distritos sanitários de Belo Horizonte e, apesar de ser sediado por um Hospital Terciário, (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009) o lócus principal de formação do residente ocorre nos Centros de Saúde da Rede Municipal da PBH. Além desse serviço de Residência o Município de Belo Horizonte ainda abriga outros dois programas: O Serviço do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) contemporâneo do programa do HMOB e o Programa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte inaugurado em 2016, todos esses serviços compartilham

espaços de prática, contudo devido a característica geopolítica do município não existe estágios rurais obrigatórios.

Assim como o programa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte se beneficiou do Pro-Residência (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009) também o fez a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e a Cidade de Ouro Preto, assim num esforço conduzido pelo Prof Dr Rodrigo Pastor Alves Pereira Pastor MFC, estruturou-se em 2013 e hoje já com 8 anos de desenvolvimento conta com uma equipe de preceptores especialistas em Medicina de Família e Comunidade e também tem ênfase importante em medicina Rural.

1.3 O pesquisador: Um Médico de Família e Comunidade

Na pesquisa qualitativa, a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. (MINAYO, 2004) E para além da importância do rigor metodológico na forma de buscar as informações, conduzir as entrevistas e analisá-las, é interessante haver um conhecimento prévio de quem é esse pesquisador, quem trará essas informações até vocês, pois o pesquisador compreender sua própria subjetividade e como ela afeta ou não sua interpretação é mister para a credibilidade da pesquisa qualitativa.

Muito antes de esse pesquisador tornar-se Médico de Família e Comunidade e compreender a importância da prevenção quaternária e do Método Clínico Centrado na Pessoa, principalmente, o 1º componente, que distingue o adoecimento da doença, a criança Lucas Knupp já sofria com o excesso de intervenções médicas não eticamente aceitáveis. Apesar, de ser uma criança saudável com desenvolvimento neurológico, psicomotor e relacional normal uma hematúria macroscópica foi suficiente para a visão biomédica que fatia o ser humano me descrevesse como anormal e passasse a investigar, inclusive de forma invasiva, uma criança de 9 anos que pensava só ter um xixi que mudava de cor. Após 2 anos de muitos exames nada foi encontrado e o quadro de hematúria tornara-se mais raro, assim os especialistas desistiram de me diagnosticar e me permitiram seguir uma vida normal.

Contudo, 5 anos depois, enquanto sonhava, e muito praticava, para ser um atleta profissional elas começaram e nunca mais pararam: As dores articulares,

especialmente, nos dois joelhos. A confusão entre os amigos ao conviver com uma pessoa que sentia muitas dores no cotidiano, mas tinha disposição para entrar em quadra por um tempo determinado e praticar esportes competitivos, ainda com resultados expressivos, estava estruturada. E assim, com dores e pouca compreensão dos meus apoios sociais segui por mais 8 anos, até que o diagnóstico de Espondilite Anquilosante chegou e num primeiro momento, para mim foi intensamente reconfortante saber que as dores tinham razão de existir e não eram inventadas por mim.

Em 2007, com 23 anos já estudante de medicina e convivendo com as dores diárias há oito anos, estruturei minha relação com a doença muito influenciado pela minha querida Tia Penha. Senhora de 80 anos com Artrite Reumatoide desde 1979 e, atualmente, mesmo com cinco próteses no corpo segue bem-humorada, lúcida e cuidando de toda a família. Essa relação também foi mediada pela minha formação no cristianismo que me tranquilizavam quanto a necessidade de se passar pela fornalha da aflição, a fim de se obter a purificação do espírito. Desde então, até hoje, aos 37 sigo resoluto crendo que o meu sofrimento existe para me fazer ser um ser humano melhor.

Tive a oportunidade de brincar de atleta mais uma vez durante a graduação, mesmo com o diagnóstico, e contra algumas intervenções desastradas de médicos que me orientaram a só fazer o que não me provocasse dor, mesmo tendo me ouvido falar que eu sentia dor em pé, sentado ou deitado. Agora, já sou um ciborgue, ganhei minha 1ª prótese ano passado, e já tenho um novo desafio após a conclusão do mestrado. “Para Olimpíadas de Paris 2024 aí vamos nós!”

Com essa história de vida, tendo um *role model* de um Médico de Família e Comunidade na família, conhecedor de que a qualidade do cuidado prestado a pacientes portadores de doenças reumáticas parece variar substancialmente de acordo com o modelo de atenção utilizado (MACLEAN e colab., 2000), escolher a especialidade foi muito fácil. Após me formar em 2012 na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro mudei-me para Belo Horizonte onde me tornei um especialista generalista pelo Programa de Residência Médica do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, assim que concluí a residência tive convites para ingressar na docência em 2 instituições de ensino Superior e desde então sigo exercendo as funções clínico-assistências de preceptor e de docente sempre

interessado no estudo da Prevenção Quaternária, na necessidade de reconhecermos os danos à saúde das pessoas que a própria prática médica, pode causar.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Analisar o conhecimento dos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde, da Rede Municipal de Ouro Preto e de Belo Horizonte quanto à prevenção quaternária durante a Pandemia de Covid-19.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar os conceitos e práticas de prevenção quaternária dos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde, das Redes Municipais de Ouro Preto e Belo Horizonte.

Entender os fatores que facilitaram e dificultaram os profissionais na aplicação de práticas embasadas em prevenção quaternária durante a Pandemia de Covid-19.

3. Marco teórico

3.1 Pandemia do Covid-19

Os coronavírus são importantes patógenos humanos e animais. No final de 2019, um novo coronavírus foi identificado como a causa de um conjunto de casos de pneumonia em Wuhan, uma cidade da província de Hubei, na China. Ele se espalhou rapidamente, resultando em uma epidemia em toda a China, seguida por um número crescente de casos em outros países do mundo. Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde designou a doença SARS-CoV-2. O vírus que causa o COVID-19 é designado coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2); anteriormente, era referido como 2019-nCoV. Apesar disso, a própria OMS fez a ressalva de que do ponto de vista comunicativo, o termo SARS tinha o potencial de confusão, principalmente no continente asiático, pelo surto de SARS (por outro vírus respiratório) em 2003, tendo preferido utilizar os termos: “O vírus responsável pelo Covid-19” ou “O vírus Covid-19” para se comunicar com o público. (WHO, 2020f). No presente trabalho, utilizaremos os termos acima como sinônimos.

O vírus é transmitido de pessoa para pessoa por pessoas sintomáticas e assintomáticas por meio de contato próximo através de gotículas respiratórias. A transmissão também pode ocorrer através de aerossóis e possivelmente através do contato com fômites, embora esta não seja uma via primária. As características clinicamente importantes da patogênese do SARS-CoV-2 incluem: Infecção de células através da ligação da proteína de pico viral aos receptores da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), com a entrada na célula exigindo serina protease transmembrana tipo 2 para clivar o receptor ACE2 e ativar a proteína de pico viral; Infecção de células epiteliais nasais e brônquicas e pneumócitos no início da infecção; Aceleração da replicação viral e comprometimento da integridade da barreira epitélio-endotelial em estágios posteriores, resultando em uma resposta inflamatória desregulada e um estado de hipercoagulabilidade; Desregulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, que também pode contribuir para o dano tecidual relacionado à infecção.

O SARS-CoV-2 foi declarado uma pandemia global em 11 de março de 2020. Em 10 de abril de 2022, mais de 496 milhões de casos, incluindo mais de 6,1 milhões de mortes, foram relatados em todo o mundo. A mortalidade secundária à Covid-19 é

altamente variável e relacionada à idade, gravidade da doença e comorbidades. A mortalidade estimada é de 0,3%-2,3% para todos os pacientes; 10%-23% para pacientes hospitalizados; 26%-50% para pacientes internados na UTI; 37%-88% para pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva ou oxigenação por membrana extracorpórea. (WIERSINGA e colab., 2020)

Durante os anos de Pandemia, muitos avanços científicos ocorreram, porém não sem alguns retrocessos, principalmente na divulgação e utilização de tratamentos não eficazes. Iniciando-se pela divulgação da “Imunidade de rebanho”, que trazia a premissa de que seria importante que toda a população entrasse em contato com o vírus o mais precocemente possível, para desenvolver a imunidade, tal conceito foi amplamente divulgado e estimulado, especialmente pelo governo brasileiro, mesmo após 20 de abril de 2020 quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu resumo atestando que não havia evidências suficientes sobre a eficácia da imunidade mediada por anticorpos para garantir a precisão de um “passaporte de imunidade” ou “certificado sem risco” e que o uso de tais certificados poderia, portanto, aumentar os riscos de transmissão contínua. Outra medida amplamente difundida pelo governo e profissionais de saúde foi a utilização da hidroxicloroquina, medicação anti-malária, mesmo após a OMS em 17 de junho de 2020 anunciar que o braço de hidroxicloroquina do *Solidarity Trial* para encontrar um tratamento eficaz para o SARS-CoV-2 estava sendo interrompido. A decisão foi baseada em evidências randomizadas em larga escala dos ensaios *Solidarity*, *Discovery and Recovery*, bem como em uma revisão de evidências publicadas disponíveis de outras fontes, que mostraram que a hidroxicloroquina não reduziu a mortalidade de pacientes hospitalizados com Covid-19. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) Desinformações amplamente divulgadas com apoio estatal, vide aplicativo lançado pelo Ministério da Saúde Brasileiro chamado TrateCOV para estimular a prescrição da hidroxicloroquina, cloroquina, Ivermectina, Azitromicina e da Doxiciclina, que contribuíram para situações de colapso no sistema de saúde (pública e suplementar), que culminaram em tragédias como a crise sanitária de falta de oxigênio em janeiro de 2021, na cidade de Manaus, no Amazonas, por exemplo. (CERQUEIRA e colab., 2022) (LUPION, 2021).

No Brasil as ações de enfrentamento à Pandemia também foram dificultadas por movimentos do próprio Ministério da Saúde (MS), que em alguns momentos foram contrários à lei de acesso à informação, como “apagão” de dados ou modificação da

forma de contagem dos óbitos e vinculação de dúvidas sobre a veracidade dos dados, levando à necessidade de uma parceria entre os veículos de comunicação para que eles buscassem diretamente com as secretarias estaduais esses dados para divulgação. (G1 e colab., 2020) Até maio de 2022, ocorreram 30.762.413 infecções e 665.493 mortes relacionadas ao coronavírus, em relação ao número de mortes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América e da Rússia. (REUTERS COVID-19 TRACKER, 2022), sendo que em 08 abril de 2021 o país chegou registrar 4.249 mortes por coronavírus em um único dia.

Seguem os gráficos comparativos do número de mortes e de casos de SARS-CoV-2 no Brasil durante toda a Pandemia.

Desde o início da pandemia

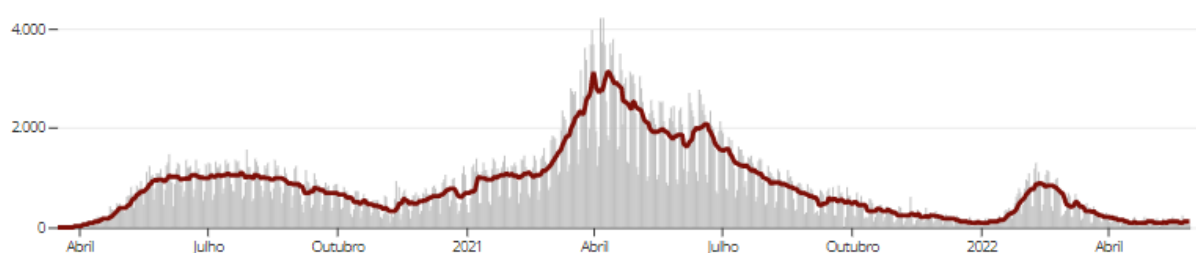


Gráfico 1. Média móvel de mortes por Covid-19 no Brasil (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)

Desde o início da pandemia



Gráfico 2. Média móvel de Casos de Covid-19 no Brasil (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)

Podemos também observar os dados relacionados ao Estado de Minas Gerais:

Desde o início da pandemia

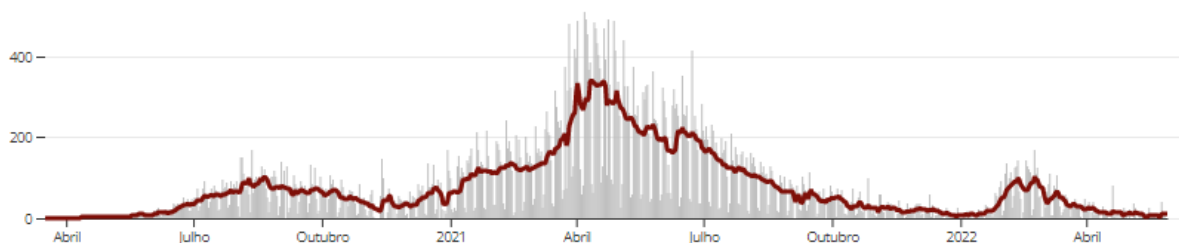


Gráfico 3. Média móvel de mortes por Covid-19 em Minas Gerais (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)

Desde o início da pandemia



Gráfico 4. Média Móvel de casos de Covid-19 em Minas Gerais (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)

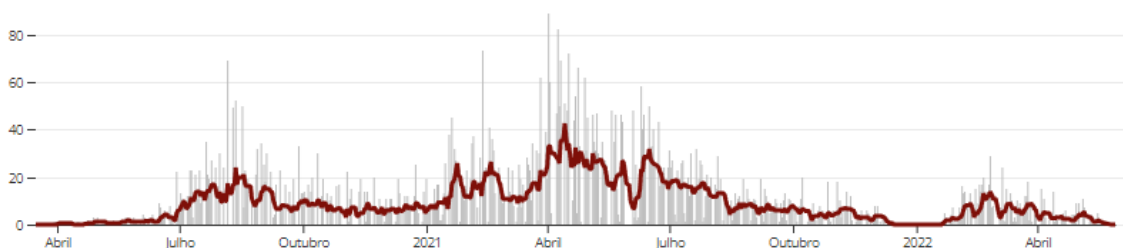


Gráfico 5. Média móvel de mortes por Covid-19 em Belo Horizonte (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)



Gráfico 6. Média móvel de Casos de Covid-19 em Belo Horizonte (CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2022)

Belo Horizonte apresentou 308,22 mortes por 100 mil habitantes, demonstrando uma letalidade de 1,97% e um total de 395.213 casos de Covid 19. Já Ouro Preto, apresentou 189,78 mortes por 100 mil habitantes, com uma letalidade de 1,11% e 12.757 casos de SARS-CoV-2.

A primeira pessoa vacinada contra o novo coronavírus no Brasil, recebeu o imunizante em 17 de janeiro de 2021, após a aprovação pela Anvisa, do uso emergencial da Coronovac, do laboratório chinês Sinovac em colaboração com o Instituto Butantan, e o da Astrazeneca/Universidade de Oxford, elaborada em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz. E, apesar do pioneirismo brasileiro na produção e desenvolvimento de vacinas, bem como toda uma rede que é referência mundial em seu Programa de Imunização, houve vários entraves nesse processo, que geraram atrasos na distribuição desse insumo e questionamentos sobre sua segurança e eficácia.

Pouco mais de um ano depois, em maio de 2022, o país conta com 82,65 % da população vacinável, acima de cinco anos com duas doses da vacina, porém ainda luta com apenas 55,89 % com as doses de reforço e dificuldades para adesão à vacinação infantil, com apenas 30,35 % das crianças em cinco e onze anos vacinadas com duas doses. (G1, 2021)

3.2 Atenção Primária

Atenção Primária à Saúde consiste em um lócus na organização de uma rede de saúde e um modelo organizativo desses Sistemas de Saúde. O termo aparece pela primeira vez em 1920, no Informe de Lord Dawson de Penn que distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, nesse informe, foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. (DAWSON, 1964). Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde na Grã-Bretanha com a gênese do *National Health Service* (NHS) no pós-Segunda Guerra Mundial, em 1948. (SHI e colab., 2002). Nesse modelo, o núcleo base do cuidado na Atenção Primária era representado pelas Enfermeiras e o *General Practitioner* (GP), profissionais já existentes historicamente nesse país desde a revolução industrial. Apesar de ser de 1920 o primeiro documento oficial mencionando o termo e a rede hierarquizada de cuidado, a União Soviética, após a revolução de 1917, através de *Semashko* também baseou seu sistema de atenção à saúde em princípios comuns de organização e centralização do cuidado em centro de tratamento primário, com postos de saúde com agentes de saúde (*feldshares*) sob supervisão de um hospital central, com participação comunitária. Nesse modelo o núcleo base dos cuidados eram das especialidades gerais: Pediatra, Ginecologista e Clínico.

Apenas após a crise do Estado de Bem-Estar social, com a minimização dos recursos disponíveis para a manutenção da seguridade social pelos órgãos públicos e com eclosão de movimentos sociais de grupos historicamente excluídos que a Atenção Primária ressurgiu como uma alternativa de reorganização dos cuidados em saúde, rerepresentada por Lalonde, ministro da saúde canadense, em 1974, em sua carta que é considerada um documento disparador de ações em torno da política de promoção a saúde em vários países. E, em 1978, a Declaração de Alma-Ata que exorta “Saúde para todos no ano 2000”, em que a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde demanda da comunidade mundial para a canalização de apoio técnico e financeiro para essa reorganização de sistemas, sendo que em

1986 na Carta de Ottawa, são enfatizados os princípios da atenção primária e os governos são cobrados enquanto a adequação de seus sistemas de saúde pública.

A década de oitenta do século XX marcou um período de reformas dos sistemas sanitários que se iniciou no Canadá e espalhou-se por vários países. Nesse contexto a professora Barbara Starfield da Universidade *Jonhs Hopkins* conduziu uma série de estudos para compreender o funcionamento e os resultados dos diversos sistemas de saúde existente no mundo e, assim, influenciar a reforma do sistema norte-americano. No seu esforço, a professora Barbara conseguiu construir uma relação entre o nível de desenvolvimento da atenção primária de um país e o custo per capita em saúde para aquela população, para tanto desenvolveu um instrumento o *Primary Care Assessment tool* (PCATool), já validado em português, para avaliar a qualidade dos atributos da Atenção Primária os principais: Acesso, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação de Cuidado e derivados: Abordagem Familiar, Comunitária e Competência Cultural. Esse instrumento permitiu demonstrar uma significativa redução dos gastos em saúde em países com redes de atenção a saúdes estruturadas a partir da Atenção Primária. (STARFIELD, 2002). Apesar de não terem tido êxito em influenciar de forma positiva a reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), houve grande impacto internacional e em 1996 a OMS percebendo o crescente aumento da iniquidade social nos países declara as bases que deveriam sustentar os sistemas de saúde nos países, em concordância com os princípios desenvolvidos por Starfield através da Carta de Lubiana, que coloca 6 pontos norteadores principais, que envolvem valores de dignidade humana, equidade solidariedade e ética; orientação para a saúde e sua promoção; centrado nas pessoas; dirigido para a qualidade; corretamente financiado e orientado para a Atenção Primária à Saúde. (OPAS & OMS, 2007)

Barbara Starfield permaneceu estudando e publicando o importante impacto da Atenção Primária nos sistemas de saúde até a sua morte em 2011. Deixou como legado a comprovação que Sistemas de Saúde com boa APS são melhores tanto na qualidade dos resultados, quanto na gestão econômica deles. (STARFIELD, 2002)

O contexto histórico brasileiro das construções das políticas públicas que estruturaram nosso sistema de saúde e o desenvolvimento da APS foi estudado por Eugênio Vilaça Mendes, o qual dividiu esse desenvolvimento em 7 ciclos: 1º: Criação dos Centros de Saúde pela USP na década de 1930; 2º: Criação do Serviço Especial

de Saúde Pública em 1942; 3º: Criação de Serviços de Prevenção de doenças atrelados as Secretarias Estaduais de Saúde; 4º: Período da Ditadura Militar, criação do INAMPS em 1966, centralização de recursos e investimento em Hospitais Terciários; 5º: Reforma Sanitária VII conferência Nacional de Saúde e a conquista dos direitos à saúde com a promulgação da constituição cidadã em 1988; 6º: Municipalização da gestão do sistema de saúde com a implementação das Normativas Operacionais Básicas de 1993 e 1996; 7º: Período atual no qual espera-se desenvolver os atributos e funções da Atenção Primária com incorporação de tecnologias a rede. (MENDES, 2015) Interessante ressaltar como o autor não inclui o movimento higienista do início do século XX nesse processo de consolidação e enfrentamento de políticas públicas que culminaram na estrutura legislativa que o SUS goza hoje.

