



ARTIGO ORIGINAL

O ENSINO DA PREVENÇÃO NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**THE TEACHING OF PREVENTION IN THE PEDAGOGICAL PROJECTS OF THE MEDICINA COURSES OF THE STATE OF SANTA CATARINA**Clara Miranda¹Alessandro da Silva Scholze²Carlos Alberto Severo Garcia Júnior³Marcos Aurélio Maeyama⁴**RESUMO**

A formação médica envolve o desenvolvimento de competências essenciais que incluem as ações preventivas, as quais apresentam-se em quatro níveis: primário, secundário, terciário e quaternário. O objetivo deste estudo é verificar de que forma os conceitos de prevenção estão presentes nos Projetos Pedagógicos dos cursos de medicina do Estado de Santa Catarina no ano de 2018. Trata-se de um estudo qualitativo e documental, de caráter exploratório, empregando análise temática. Entre 13 cursos identificados, obteve-se acesso a oito PP, dentre versões completas e resumidas. Na análise, foram verificadas cinco categorias distintas da prevenção em saúde: Prevenção influenciada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, Níveis de Prevenção Primária, Secundária e Terciária, e Estratégia de Prevenção Populacional. No exame não foram encontradas menções à P4, embora tenha sido enfatizada a importância da Medicina Baseada em Evidências. Evidencia-se que o destaque para a prevenção estabelecida nas Diretrizes Curriculares Nacionais é reproduzido nos Projetos Pedagógicos. Há, também, franca ênfase nas concepções de prevenção primária, secundária e terciária, em detrimento da quaternária. Ainda que a prevenção quaternária e a Prevenção Populacional possam estar mais presentes no cotidiano da formação médica, mas ausentes dos Projetos Pedagógicos examinados, a pouca visibilidade dessas categorias sugere que tal formação permanece centrada na abordagem de doenças no nível individual, reforçando o risco de medicalização da sociedade sem base em evidências científicas adequadas.

Descritores: Medicina preventiva. Educação médica. Prevenção de Doenças. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Medical training involves the development of essential skills, including preventive actions, which include the four levels of diseases prevention: primary, secondary, tertiary and quaternary. We verified how the concepts of prevention were presented in the Pedagogical Projects of the medical courses of the State of Santa Catarina in the year 2018. This was an exploratory, qualitative and documental study, using thematic analysis. Of the 13 courses contacted, we obtained access to eight Pedagogical Projects, either in complete or summarized versions. Five distinct categories of diseases prevention

¹Acadêmica do Curso de Medicina da Univali - Itajaí (SC) Brasil. E-mail: claragami@gmail.com.

²Mestre em saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Medicina da Univali - Itajaí (SC). E-mail: alescholze@gmail.com.

³Pós-doutor em Saúde Coletiva – Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Araranguá (SC). E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com.

⁴Doutor em Saúde Coletiva - Docente do Curso de Medicina da Univali - Itajaí (SC). E-mail: marcos.aurelio@univali.br.



were identified: Prevention influenced by the National Curricular Guidelines, Primary, Secondary and Tertiary Prevention Levels, and Population Prevention Strategy. No mention of Quaternary Prevention was found, although the importance of Evidence Based Medicine has been emphasized. Prevention is highlighted in the National Curricular Guidelines and, therefore, in the Pedagogical Project. There is also a clear emphasis on the conceptions of primary, secondary and tertiary prevention, even so quaternary and Populational Prevention could be part of the medical education on a daily basis, but not highlighted on the Pedagogical Project. Such analysis suggests that medical education still lies upon approaches directed to disease in an individual basis, giving strength to medicalization in regard of a solid evidence based medicine practice.

Keywords: Preventive medicine. Medical education. Disease prevention. Health promotion.

INTRODUÇÃO

Henry Sigerist, já em 1946, colocou a “prevenção de doenças” como uma das quatro tarefas essenciais da medicina¹. Hoje, prevenção é um dos pilares da atenção à saúde, de modo que o domínio dos conceitos e práticas que englobam essa temática são competências esperadas dos graduandos em medicina.

Observa-se, no processo histórico da saúde do Brasil, um interesse mais evidente às práticas preventivistas a partir das décadas de 1970 e 1980, tendo como marcos a Declaração de Alma-Ata (1978) e, posteriormente, a Conferência de Ottawa (1986) com ênfase também no aspecto da Promoção da Saúde^{2,3}. Destaca-se, ainda, a estruturação da Medicina Preventiva e de seus três níveis: primário, secundário e terciário, descritos por Leavell e Clark em 1976⁴. Mais tarde, em 1995, Jamouille e Roland incluíram um quarto nível, a Prevenção Quaternária (P4), abordando a problemática das iatrogenias e do intervencionismo médico⁵.

As últimas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) refletem e ratificam essa importância, demonstrando que as práticas preventivas permanecem como um dos principais elementos da atenção à saúde⁶.

O objetivo desta pesquisa foi verificar de que forma os conceitos de prevenção estão presentes nos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de medicina do Estado de Santa Catarina no ano de 2018.

MÉTODOS

O trabalho desenvolvido configura-se como qualitativo e documental, de caráter exploratório, oportunizando uma compreensão mais abstrata do tema escolhido, pois se relaciona com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Seguindo essa linha, o caminho qualitativo busca uma compreensão mais profunda sobre o que está sendo analisado, entremeando questões de cunho social como valores, crenças, hábitos e maneiras de colocar em prática algo em que se acredita^{19,20}.



Primeiramente, identificamos no portal eletrônico do Ministério da Educação (MEC) quais os cursos de medicina tiveram ingresso de alunos em Santa Catarina no ano de 2018. Posteriormente, em contato com as coordenações dos cursos de medicina via e-mail, apresentando o projeto a ser desenvolvido e solicitando o envio do PP completo do curso de medicina em questão. Quando não acesso ao PP completo, foram usados também resumos e versões obtidas diretamente nos *sites* das instituições.

Fizemos, então, uma leitura com atenção fluante dos PP acessados, seguida de leitura exaustiva dos trechos que tratam de prevenção, previamente identificados, buscando elementos que permitiram fazer uma categorização dos temas relativos a esse assunto. Dessa forma, a análise de conteúdo foi do tipo temática, de acordo com Minayo²¹. A análise temática gira em torno de um tema, sendo esse considerado uma unidade de significação composta por núcleos de sentido, os quais apresentam a função de comunicar algo para o objetivo analítico escolhido. No presente estudo, o tema é o ensino da prevenção nos PPs dos cursos de medicina, composto, então, pelos núcleos de sentido, que consistem em cada nível de prevenção e a maneira com que estes são apresentados.

Categorizados e classificados os elementos que compõem um conjunto, foram reagrupados posteriormente conforme critérios definidos pelos temas identificados na leitura dos PP. Faz-se necessário que o pesquisador detenha um conhecimento prévio acerca do tema, de modo que consiga estabelecer um esquema classificatório adequado, resultando na seleção dos elementos a serem analisados de forma homogênea. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico que fornecesse a apropriação de alguns conceitos sobre o tema em questão, como Educação Médica e os diferentes níveis de prevenção.

Para que fosse possível identificar e classificar a qual nível de prevenção pertencia cada um dos trechos que fazem menção a essa temática, utilizamos como referencial teórico os conceitos dos autores Jamouille e Roland. Os mesmos revisitaram as definições originalmente criadas por Leavell e Clark e incluíram a P4, colocando-a como elemento tão fundamental quanto os demais níveis de prevenção¹³. De maneira didática, Jamouille e Gomes discriminaram as atividades clínicas referentes a cada nível (Figura 1) e assim categorizamos os exemplos encontrados nos PPs de acordo como cada nível de prevenção apresenta-se na prática das ações em saúde¹⁸.

Considerando tais características, pode-se subdividir e agrupar os exemplos semelhantes entre si, sem necessariamente identificar as palavras “Prevenção Primária”, por exemplo, para incluir determinada menção nessa categoria.