A Atenção Primária no Brasil começa a ser discutida quando os movimentos políticos passam a discutir o conceito de saúde e sua aplicação, bem como a reestruturação do sistema público de saúde, que culminam na VIII Conferência de Saúde em 1986. A partir daí os governos buscam pautar os pressupostos teóricos da Atenção Primária nas políticas públicas voltadas para a saúde, no governo Collor (1990-1992) ocorre a implementação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). No governo Itamar Franco (1992-1994), há um resgate de políticas públicas de origem na década de 50, para interiorizar a assistência à saúde com o lema “Saúde dentro de casa” e, principalmente, a criação do Programa Saúde da Família (PSF), mantido no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002) e com ampliação durante os mandatos de Lula (2003-2007/2011) com uma grande relevância na perspectiva de avanços na cobertura e qualidade da atenção, com a elevação do programa à Estratégia de Saúde da família, no qual se destaca a ampliação da atenção primária com aumento de 57% no número de equipes de saúde, aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R\$ 10,00, congelado desde 1988, para R\$ 15,00 per capita; além da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das eSF (Equipes Saúde da Família), além de ampliar estratégias que favorecessem a ampliação da formação médica e a especialização em Medicina de Família e Comunidade com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência),

lançado pelo Ministério da Educação e da Saúde que ampliou da oferta de bolsas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o SUS e a qualificação da ESF com o programa do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Através da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014/2014-2016) a Atenção Primária à Saúde manteve sua centralidade no processo de reorganização dos Sistema de Saúde, dessa vez com foco no provimento, através do Programa Mais Médicos, por exemplo. Dessa forma, pode-se dizer que desde o processo de redemocratização e criação do SUS, houve esforços para um sistema organizado a partir da Atenção Primária.

Porém, a partir do mandato presidencial de Michael Temer (2016-2018) existe um imenso retrocesso iniciado com a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição nº55/2016, a PEC dos Gastos, que na prática, congelou os investimentos em saúde por 20 anos, e subseqüentemente no (des)governo de Jair Bolsonaro (2019 até a presente data), que iniciou com programa “Previne Brasil”, instituído pela Portaria nº 2.979 de 2019, aprovado em comissão tripartite, que trouxe um novo modelo de financiamento para a atenção básica, terminando com o Piso da Atenção Básica Fixo e oferecendo repasses apenas pelo número de usuários cadastrados nas equipes de saúde, e não mais pelo número total da população por município, rompendo com o caráter universal do SUS, criando o princípio da seletividade na atenção básica, que fere diretamente a ESF. Haja vista intensa propaganda, reforçada pelo Conselho Federal de Medicina, que reforça um modelo sem o especialista em APS, o Médico de Família e Comunidade nas equipes. (MENEZES e colab., 2019)

3.3 Prevenção Quaternária

O conceito de prevenção quaternária (P4), proposto por Marc Jamouille (1986), GP belga: “uma ação tomada para identificar um paciente em risco de excesso de medicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir para ele intervenções eticamente aceitáveis”. (Jamouille e Roland, 2014) retoma as premissas clássicas hipocráticas de primeiro não fazer mal “*Primum non nocere*” é esquematizada na FIGURA 1 e concretiza uma ideia construída por Illich (1982), que compreendeu inicialmente a necessidade da atenção primária posicionar-se frente a excessiva patologização do sofrimento humano conclamava assim, já na década de 80, os profissionais da Atenção Primária à Saúde à oferecer a seus pacientes a oportunidade de desmedicalizar sua própria atitude em relação à dor, deficiência, desconforto, envelhecimento, nascimento e morte.

A compreensão do risco da sobremedicalização e do sobrediagnóstico - condição que ocorre diante do excesso de solicitação de exames ou de tratamentos para uma pessoa com sofrimento ou sintomas que não se agrupam sindromicamente ou que possuam valores preditivos que demandem novas investigações ou ações terapêuticas, contudo, é contra-hegemônica frente ao grande desenvolvimento da medicina preventiva, a biomedicalização de riscos como se fossem doenças, sob a poderosa influência na produção do conhecimento médico-sanitário dos interesses comerciais das indústrias farmacêuticas, que alteraram classificações, criaram doenças e pré-doenças, reduziram pontos de corte e apagaram a distinção entre prevenção e cura; no contexto de uma sociedade de consumo, como definido por Bauman (2008) em consonância com outros teóricos de sua geração, compreendendo-se a partir da cultura da sociedade pós-moderna, que as sociedades buscam consumir signos e a saúde é um dos signos mais fortes na sociedade atual, continuamente sendo referendado nas pesquisas de opinião como tema central do interesse popular. (IESS, 2011) (BAUMAN, 2008)

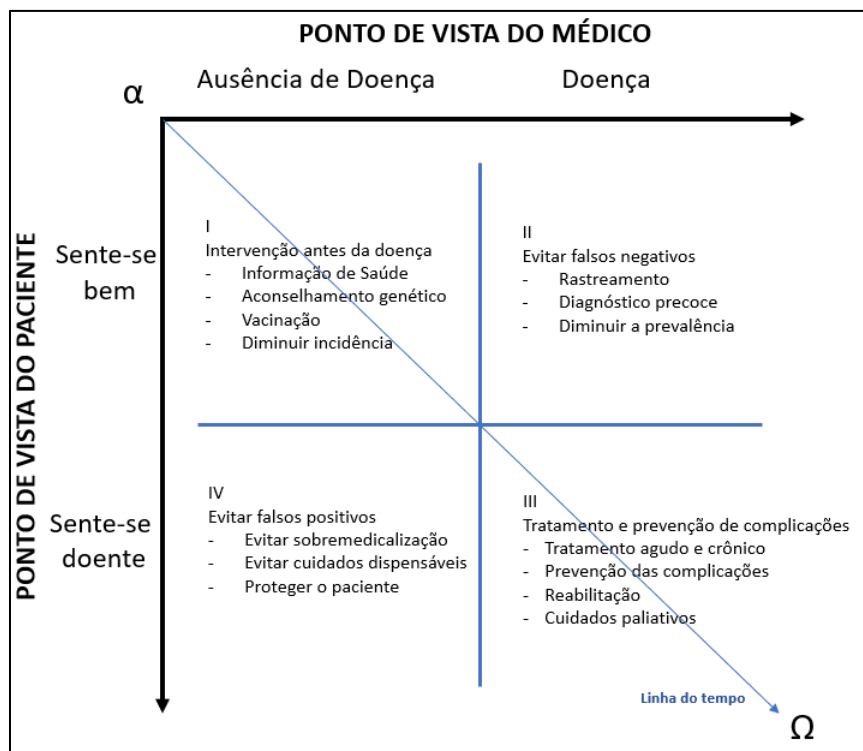


Figura 1. Modelo tradicional de Prevenção Quaternária (JAMOULLE; GOMES, 2013) *adaptado pelo autor*

Assim, como já previa Illich (1982), o médico da APS que lida diretamente com o desejo da pessoa que busca o cuidado, vive este contínuo paradoxo. Nesse contexto, a necessidade de se fortalecer a cultura da prevenção quaternária torna-se mandatória a fim de se reverter o cenário de que intervenções em saúde, nos EUA, são a 3ª causa de mortalidade. (MAKARY; DANIEL, 2016).

A definição de P4 de Jamoulle e Gomes (2013) reforça a flexibilização dos conceitos de saúde-doença, evocadas inicialmente por Engel (2013) e assim coloca-se ao lado de Mcwhinney e Freeman, (2010) na exposição da existência de características típicas da Atenção Primária à Saúde, que se deslocam da nosologia biomédica: Característica indiferenciada, a relação saúde-adoecimento-doença e a indissociabilidade corpo-mente. Nesse contexto o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (STEWART e colab., 2017) incorpora os conceitos de P4 e nos direciona para uma atitude de diálogo e construção consensual com os usuários sobre o que é saúde e doença/adoecimento para apenas após esse movimento, pactuar ações propedêuticas sejam investigativas ou terapêuticas.

Na última década o conceito de prevenção quaternária foi impulsionado internacionalmente com movimentos como o do médico de família Howard Brody que

convocou as sociedades de especialidades médicas dos Estados Unidos da América a identificar cinco testes e tratamentos que não promovessem benefício aos pacientes (BRODY, 2010). Já em 2011, foi publicado um texto com orientações específicas em três áreas da medicina (medicina interna, medicina de família e pediatria) com cinco orientações para cada área afim de promover o uso mais efetivo dos recursos em saúde (AGUILAR et al., 2011). A partir desses trabalhos, ocorreu a Fundação da *American Board of Internal Medicine* (ABIM) que amplificou os debates sobre a p4 e iniciou e mantém uma campanha, intitulada *Choosing Wisely* (Escolhas Sábias) com o intuito de engajar médicos e pacientes a discutirem sobre a redução de testes e procedimentos desnecessários (ABIM FOUNDATION, 2018). Concomitantemente, surgiram questionamentos científicos sobre a definição proposta por Jamouille e aceita pela WONCA em 2003 no seu dicionário (FIGURA 2), contudo como Norman e Tesser (2012) nos mostram, apesar de ambas as definições focarem na prática clínica e na segurança/proteção dos pacientes existem diferenças importantes. A nova definição proposta, por exemplo, embaça a ênfase original de Jamouille na relação médico-paciente, passando a destacar a relação benefícios/danos por meio da medicina baseada em evidências (MBE). Adicionalmente, a nova proposta elimina da definição a referência à sobremedicalização, que, atualmente, é um dos principais focos da P4, uma vez que conforme o conceito saúde-doença e seus limites, por vezes imprecisos, vão se modificando, a distinção do saudável, dos fatores de risco (como pressão arterial, níveis de colesterol, densidade óssea e obesidade) e o obscurecimento da noção de cura e prevenção alimentam a expansão da comercialização de medicamentos (TESSER, 2012).

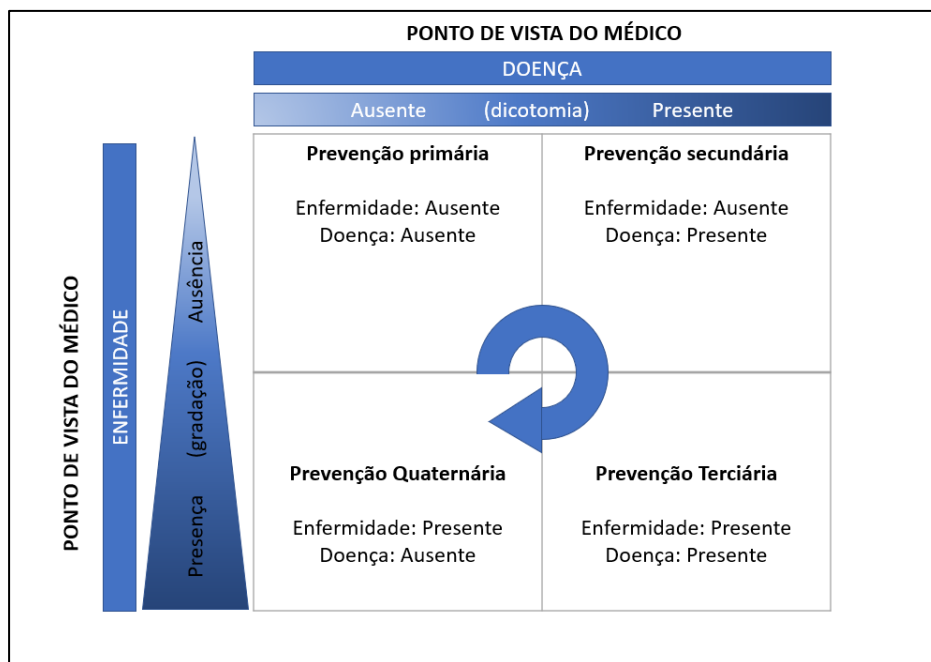


Figura 2. Prevenção Quaternária representada por Jamouille (GUSSO; LOPES, 2012) *Adaptado pelo autor*

Para endossar a perspectiva de Norman e Tesser, o próprio Jamouille apresentou, em 2015 no Congresso Ibero Americano de Medicina de Família e Comunidade, esse diagrama (FIGURA 3) que explicita como em uma mesma consulta a prevenção quaternária pode manifestar-se nos três outros níveis de prevenção.

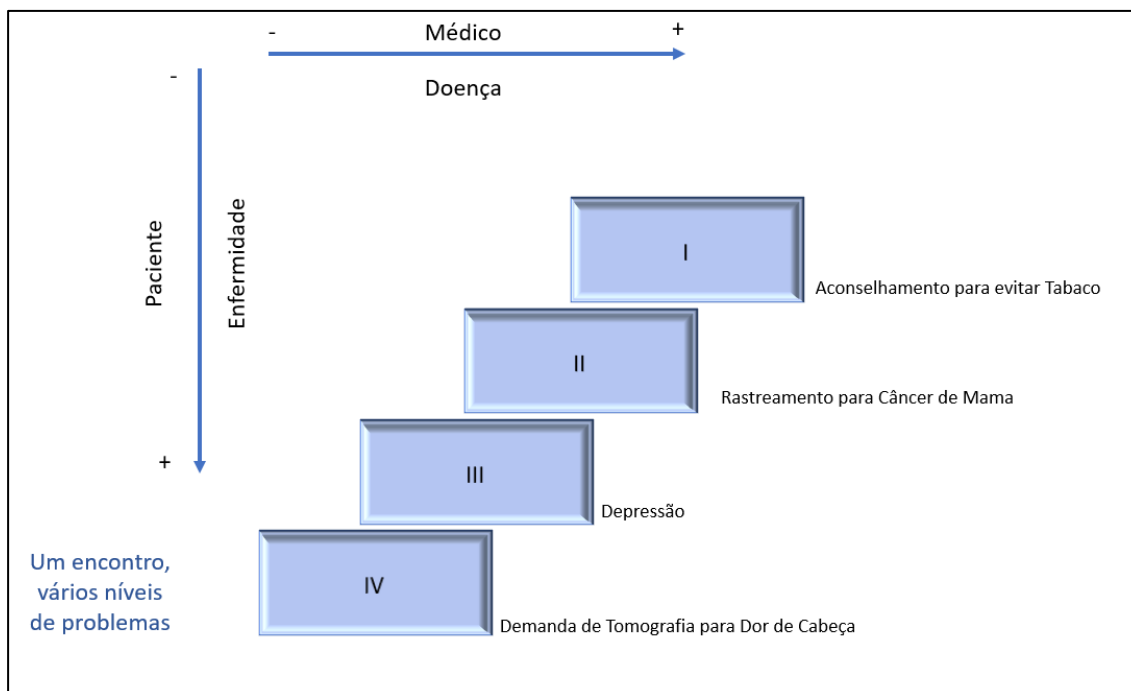


Figura 3. P4 ao longo de um encontro (JAMOULLE e colab., 2015) *Adaptado pelo Autor*

Ressalta-se que quando avaliamos a legislação médica Brasileira definida no Código de Ética Médica encontramos sustentação para a promoção da prevenção quaternária: (arts. 1º, 14º, 20º, 24º e 35º) do capítulo da responsabilidade profissional, vedam ao médico causar dano ao paciente, praticar ou indicar atos desnecessários, permitir que outros interesses interfiram nos seus atos profissionais; no capítulo dos direitos humanos, veda-se deixar de garantir ao paciente que este decida sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como limitá-lo em caso de necessidade e ao exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicando o tratamento ou excedendo consultas ou procedimentos médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

3.4 Prática em saúde baseada em evidências

A prática em saúde baseada em evidências (PSBE) é o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis na tomada de decisões sobre o atendimento de pacientes individuais, incorporando seus valores. (HAYNES e colab., 2002). Significa integrar conhecimentos clínicos individuais com as melhores evidências clínicas externas disponíveis de pesquisas sistemáticas. Por experiência clínica individual, entendemos a proficiência e julgamento que os médicos e outros profissionais da saúde adquirem através da experiência e prática clínica. O aumento da experiência se reflete de várias maneiras, mas especialmente no diagnóstico mais eficaz e eficiente e, no caso mais ponderado; identificação e uso compassivo das condições especiais dos pacientes de forma individualizada, seus direitos e preferências na tomada de decisões clínicas e nas decisões sobre seus cuidados. Por melhor evidência clínica disponível, queremos dizer pesquisas clinicamente relevantes, muitas vezes das ciências básicas da medicina, mas principalmente da pesquisa clínica, envolvendo a exatidão e precisão dos testes diagnósticos (incluindo o exame clínico), o poder dos marcadores prognósticos e eficácia e segurança de medicamentos, regimes de reabilitação e prevenção. Bons médicos usam tanto a experiência clínica individual quanto a melhor evidência disponível, e nenhuma delas é suficiente. Sem experiência clínica, a prática corre o risco de ser tiranizada por evidência, pois mesmo evidências externas excelentes podem ser inaplicáveis ou inadequadas para um paciente individual e; sem as melhores evidências atuais, a prática corre o risco de se tornar desatualizada rapidamente, com prejuízo para os pacientes. (GREENHALGH, 1999). Essa relação, exemplificada na FIGURA 4, que já incorpora as preferências e valores do paciente, porém ainda não acrescenta outro ponto que impacta na Prática em Saúde Baseada em Evidências, que são o papel da sociedade e das organizações de saúde no fornecimento e/ou limitação dos recursos para os serviços de saúde, indicando, como na boa prática científica, que esse modelo conceitual permanece em desenvolvimento.

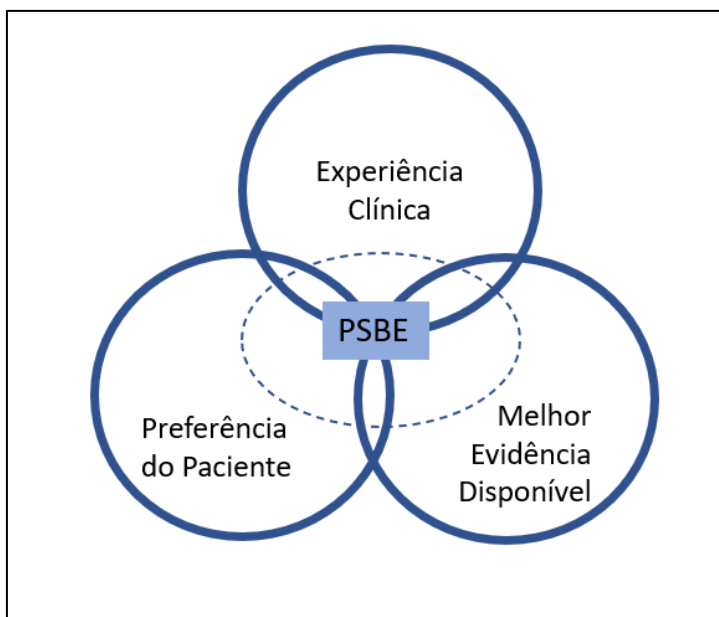


Figura 4. Modelo atualizado para decisões clínicas baseadas em evidências. (HAYNES e colab., 2002) *Adaptado pelo autor*

No contexto de países em desenvolvimento, como o Brasil, em especial pelo ensejo de ter um sistema único, universal e equânime, a prática em saúde baseada em evidências, vem ao encontro das aspirações dos gestores em saúde no sentido de uma redução de gastos. Nas Filipinas, por exemplo, eletrocardiogramas de repouso (ECGs) são rotineiramente realizados em pacientes assintomáticos para triagem de doença arterial coronariana. Os custos de teste US\$ 5,00, seriam o suficiente para fornecer três refeições completas para uma família de 5 pessoas. Uma avaliação cuidadosa das evidências teria revelado para os profissionais que ECGs em repouso são praticamente inúteis para essa triagem, como este exemplo ilustra, a adoção de práticas baseadas em evidências poderia economizar milhões de dólares em despesas de saúde, sendo o beneficiário final principalmente os próprios pacientes, que estariam protegidos de falsos-positivos, que geram estresse e adoecimento ou mesmo, no caso de um país em que os exames fossem pagos pelo paciente, poderiam gastar seu dinheiro suado em ações mais imediatas necessidades. (DANS; DANS, 2000). Porém entender a Prática em Saúde Baseada em Evidências pelo viés meramente econômico não é apenas um mau uso da da PSBE, mas sugere um mal-entendido fundamental de suas consequências financeiras. Ao utilizar a PSBE os profissionais de saúde identificarão e aplicarão as intervenções mais eficazes para maximizar a qualidade e a quantidade de vida do indivíduo e isso pode aumentar em vez de diminuir o custo de seus cuidados.