A presente pesquisa se desenvolveu a partir da análise de PPs, documento de caráter público dada a natureza coletiva da sua elaboração da comunidade acadêmica do curso, devendo ser difundidos na comunidade acadêmica. De tal modo, não foi necessário ser encaminhada ao Comitê de

Ética em Pesquisa, inexistindo riscos relacionados a indivíduos específicos. Ainda assim, seguimos os cuidados éticos propostos na resolução 466/2012 no Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento da pesquisa. Os nomes dos cursos e instituições foram suprimidos no momento da análise dos dados e não foram citados na discussão e na elaboração do texto final da pesquisa, uma vez que não tivemos interesse em estabelecer correlações entre o que está exposto em determinado PP com seu respectivo curso. Evitamos, assim, outros tipos de interpretação sobre o que está sendo analisado, focando apenas em nosso objetivo, já citado anteriormente.

RESULTADOS

Foram identificados no portal eletrônico do MEC 13 cursos de medicina em atividade no estado de Santa Catarina no ano de 2018. Destes, oito cursos responderam à solicitação da pesquisa, porém um deles informou que o PP estava em aprovação e o *site* não continha a versão mais antiga e um outro estava passando por revisão. Desse modo, foram remetidos seis PP pelas instituições e em dois casos o PP foi acessado pelo *site* das instituições. Dentre os oito PPs analisados, obtivemos seis versões completas e duas, resumidas.

A partir da leitura e análise dos PPs, não encontramos referências no sentido literal aos conceitos dos níveis de prevenção. Porém, percebe-se a abordagem da temática Prevenção em cinco contextos distintos. Foram, então, estabelecidas cinco categorias para melhor análise e organização da amostra: Prevenção influenciada pelas DCN, Prevenção Primária, Prevenção Secundária, Prevenção Terciária e Estratégia de Prevenção Populacional.

Foram notadas, durante a leitura dos PPs, recorrentes menções às DCN e, mesmo que elas não fossem diretamente citadas, o formato do texto e os termos utilizados pareciam seguir o mesmo padrão. A palavra “prevenção” surge com frequência nas descrições do “Perfil do egresso”, presente em todos os PPs, bem como em seções que descrevem os objetivos do curso e competências esperadas dos acadêmicos de medicina ao longo da graduação. Nessas passagens é marcante a menção à prevenção de forma geral e ampla, citando a importância da atuação do profissional da saúde no âmbito individual e coletivo, como exemplificam os trechos a seguir:

“Objetivos do curso – Objetivo geral: Formar um médico generalista (...), prestando serviços de qualidade e com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania” (Curso 5).

“Perfil profissional do egresso: Profissional com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, focado na capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde



por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no âmbito individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, a dignidade e a saúde integral do ser humano, adotando em sua prática a integralidade como referência” (Curso 6).

Seguindo a proposta estabelecida das DCN, encontram-se outras referências à “prevenção” num sentido que destaca a importância da abordagem das intervenções na saúde em um contexto comunitário/coletivo:

“Estágio curricular – Estágio curricular obrigatório: Possibilitar ao estagiário a intervenção nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, nos planos individual, familiar e comunitário (...)” (Curso 4)

“Internato de Medicina de Família e Comunidade – Ementa: Método Clínico Centrado na Pessoa. O Raciocínio Clínico na Atenção Integral à População da Área de Abrangência. Prevenção das Doenças e Promoção da Saúde no Acompanhamento Longitudinal da População.” (Curso 6).

“Disciplina Epidemiologia Geral – Ementa: História natural da doença. Associação e causalidade. Níveis de prevenção. Medidas em saúde coletiva.” (Curso 7).

Em uma análise feita das DCN dos cursos de medicina de 2014, identificaram-se quatro eixos estruturantes para compreender a forma com que o sistema de saúde se articula com a formação médica e preparação dos futuros profissionais para o mercado de trabalho. São eles: eixo da promoção da saúde, político-econômico, ético-cultural e simbólico-tecnológico. Um aspecto relevante das DCN no eixo político-econômico é o estabelecimento de uma formação médica que responda às exigências feitas pelo mercado. Nessa linha de raciocínio, pode-se compreender o médico como um operário da produção de saúde que se limita a reproduzir as condições econômicas e político-ideológicas vigentes²².

Nota-se que há interesse em inserir o acadêmico de medicina no mercado de trabalho o quanto antes, tornando prevalentes as estratégias de diversos cursos em oferecer variados cenários de aprendizagem, com diferentes tipos de complexidade. Assim, o objetivo é preparar os futuros profissionais para que “produzam” saúde, conferindo-lhes conhecimento nos diversos espaços de práticas, induzindo a autonomia para que atuação profissional.

A abordagem da prevenção identificada nos PPs, em consonância com as DCN, assinala uma resposta a demandas para formação de profissionais para o SUS. Partindo do conceito de proteção social, encontramos três modelos distintos de sistemas de saúde nos quais o peso do Estado e do mercado na regulação dos serviços de saúde, com base no financiamento e oferta dos mesmo é



variável: o modelo residual, modelo de seguro social/Bismarckiano e modelo de seguridade social/Beveridgiano²³.

Em uma análise feita das DCN dos cursos de medicina de 2014, identificaram-se quatro eixos estruturantes para compreender a forma com que o sistema de saúde se articula com a formação médica e preparação dos futuros profissionais para o mercado de trabalho. São eles: eixo da promoção da saúde, político-econômico, ético-cultural e simbólico-tecnológico. Um aspecto relevante das DCN no eixo político-econômico é o estabelecimento de uma formação médica que responda às exigências feitas pelo mercado. Nessa linha de raciocínio, pode-se compreender o médico como um operário da produção de saúde que se limita a reproduzir as condições econômicas e político-ideológicas vigentes²².

Nota-se que há interesse em inserir o acadêmico de medicina no mercado de trabalho o quanto antes, tornando prevalentes as estratégias de diversos cursos em oferecer variados cenários de aprendizagem, com diferentes tipos de complexidade. Assim, o objetivo é preparar os futuros profissionais para que “produzam” saúde, conferindo-lhes conhecimento nos diversos espaços de práticas, induzindo a autonomia para que atuação profissional.

A abordagem da prevenção identificada nos PPs, em consonância com as DCN, assinala uma resposta a demandas para formação de profissionais para o SUS. Partindo do conceito de proteção social, encontramos três modelos distintos de sistemas de saúde nos quais o peso do Estado e do mercado na regulação dos serviços de saúde, com base no financiamento e oferta dos mesmo é variável: o modelo residual, modelo de seguro social/Bismarckiano e modelo de seguridade social/Beveridgiano²³.

O primeiro, modelo liberal ou residual, estabelece que o Estado interfere somente em situações em que o setor privado não consegue suprir as demandas sociais, de maneira que os benefícios são destinados aos mais pobres. O segundo, modelo Bismarckiano, condiciona a garantia de direitos sob uma lógica meritocrática, na qual os benefícios são direcionados àqueles que contribuem ao sistema por meio de seu trabalho e sua renda. O último modelo, universal ou Beveridgiano, estabelece que a saúde é um direito indispensável a todos os cidadãos, dando corpo a um sistema gratuito e pautado no princípio da universalidade, assim como o SUS, de forma solidária e buscando a qualidade dos serviços com igualdade²³.

Ao propor seu modelo, Beveridge colocou a prevenção em saúde como elemento fundamental não somente para a redução do sofrimento dos indivíduos por ela “protegidos”, mas também como estratégia econômica para poupar gastos ao Estado. É evidente o caráter preventivista do SUS, sendo a formação de um médico capaz de dedicar-se à prevenção de maneira efetiva um dos principais objetivos encontrados nas DCN dos cursos de medicina e, conseqüentemente, nos PPs aqui



analisados²³. Não obstante, Iona Heath apontou que o sistema Beveridgiano, ao evitar que sua população padeça de determinadas afecções em saúde com suas intervenções preventivistas, faz com que a expectativa de vida aumente, porém expondo os indivíduos a outros riscos à saúde, com resultados econômicos similares²⁴. Gérvas e Fernández apontam a falácia do argumento também no sentido que a prevenção potencialmente aumenta os custos com a saúde em razão dos eventos adversos das intervenções que, por si só, não garantem produzir saúde¹⁵.