Há vários anos já foi dado o alerta de que os departamentos de saúde geralmente falham no seu papel como reguladores da indústria farmacêutica, a aprovação de um medicamento por meio de *marketing* se torna tão fácil que as farmácias são inundadas com inúmeros produtos, geralmente com indicações questionáveis, sabe-se também que as empresas farmacêuticas investem pesadamente na educação médica continuada, devido às carências de muitas sociedades médicas e instituições acadêmicas, nas quais “Reuniões científicas” não seriam possíveis sem o apoio da indústria. De maneira superficial, essa relação pode parecer inocente, na realidade, no entanto, esta situação deu à indústria farmacêutica quase controle total da direção e do conteúdo das sessões científicas e diminuiu a distinção entre educação médica continuada e promoção de drogas. A prática em saúde poderia preparar os profissionais para combater este ataque de falsas alegações, em defesa dos pacientes sob seus cuidados. (DANS; DANS, 2000)

Durante a Pandemia da Covid-19, observamos diversos profissionais, bem intencionados, mas cuja falha na formação em Prática de Saúde Baseada em Evidências os deixou vulneráveis, pois alicerçaram sua prática clínica e prescrição em opiniões de eminências, que por vezes de má-fé traziam argumentos pseudocientíficos, para a discussão, desde fundamentar utilização de medicações com base em sua eficácia *in vitro*, não *in vivo*, o que pode ser classificado como um erro básico ao estudarmos a pirâmide de evidências (FIGURA 5A), bem como Revisões Sistemáticas e Metanálises, hoje consideradas a nossa lupa, os estudos que nos dão um panorama sobre as evidências disponíveis sobre um assunto, ajudando, por exemplo a identificar um novo efeito colateral que não foi identificado nos estudos individuais, além de entender que não há um desenho de estudo necessariamente superior a outro, o que define o desenho é a pergunta a qual se pretende responder, que necessitará de um tipo ou outro de estudo para ter menos vieses nessa análise (FIGURA 5C) Essas, revisões, durante a pandemia, muitas vezes foram divulgadas com erros sistemáticos em sua construção, de difícil identificação para profissionais não habituados com o assunto.

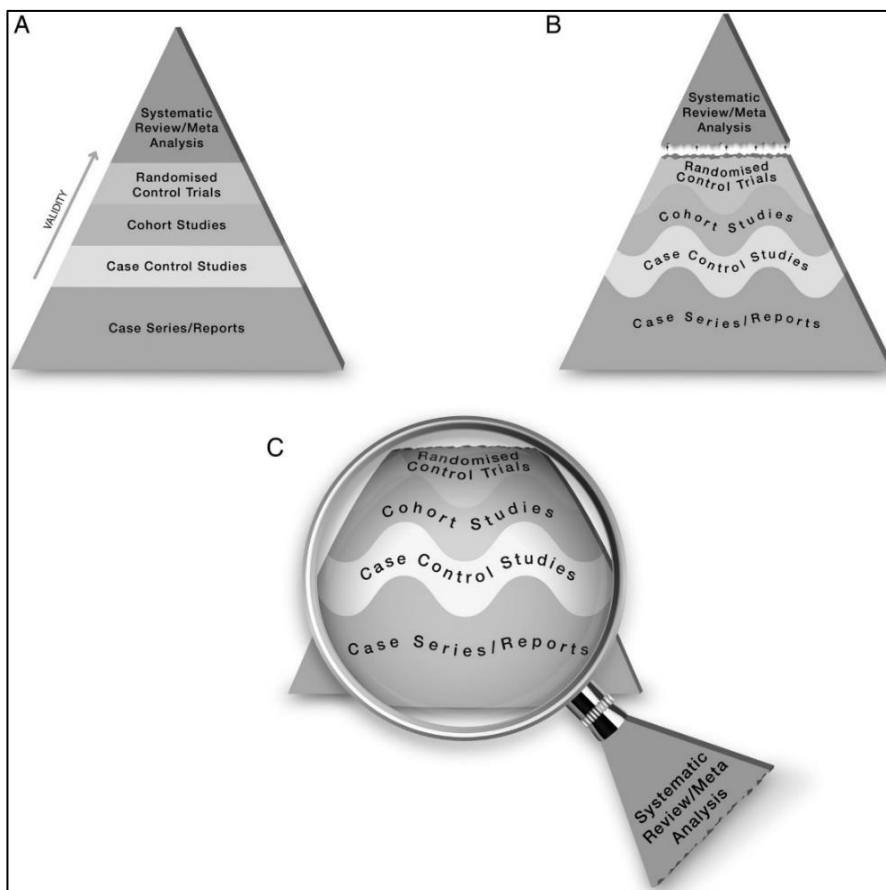


Figura 5. A proposta da nova pirâmide da medicina baseada em evidências.

(A) A pirâmide tradicional. (B) Revisão da pirâmide: (1) as linhas que separam os desenhos do estudo ficam onduladas (Classificação de Recomendações Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação), (2) revisões sistemáticas são “cortadas” da pirâmide. (C) A pirâmide revisada: as revisões sistemáticas são uma lente através da qual a evidência é vista (aplicada). (MURAD e colab., 2016)

4. Método

4.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório com abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade na modalidade remota.

O objetivo dessa metodologia é a apreensão e interpretação da relação de significações de fenômenos para esses indivíduos, quando se considera que cada indivíduo, compreendido por meio das informações oferecidas pela entrevista, é um exemplar restrito e peculiar de sua cultura e de sua subcultura, pode-se dizer em consequência que: quanto mais importante é o material produzido na entrevista, mais ele enriquece a análise que busca atingir níveis profundos; a ordem afetiva e da experiência é mais determinante dos comportamentos e da fala que o lado racional e intelectualizado. (MINAYO, 2004). A escolha pela pesquisa qualitativa seguindo paradigma interpretativo (ou hermenêutico) para este estudo justifica-se por ser um método que tem como meta promover o entendimento das experiências vividas que são subjetivas, intuitivas, dinâmicas, interrelacionadas e dependentes do contexto, extraíndo significado e entendimento de palavras, comportamento, ações e práticas das pessoas, além de permitir que participante e pesquisador pactuem as necessidades, os motivos e as expectativas para construir a interpretação de suas vivências (STEWART e colab., 2010). Dessa forma, a principal busca é a valorização da narrativa, pois assim como um Médico de Família e Comunidade competente sabe que o método clínico é um ato interpretativo que demanda habilidades narrativas para integrar a sobreposição histórias contadas por pacientes e resultados de testes, arte adquirida em grande parte, pelo acúmulo de “experiência de casos”. (GREENHALGH, 1999). O pesquisador qualitativo entende que o rigor matemático pode ser uma meta e vir junto com outras formas de validação, mas nunca substituir a intuição e a busca dos sentidos das falas. (MINAYO, 2004)

Por fim, reconhece-se que há uma escassez de estudos qualitativos nessa área, apesar de ser considerada uma metodologia muito adequada, senão a mais indicada.

4.2 Participantes do Estudo

Profissionais médicos (Clínicos Gerais, Médicos de Família e Comunidade e médicos generalistas) que realizam atendimento à população na Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária na Rede SUS de Ouro Preto e de Belo Horizonte.

A escolha das especialidades vai ao encontro das especialidades gerais, ou da não formação para a área (generalistas), que em geral são os profissionais que atuam nesse nível de Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde).

A cidade de Ouro Preto-MG é elencada por ser local da Instituição proponente do estudo, UFOP. E a cidade de Belo Horizonte-MG por ser local do desenvolvimento das atividades profissionais do pesquisador.

O recrutamento dos participantes ocorreu com o apoio do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFOP e do Laboratório de Saúde Coletiva, que se encontram inserido na rede de Atenção Primária de Ouro Preto e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, em Belo Horizonte. O projeto foi apresentado aos preceptores e residentes que fizeram a indicação de colegas para participar da pesquisa. Além disso, o convite para participação na pesquisa foi compartilhado na lista de e-mail da SBMFC. A seleção ocorreu por disponibilidade e permaneceu aberta desde a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa até a finalização da escrita da dissertação.

4.3 Coleta de Dados

Foram realizadas entrevistas online, em profundidade, utilizando roteiro semiestruturado, que se encontra nos apêndices, gravadas através da plataforma do *Google Meeting* e posteriormente transcritas pelo pesquisador.

4.4 Análise do Material

Na pré-análise, a transcrição foi realizada manualmente pelo pesquisador, constituindo o corpus da pesquisa. A partir da leitura flutuante, foi definida análise

temática como opção metodológica, por ser mais exequível no tempo proposto para o mestrado, além de adequada aos objetivos. (MINAYO, 2004).

A transcrição das entrevistas foi feita uma a uma, logo após a realização delas, sendo selecionados os núcleos de sentidos das falas, através de marcação utilizando a ferramenta de seleção do word. Nesse momento, quando da realização da 6ª entrevista, possivelmente por se tratar de um grupo homogêneo, com formação similar, observou-se uma repetição dos temas trazidos, foram feitas mais 4 entrevistas que mantiveram as temáticas, dessa forma foi utilizado o critério de saturação temática para definir a não necessidade de mais entrevistas.

Após esse momento, foi feito recorte para planilha de Excel das que iam ao encontro das categorias temáticas propostas no objetivo. Após exploração do material, houve a síntese e seleção dos resultados, através da elaboração de mapas mentais, sem aplicação de operações estatísticas. Após inferências e interpretações, discutidos com os orientadores, a elaboração da dissertação. Optou-se nesse momento pela utilização da Linha do Tempo das ações da OMS na Pandemia e das falas dos entrevistados juntamente com recortes de entrevistas do presidente Jair Bolsonaro como método de triangulação.

4.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A todos os participantes foi dada a opção de participar ou não da entrevista, sendo garantido o sigilo e anonimato, com explicação e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, que se encontra nos apêndices.

4.6 Comitê de Ética e Pesquisa

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, parecer número: 4.673.478

5. Resultados

Foram realizadas 10 entrevistas remotas durante o período de abril de 2021 até junho de 2022, o processo foi interrompido por 10 meses, entre junho de 2021 a abril de 2022, devido a licença médica e consecutivo trancamento do programa de mestrado, graças a essa situação específica o período de observação foi ampliado e permitiu a apreciação de muitas inovações tecnológicas no enfrentamento a pandemia que impactaram na prática de prescrição de cuidados por parte dos médicos.

Houve distribuição homogênea entre os gêneros sendo 5 Homens Cisgênero e 5 Mulheres Cisgênero. A média de idade dos entrevistados foi de 37,5 anos, com tempo de prática médica, o período desde a graduação até a entrevista, de 12,9 anos.

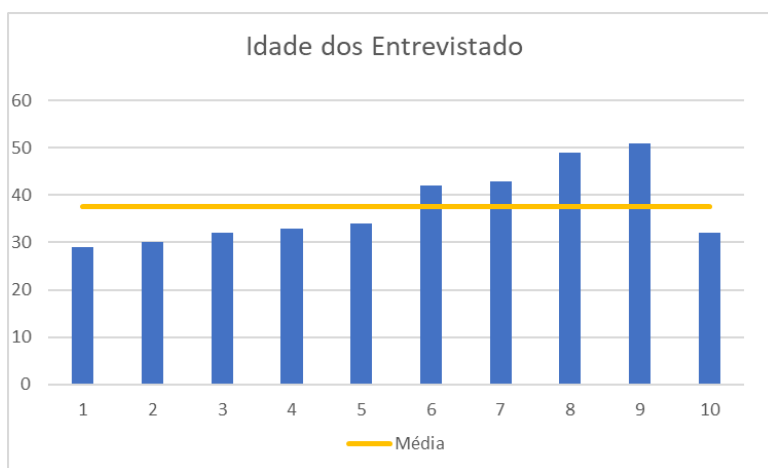


Gráfico 7. Idade dos Entrevistados

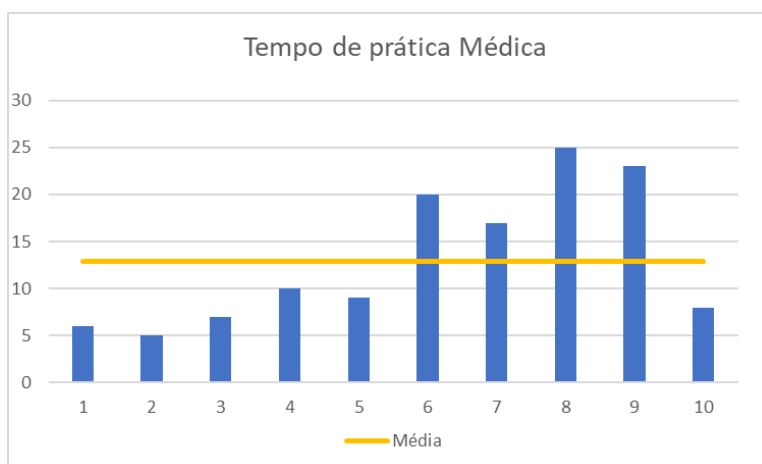


Gráfico 8. Tempo de prática médica dos entrevistados

O perfil de formação de todos os profissionais foi bem semelhante dos 10 entrevistados 9 cursaram a residência de Medicina de Família e Comunidade, o único entrevistado que não possui residência possui título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e atua como preceptor em programa de residência médica desde 2016. Três profissionais apresentavam Mestrado.

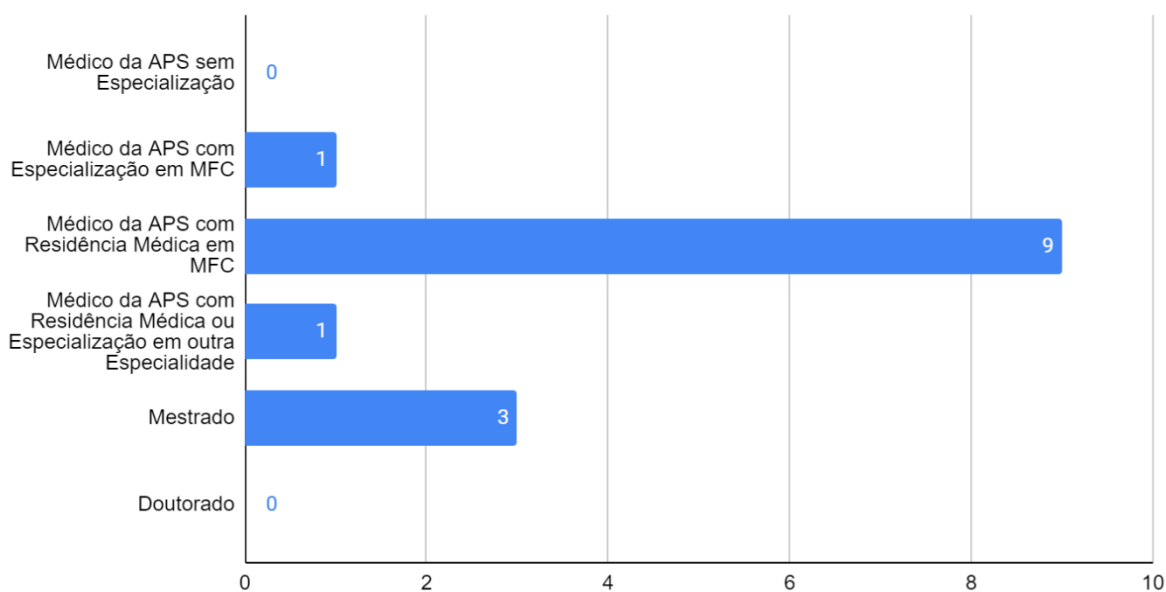


Gráfico 9. Pós-graduação dos Entrevistados

Sete dos profissionais atuam em Belo Horizonte, Um em Contagem e Dois em Ouro Preto. Durante a Pandemia, 5 atuaram em unidades públicas de atenção primária, 4 em unidades do serviço suplementar e 1 nos dois serviços.

Todos os profissionais entrevistados conheceram o conceito de prevenção quaternária em contato com os programas de residência médica, apesar de 3 entrevistados citarem que foram apresentados ao tema em ligas acadêmicas ou congressos, nenhum entrevistado lembra de ter tido contato com o tema em aulas formais da faculdade.

Buscou-se, incessantemente, encontrar voluntários para o trabalho com comportamento prescritivo variado, além do apoio dos programas de residência de Belo Horizonte e Ouro Preto o convite foi disponibilizado na lista de e-mail da Sociedade Brasileira de MFC, contudo no decorrer dos 15 meses desde a aprovação

no CEP, nenhum prescritor de algum dos itens do “Kit Covid” se disponibilizaram a participar deste estudo.

Durante o processo de análise do material, após transcritas as entrevistas, foi realizado mapa mental com a separação dos núcleos de sentido relacionados aos fatores facilitadores (em azul) e dificultadores (em vermelho) para a realização da P4, além da indicação do relato de casos índice, relatos de situações que exemplificavam alguma das pontuações do entrevistado, conforme indicado na **FIGURA 6** abaixo.

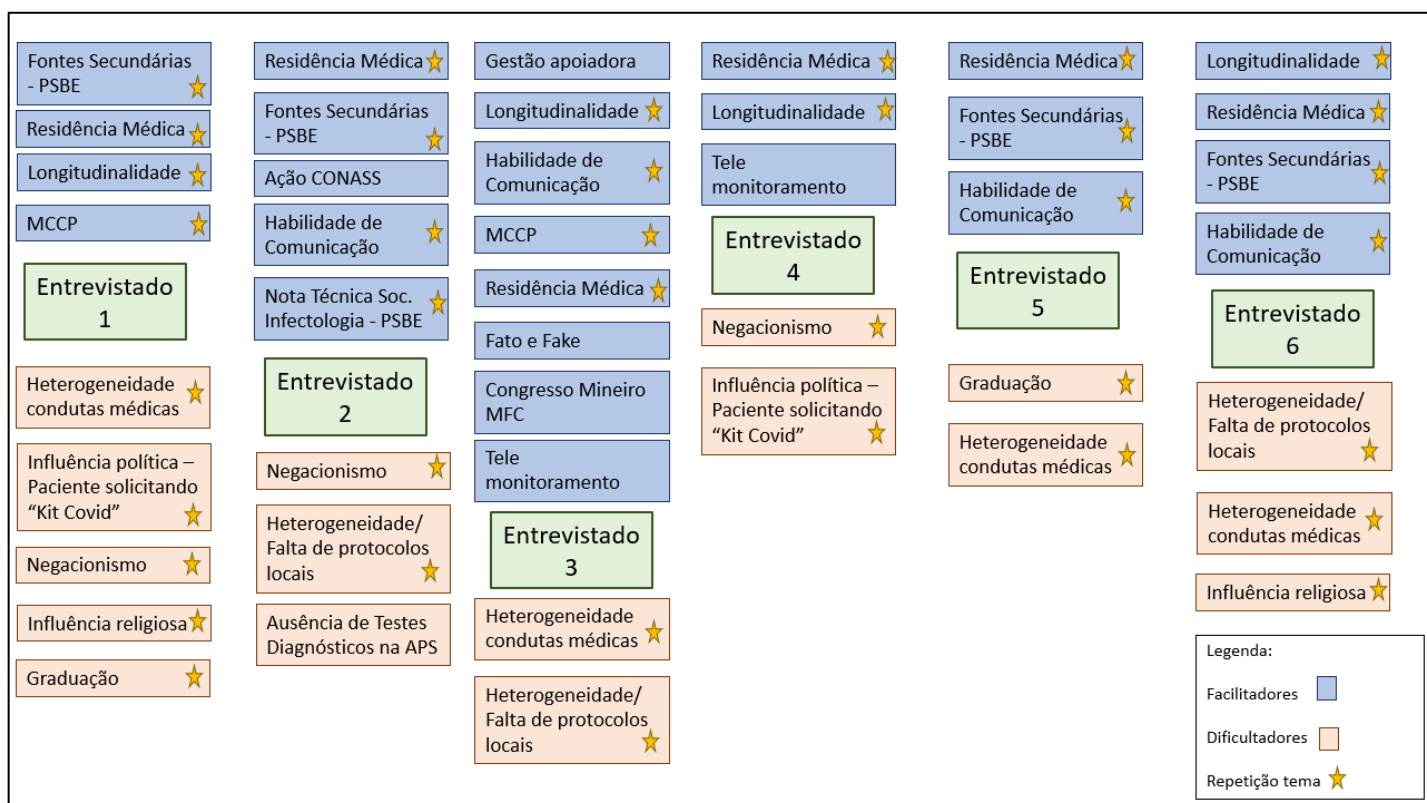


Figura 6. Mapa Mental de análise das entrevistas

A partir desse material, conseguimos chegar nas principais temáticas abordadas durante as entrevistas, que foram categorizadas de acordo com o nível de prevenção ao qual a P4 estava sendo relacionada. Conforme indicado no QUADRO 2.