Na categoria relacionada à P1, uma das principais medidas consiste no cuidado com infecções, aspecto muito citado nos PPs, nos quais encontramos uma abordagem da fortemente higienista/microbiologicista:

“Laboratórios – Laboratório de Microbiologia: Orientar o paciente sobre a patogenia, sintomatologia e prevenção das doenças infecciosas” (Curso 3).

“Habilidades – Conhecer e aplicar o calendário vacinal da criança, do adolescente e da mulher” (Curso 4).

“Doenças infectocontagiosas – Competências: Propor e executar ações no âmbito do diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação da saúde do adulto, em nível individual e coletivo no contexto das doenças infecciosas e emergentes” (Curso 5).

A P1, além de envolver práticas como a vacinação, também promove ações de informação/educação em saúde e aconselhamento genético, buscando diminuir a incidência das doenças. Entretanto, muitas das intervenções médicas habituais não são ainda baseadas em evidências científicas consistentes, permanecendo como práticas consolidadas no dia-a-dia médico, sem questionamento crítico, ainda que muitas das medidas apresentem efeitos colaterais importantes e eventualmente não alcancem os desfechos finais desejados¹⁵. Tal ressalva é ainda mais importante na P1, já que as propostas de intervenções dirigem-se a pessoas absolutamente saudáveis, de modo que a tolerância com possíveis eventos adversos é mínima e a demonstração de benefícios deve estar muito clara antes da implementação das ações preventivas.

Outra abordagem da prevenção em saúde presente nos PPs é voltada para contextos mais específicos que nos remetem à P2. Encontramos frequentes menções à busca de pacientes assintomáticos com fatores de risco para determinadas afecções de saúde, principalmente relacionadas com diversas especialidades médicas.

Nesta investigação atentou-se pela busca de menções vinculadas aos “rastreamentos”, “diagnóstico precoce” e a “diminuição da prevalência das doenças características da P2”, identificados nos exemplos abaixo:

“Saúde da Mulher II: (...) Fatores de risco no câncer de mama e sua prevenção” (Curso 2).



“Saúde e Sociedade IV – Princípios de rastreamento, testes diagnósticos e valores preditivos; Análise e interpretação de estudos científicos” (Curso 2).

“Introdução ao Estudo de Libras – Surdez; Prevenção. Classificação de surdez, Aparelho auditivo Implante coclear” (Curso 3).

“Certificações complementares: Reconhecer os métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças advindas do ambiente de trabalho” (Curso 5).

Esse nível de prevenção vem sendo cada vez mais questionado quanto à efetividade dos *check-ups*, exames complementares solicitados rotineiramente sem indicação clínica, em razão das interpretações potencialmente errôneas e geradoras de danos, sejam pela preocupação infundada criada como pelas eventuais intervenções desnecessárias que derivam de falsos positivos, variações do normal ou achados casuais²⁵. Os exames de rotina realizados em adultos assintomáticos não reduzem a morbimortalidade global dos mesmos, não havendo justificativa para serem solicitados. Em contrapartida, podem obter como resultado um aumento do número de novos diagnósticos e, em alguns casos, fazer com que o uso de medicamentos seja ainda maior^{26,27}.

Alguns exemplos que se relacionam como P3:

“Raciocínio e decisão médica II – O ser humano em tratamento: ambiente familiar, ambulatorial e hospitalar. A reabilitação como terapêutica” (Curso 3).

“Módulo 5 – Onco Hematológico – Oncologia: Princípios de Oncologia e biologia molecular (...); cuidados paliativos; temas éticos em Oncologia” (Curso 1).

“Imunologia – transplantes: Prevenção e tratamento da rejeição de aloenxertos” (Curso 2).