Quadro 2. Níveis de prevenção e ações na pandemia

		PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	
		FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	Isolamento Social Uso Máscaras Tratamento precoce (Hidroxicloroquina, Ivermectina) Vacinação	Residência Médica em MFC Habilidade de Comunicação e MCCP	Negacionismo (Posição política ideológica pró Bolsonaro e Religiosidade cristã neopentecostal)
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	Testes para diagnóstico	PSBE	Graduação
PREVENÇÃO TERCIÁRIA	Tratamento não eficaz (Hidroxicloroquina, Ivermectina)	Longitudinalidade	

Por fim, desafiado pela necessidade de aproximar essa discussão acadêmica com o conhecimento popular, buscou-se sintetizar os resultados desse trabalho através de uma mandala temática, que representa a relação entre a prática da prevenção quaternária, a prática em saúde baseada em evidências e as habilidades de comunicação como alicerce para uma prática prescritora qualificada durante a pandemia de Covid-19.

O termo “mandala” está relacionado ao círculo, uma representação geométrica da dinâmica relação entre o ser humano e o universo, entre o micro e o macrocosmo. De fato, a síntese de sua significação cabe na etimologia da palavra

mandala, que vem do sânscrito, e significa círculo. (ALVES FEITOSA, 2014) Seguindo esse conceito, construiu-se a Mandala representada na FIGURA 7.



Figura 7. Mandala Temática

6. Análise e Discussão

6.1 Análise Temática

A partir da escuta dos entrevistados, e tendo em vista o conceito da P4 perpassando todas as outras prevenções, foram elencadas as temáticas mais presentes no discurso dos entrevistados, buscando-se entender como essas temáticas relacionavam com o dia a dia dos mesmos durante a Pandemia de Covid-19 e quais foram os principais fatores identificados como facilitadores ou dificultadores para a realização da Prevenção Quaternária dentro da temática citada.

6.2 As Evidências sobre as intervenções em saúde na Covid-19.

Desde a decretação da pandemia de Covid-19 em março de 2020 pela OMS já era sabido que o distanciamento social, o uso de máscara facial e atenção a ações de higiene pessoal, como a lavagem das mãos, eram importantes no combate a uma doença de transmissão respiratória entre humanos. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009) Contudo, assim como a liga anti-máscara, movimento negacionista que combateu o uso de máscaras durante a pandemia da Gripe espanhola no início do século XX, os negacionistas questionaram essas importantes ações de prevenção primária que possui robustas evidências que sustentam sua prática. (BARBOSA e colab., 2021)

Atualmente as evidências em relação ao uso de máscara e as medidas de higiene são fartas e de alto nível de confiança. (KAI e colab., 2020). Sobre a quarentena – o isolamento social daqueles que possam estar infectados, apesar de as evidências serem de baixa certeza; pela modelagem dos estudos primários; foi mostrado que para pessoas expostas, casos suspeitos ou confirmados, evitou de 31% a 63% das mortes, em comparação com nenhuma medida. Além disso, os estudos mostram que quanto mais cedo as medidas de quarentena foram implementadas, maiores foram as economias de custos. (SCHMIDT e colab., 2020) (FLUMIGNAN e colab., 2020)

Dessa forma, compreendemos que quando o profissional de saúde prescreve o cuidado preventivo: uso de máscara, distanciamento social dos sintomáticos e intensificação dos hábitos de higiene pessoal ele alinha-se as boas práticas de saúde baseadas em evidência.

A mesma conclusão pode ser feita em relação ao uso dos 4 tipos de vacinas contra o Covid-19 (FRANCIS e colab., 2022)

a) Vacinas de vírus inativados – As vacinas de vírus inativados utilizam tecnologia clássica de produção, através da qual é produzida uma grande quantidade de vírus em cultura de células, sendo estes posteriormente inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação e assim o organismo não fica exposto às grandes quantidades de antígenos. As vacinas Covid-19 de vírus inativados em fase III são desenvolvidas por empresas associadas aos institutos de pesquisa *Sinovac, Sinopharm/Wuhan Institute of Biological Products, Sinopharm/Beijing Institute of Biological Products, Bharat Biotech, Research Institute for Biological Safety Problems e Chinese Academy of Medical Sciences*.

b) Vacinas de vetores virais – Estas vacinas utilizam vírus humanos ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores de genes que codificam a produção da proteína antigênica (no caso a proteína Spike ou proteína S do SARS-CoV-2). Os vetores virais replicantes podem se replicar dentro das células enquanto os não-replicantes, não conseguem realizar o processo de replicação, porque seus genes principais foram desativados ou excluídos. Uma vez inoculadas, estas vacinas com os vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzir a proteína *Spike*, que vão, por sua vez, estimular a resposta imune específica. O vírus recombinante funciona como um transportador do material genético do vírus alvo, ou seja, é um vetor inócuo, incapaz de causar doenças. As vacinas em fase III que utilizam essa plataforma são: *Oxford/AstraZeneca* (adenovírus de chimpanzé); *CanSino* (adenovírus humano 5 - Ad5); *Janssen/J&J* (adenovírus humano 26 – Ad26) e *Gamaleya* (adenovírus humano 26 – Ad26 na primeira dose, seguindo de adenovírus humano 5 - Ad5 na segunda dose).

c) Vacina de RNA mensageiro – O segmento do RNA mensageiro do vírus, capaz de codificar a produção da proteína antigênica (proteína *Spike*), é encapsulado

em nanopartículas lipídicas. Da mesma forma que as vacinas de vetores virais, uma vez inoculadas, estas vacinas estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão por sua vez estimular a resposta imune específica. Esta tecnologia permite a produção de volumes importantes de vacinas, mas utiliza uma tecnologia totalmente nova e nunca antes utilizada ou licenciada em vacinas para uso em larga escala. Atualmente, as vacinas produzidas pela *Moderna/NIH*, *Pfizer/BioNTec* e *CureVac AG* são as duas vacinas de mRNA em fase III. Do ponto de vista de transporte e armazenamento, estas vacinas requerem temperaturas muito baixas para conservação (-70° C no caso da vacina candidata da Pfizer e -20° C no caso da vacina candidata da Moderna), o que pode ser um obstáculo operacional para a vacinação em massa, especialmente em países de renda baixa e média.

d) Unidades proteicas – Através de recombinação genética do vírus SARSCoV-2, se utilizam nanopartículas da proteína *Spike* (S) do vírus recombinante SARSCoV-2 rS ou uma parte dessa proteína denominada de domínio de ligação ao receptor (RDB). Os fragmentos do vírus desencadeiam uma resposta imune sem expor o corpo ao vírus inteiro. Esta é uma tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas em uso em larga escala e, usualmente, requer adjuvantes para indução da resposta imune. As vacinas Covid-19 que utilizam esta tecnologia em fase III são a vacina da Novavax, que utiliza como adjuvante a Matriz-M1™, e a vacina desenvolvida pela “*Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical*”, “*Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences*” e “*Clover Biopharmaceuticals*”.

Quando avaliamos as medidas adotadas pelas autoridades públicas em relação a circulação da população e o funcionamento dos serviços essenciais e não essenciais nos níveis Federal, Estadual e Municipal, observamos que existiu uma dificuldade de medidas adaptativas aos vários períodos da pandemia. Isso acabou por resultar por fechamento de serviços como a educação por períodos longos. (YEN-HAO CHU e colab., 2020) (CHIESA e colab., 2021)

"Dentre outras coisas, aprendemos que esta pandemia não chegou aos pés da de 1918 em mortes mas ultrapassou todas na quantidade de lockdowns, de medo e de toxicidade de dados. A pandemia vai acabar quando acabarem os "dashboards" televisionados porque há grandes chances das ondas continuarem. Por ser uma "experiência mais sociológica do que biológica" os médicos baterão cabeça muitas vezes de forma arrogante e resistirão bravamente ao fim da pandemia porque os "dashboards" vêm acompanhados dos tais 15 minutos de fama."

(ROBERTSON; DOSHI, 2021)

As políticas públicas de lockdown, onde todos os serviços públicos e privados não essenciais foram fechados, nesse contexto pandêmico, foram construídas nos gabinetes do ministério e das secretárias estaduais e municipais de saúde, e determinadas como decretos pelos poderes executivos, assim o médico que atuou na APS não teve autonomia para interferir nessas decisões. (CASA CIVIL, 2020) Contudo, as decisões desses gestores de saúde foram tomadas muitas vezes diante de incertezas científicas, logo no futuro poderemos compreender que a população foi exposta a cuidados não aceitáveis, visto que os danos associados a esse possível excesso ainda são desconhecidos. (BENDAVID e colab., 2021)

Em relação a utilização de fármacos com o propósito preventivo ou curativo, para não se contrair a Covid-19, como propagado em diversos "kits": Cloroquina/Hidroxicloroquina (SINGH e colab., 2021) (MELO NETO e colab., 2021), Ivermectina (POPP; STEGEMANN; METZENDORF e colab., 2021) (ROMAN e colab., 2022), Azitromicina (POPP; STEGEMANN; RIEMER e colab., 2021) , e Nitazoxanida (PEPPERRELL e colab., 2020) ; nenhum deles, até o momento, mostrou-se efetivo tanto para a prevenção primária quanto a prevenção terciária.

Assim, a conduta de não prescrever e orientar a não utilização do cuidado farmacológico com as drogas citadas acima, seja para prevenir, seja para tratar a Covid-19 configura-se como prática de prevenção quaternária.

Avaliando a sensibilidade, especificidade e os valores de verossimilhança positivos e negativos dos testes-diagnósticos para o SARs-CoV-2 e, principalmente, a acurácia para definir o diagnóstico da Covid-19 observa-se que as evidências estão surgindo rapidamente sobre os testes para diagnóstico e gerenciamento de Covid-19, mas permanecem incertezas importantes sobre sua eficácia e aplicação mais

apropriada. As estimativas de acurácia diagnóstica devem ser interpretadas tendo em mente a ausência de um padrão de referência definitivo para diagnosticar ou descartar a infecção por Covid-19.

“A análise conjunta de 16 estudos (3.818 pacientes) estimou uma sensibilidade de 87,8% (IC 95% 81,5% a 92,2%) para um teste inicial de PCR com transcriptase reversa. Para testes de anticorpos, 10 estudos relataram resultados de precisão diagnóstica: sensibilidade variou de 18,4% a 96,1% e especificidade de 88,9% a 100%. No entanto, a falta de um verdadeiro padrão de referência para o diagnóstico de SARS-CoV-2 torna difícil avaliar a verdadeira precisão diagnóstica desses testes.”

(JARROM e colab., 2022)

Nesse contexto, no qual, a sensibilidade e especificidade dos testes SARS-CoV-2 ainda estão sendo investigadas, não sabemos a verdadeira prevalência do Covid-19 e ainda não se pode calcular uma verdadeira probabilidade pré-teste para Covid-19, o conhecimento das bases da prática em saúde baseada em evidências e uma boa comunicação tornam-se fundamentais para explicitar o raciocínio clínico que embasa o diagnóstico da enfermidade e sobretudo, quem deve usar e qual o momento adequado de usar o teste-diagnóstico. Assim, ainda não podemos afirmar que a ação de se prescrever os testes diagnósticos são excessivos ou adequados no momento atual. Porém, pode-se ser problematizada a ação de Prevenção Quaternária nesse ponto, nos diversos momentos da pandemia de Covid-19, quando houve a necessidade de se indicar ou não a utilização dos testes de forma individualizada uma pessoa com contexto clínico-epidemiológico positivo para Covid-19: coabitante de pessoas já confirmadas para Covid-19 e com sintomas, por exemplo, analisar com ela a necessidade da mesma se deslocar para fazer um teste (podendo transmitir o vírus) ou mesmo a possibilidade de um falso negativo, que não eximiria da necessidade de isolamento social e do monitoramento dos sinais de gravidade da infecção, pode ser considerada uma ação de prevenção quaternária. (WATSON e colab., 2020) (LISBOA BASTOS e colab., 2020)

6.3 Fatores facilitadores para utilização da P4

6.3.1 A Residência Médica

A residência médica é mundialmente reconhecida como a forma mais adequada de formação de médicos especialistas, em alguns países como Inglaterra e Austrália é a única via de especialização e obrigatória para a prática médica não supervisionada. Essa modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, na forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviços sob responsabilidade de instituições de saúde e tem duração entre 2 a 6 anos, no Brasil é regida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016). (HOWELL, 2016).

Acredita-se, então, que o desenvolvimento de competências médicas específicas, de habilidades clínicas e da identidade profissional baseado em princípios da nova ciência da aprendizagem e nas pesquisas em educação médica encontra, na residência, terreno fértil e adequado ao seu crescimento em qualidade. (BOTTI; REGO, 2010)

No Brasil a graduação médica é terminal, ou seja, não é exigida uma pós-graduação para a livre prática clínica, apesar de termos estudos desde o século passado que mostram a necessidade da residência médica para a concretização de competências fundamentais para a prática médica como o raciocínio clínico analítico e sindrômico. (STELLA e colab., 1997) Na APS esse cenário de ausência do médico especialista, o médico de família e comunidade, é predominante. Pode-se avaliar a imensa falta de especialista ao comparar os dados divulgados pelo estudo demografia médica, existem 7.149 Médicos de Família e Comunidade somando-se os com residência e/ou título de especialista enquanto existem mais de 44.000 equipes de saúde da família em todo o território brasileiro. (CONSELLHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020). Nesse contexto havia uma expectativa inicial por parte do pesquisador de encontrar muitos entrevistados que não possuíssem a formação específica para atuar na Atenção Primária à Saúde.

A história dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade é bem mais recente, em 1976 em 3 regiões distintas do Brasil ocorrem

movimentos de construção de programas de residência em Medicina Geral Comunitária e Familiar (MGCF), especificamente, em Vitória de Santo Antão Pernambuco em Porto Alegre no Centro de Saúde Murialdo e, concomitantemente, no Rio de Janeiro na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) com a criação do Departamento de Medicina Integral. Desses 3 programas o carioca e o porto alegre continuaram ativos e já formaram centenas de MFC. Em 1981 a Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu os programas de Medicina Geral Familiar e Comunitária, contudo em 1988 após o descredenciamento das bolsas de residência de todos os programas brasileiros na especialidade houve um grande hiato na formação do especialista da Atenção Primária à Saúde que só se revigorou em 2001 com a reativação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e com o desenvolvimento do Programa e da Estratégia de Saúde da Família. (BERGER e colab., 2017)

Contudo, com o sucesso da ESF, surgiram programas como o Pro-Residência, criado em 2010, para fomentar a formação de profissionais para atuar nesse locus da rede. Assim, na última década, a especialidade que mais expandiu o número de médicos residentes foi a Medicina de Família e Comunidade, que passou de 181 vagas de R1, em 2010, para 1.031 vagas de R1, em 2019, um aumento de 469,6%. Essa especialidade, que representou 5,3% de todos os residentes cursando R1 em 2019, cresceu quase cinco vezes mais que a taxa de crescimento global de 81,4% nas vagas de R1 no período analisado, acrescenta-se a esse cenário o fato do pesquisador estar atuando na docência e na preceptorial não espanta que toda a amostra de entrevistados apresente a formação de especialista generalista em Atenção Primária à Saúde. (CONSELLHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

De acordo com McWhinney no seu Manual de Medicina de Família e Comunidade o profissional médico que atua na Atenção Primária à Saúde deve estar preparado para lidar com três anomalias do modelo biomédico: saber lidar com a experiência do adoecimento (Illness) ao invés de focar na doença (disease), compreender a característica inespecífica dos sintomas mais prevalentes em distinção das etiologias específicas da rede secundária e do Hospital e não fragmentar o cuidado da pessoa aceitando a dicotomia mente e corpo. (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010)

Reconhecendo essa necessidade, Moira Stewart (2017) estruturou o MCCP a fim de permitir ao profissional que siga essa metodologia desenvolva a competência de fazer uma abordagem holística biopsicossocial e construir planos de cuidados compartilhados como o usuário, o Método Clínico Centrado na Pessoa conta com várias técnicas comunicativas para proporcionar esse resultado e pedagogicamente divide-se em 4 componentes: 1º componente: Explorar a doença e o adoecimento do usuário, esse é o momento do encontro das agendas do médico e do usuário, o momento de se buscar os Sentimentos, as Ideias, as Funcionalidades e as Expectativas que a pessoas tem em relação ao problema apresentado; 2º componente: Entender a pessoa como um todo, explorar o contexto próximo e distante do usuário, aplicando suas técnicas de abordagem familiar e sua competência cultural para se aproximar do usuário que busca cuidado; 3º componente: Elaborar um plano comum de manejo do problema, momento de romper com a tradição paternalista autoritária que estrutura a tradicional relação médico paciente para permitir o usuário ser protagonista da construção do seu plano de cuidado, para tanto precisamos nos engajar na construção do terreno comum e ter habilidade para definir em conjunto as metas de curto médio e longo prazo a serem buscadas bem como antecipar e prevenir problemas frequentes na execução do plano de cuidado; 4º componente: Intensificar a relação médico pessoa, através de uma relação empática e longitudinal. (STEWART e colab., 2017)

Atualmente, o Método Clínico Centrado na Pessoa conta com evidências robustas envolvendo satisfação do usuário, adesão terapêutica e menor número de internações pelas causas sensíveis a Atenção Primária à Saúde. (STEWART e colab., 2010) (STEWART e colab., 2011)

Esse corpo de conhecimento, apesar de não ser exclusivo da Medicina de Família e Comunidade, é fundamental para qualquer profissional que atue na Atenção Primária à Saúde e está presente no currículo de competências construído pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para ajudar os programas de residência em MFC do Brasil a atingirem os parâmetros de qualidades esperado para esse especialista generalista. (JUNIOR, 2005) (GONÇALVES e colab., 2019)

Outra característica que deriva da inespecificidade da etiologia presente na Atenção Primária é o cuidado de não se realizar intervenções desnecessárias para

esse momento da história natural do problema, ou seja a P4, compõe a base teórica da MFC como McWhinney já explicava, mesmo antes do conceito ser forjado por Jamouille, o Médico de Família e Comunidade deve ter a capacidade de se autoavaliar continuamente para reconhecer se suas ações de cuidado são eticamente aceitáveis.

Nesse sentido os depoimentos dos entrevistados abaixo explicitam como a residência atingiu seu objetivo de aprendizagem em relação a implementar a competência sobre a aplicação da prevenção quaternária e a prática em saúde baseada em evidências:

“a gente sabe que ainda mais o [1]. por ser preceptor de medicina de família, eu por ser R2 de medicina de família a gente já vem com essa visão da prevenção quaternária na base da residência, é um dos pilares da nossa residência. E a gente sabe que intervenções, o primeiro que eu preciso demonstrar é que elas são seguras e depois que elas são eficazes, né, depois eu penso em fazer a intervenção, enquanto eu não tenho essa demonstração, a gente não vai intervir, né.”

Entrevistado 2

“na minha formação de MFC na residência nós estudamos bastante essa temática, também fiz alguns cursos de PSBE que abordaram essa temática.”

Entrevistada 5

Além de relatarem o conhecimento e aprofundamento das temáticas durante o período da residência médica em MFC, esse momento formativo foi responsável pela criação de vínculos profissionais que fomentam a educação permanente, seja através da preceptoria como também através das relações sociais em grupos de aplicativos de comunicação.

“Como a gente tá na preceptoria aqui, a gente teve algumas aulas teóricas sobre covid-19, além disso o próprio grupo dos médicos da prefeitura, temos um grupo dos médicos da APS, sempre quando saía algum artigo a gente jogava no grupo, vez ou outra algum médico tentava contra-argumentar que eram a favor né, mas de forma geral foi isso, principalmente o grupo da residência daqui e do Odilon ou aquele da medicina de família nós fazíamos análise crítica com os residentes da UFOP na sexta e jogávamos a conclusão no grupo o artigo e uma breve síntese, foi mais

nesse sentido de receber o material buscar o material fazer análise crítica, a residência ainda tem um peso, muitos egressos viraram preceptores então nossa visão ficou fortalecida.”

Entrevistado 4

Esse crédito à residência, como marcador em sua formação é reforçado pelos entrevistados como diferencial frente à formação médica em geral.

“Penso ser extremamente importante eu diria fundamental, se eu não tivesse tido essa pincelada na academia e esse aprofundada na residência médica agora na pandemia eu estaria, creio eu, sem saber para onde correr algo muito intuitivo não baseado em raciocínio clínico baseado em evidencia eu acredito que como a graduação médica não é bem embasada nisso como reflexo nós temos muitos colegas que não tem essa aptidão para pensar e atuar assim e, logo, percebemos a grande confusão que foi a atuação da categoria médica e até o próprio CFM não conseguiu se posicionar sobre isso, inclusive muitas receitas de colegas profissionais indescritíveis.”

Entrevistado 8

6.3.2 Habilidades de comunicação

Francis Graham Crookshank polêmico médico inglês quando escreve o texto *“The relation of history and philosophy to medicine”*, afirma que o final do século XIX marca o momento em que a medicina e a filosofia tornam-se completamente dissociadas. (CUMSTON; CROOKSHANK, 1968). Esse movimento biomédico que tem seu potencial amplificado com o Relatório Flexner provoca uma desatenção ao processo comunicativo nos cuidados à saúde por décadas, visto que as razões de chance (*likelihoods*) dos achados dos exames físicos eram bem mais altas que os obtidos pelos sintomas advindos da anamnese.

Contudo, nossa sociedade foi marcada profundamente pelo sofrimento mental trazido por duas guerras mundiais e nesse contexto, Paul Tournier um dos pioneiros nos estudos da comunicação médico pessoa já em 1940 publica *Medicina da Pessoa*, livro não publicado no Brasil, em que apresenta a amplitude de sua abordagem, passando pelos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das pessoas.

Sua abordagem propõe uma atitude e não apenas um conceito ou uma técnica. O autor considera a singularidade e a dignidade do homem, também em seu sofrimento, com seus recursos e fragilidades e, ainda, seus desejos. O autor era médico generalista, o que contribuiu para ampliar a sua influência para além dos circuitos de Psiquiatria, Psicologia e religiosos. Como ele mesmo expõe: “eu não me tornei um psicanalista, optei pela medicina de toda a pessoa, a atitude não especializada por excelência, que procura compreender o homem como um todo” (PFEIFER, 2010).

“A tarefa do médico é inicialmente curar, mas é também ajudar os homens a crescerem como pessoas, a afrontarem seus problemas, a se desenvolverem plenamente. Isso implica considerá-los como parceiros válidos, parceiros em diálogo e parceiros em ação. Não objetos, mas sujeitos. Isso implica notadamente explicar-lhes o que lhes fazemos enquanto pessoas livres e responsáveis”

(Tournier, 1940, p.3)

Já na década de 1950 o estudo da comunicação em saúde tornou-se mais relevante e abrangeu várias áreas do conhecimento, Carl Rogers psicólogo norte americano propôs nesse período, o que posteriormente ficou conhecido como sua fase reflexiva em seu livro Terapia centrada no cliente (1951/1992) a diferenciar duas formas de atitude, a declarativa e a empática, mostrando que o terapeuta deve estar focado nesta última, pois corresponde a uma forma de passar o conteúdo expressado de forma mais suave – diferente da primeira, que é mais rígida – tendo um caráter empático e compreensivo, podendo o cliente entender que tem mais possibilidade de se expressar. Assim, as atitudes do terapeuta não seriam de esclarecer as atitudes do cliente, mas que seria um experimentar ativo, juntamente com ele (Rogers, 1951/1992). Nos relacionamentos terapêuticos mais satisfatórios, o terapeuta tem como função assumir, da melhor maneira possível, uma estrutura de referência interna do cliente, para que possa perceber o mundo como o cliente o vê, deixando de lado todos os a priori, enquanto estiver na relação, passando algo de sua compreensão empática ao cliente. (Konopka, 2015)

Concomitante, o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Mode - HBM) foi desenvolvido por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos na tentativa de explicar por que as pessoas não se preveniam corretamente, contra doenças para as quais já havia testes ou vacinas, tais como a tuberculose ou a poliomielite. (COLETA, 1997) Esse grupo inicialmente estabeleceu quatro dimensões para a análise: Susceptibilidade, Gravidade, Benefícios e Barreiras.

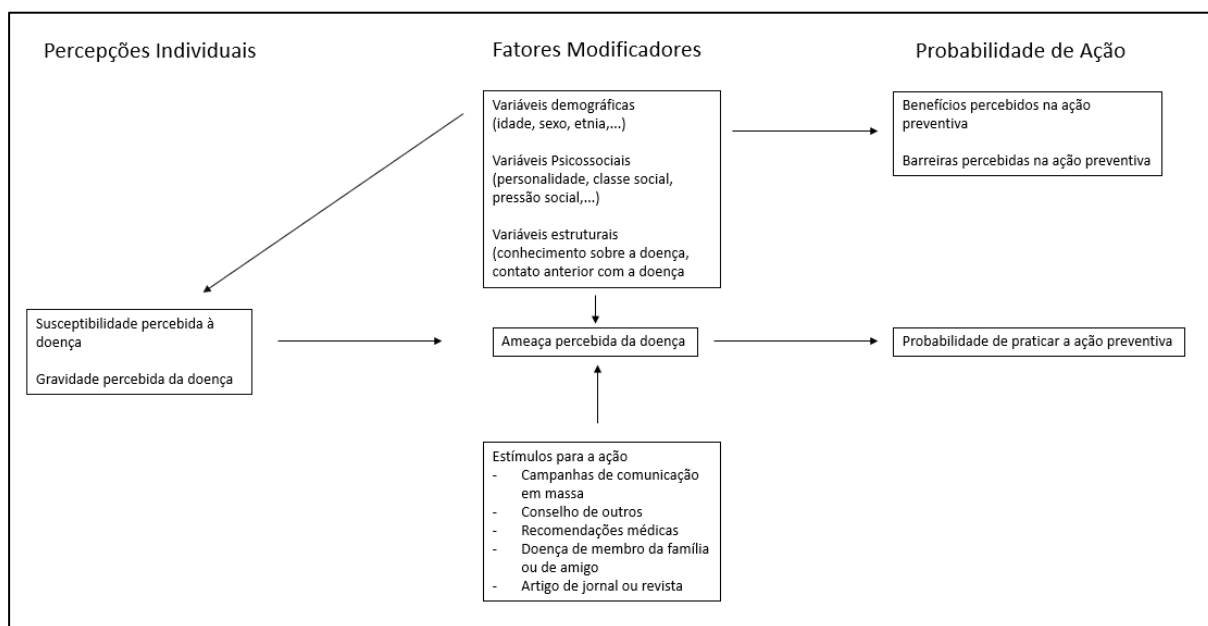


Figura 8. Modelo de crenças em Saúde (COLETA, 1997) *Adaptado pelo autor*

Posteriormente, já na década de 70 o modelo de crenças em saúde foi o primeiro a explicitar a importância de se buscar no encontro clínico as Ideias, Funções e Expectativas do usuário para compreender sua perspectiva de adoecimento e comportamento. (BARLETTA, 2010)

Outro grupo de destaque é da Escola de Palo Alto, conjunto de pesquisadores que se reuniu no final da década de 1950 para estudar o fenômeno da comunicação humana, debruçou-se sobre essas indagações. Em 1971, depois de estudar os princípios elementares da Cibernética e da Teoria Geral dos Sistemas, o grupo (na época eram Watzlawick, Beavin e Jackson) realizou experimentos sistemáticos com pacientes esquizofrênicos, estabelecendo 5 axiomas básicos da comunicação, os quais diziam que: Não é possível não se comunicar; Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional; A natureza da relação depende de seqüências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes; 4º Os seres

humanos se comunicam tanto digital como analogicamente; 5º Todos os intercâmbios comunicativos são simétricos ou complementares, respectivamente, e se baseiam na igualdade ou na diferença. (BERTALANFFY, 2010)

Outro expoente que contribuiu para a evolução do conceito foi Michael Balint, psiquiatra Húngaro, que em 1970 consagrou a expressão medicina centrada no paciente ou na pessoa para confrontar a ideia de medicina centrada na doença. “Chamamos o primeiro de "medicina centrada na doença" (“*illness-centred medicine*”) e, o segundo, de "medicina centrada no paciente" (“*patient-centred medicine*”). Esses nomes são um pouco pomposos, mas, apesar do esforço considerável, não conseguimos encontrar melhores. Medicina centrada na doença significa que o médico tem que entender tanto as queixas do paciente como também todos os sintomas e sinais que ele pode encontrar em termos de doença, isto é, em termos de uma alteração patológica de parte do corpo ou de uma função de parte do corpo. O perigo dessa orientação é que ela pode não dar suficiente consideração para o paciente como um ser humano único, com seus próprios conflitos e problemas. Por outro lado, deve-se admitir que essa orientação centrada na doença, a medicina científica, atingiu resultados expressivos, tendo, de fato, quase duplicado a expectativa média de vida no mundo ocidental durante os últimos cem anos. A outra maneira de pensar, a medicina centrada no paciente, tenta entender as queixas oferecidas pelo paciente e os sintomas e sinais encontrados pelo médico não somente em termos de doença, mas também como expressões da individualidade única do paciente, suas tensões, conflitos e problemas. Chamamos o entendimento baseado na medicina centrada na doença de “diagnóstico tradicional” (“*traditional diagnosis*”), enquanto o entendimento baseado na medicina centrada no paciente de “diagnóstico global” (“*overall diagnosis*”)” (BALINT e colab., 2013)

No seu livro “O Médico, o Paciente e a sua Doença”, publicado em 1957 e ampliado, pelo autor, em 1964, Balint havia aprofundado a análise de alguns elementos da relação médico-paciente. Esse livro é baseado em um longo trabalho de pesquisa que o autor realizou com um grupo de quatorze médicos generalistas ingleses. Nesta obra, que influenciaria fortemente autores futuros, Balint mostra que a personalidade do médico é a primeira “substância” administrada ao paciente, assinalando que todas as ações médicas são impregnadas de sentimentos que podem ser úteis ou prejudiciais aos pacientes. Com o termo “conluio do anonimato” o

autor definiu a situação de um paciente que passa por inúmeros especialistas sem, no entanto, que nenhum deles entenda ou mesmo resolva o seu problema. O “conluio do anonimato” serviria para diluir a responsabilidade pelo cuidado do paciente, promovendo, porém, como uma consequência imprevista, a relação entre a instituição médica e a doença e o esvaziamento do potencial encontro entre os dois sujeitos envolvidos, o médico e o paciente. Em contrapartida, Balint reforçou a escuta como uma poderosa ferramenta do cuidado médico, devendo este aprender a utilizá-la, reconhecendo os momentos de iniciar e de cessar o processo de escuta (também compreendido como psicoterapêutico).

Para finalizar esse resgate histórico entre a dissociação da filosofia da medicina até a reconciliação deve apresentar-se o psicanalista norte americano George L Engel que a partir do pressuposto de que os modelos dominantes de organização do conhecimento e da experiência, nem sempre explícitos, são importantes na maneira de o médico abordar o paciente, propôs o modelo biopsicossocial. (ENGEL, 1977) Neste modelo, o nível do sistema de onde se deve partir é sempre a pessoa, ao contrário do modelo biomédico, em que o ponto de partida é o corpo e a doença, com a negligência da pessoa. Nessa mesma época, estudos mostraram que os aspectos culturais do paciente e médico interferiam nos resultados da atenção médica. A discordância entre médico e paciente na visão da doença e do processo de adoecer e nos objetivos a atingir com o tratamento repercute negativamente nos resultados obtidos. (KLEINMAN e colab., 1978)

Nesse contexto um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo, destacando-se as equipes de Stewart (de Ontário, Canadá), Pendleton (de Oxford, Inglaterra) e um grupo comum das Universidades de Calgary (Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Todo esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “Medicina Centrada na Pessoa”

Stewart e colaboradores propõem o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) através da publicação do livro “*Patient centered medicine — transforming the clinical method*” no ano de 1995 e que teve sua última atualização em 2015., publicaram, em 1995, a primeira edição do livro “Medicina Centrada no Paciente: obra em que são apresentados os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (FIGURA 8) e que teria uma grande repercussão nos meios acadêmicos e,

inclusive, na MFC brasileira Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta tanto a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; quanto a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; além da integração entre as duas perspectivas (STEWART e colab., 2010)

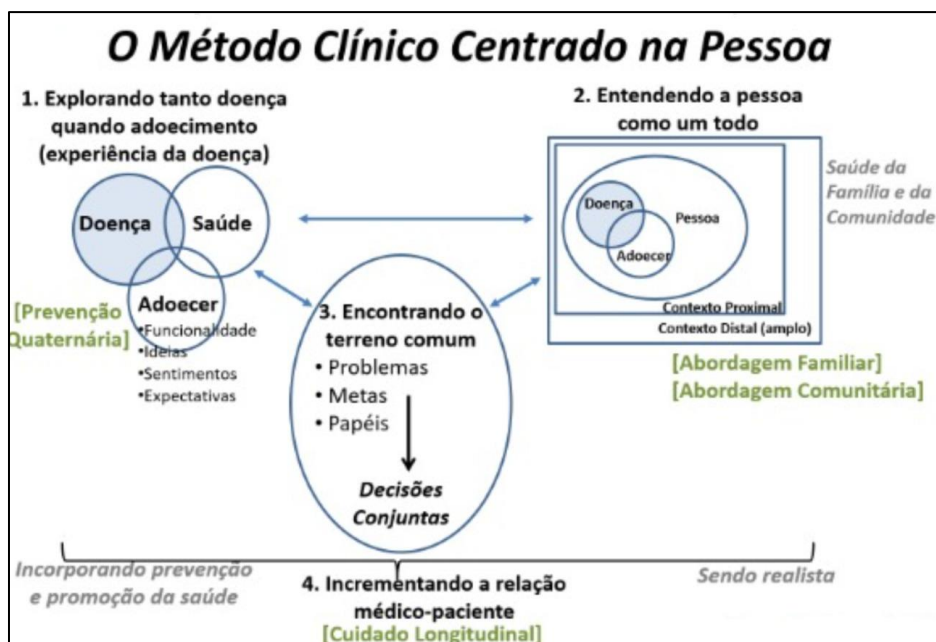


Figura 9. Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART e colab., 2017) Adaptado por Savassi e Autor.

Segundo o *Institute for Patient - and Family-Centered Care*, os elementos fundamentais do cuidado centrado no paciente e família são: (1) dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as perspectivas e escolhas dos pacientes e seus familiares, bem como incorporar no planejamento dos cuidados os conhecimentos, valores, crenças e origens culturais dos mesmos; (2) compartilhamento de informações: os profissionais de saúde devem comunicar e compartilhar as informações de forma completa e imparcial com os pacientes e seus familiares, a fim de, efetivamente, participar no cuidado e na tomada de decisão; (3) participação: pacientes e seus familiares devem ser incentivados e apoiados em participar do cuidado e da tomada de decisão; e, (4) colaboração: pacientes, familiares, profissionais de saúde e líderes dos serviços de saúde devem colaborar no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas e formação profissional, bem como no fornecimento de cuidado. (CASTRO, 2015)

Para finalizar a discussão sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa vale ressaltar que esse método pode ser realizado em qualquer tempo de

consulta/encontro com o paciente e construído ao longo do tempo de acompanhamento, de maneira que aspectos não vistos em uma consulta podem ser vistos em uma seguinte. Além do conceito de tempo (duração), o método incorpora o conceito de “*timing*”, que é o tempo dado pelo médico à consulta conforme as necessidades do paciente, de modo que, em seu exercício, a duração das consultas varia não só pela disponibilidade de tempo, mas também, principalmente, pelas necessidades dos pacientes. (STEWART e colab., 2017)

Atualmente, a valorização das Habilidades de comunicação entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde é evidente, tanto que na famosa representação em árvore feita pela Organização Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA) das competências essenciais do profissional da atenção primária elas constituem o tronco. FIGURA 9.



Figura 10. Árvore das competências e características do MFC (ALLEN e colab., 2011) *Adaptado pelo autor.*

Em consonância a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade define que um médico que atue na Atenção Primária à Saúde necessita de 19 competências comunicativas (SBMFC, 2014), que vão desde demonstração atitudes

não verbais apropriadas, técnicas de escuta, exploração e pactuação de um plano comum, com organização de tempo e utilização de mídias relevantes para a prática.

No discurso dos entrevistados observam-se competências comunicativas que os auxiliaram em situações relacionadas à P4 e a PSBE, principalmente quando confrontados com pessoas demandando medicações não eficazes.

“Desde o início da pandemia em março, eu fui ter poucas experiências que tive dificuldade no manejo nessa comunicação. Era o retorno de uma moça jovem, com quadro gripal, ela tinha sido atendida por um outro médico e ela fez... isso foi lá no centro de saúde, ela fez o exame particular, que comprovou o quadro de coronavírus, e ela retorna na consulta com o pai. E tiveram uma abordagem de comunicação difícil na recepção, porque na recepção falaram assim ó: “você tá com exame positivo, você nem devia estar aqui, devia estar em casa, isolada, né” Tá, e isso na cabeça do paciente e do familiar que vê um diagnóstico que tem todo esse número grande de óbitos, aquilo virou uma afronta. E a enfermeira que atendeu antes do período do almoço, falou, olha vai ter uma dificuldade, por que o pai dessa jovem tá muito bravo, tá muito exaltado, ele não quer nem passar na primeira médica, que não passou o tratamento precoce, por que falou assim, se ela já tivesse tomado, ela taria protegida e ela vai ter risco de internar... Aí eu começo a consulta, e o pai entra exaltado, muito nervoso... “Ah e num sei o que lá, tem uma médica na Bahia...” E falando assim, muito rápido, que eu não conseguia entender “ Tem uma médica na Bahia aí...” E entrou em questões políticas, que assim, 99% dos atendimentos é tranquilo, são pacientes que a gente faz o exame, é uma primeira abordagem que eu faço, dificilmente é uma consulta de retorno, a gente não vê isso muito na prática presencial, mas era uma pessoa que realmente tava muito sintomática do ponto de vista assim do acometimento sistêmico, não de sintomas de gravidade, mas o coronavírus deixou ela muito abatida, em sentido de energia né, não tinha sinais de alarme. Aí o pai veio e falou assim ó “Eu vou te respeitar e tal, mas isso é coisa de política, viu? Por que vocês não dão o tratamento precoce para ganhar 15 mil em cada leito de internação por dia” Aí eu falei “nossa senhora, então tá né...” “ E Eu não vou tomar a vacina não, não vou, num sei o que lá...” E ele foi falando isso, aí ele falou assim: “ Eu vou ficar lá fora por que eu tô muito nervoso, pra você poder atender ela calmo, você tá calmo, eu vou deixar você nervoso” Aí comecei a atende-la, aí eu falei assim, ow, eu não passo o tratamento precoce. Eu nem fiz abordagem, eu fui muito direto... Falei ó, não vou passar porque não é da minha prática. Aí ele falou assim “Tá, mas...” E se

você quiser eu posso mostrar o material que eu me embaseio, ela falou “Não, então por que que tem médico que prescreve?” Aí eu falei “Ah, por que tem médico que não estuda!” (risos) Aí ela falou tá. Mas eu foi te mostrar aqui onde eu estudo. “Não mas eu quero saber da sua opinião, por que o médico é que prescreve, eu quero saber a opinião dele” Aí eu falei, então tá, então deixa eu reformular, essa foi uma consulta minha que eu fiquei meio exaltado, mas a gente não viu esse benefício, a gente queria realmente que tivessem remédios e que fossem remédios eficazes, é uma vontade nossa, mas isso não comprovou eficácia até o momento. Mas foi uma consulta realmente que era pra ser coisa de 15-20min de eu avaliar se tinha algum sinal ali alterado, algum sinal de alarme, prescrever os sintomáticos, orientar isolamento, não, virou 40 min, virou assim, um tempo muito grande, né...”

Entrevistado 1

Apesar dessas situações relatadas, os entrevistados reforçam que foram na minoria dos atendimentos, e que em geral as habilidades de comunicação adquiridas, tanto na comunicação oral, quanto no acesso e utilização de materiais impressos, facilitaram os encontros clínicos.