“Extensão – Projeto Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais: (...) Os resultados obtidos com esta abordagem até o presente são: promoção da saúde e prevenção das agudizações clínicas e cirúrgicas” (Curso 6).

“Disciplina Práticas de Enfermagem – Ementa: Cuidados na prevenção de úlceras de decúbito” (Curso 7).

A P3 se concentra no tratamento agudo e crônico, além da prevenção de complicações subjacentes, visando reduzir ao máximo possíveis alterações funcionais, permitindo que a pessoa se mantenha ativa e produtiva em sociedade¹⁵. Aqui, pode-se inferir que o aspecto de “tratamento” sobrepõe-se ao de prevenção, fazendo com que os PPs, refletindo a prática clínica, deem ênfase à prevenção nas ações entendidas com P3 apenas quando há perspectivas específicas, como a reabilitação ou os cuidados paliativos.

Em um único PP analisado encontramos uma abordagem diferente da prevenção, no trecho a seguir:

“Analisar estratégias de prevenção populacional de doenças na Atenção Básica” (Curso 5).



Identifica-se aqui a abordagem sobre estratégias da Medicina Preventiva desenvolvida por Geoffrey Rose, segundo a qual a prevenção pode se aplicar de duas maneiras distintas: Estratégia de Alto Risco ou Estratégia de Amplitude Populacional.²⁸

A Estratégia de Alto Risco direciona-se para a identificação de indivíduos de alto risco para um determinado agravo na população, aos quais serão direcionadas as ações preventivas. Dessa forma, pode-se dizer que a E Estratégia de Alto Risco aproxima-se da P2 que, além de propiciar uma medicalização preventiva desses indivíduos, tem questionável impacto na condição sobre a qual se está intervindo, pois não reduz o número de eventos na população em geral. Por outro lado, a Estratégia de Amplitude Populacional consiste em medidas aplicadas para toda a população, independente do risco individual, de modo que cada indivíduo teria um benefício mínimo, porém ampliam-se os resultados da intervenção, com a redução do número de casos do agravo considerado na população como um todo²⁸.

Na leitura de todos os PPs, não são encontrados trechos referentes à P4, prevenção de iatrogenias e problemática dos sobrediagnósticos e sobretratamentos. Entende-se que, embora não estejam presentes nos documentos, os conceitos e práticas que englobam a aplicação da P4 podem, sim, ser abordados com os alunos em determinadas disciplinas/módulos de maneira mais ampla e direcionada à prática, sem que seja dada ênfase ao embasamento teórico-conceitual.

Apesar da P4 não ser identificada na leitura, alguns trechos mencionam a busca por uma Medicina Baseada em Evidências, elemento importante para uma boa prática da P4, como nos exemplos abaixo:

“Conteúdos curriculares: A Medicina Baseada em Evidências considera as necessidades de saúde-doença, articula dados da epidemiologia e da clínica, e, a partir daí busca as melhores evidências para o diagnóstico e o tratamento das doenças/doentes” (Curso 4).

“Avaliar criticamente as evidências quanto à sua validade (semelhança à verdade) e utilidade (aplicabilidade clínica) visando a aplicar seus resultados na prática clínica diária” (Curso 5).

Uma enquete com médicos de 13 países verificou que a difusão da temática que envolve a P4 é, ainda, insuficiente tanto no âmbito populacional como médico e acadêmico²⁹. Essa deficiência também foi evidenciada na revisão integrativa que buscou a intersecção entre a P4 e o ensino médico em periódicos científicos brasileiros, a qual demonstrou a carência de estudos que relacionam a P4 como uma estratégia de ensino na graduação médica³¹. Isso provavelmente reflete características problemáticas do ensino médico no país, bem como em Santa Catarina, como o privilégio conferido às doenças, a fragmentação da realidade, avaliações baseadas em conhecimentos técnicos, pouco



interesse em pesquisa e titulação de professores, incentivo à especialização precoce dos alunos, bem como uma mentalidade privatista e de forte influência do mercado profissional⁷.