“Ó, no dia a dia da APS nesse sentido eu posso falar que eu fui bem fortuito, sabe? Eu tive que lidar pouquíssimas vezes com cenários em que os pacientes pediram um tratamento, e nos cenários que eles pediram a técnica de comunicação foram suficientes, no sentido de falar : ó a gente está sempre disponível, a gente vai te reavaliar, né, explicar que esses tratamentos infelizmente não tem benefício, né, de demonstrar que a gente gostaria de ter um tratamento, que a gente poderia prescrever de forma adequada, né, mas que a gente sabe que esses tratamentos na verdade pioram os desfechos, né, é... O material que me ajudou um pouco mais nesse sentido, eu precisei dele duas vezes só pra mostrar pro paciente, pra pacientes que insistiram muito, mas que mesmo assim a gente acabou conseguindo convencer... Foi o material da Sociedade Brasileira de Infecto, né, dizendo que os tratamento não são recomendados, e assim, na verdade também, a gente já criou no centro de saúde, isso é uma coisa que eu tenho que agradecer todos os dias, que no centro de saúde que eu estive durante a pandemia, existe um consenso entre os profissionais de que isso não adianta nada, é... e ninguém, não teve a situação de um profissional falar “ah vamos prescrever” e os outros não concordarem. Todo mundo desde o início já sabia que não funcionava.” Entrevistado 2

6.3.3 Prática em Saúde Baseada em Evidências

A relação de complementaridade entre o M CCP e a PSBE pode ser reconhecida também pelo fato de ser, justamente, a primeira, ela própria, baseada na segunda. Hoje enxergar a maior complementaridade, e menor contradição entre ambas é um dos principais desafios da Medicina moderna, já que a consequência da diferença existente entre o indivíduo e a “média” populacional recai sobre a necessidade de se reconhecer que a melhor decisão clínica baseada na “média” populacional não necessariamente será a melhor para cada uma das pessoas individualmente. (STEWART, 2003).

Já abordamos os conceitos de PSBE nos marcos teóricos (3.3) e a relação da PSBE e as ações preventivas (6.2), o relato dos entrevistados reforça o conhecimento conceito e aplicação na sua prática durante a Pandemia de Covid-19.

“E a gente sabe que intervenções, o primeiro que eu preciso demonstrar é que elas são seguras e depois que elas são eficazes, né, depois eu penso em fazer a intervenção, enquanto eu não tenho essa demonstração, a gente não vai intervir, né, Ah, pode ser que ela seja eficaz, pode. Aguardamos aqui a demonstração da eficácia, por enquanto, naquele momento não havia nenhuma demonstração. E hoje ainda não há né, diga-se de passagem, hoje, dia 13 de julho de 2021, ainda não há evidência, né, se amanhã houver, cá estaremos nós para dizer erramos, né, não temos nenhum problema em dizer erramos, deveríamos ter prescrito, ou melhor, vamos passar a prescrever, né, não é que deveríamos, por que na verdade, não havia evidência então não deveríamos, né, mas vamos passar a prescrever a medida do que há.”

Entrevistado 2

“Infelizmente devido a pandemia acabou a educação permanente, os dois primeiros de 2020 aconteceram foi justamente os testes diagnósticos e foi uma atividade prática também junto com os enfermeiros então falamos da sensibilidade especificidade dos likelihood e também com se executa na prática.”

Entrevistado 4

6.3.4 Longitudinalidade

A longitudinalidade diz respeito à prestação de serviços pelos mesmos profissionais ou equipe de saúde por um determinado tempo. O atributo de longitudinalidade, portanto, está mais presente quando os profissionais de saúde permanecem na mesma unidade ou mesmo posto de trabalho por longos períodos, em geral, por anos. Supõe-se que, em serviços onde esse atributo se faz mais presente, os profissionais de saúde criem vínculos e tenham um maior conhecimento a respeito dos problemas de saúde mais frequentes na população por eles assistida. (STARFIELD; SHI, 2002)

Há evidências de que os indivíduos com uma boa experiência relacionada à utilização de serviços de Atenção Primária, em especial quando são marcantes os atributos de acesso e longitudinalidade, avaliam melhor sua saúde e que tais serviços são capazes de reduzir o impacto de disparidades sociais na saúde (SHI e colab., 2002)

A associação entre a maior orientação ao MCCP atribuída, pelo paciente, à abordagem do médico e o tempo de acompanhamento com esse médico aponta também para a importância do estabelecimento do vínculo e da relação médico-pessoa. A intensificação da relação médico-pessoa faz parte do MCCP, Moira nos ensina a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contratransferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico. (STEWART e colab., 2017)

Os entrevistados associaram a longitudinalidade a terem tido mais facilidade no diálogo e possibilidade de realizarem a P4 no contexto da Pandemia de Covid-19.

“De qualquer forma mostra a dificuldade de mostramos e dialogarmos com a população sobre práticas baseadas em evidências, as pessoas confiavam em mim por estar há mais tempo na unidade.”

Entrevistado 5

“ É por que assim, aquele paciente que eu consulto várias vezes, ele vai ter uma confiança ele vai buscar querendo saber o que realmente eu tenho pra passar pra ele, diferente de um outro paciente que eu vejo ele isoladamente, ele já traz algo com uma expectativa pré-estabelecida e eu tenho que atender aquela expectativa, né, todo mundo, todo paciente vai ter alguma expectativa em algum grau, mas de tendo longitudinalidade ele tem uma visão compartilhada mais num terreno comum, né, ele tem expectativa mas a decisão compartilhada ela fica próxima.”

Entrevistado 1

6.4 Fatores dificultadores para utilização da P4

6.4.1 Negacionismo

No Brasil, as primeiras campanhas de vacinação datam do ano de 1804, e naquele momento histórico, possuíam o caráter obrigatório e compulsório, com finalidade de combater a febre amarela urbana, a varíola e a poliomielite. A população criou um sentimento negativista acerca da administração vacinal, sustentando a lenda popular de que as vacinas eram pouco seguras e/ou armas biológicas criadas pelo governo para controle populacional. Os mitos sobre a real função das vacinas são motivos de diversos conflitos religiosos, políticos e legais. Em países como a Inglaterra e EUA foram criadas Ligas Antivacinação para perpetuar a liberdade dos pais sobre a decisão de se seus filhos deveriam ou não ser imunizados. No Brasil, citamos a Revolta da Vacina, em 1904, que foi um levante popular dos moradores do Rio de Janeiro contrários às ações governamentais, que tornavam obrigatória a vacinação e puniam aqueles que se negassem. Durante séculos, os benefícios do processo de imunização foram pouco questionados; mas um artigo publicado pelo médico Andrew Wakefield, em 1998, na revista "*The Lancet*", afirmando que a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola tinha relações com o desenvolvimento de autismo, reacendeu e fortaleceu o movimento. (BELTRÃO e colab., 2020)

Infelizmente o negacionismo em torno de vacinas sempre esteve presente, contudo, em relação a pandemia do Sars-Cov19 a descrença foi maior e iniciou-se com a descrédito na existência da Patologia e no Brasil esse movimento foi

intensificado pelo apoio do Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, que no dia 23/03/2020 fez um pronunciamento em rede nacional desacreditando o potencial letal do vírus e dizendo que a infecção provocada pelo Covid-19 seria no máximo uma “gripezinha”.(MINAS, 2021)

Nesse contexto os médicos que enfrentaram a Pandemia nos serviços de porta de entrada, APS e Pronto-Atendimentos sofreram muito para tentar cuidar dos usuários necessitados, como esse relato inacreditável nos mostra:

“O que mais me marcou foi um paciente que abandonou o tratamento, e acabou que não foi na atenção primária, foi na porta de urgência, na upa. (...) E nessa situação de urgência, um paciente com a mãe acamada já de cerca de 70 anos, a dona saturando 70,75... Muito grave, discutiu com a equipe toda e disse que não era covid, que essa doença não existia, e a gente falou “ó, daqui ela só sai com boletim de ocorrência, né, ninguém vai assinar essa alta, por que ninguém é maluco de se expor dessa forma” é... e aí ele chamou a PM e assinou e levou a mãe pra casa, saturando 75, obviamente a gente ficou sabendo que 24 horas depois a dona veio a óbito, né, era uma paciente muito grave, né, a gente sabe que o desfecho era muito ruim, mas morreu sem dignidade, (...). E assim, tem inúmeros outros exemplos, né, é por que assim, esses cenários se tornaram tão recorrentes, que pra ser sincero é difícil lembrar, por que a vontade que a gente tem é de esquecer e de não guardar nomes e não guardar rostos, por que dói mais, é melhor esquecer, mas tem uns que realmente a gente não esquece nunca, né, e esse daí pra mim foi um dos mais críticos assim, o colega até me chamou, né, falou ah, mas vai deixar ir embora mesmo? Uai... ele assinou o papel da PM, fez boletim de ocorrência... A gente não tem o poder, nem quero o poder de prender ninguém no hospital, mas e aí? O que que eu vou fazer? Sensação de impotência eu acho...”

Entrevistado 2

Outra característica dos movimentos negacionista é sua relação com a religiosidade: O receio em optar ou não pela imunização, é pautado atualmente em razões filosóficas, por orientação médica, medo de reações adversas, e motivos religiosos. Esse estigma social é influenciado por diversos fatores inter-relacionados, que envolvem: a confiança, onde se leva em conta a eficácia, a segurança e as recomendações dos gestores sobre a vacina. A complacência, com o pensamento de que o risco de contração da doença seja baixo e, sendo assim, a vacina não seria

necessária. Por último, a conveniência que envolve a disponibilidade física, acessibilidade, compreensão e o acesso à informação em saúde. (SATO, 2018)

Ampliando o debate e utilizando a jurista e socióloga norte americana Brown, (2019) apresenta os desdobramentos das discussões na Suprema Corte do país. Ela mostra como a moralidade tradicional está contaminando a jurisprudência americana e como os réus estão usando a Primeira Emenda da Constituição americana reivindicando a liberdade de expressão para negar conhecimentos científicos. O que podemos ver nos resultados das decisões, favoráveis aos acusados em ambos os casos, é um malabarismo argumentativo e uma contradição para garantir a liberdade de expressão e religiosa. (MAIA, 2021)

Outro grave problema relacionado ao negacionismo atual são as redes sociais e a mudança no processo comunicativo que essa inovação tecnológica causou. Nesse contexto o jurista e cientista político Cass R. Sunstein, (2009) defende que para a democracia funcionar bem, é imprescindível “sair da bolha” e sustenta não ser por acaso que, em algumas ocasiões, pessoas de diferentes visões políticas não conseguem se entender. Tampouco, é motivo de surpresa o fato de que grupos tenham conseguido explorar as mídias sociais com um efeito mortal. Tratam-se de reflexos do aprofundamento da polarização e fragmentação social que provoca a construção de câmaras de eco as quais amplificam os pontos de vista e são oriundas, em grande parte, ao que ele chama de “*The daily me*”. (ZHOU, 2017)

“Já quanto a vacinação eu acho mais difícil, as pessoas que não queriam tomar não estavam dispostas ao diálogo, percebi uma questão religiosa, teve um pastor que ele e a família toda não se vacinaram.”

Entrevistada 05

“Eu tive um caso muito complicado, porque o usuário é um pastor muito influente na comunidade e ele se apresentou na unidade no final do turno da manhã num momento que já não estávamos acolhendo, ainda no início da pandemia, como eu já o conhecia usei meu tempo de recuperação antes do almoço para atendê-lo. Lembro dele já sentando e solicitando o famoso Kit Covid, era para ser uma consulta de uns 15 minutos e acabou durando quase 40 minutos, ele me mostrou vários “artigos” que ele recebia no grupo do Whatsapp, ... a maioria eram reportagens desses portais direitistas, mas mesmo assim eu fiz questão de conversar mostrar as notas da sociedades

brasileiras de infectologia e de pneumologia e disponibilizei meu número de celular para que ele pudesse me procurar em caso de dúvidas, depois eu acabei me arrependendo dessa estratégia, mas como ele tem uma influência grande na nossa área rural eu doei meu tempo, contudo as fake news só aumentavam e então eu o convidei para uma nova consulta e tentei abordar a qualidade da informação que ele estava compartilhando, mas não obtive êxito e, por fim eu desisti de responder.

Para piorar, agora nessa fase da vacinação infantil, ele retornou com questionamentos sobre os riscos para as crianças, entretanto em distinção daquela primeira fase ele mostrou-se mais flexível e aceitou minhas orientações e vacinou os filhos.”

Entrevistado 04

6.4.2 Graduação

Um fator dificultador para se atingir um cuidado qualificado na Atenção Primária à Saúde deve-se ao modelo de ensino Flexneriano, que se mantém hegemônico no Brasil, por mais de 100 anos após a divulgação do relatório que inaugurou essa era em 1910 (Flexner, 1910). O modelo Flexneriano é hoje um limitador para o alcance da modelagem biopsicossocial, já que tem no seu alicerce uma formação excessivamente tecnicista, médico-centrada e hospitalocêntrica baseada em um recorte populacional muito distinto do encontrado na Atenção Primária (Green *et al.*, 2001). Nesse paradigma definido como biomédico a doença é compreendida como entidade nosológica isolada do indivíduo, assim todo sofrimento deve ser investigado em busca de se encontrar a doença causadora do mal, aumentando a chance de intervenções desnecessárias. Por outro lado, no modelo de Engel observamos que a doença se manifesta numa complexa relação entre os fatores biológicos individuais, as condições socioambientais e através da significação subjetiva psicológica que organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar singulares que devem ser consideradas e compreendidas diante do sofrimento individual (Engel, 2013). O processo de saúde e doença está influenciado por esses três determinantes: biológico, social e psicológico e ao se realizar o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem-se considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de determinantes.

Além das características do ensino médico, diferentemente dos países que possuem um alto nível de qualidade na Atenção Primária (Doty *et al.*, 2017), onde a residência médica é obrigatória e o profissional médico que atua nesse ponto da rede é um especialista generalista. No Brasil de acordo com a legislação, qualquer profissional médico pode atuar na Atenção Primária à Saúde Essa ideia norteadora foi consagrada em 1976 pela Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) no seu 14º Congresso Brasileiro de Ensino Médico (COBEM) onde foi defendido que a graduação médica devesse ser terminal e capaz de formar um generalista para atuar na Atenção Primária. Dessa forma, o desenvolvimento das competências específicas para atuação nesse cenário específico de prática, como o cuidado integral e longitudinal, a coordenação do cuidado e a prevenção quaternária, pode não ser suficiente, aumentando o risco de intervenções desnecessárias.

Sabedor desse cenário algumas mudanças estruturantes foram propostas pela união a partir de 2001. A primeira ação de destaque teve foco nos currículos das escolas médicas para tanto foram propostas novas Diretrizes Curriculares Nacionais na tentativa de alinhar o ensino médico com as proposições feitas na Conferência Mundial de Educação Médica ocorrida em Edimburgo em 1988 que se concentrou em 3 eixos: Ampliar os cenários de prática não limitando-se ao ambiente hospitalar, valorizar as prioridades em saúde nacionais e buscar metodologias ativas de ensino.(PAGLIOSA; DA ROS, 2008)

Outro importante marco na busca de se transformar a prática médica brasileira foram as políticas públicas para reordenar o cuidado integral a pessoa: A Política Nacional de Promoção à Saúde (2010) do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a promoção da saúde como “um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2010, p.10), definindo os conceitos de “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade” como diretrizes políticas (BRASIL, 2010, p.42). Esse paradigma traz a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde faça-se por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2010), entretanto as Instituições de Ensino Superior não conseguiram promover essa inovação para seus currículos que permaneciam biomédicos e hospitalocêntricos.

Nesse mesmo sentido as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, o novo documento, com 14 páginas, traz uma série de recomendações às quais as instituições superiores devem se adequar. (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 2014) Nele, aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos de curso. As diretrizes propostas nesse documento enfatizam a preocupação em formar médicos generalistas efetivos na abordagem ao paciente da atenção básica e da urgência/emergência e que sejam resolutivos na promoção e redução dos riscos em saúde. Em outras palavras, o documento prevê a formação de um profissional com habilidades gerais, crítico, reflexivo e ético, pronto para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e que seja capaz de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade que orientam que a formação em saúde seja voltada às necessidades do Sistema Único de Saúde, entretanto, como já discutimos nessa dissertação o cenário de prática da Atenção Primária brasileira é marcada por um profissional sem qualificação específica para realizar essa tarefa, já que em geral, é composto por profissionais de formação heterogênea, habitualmente hospitalocêntrica, pela característica de ensino das Escolas Médicas Brasileiras, amplamente fundamentadas no paradigma de formação flexneriano.

Como o modelo biomédico e seus pressupostos tendem a definir estruturalmente os centros acadêmicos sendo dominante no que é ensinado ao graduando em medicina e tendo como referencial a doença, formamos estudantes que apresentam dificuldades em lidar com pessoas que não têm doenças orgânicas claras ou que têm sintomas inespecíficos. colocando à prova a competência do estudante em subjetivar ou abordar o ser humano em sua complexidade.

Outra forma de avaliar a dificuldade de transformação do ensino médico brasileiro é não observarmos, como existe no resto do mundo, departamentos de medicina de família e comunidades compondo a organização dos cursos médicos no Brasil, Falk (2005) explicita em seus trabalhos como a MFC é ao mesmo tempo uma disciplina necessária a todos os médicos como uma especialidade com características únicas.

Hoje sabe-se que a medicina centrada no paciente pode melhorar a atenção médica individual e coletiva, trazendo à discussão aspectos culturais e expectativas do paciente e tornando-o um coparticipante do cuidado com sua saúde. Mesmo

considerando que não é o currículo que implica o cumprimento de determinados objetivos de aprendizagem, politicamente ele pode favorecê-los ou inviabilizá-los totalmente. Por isso, para alcançar a mudança do modelo puramente biomédico para o modelo centrado no paciente, as escolas médicas precisam incorporar em seus currículos conhecimentos de ciências humanas e sociais, além das disciplinas técnico-científicas tradicionais. A introdução de disciplinas da área de ciências humanas nos concursos para ingresso nas escolas médicas poderia já sinalizar uma mudança. (RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, 2008) contudo, esse cenário ainda se mostra raro no Brasil, em avaliação teórica sobre as mudanças no ensino médico no Brasil, questiona-se se os novos currículos têm realmente ocasionado mudanças na educação médica no sentido de formar profissionais comprometidos com a concepção ideológica de saúde como qualidade de vida. (MARTINS, 2008)

Nos três relatos abaixo observamos como a prevenção quaternária é um tema infrequente no currículo da graduação médica:

“Aí cê me fez uma pergunta difícil... Deixo vê se eu consigo me lembrar de alguma coisa relacionado. Acho que apareceu no 11 período, não, 12 período no estágio de saúde coletiva, né, na Clínica da Família lá no Catete, na Clínica da família Heitor Beltrão, né, Heitor Beltrão não, perdão... Heitor Beltrão é da Tijuca, Aí... Clínica da Família...em ambas unidades existia a residência de MFC da SMS do Rio e nossas professoras eram as preceptoras.”

Entrevistado 2

“Na graduação isso não fez parte da minha grade em sala de aula eu não ouvi falar, eu encontrei duas professoras geriatras, são marcantes, que era muito competentes e atuantes traziam essa discussão, fazíamos GDs, as consultas tinham exercícios para pensar em P4, mérito delas.”

Entrevistado 10

“A 1ª vez que eu escutei foi no congresso mineiro de MFC você estava lá né, eu lembro, aí depois trabalhamos na Liga Acadêmica de MFC da UFMG, mas fui aprender mesmo na residência com vocês!”

Entrevistado 4

6.4.3 Linha temporal relacionando as dificuldades à postura do Presidente Jair Bolsonaro

Evitar o risco de excesso de medicalização e proteger as pessoas de intervenções médicas desnecessárias, no contexto da Pandemia de Covid-19 inseriu-se em vários momentos preventivos. Nas ações relacionadas à Prevenção Primária, evitando-se o uso de medicações não eficazes que foram distribuídas como “kits Covid”, para a prevenção da doença, por exemplo e reafirmando as ações, que em muitos momentos foram questionadas por profissionais da medicina como: Isolamento Social, Uso de Máscaras e a Vacinação. Na Prevenção Secundária, com a correta indicação e interpretação dos Testes de diagnóstico (quando disponíveis), que necessitavam integrar conceitos da Prática em Saúde Baseada em Evidências, como os critérios de diagnóstico clínico-epidemiológicos e o entendimento dos conceitos de sensibilidade e especificidade. Já, quando do diagnóstico da doença, na Prevenção Terciária, novamente a P4 precisou ser executada para evitar a utilização de medicações não eficazes para o tratamento da Covid-19 e avaliação criteriosa para a Internação hospitalar dos casos moderados e graves. Em vários momentos os entrevistados falam da contraposição entre as posturas do presidente Jair Bolsonaro e as evidências científicas que sustentavam a prática dos profissionais. Dessa forma, compreendendo a fala dos entrevistados que perceberam várias fases durante a pandemia optou-se por apresentar uma linha temporal dos principais eventos conduzidos pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) correlacionados com a prevenção quaternária encontrados nesse estudo e as falas do presidente da República do Brasil, Jair Messias Bolsonaro (RIBEIRO, Matheus R., 2021) que servem para demonstrar a força institucional de informações que entraram no imaginário da população e geraram uma grande cobrança aos profissionais de saúde, em especial os que galgam sua prática nos alicerces da PSBE e da P4. Esses momentos e falas são entrecortados com depoimento dos participantes do estudo:

16/01/2020 - O Escritório Regional da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS para as Américas (OPAS/AMRO) emitiu seu primeiro alerta epidemiológico sobre o

novo coronavírus. O alerta incluiu recomendações para viajantes internacionais, medidas de prevenção e controle de infecções e testes laboratoriais.

20/01/2020 - A OMS publicou orientações sobre cuidados domiciliares para pacientes com suspeita de infecção. Que incluía as indicações do Isolamento Social e Uso de Máscaras. (WHO, 2020e)

26/01/2020 – Primeira fala do presidente Jair Messias Bolsonaro sobre o assunto: “Estamos preocupados, obviamente, mas não é uma situação alarmante”

Abaixo apresento um relato extraído das entrevistas que explicita como foi difícil atuar no início da pandemia diante do não reconhecimento da existência e/ou gravidade da Covid-19 por grande parte da população:

“... E aí eu num vou citar uma situação específica da covid, mas uma rotina dos atendimentos que é, todo atendimento você tem que convencer o paciente de que aquilo não é só uma gripe de que é uma síndrome gripal, e explicar o que é uma síndrome gripal por que ninguém sabe o que é uma síndrome gripal, e explicar pro paciente que ele tem que ficar afastado, que ele tem que ficar isolado, e não só explicar, como convencer o paciente, e além de tudo você ainda tem que convencer o paciente de que sintomáticos bastam pra aquela situação e de que o que é sinal de alarme, o que é falta de ar, é como se em todo atendimento a gente tivesse que repetir as mesmas coisas, coisas que a gente não tinha que fazer em outros cenários. Acho que essa pra mim é uma parte extremamente desgastante.”

Entrevistado 2

29/01/2020 - A OMS publicou conselhos sobre o uso de máscaras na comunidade, durante o atendimento domiciliar e em ambientes de saúde. (WHO, 2020a)

12/02/2020 - A OMS publicou Diretrizes de Planejamento Operacional para Apoiar a Preparação e Resposta do País, estruturadas em torno dos oito pilares de coordenação, planejamento e monitoramento em nível de país; comunicação de risco e envolvimento da comunidade; vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos; pontos de entrada; laboratórios nacionais; prevenção e controle de infecções; gestão de caso; e suporte operacional e logística.

29/02/2020 - A OMS publicou considerações para a quarentena de indivíduos no contexto de contenção do COVID-19. Descrevendo quem deve ser colocado em quarentena e as condições mínimas de quarentena para evitar o risco de transmissão adicional. (WHO, 2020c)

07/03/2020 - A OMS emitiu um pacote consolidado de orientações existentes cobrindo as ações de preparação, prontidão e resposta para quatro cenários diferentes de transmissão: nenhum caso, casos esporádicos, grupos de casos e transmissão comunitária. (WHO, 2020d)

10/03/2020 – Bolsonaro: “Durante o ano que se passou, obviamente, tivemos momentos de crise. Muito do que tem ali é muito mais fantasia. A questão do coronavírus, que não é isso tudo que a grande mídia propaga”

Nos próximos dois relatos apresenta-se a percepção consciente de uma entrevistada de como o Presidente da República era um agente de desinformação, no segundo relato, inclusive, o entrevistado foi acusado de estar inventando esse diagnóstico e recebendo incentivo financeiro para isso:

“Até porque nossa liderança política não facilitava em relação a aceitar que existia o problema”

Entrevistado 9

“Era um idoso com baixa saturação de O2 e em alguns momentos o diagnóstico ainda era difícil de ser realizado pela superlotação das unidades, nós não tínhamos o exame na unidade e as urgências estavam muito cheias e sem a confirmação as pessoas tem dificuldade de entender as questões epidemiológicas, um dos familiares desse idoso não aceitava e

muito embasado em fake News falou que médicos estavam sendo remunerados para inventar essa doença e tive que partir para um embate comunicativo e ser bem dura e assertiva, os demais familiares entenderam e conseguimos encaminhar, isso numa família que já havia tido outros dois familiares com diagnóstico.”

Entrevistado 5

13/03/2020 – Bolsonaro "Se bem que, para a imprensa que está ouvindo ali, se eu tivesse com o vírus ou não tivesse, não estaria sentido nada.”

16/03/2020 – Bolsonaro: "Foi surpreendente o que aconteceu na rua até com esse superdimensionamento. Que vai ter problema vai ter, quem é idoso, (quem) está com problema, (quem tem) alguma deficiência, mas não é tudo isso que dizem. Até que a China já praticamente está acabando"

Relato que mostra a contradição entre o discurso do presidente que buscava minimizar a preocupação da população e o medo intenso vivenciado pelos servidores das unidades de saúde:

“Foi marcante, é pra mim foi uma mudança de postura das pessoas, da própria unidade, assim com muito medo, a gente tinha muito medo de contaminação e a gente tentou diminuir muito o risco de contaminação, usar o telefone celular pra conseguir falar com as pessoas, né?”

Entrevistado 7

21/03/2020 - A OMS publicou recomendações de estratégia de testes laboratoriais para COVID-19. Indicando antecipação de preparo de laboratórios para aumento da quantidade de testes e indicações de grupos prioritário, em cenário de recursos limitados: Pessoas em Risco de doença grave que requeira hospitalização, profissionais de saúde e primeiros sintomáticos em unidades fechadas (Prisões, creches, abrigos, instituições de longa permanência).(ORGANIZATION., 2020)

21/03/2020 – Bolsonaro: “Agora há pouco, os profissionais do hospital Albert Einstein (sic) me informaram que iniciaram protocolo de pesquisa para avaliar a

eficácia da cloroquina nos pacientes com Covid-19. (...) Tenhamos fé que em breve ficaremos livres desse vírus”

22/03/2020 – Bolsonaro: “A previsão é não chegar a essa quantidade de óbitos [796] no tocante ao coronavírus”

28/03/2020 - A OMS publicou um manual sobre como configurar e gerenciar um centro de tratamento de infecções respiratórias agudas graves e uma unidade de triagem de infecções respiratórias agudas graves em unidades de saúde para otimizar o atendimento ao paciente. (WHO, 2020g)

30/03/2020 – Bolsonaro: “Se o vírus pegar em mim, não vou sentir quase nada. Fui atleta e levei facada”

02/04/2020 – Bolsonaro: “Eu desconheço qualquer hospital que esteja lotado. Não é isso tudo que estão pintando”

Um entrevistado fez o recorte das perdas na equipe onde atua e demonstra momentos de sobrecarga na rede municipal.

“considero que eu perdi bastantes pessoas que estavam sob meus cuidados. Na minha equipe temos adscritas cerca de 2500 pessoas e tivemos mais de 20 pessoas que perdemos para Covid-19, confesso que não sei a taxa de letalidade em BH e no Brasil, mas eu considero uma taxa alta. Teve dia de eu ficar com paciente mal no O2 esperando ambulância mais de 5h, teve dia de eu implorar para ambulância levar dois pacientes juntos, uma delas, de 35 anos inclusive, faleceu...”

Entrevistado 5

06/04/2020 - A OMS emitiu orientações atualizadas sobre máscaras, incluindo uma nova seção sobre conselhos aos tomadores de decisão sobre o uso de máscaras por pessoas saudáveis nas comunidades. (WHO, 2020b)

16/04/2020 - A OMS emitiu orientações sobre considerações no ajuste de medidas sociais e de saúde pública, como restrições de movimento em larga escala, comumente chamadas de “lockdowns”. (OMS, 2021)

08/05/2020 – Bolsonaro: “Tá todo mundo convidado aqui. 800 pessoas no churrasco. Tem mais um pessoal de Águas Lindas, serão 900 pessoas confirmadas. Tem mais um pessoal de Taguatinga. 1100. Vai estar todo mundo aqui amanhã? 1300 pessoas no churrasco”

Entrevistado descreve a dificuldade de lidar com as crescentes perdas e o luto dos usuários, enquanto o Presidente desdenha da necessidade de isolamento social um cuidado com boa evidência científica para prevenir a propagação do vírus SARS-COV-2:

“Nesse momento começaram a acontecer as perdas, teve uma paciente que perdeu a mãe, era uma idosa mais frágil que estava resfriada e a família estava cuidando em casa com medo com receio... De intubar, pessoal começou a vincular intubação com morte e com desfecho negativo na verdade...e essa senhora entrou em franca insuficiência respiratória em casa falecendo, foi chamado o SAMU, mas acabou falecendo em casa. E aí essa filha ficou muito mal com esse luto dela com muita revolta e eu tive que lidar com esses lutos sem ter muitas apoio.”

Entrevistado 10

17/06/2020 - a OMS anunciou que o braço de hidroxicloroquina (HCQ) do Solidarity Trial para encontrar um tratamento eficaz para COVID-19 estava sendo interrompido. O grupo executivo do estudo e os principais pesquisadores tomaram a decisão com base em evidências do estudo Solidarity, do estudo Recovery do Reino Unido e de uma revisão Cochrane de outras evidências sobre a hidroxicloroquina.

09/07/2020 – Bolsonaro: "É um testemunho meu. [A hidroxiclороquina] deu certo e estou muito bem. Aqueles que criticam, apresentem uma alternativa"

Relato mostrando a dificuldade de atuar na pandemia devido a promoção de medicações ineficientes pelo Presidente Jair Bolsonaro e da morosidade dos órgãos públicos em construir protocolos que negassem essa alternativa iatrogênica:

“Olha, aí é aquela história né, tudo que a rede for fazer vai ser institucional, então, eu entendo que pra rede realizar uma... algo do gênero, depende das instituições, né, depende por exemplo, nesse cenário específico da PBH é... bancar e falar: Ó, não existe tratamento precoce, nós não vamos mandar cloroquina pras unidades, as nossas orientações são essas e emitir uma nota técnica nesse sentido, igual existe, por exemplo, protocolo de... pré-natal da PBH, isso. E aí é uma coisa que a gente sabe né, saúde é política, né, então é uma decisão política, né, que não foi tomada.”

Entrevistado 2

23/07/2020 – Bolsonaro: "Mais cedo ou mais tarde vai se chegar numa conclusão [sobre a eficácia da hidroxiclороquina]. Mas quem quiser prescrever, prescreve. É uma decisão do médico e do paciente"

13/08/2020 – Bolsonaro: "Chegou na minha tela aqui, o presidente da Anvisa, o almirante Barra, acabou de confirmar a informação sobre a hidroxiclороquina e a ivermectina, você já pode comprar com uma receita simples caso seu médico recomenda, obviamente"

20/08/2020 – Bolsonaro: "Tem algum médico aí? A eficácia dessa máscara é quase nula"

Relatos mostrando a busca intensa pelos “Kits Cовids” tão estimulados pelo presidente Bolsonaro e como a PSBE, a habilidade de comunicação e a longitudinalidade ajudam a executar a P4:

“ Houve aquele momento em que estávamos lutando contra o Kit Covid”

Entrevistado 10

“Quando começou-se a se falar no Kit COVID sim, todo mundo que chegava com sintoma respiratório eles questionavam você não vai passar nada para mim e se eu piorar o que você vai fazer...me culpabilizando, ai com muita habilidade de comunicação com medicina baseada em evidencia e longitudinalidade eu pactuava os sintomáticos que era o que tínhamos e que temos até hoje, e sinto que fui bem-sucedida e penso que se eu não tivesse as ferramentas da MFC eu teria tido mais dificuldade, eu ficaria num campo de negociação não pacífica não saberia trazer dados científico,... mas, eu não lembro de nenhum paciente ficar agressivo comigo!”

Entrevistado 8

“Naquele momento que houve muitas notícias e disseminação de medicações que não tinha evidência científicas para seu uso, como eu falei com já tenho um vínculo há mais tempo alguns até perguntavam se existia alguma medicação, eu explicava que não existia nenhuma com eficácia e explicava como seria o acompanhamento, na maioria das vezes teve bom resultado.”

Entrevistado 6

02/09/2020 - A OMS publicou orientações sobre o papel dos corticosteroides no tratamento da COVID-19.

15/10/2020 - OMS anunciou evidências conclusivas sobre a eficácia de medicamentos reaproveitados para o COVID-19. Os resultados provisórios do Solidarity Trial indicaram que os regimes de remdesivir, hidroxiquina, lopinavir/ritonavir e interferon pareciam ter pouco ou nenhum efeito na mortalidade em 28 dias ou no curso hospitalar do COVID-19 entre pacientes hospitalizados.

13/11/2020 – Bolsonaro: "Mesmo que houvesse uma segunda onda [de Covid-19], é só fazer tratamento precoce. Conversa com o médico, tem três medicamentos para outras coisas que servem também para combater a Covid, que a princípio se resolve o assunto"

16/11/2020 - A OMS publicou orientações provisórias, desenvolvidas com o UNICEF, para ajudar os governos nacionais a desenvolver e atualizar seu plano nacional de implantação e vacinação para vacinas COVID-19.

10/12/2020 – Bolsonaro: "Precisa ser muito inteligente para começar a entender que, com mais gente acontecendo a mesma coisa, a hidroxiclороquina servia para malária e também pra covid? Mais estudos, que ainda não publicados em revista científica, apontam que têm dado certo"

15/12/2020 – Bolsonaro: "Eu, Jair Bolsonaro, não sou contra a vacina. Mas sou plenamente favorável a esse tratamento que nós temos no Brasil. Eu não posso falar como cidadão uma coisa e como presidente outra. Mas, como sempre, eu nunca fugi da verdade, eu te digo: eu não vou tomar vacina. E ponto final. Se alguém acha que a minha vida está em risco, o problema é meu. E ponto final"

19/12/2020 – Bolsonaro: "A pressa para a vacina não se justifica, porque você mexe com a vida das pessoas"

31/12/2020 - OMS emitiu sua primeira validação de uso emergencial para uma vacina COVID-19

01/01/2021 – Bolsonaro: "Não tem de ter medo da hidroxiclороquina. Ela não causa arritmia. Não faz mal a hidroxiclороquina. Comigo deu certo. Não fique no lero-lero. Eu tomei imediatamente a hidroxiclороquina. O tratamento precoce é a solução e a chave dessa questão"

23/02/21 - A OMS publicou seu guia de introdução da vacina COVID-19 com orientação, ferramentas e treinamento para que os países se preparem e implementem a vacinação COVID-19.

31/03/21 - A OMS aconselhou que a ivermectina seja usada apenas para tratar o COVID-19 em ensaios clínicos, devido às evidências serem inconclusivas.

Relato de uma usuária buscando prevenção primária com Ivermectina e como o entrevistado usou suas habilidades de comunicação para reduzir o dano na negociação do plano de cuidado:

“Houve também uma senhora, idosa, sem sintomas gripais, mas que demandou a Ivermectina e aí eu expliquei, mas ela não se convenceu, falou que todos estavam tomando e que via na televisão, expliquei para ela minha limitação ética nessa prescrição e combinei que 1 comprimido como profilaxia de verminoses eu poderia fazer e ela acabou aceitando. Outro paciente que chegou para mim já tomando, estava melhor dos sintomas gripais, mas estava com um quadro de diarreia e desidratação devido ao uso inadequado(excesso) das medicações, eu expliquei para ele e conseguimos retirar a medicação. Não tive muitos atritos, principalmente, eu acredito que pelo vínculo, acredito que eles entenderam que eu estava fazendo o melhor possível no momento, algumas pessoas chegavam a ir de 2 em 2 dias para avaliação clínica.”

Entrevistado 5

26/10/2021 - A OMS e os Ministérios da Saúde da Colômbia, Mali e Filipinas anunciaram o lançamento das Vacinas Experimentais Solidárias copatrocinadas. Esta plataforma internacional de ensaios clínicos randomizados foi projetada para avaliar rapidamente a eficácia e a segurança de novas vacinas candidatas promissoras selecionadas por um grupo consultivo independente de priorização de vacinas composto por cientistas e especialistas líderes.

17/12/21 - A OMS divulgou a nona vacina em sua lista de uso de emergência para uma vacina COVID-19

“Tenho um paciente pastor, ninguém da família dele se vacinou, tenho pacientes que frequentam a Igreja dele e falaram que era pela concepção religiosa, de ele falar que Deus que determinava quem ia pegar ou não etc, a pouco tempo eu perguntei – de forma respeitosa, querendo entender mesmo, e ele só falou do medo “por não ter sido uma vacina muito testada”. Nesse momento a gente já estava na segunda dose de reforço, quarta dose, então fiz uma sensibilização nesse sentido, validando a preocupação mas tentando mostrar que nesse momento não era real. Só o tempo para dizer se a estratégia vai funcionar...”

Entrevistado 5

Essa última colocação resume bem várias questões discutidas nessa dissertação, o negacionismo (com componente misto de desinformação e religiosidade) como um fator dificultador durante a Pandemia da Covid-19, mas ao

mesmo tempo o vínculo e a Habilidade de Comunicação do profissional como ferramentas importantes nesse enfrentamento.

7. Conclusões

A análise do conjunto de resultados encontrados sugere uma clara influência da formação proporcionada por programas de residência em MFC no conhecimento e na aplicação prática da prevenção quaternária durante a pandemia de Covid-19, pelos entrevistados.

Os entrevistados fizeram relatos claros de processos pedagógicos executados durante a residência médica que ajudaram a construir esse conhecimento e como eles aplicam essa habilidade na sua prática clínica.

Os fatores que dificultaram a prática da P4 durante a pandemia foram o negacionismo, e o ensino médico brasileiro que não conseguiu constituir uma categoria profissional com habilidades em prática em saúde baseada em evidências que permitisse o combate adequado a desinformação programada pelo líder do executivo brasileiro e de outras instituições negacionistas como algumas igrejas evangélicas neopentecostais.

Os fatores que facilitaram a prática da P4 nesse período pandêmico foram as Habilidades de Comunicação que se materializa na aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa, a PSBE e a construção de um vínculo sólido que gera longitudinalidade. Essas 3 competências permitiram que os Médicos de Família e Comunidade que atuaram na APS elaborassem planos de cuidado conjuntos não iatrogênicos.

As entrevistas em profundidade com estímulo a narrativa permitiram compreender os sentimentos dos profissionais, principalmente, o medo diante do novo, de ser agente de contágio para seus contactantes íntimos, das perdas e do luto, a ideia de impotência diante da propaganda de desinformação perpetuada por lideranças, principalmente, o presidente da República, essa pressão extra aumentou o desgaste do profissional de saúde e exigiu tempo dos médicos para negarem as “Fake News” e, isso, gerou nesses profissionais a percepção que a coordenação do

cuidado foi comprometida, já que o manejo do tempo com o aumento da pressão assistencial mostrou-se um desafio.

Existe muito o que melhorar nos cuidados em saúde providos pela Atenção Primária no Brasil, entretanto esse estudo sugere que o investimento na residência médica é importante para qualificar a prática prescritiva em cuidados de saúde que respeita os princípios da prevenção quaternária.

Referências

- ALLEN, Justin e colab. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. *Wonca Europe*, p. 8–18, 2011.
- ALVES FEITOSA, Raphael. *O CURRÍCULO COMO MANDALA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FORMAÇÃO DO LICENCIADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS*. 2014. 265 f. Universidade Federal do Ceará, 2014.
- BALINT, Michael e colab. *Treatment or diagnosis: A study of repeat prescriptions in general practice*. [S.l: s.n.], 2013.
- BARBOSA, Sarah Maria Bacurau e colab. Negacionismo e Covid-19: impactos do pseudocientificismo na prática clínica e social. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 85501–85507, 30 Ago 2021.
- BARLETTA, J.B. Comportamentos e Crenças em Saúde: Contribuições da Psicologia para a Medicina Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 2, n. 1, p. 307–318, 30 Jun 2010.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BELTRÃO, Renata Paula Lima e colab. Perigo do movimento antivacina: análise epidemio-literária do movimento antivacinação no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 6, p. e3088, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3088/1894>>. Acesso em: 30 mai 2022.
- BENDAVID, Eran e colab. Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *Eur J Clin Invest*, v. 51, p. 13484, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/eci.13484wileyonlinelibrary.com/journal/eci>>. Acesso em: 12 jun 2022.
- BERGER, Carla Baumvol e colab. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1399/852>>. Acesso em: 29 mai 2022.

BERTALANFFY, Ludwing Von. *Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. 5. ed. Petrópolis: [s.n.], 2010.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 132–140, Mar 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rbem/a/NYhp84rkh6hbgmvHQjYxJMs/?lang=pt>>. Acesso em: 29 mai 2022.

BROWN, Wendy. *Nas Ruínas do Neoliberalismo: a Ascensão da Política Antidemocrática no Ocidente*. 1ª ed. [S.l: s.n.], 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Emenda Constitucional nº 95 de 2016*. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20931-11-janeiro-1932-507782-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 29 mai 2022.

CASA CIVIL, Presidência da Republica. *Enfrentamento ao coronavírus: os serviços essenciais que não podem parar durante a pandemia — Português (Brasil)*. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/enfrentamento-ao-coronavirus-os-servicos-essenciais-que-nao-podem-parar-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 12 jun 2022.

CASS R., Sunstein. *A Era Do Radicalismo*. [S.l: s.n.], 2009.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite De. *A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo*. 2015. 218 f. f. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/127399/000973690.pdf?sequencia=1>>. Acesso em: 2 jun 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Interim Recommendations for Facemask and Respirator Use to Reduce Novel Influenza A (H1N1) Virus Transmission*. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/h1n1flu/masks.htm>>. Acesso em: 12 jun 2022.

CERQUEIRA, Bruna C. e colab. Oxigênio no contexto da COVID-19: o que sabemos sobre a molécula que respiramos e o papel central da química. *Química Nova*, v. 45, n. 1, p. 121–131, 9 Mar 2022. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/qn/a/4jFjwp4bKqvJSjn4Zft4yd/>>. Acesso em: 12 jun 2022.

CHIESA, Valentina e colab. *COVID-19 pandemic: Health impact of staying at home, social distancing and “lockdown” measures - A systematic review of systematic reviews. Journal of Public Health (United Kingdom)*. [S.l: s.n.]. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article/doi/10.1093/pubmed/fdab102/6225084>>. Acesso em: 12 jun 2022. , 2021

COLETA, Marília Ferriera Dela. *O modelo de crenças em saúde: uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde*. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200007>. Acesso em: 2 jun 2022.

CONSELLHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia Médica no Brasil 2020 - Gestão em Saúde, Trabalho e Ensino Médico*. . [S.l: s.n.], 2020. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058#page/3>>. Acesso em: 29 mai 2022.

CONSÓRCIO VEÍCULOS DE IMPRENSA. *Mortes e Casos conhecidos de coronavírus nos estados*. Disponível em: <<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/>>. Acesso em: 30 mai 2022.

CUMSTON, Charles Greene; CROOKSHANK, Francis Graham. A relação da história e da filosofia com a medicina. *An introduction to the history of medicine from the time of the Pharaohs to the end of the XVIIIth century;: With an essay on the relation of history and philosophy to medicine*. [S.l: s.n.], 1968. p. 390.

DANS, Antonio L.; DANS, Leonila F. *The need and means for evidence-based medicine in developing countries*. . [S.l: s.n.], 2000.

DAWSON, B. *Informe Dawson - El futuro de los servicios medicos e afines*. [S.l: s.n.], 1964. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/1133>>. Acesso em: 6 jun 2022.

ENGEL, George L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977. Disponível em: <<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.847460>>. Acesso em: 4 jun 2022.

ENGEL, George L. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine
Author (s): George L . Engel Published by : American Association for the
Advancement of Science Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/1743658> . *Science*,
v. 196, n. 4286, p. 129–136, 2013.

FALK, João Werner. *A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil :
aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais*. 2005.
194 f. 2005. Disponível em:
<http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/URGS_68e3e952353c3fbb95699bfce55dc44b>.

FLUMIGNAN, Ronald Luiz Gomes e colab. Evidence from cochrane systematic
reviews for controlling the dissemination of COVID-19 infection. A narrative review.
Sao Paulo Medical Journal, v. 138, n. 4, p. 336–344, 6 Jul 2020. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/j/spmj/a/4t8wsmwMwBqZ9G3ZJFzGHNS/?lang=en>>. Acesso
em: 12 jun 2022.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SE/DATASUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES
HOSPITALARES DO SUS - SIH/SUS; IBGE: BASE DEMOGRAFICA. *Taxa de
internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas - Internação por condições
sensíveis a Atenção Básica*. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em: 9 jun
2019.

FRANCIS, Andre Ian e colab. Review of COVID-19 vaccine subtypes, efficacy and
geographical distributions. *Postgraduate Medical Journal*, v. 98, n. 1159, p. 389–394,
1 Mai 2022. Disponível em: <<https://pmj.bmj.com/content/98/1159/389>>. Acesso em:
12 jun 2022.

G1. *Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil | Vacina | G1*. Disponível em:
<<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>>.
Acesso em: 22 mai 2022.

G1 e colab. *Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a
dados de Covid-19*. Disponível em:
<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 21 mai
2022.

GONÇALVES, Dulce Pimenta e colab. Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1879, 2019. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1879/982>>. Acesso em: 29 mai 2022.

GREEN, Larry A. e colab. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 28 Jun 2001. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM200106283442611>>. Acesso em: 8 jun 2019.

GREENHALGH, T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 318, n. 7179, p. 323–5, 30 Jan 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9924065>>. Acesso em: 8 ago 2019.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 1. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2012.

HAYNES, R. Brian; DEVEREAUX, P. J.; GUYATT, Gordon H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine*, v. 7, n. 2, p. 36–38, 2002. Disponível em: <<http://ebm.bmj.com/>>. Acesso em: 28 mai 2022.

HOWELL, Joel D. A HISTORY OF MEDICAL RESIDENCY. *Reviews in American history*, v. 44, n. 1, p. 126–131, 1 Mar 2016.

ILIC, Dragan e colab. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, Jan 2013.

ILLICH, Ivan. *Medical nemesis: The expropriation of health*. 1 ed ed. [S.l.]: Pantheon Books, 1976.

JAMOULLE, Marc e colab. International Classification of Primary Care in a cross-lingual terminology portal. 2015, Montevideo: 4 ° Congreso Iberoamericano de CIMF, 2015.

JAMOULLE, Marc; GOMES, Luís Filipe. Prevenção Quaternária e limites em

medicina*,**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 31, p. 186–191, Dez 2013.

JAMOULLE, Marc; ROLAND, Michel. Quaternary prevention. *Hong Kong Practitioner*, v. 36, n. 2, p. 49–50, 2014.

JARROM, David e colab. Effectiveness of tests to detect the presence of SARS-CoV-2 virus, and antibodies to SARS-CoV-2, to inform COVID-19 diagnosis: A rapid systematic review. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 27, n. 1, p. 33–45, 1 Feb 2022. Disponível em: <<https://ebm.bmj.com/content/27/1/33>>. Acesso em: 12 jun 2022.

JUNIOR, Nulvio Lermen. *CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 23 jun 2019.

KAI, De e colab. Universal Masking is Urgent in the COVID-19 Pandemic: SEIR and Agent Based Models, Empirical Validation, Policy Recommendations. 22 Abr 2020. Disponível em: <<http://arxiv.org/abs/2004.13553>>. Acesso em: 12 jun 2022.

KENEALY, Tim; ARROLL, Bruce. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 6, Jun 2013.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, v. 88, n. 2, p. 251–258, 1978.

KOLIOPOULOS, G e colab. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. n. 8, 2018.

KONOPKA, Clovis Luis. *A aprendizagem na concepção humanista de Carl Rogers e sua contribuição para o desenvolvimento das atitudes dos estudantes de graduação em medicina na UFSM*. 2015. 168 f. 2015.

LISBOA BASTOS, Mayara e colab. Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 370, p. 2516, 1 Jul 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2516>>. Acesso em: 12 jun 2022.

- LUPION, Bruno. *A sucessão de erros que levou à crise de oxigênio em Manaus*. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/brasil/a-sucessao-erros-manaus-dw/>>. Acesso em: 12 jun 2022.
- MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International Journal of Health Services*, v. 37, n. 1, p. 111–126, 22 Jun 2007. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>>. Acesso em: 23 abr 2022.
- MACLEAN, C. H. e colab. Quality of Care for Patients With Rheumatoid Arthritis. *JAMA*, v. 284, n. 8, p. 984–992, 23 Ago 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193018>>. Acesso em: 2 jun 2022.
- MAIA, Amanda. Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. *Revista de Ciências Sociais-Fortaleza*, p. 455–465, 2021. Disponível em: <<https://orcid.org/0000-0002-5613-1056>>. Acesso em: 5 jun 2022.
- MAKARY, Martin A; DANIEL, Michael. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 353, p. i2139, Mai 2016.
- MARTINS, Milton A. New Trends in Medical Education. *Gaz. méd. Bahia*, 2008.
- MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. [S.l: s.n.], 2010.
- MELO NETO, Alexandre José De e colab. Prevenção Quaternária e a Prescrição de Cloroquina e Hidroxicloroquina na COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2573, 2021. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2573/1615>>. Acesso em: 23 abr 2022.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*. [S.l: s.n.], 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 8 jun 2019.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Health care networks. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 8 jun 2019.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro Dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 19 Jun 2019. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>>. Acesso em: 28 ago 2022.

MINAS, Estado De. *Há um ano, Bolsonaro chamava COVID de gripezinha em rede nacional; relembre*. Disponível em:

<https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/03/24/interna_politica,1250005/ha-um-ano-bolsonaro-chamava-covid-de-gripezinha-em-rede-nacional-relembre.shtml>. Acesso em: 30 mai 2022.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. [S.l: s.n.], 2004.

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. diretrizes curriculares nacionais do curso de graduacao em medicina - resolucao n 3. *Ministerio da educacao Conselho Nacional de educacao camara de educacao superior*, v. 2014, p. 8–11, 2014.

MURAD, M. Hassan e colab. New evidence pyramid. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 21, n. 4, p. 125–127, 1 Ago 2016. Disponível em: <<https://ebm.bmj.com/content/21/4/125>>. Acesso em: 28 mai 2022.

OMS. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. *World Health Organisation Interim Guidance*, n. November, p. 1–13, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>>.

OPAS & OMS. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. [S.l: s.n.], 2007.

ORGANIZATION., World Health. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19. *World Health Organization.*, n. March, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19->

lab_testing-2020.1-eng.pdf>.

OURO PRETO. *Prefeitura Municipal de Ouro Preto*. Disponível em:

<<https://www.ouropreto.mg.gov.br/>>. Acesso em: 1 fev 2021.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492–499, Dez 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?lang=pt>>. Acesso em: 21 mai 2022.

PEPPERRELL, Toby e colab. Review of safety and minimum pricing of nitazoxanide for potential treatment of COVID-19. *Journal of Virus Eradication*, v. 6, n. 2, p. 52–60, 1 Abr 2020.

POPP, Maria; STEGEMANN, Miriam; RIEMER, Manuel e colab. Antibiotics for the treatment of COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2021, n. 10, 22 Out 2021.

POPP, Maria; STEGEMANN, Miriam; METZENDORF, Maria Inti e colab. Ivermectin for preventing and treating COVID-19. *The Cochrane database of systematic reviews*, v. 7, n. 7, p. CD015017, 28 Jul 2021. Disponível em:

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD015017.pub2/full>>. Acesso em: 12 jun 2022.

REUTERS COVID-19 TRACKER. *América Latina e Caribe: últimas contagens mundiais, gráficos e mapas do coronavírus*. Disponível em:

<<https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/countries-and-territories/brazil/>>. Acesso em: 21 mai 2022.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 90–97, Mar 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rbem/a/w6SY4smvDjdkNjJjhcG6tH/?lang=pt>>. Acesso em: 2 jun 2022.

RIBEIRO, Matheus R. *200 vezes em que Bolsonaro minimizou a pandemia*.

Disponível em: <<https://esportes.yahoo.com/noticias/200-frases-de-bolsonaro-minimizando-a-pandemia-do-coronavirus-203647435.html>>. Acesso em: 4 jun 2022.

ROBERTSON, David; DOSHI, Peter. The end of the pandemic will not be televised. *BMJ*, v. 375, 14 Dez 2021. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-068094>>. Acesso em: 12 jun 2022.

ROELOFS, Pepijn DDM e colab. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, Jan 2008.

ROMAN, Yuani M e colab. Ivermectin for the Treatment of Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Infectious Diseases*, v. 74, n. 6, p. 1022–1029, 23 Mar 2022. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article/74/6/1022/6310839>>. Acesso em: 4 jun 2022.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 29 Nov 2018.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em: 5 jun 2022.

SAÚDE, Ministério Da. *Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA*. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/212739-medicos-especialistas-em-areas-estrategicas-pro-residenciainstitui-o-programa-nacional-de-apoio-a-formacao-de-medicos-especialistas-em-areas-estrategicas-pro-residencia.html>>.

Acesso em: 23 abr 2022.

SBMFC. *CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 4 jun 2022.

SCHMIDT, B.; DAVIDS, E. L.; MALINGA, T. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: A rapid Cochrane review. *SAMJ: South African Medical Journal*, v. 110, n. 6, p. 1–2, 1 Jun 2020. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742020000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

[95742020000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742020000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 12 jun 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2018 a 2021. p. 1–111, 2018. Disponível em:

<<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS-2018-2021-aprovado.pdf>>.

SHEIMAN, Igor; SHISHKIN, Sergey; SHEVSKY, Vladimir. The evolving semashko model of primary health care: The case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy*, v. 11, p. 209–220, 2018.

SHI, Leiyu e colab. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Services Research*, v. 37, n. 3, p. 529–550, Jun 2002. Disponível em: </pmc/articles/PMC1434650/>. Acesso em: 4 jun 2022.

SINGH, Bhagteshwar e colab. Chloroquine or hydroxychloroquine for prevention and treatment of COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2021, n. 2, 12 Fev 2021. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013587.pub2/full>>. Acesso em: 4 jun 2022.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. [S.l.]: UNESCO, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, v. 60, n. 3, p. 201–218, 1 Jun 2002.

STELLA, R.C.R. e colab. Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 43, n. 4, p. 290–294, Dez 1997. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301997000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 mai 2022.

STEWART, Moira e colab. *A evolução do método clínico. Medicina centrada na pessoa: transformando o método*. [S.l.]: Artmed, 2010.

STEWART, Moira. *Handbook of Health Communication*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.

STEWART, Moira e colab. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STEWART, Moira; RYAN, Bridget L.; BODEA, Christina. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthcare Policy*, v. 6, n. 4, p. 27–31, 2011.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107114/>>. Acesso em: 29 mai 2022.

TOURNIER, Paul. *La Médecine de la Personne*. [S.l: s.n.], 1940.

WATSON, Jessica; RICHTER, Alex; DEEKS, Jonathan. Testing for SARS-CoV-2 antibodies. *BMJ*, v. 370, 8 Set 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3325>>. Acesso em: 12 jun 2022.

WHO. Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019- nCoV) outbreak. *World Health Organization*, v. 1, n. 1, p. 2, 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330987/WHO-nCov-IPC_Masks-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

WHO. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. *Who*, n. April, p. 1–5, 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications->>.

WHO. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). *Who*, n. February, p. 3–5, 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/news->>.

WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. n. March, p. 16 p., 2020d.

WHO. Home Care For Patients With Suspected Novel Coronavirus (nCoV) Infection Presenting With Mild Symptoms And Management Of Contacts. *Who*, n. January, p. 4–6, 2020e.

WHO. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. Disponível em: <[https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)>. Acesso em: 6 jun 2022f.

WHO. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre. Practical manual to set up and manage a SARI treatment centre and a SARI screening facility in health care facilities. *World Health Organization*, n. March, p. 120, 2020g.

WIERSINGA, W. Joost e colab. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA - Journal of*

the American Medical Association, v. 324, n. 8, p. 782–793, 25 Ago 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32648899/>>. Acesso em: 6 jun 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Timeline of response to COVID-19*. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>>. Acesso em: 21 mai 2022.

YEN-HAO CHU, Isaac e colab. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of Travel Medicine*, v. 2020, p. 7, 2020. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jtm/article/27/7/taaa192/5922349>>. Acesso em: 12 jun 2022.

ZHOU, Alvin Y. Republic: Divided Democracy in the Age of Social Media. *Journal of Communication*, v. 67, n. 6, p. E12–E14, 2017.

Apêndices

I) Termo de consentimento livre e esclarecido virtual

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICO DA ESF

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) deste estudo, realizado pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), chamado **“A Prevenção Quaternária na prática prescritiva na APS da rede SUS-OP e BH em tempos de Pandemia.”** Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante. Se houver dúvidas e perguntas antes, durante ou depois de concordar com este termo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária, na Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde de Ouro Preto-MG, sobre sua racionalidade prescritiva e como aplicam o conceito de Prevenção Quaternária durante a Pandemia.

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa por fazer parte do grupo de profissionais de saúde atuando em uma Unidade Básica de Saúde, durante a Pandemia.

Você pode aceitar ou não a participar deste estudo. Caso você aceite participar, está ciente de que será utilizado um roteiro para a realização de entrevista por meio remoto, e você terá total liberdade para expressar seus conhecimentos, dúvidas e opiniões conforme seu entendimento próprio. Está ciente também de que o tempo para a entrevista será de 60 minutos. Por fim, está ciente de que será utilizado equipamento de gravação audiovisual (aparelhos celulares e/ou aparelho digital) para captar toda forma de comunicação realizada na entrevista. As informações contidas nas gravações serão transcritas e posteriormente analisadas, sendo armazenadas em computador do pesquisador com senha, por no máximo 5 anos, depois serão apagadas.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são de exposição de possíveis fatos pessoais aos pesquisadores. Todavia, os pesquisadores estão preparados para te acolher, acompanhar e orientar para atendimento de saúde ou outros, caso te seja necessário ou solicitado. Não haverá exposição e identificação dos participantes envolvidos nos resultados da pesquisa (os dados serão divulgados de forma agrupada e anônima). Caso queira deixar de participar, você poderá sair do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo.

Será garantido também que a sua participação não atrapalhará seu cotidiano de trabalho nem sua vida social. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação nem terá qualquer responsabilidade com as despesas necessárias para a realização desta pesquisa. Nem sempre você

será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir com o avanço científico, em especial nesse momento de pandemia.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Em caso de dúvidas, pedido ou solicitação sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa: mestrando **Lucas Leonardo Knupp do Santos** do Mestrado profissional em Saúde da Família da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Telefones para contato: (31) 999550661. E-mail: knuppmfc@gmail.com. O pesquisador se compromete a retornar os resultados do estudo a todos os participantes, respeitadas as normas e leis de sigilo e proteção das informações.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFOP, das 08:00hs às 17:00hs, no Centro de Convergência, Campos Universitário, UFOP. Telefone: (31) 3559-1368. E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

Este TCLE também pode ser impresso, caso queira. Mas é imprescindível que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento. Ao clicar no botão abaixo, você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador. Ressalta-se também que não serão introduzidas novas informações contraditórias ao conteúdo do restante deste termo.

II) Roteiro de Entrevista

A Prevenção Quaternária na prática médica prescritiva na APS/ESF do Sistema SUS-Ouro Preto e Belo Horizonte em tempos de Pandemia.

Pesquisador: Lucas Leonardo Knupp dos Santos

Roteiro da Entrevista

- 1) Contem/Narrem situações inusitadas vivenciadas durante a construção do plano prescritivo no atendimento de pessoas com SARS/COVID-19.
- 2) Em algum caso vocês tiveram dificuldade para convencer o usuário a seguir sua orientação de tratamento seja ele medicamentoso ou não?
- 3) Você utiliza algum instrumento/recurso para lhe auxiliar nas explicações dos tratamentos propostos para os usuários?
- 4) Como você se mantém atualizado diante das novas evidências que surgem sobre a Pandemia do SARS/COVID-19?
- 5) O que a rede municipal de saúde de OP, de BH ou a UFOP poderiam fazer para ajudar os profissionais nesse desafio cotidiano?
- 6) Você já recebeu formação específica em Prevenção Quaternária?
() Sim
() Não
- 7) Você gostaria que a Prevenção Quaternária fosse incluída em um curso de Educação Permanente?
() Sim
() Não