DISCUSSÃO

As primeiras escolas médicas brasileiras foram instituídas no século XIX, sendo baseadas na filosofia positivista alemã e francesa, com posterior influência das escolas estado-unidenses e canadenses com o modelo flexneriano. Em 1968, a reforma universitária, fortemente embasada no Relatório de Flexner, focou numa formação clínica predominantemente hospitalar, pouco interessada nos aspectos preventivos e de promoção da saúde⁷.

No final das décadas de 1940/1950, foram iniciados vários movimentos de reforma na formação médica nos EUA com o surgimento da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina de Família. Estes foram de grande importância para fomentar o projeto de construção da Saúde Coletiva que, já na metade dos anos 70, passou a se constituir como uma corrente de pensamento, movimento social e prática teórica⁷.

No caminho para uma assistência integral e comunitária à saúde no Brasil, o estabelecimento das DCN pareceu oferecer novos horizontes na educação médica, uma vez que o “(...) desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade” (p. 497)⁸.

Por sua vez, o Projeto Pedagógico (PP) de um curso consiste em um documento de caráter público, embasado pelas DCN, que visa esquematizar e direcionar todas as ações de uma instituição de ensino. Deve ser elaborado de maneira coletiva e participativa, refletindo a identidade de todos os envolvidos em sua formulação, norteando a transmissão de conhecimento e colocação em prática do mesmo em âmbito social^{9,10}. Os PPs das escolas de medicina têm o dever de formar profissionais que apresentem a capacidade de atuar respondendo às reais necessidades da população brasileira, preconizando a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹.

As DCN, refletidas nos PPs, estabelecem que o aprendizado acadêmico deve incluir uma abordagem centrada nas pessoas atendidas, na prática médica baseada em evidências científicas e na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. Devem ser levadas, ainda, em consideração a estrutura e dinâmica familiares na abordagem do processo de saúde e adoecimento, bem como um olhar sobre a sociedade buscando seus determinantes sociais. Assim, as DCN apontam para a relevância da Atenção Primária à Saúde, de modo a descentralizar o ensino dos hospitais para toda a rede de saúde do país, de certo modo descolando-se do modelo flexneriano, no sentido de um modelo dawsoniano¹².



A Medicina Preventiva surgiu a partir da sistematização de Leavell e Clark, com o objetivo de interromper um determinado curso patológico tão cedo quanto possível, sendo composta por três níveis de prevenção em saúde: primário, secundário e terciário¹³. De acordo com Leavell e Clark, a Medicina Preventiva é “(...) a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência” (p. 7)⁴, englobada por duas esferas: uma voltada para grupos e comunidades e outra para indivíduos e famílias. Estes autores caracterizaram a Prevenção Primária (P1) como o conjunto de ações realizadas no período de pré-patogênese, sendo formada pela promoção da saúde e pela proteção específica. A primeira estaria mais relacionada com a busca para aumentar o bem-estar do indivíduo e a segunda, com medidas direcionadas a doenças específicas, a fim de impedi-las antes que afetem a população.

Henry Sigerist foi um dos primeiros autores a utilizar o termo “Promoção da Saúde” ao traçar as quatro tarefas essenciais da medicina, sendo essas: Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação dos mesmos¹. É importante ressaltar que a Promoção da Saúde, como estabelecido na Carta de Ottawa em 1986, não é responsabilidade apenas dos serviços de saúde, caracterizando-se pelo processo de empoderamento dos indivíduos na busca de seu bem-estar físico, mental e social, de modo que a saúde seja não uma finalidade, mas um recurso para uma vida de qualidade³. Em um contraponto à proposta de Leavell e Clark, devemos diferenciar Promoção da Saúde de Prevenção de Doenças, especialmente da definição de Prevenção Primária Primordial, que manteve o foco na doença, empregando uma abordagem normativa, no mais das vezes limitando-se à prescrição de normas para a mudança de hábitos e ignorando o contexto ao culpabilizar as vítimas por seus agravos e doenças. Por sua vez, a Promoção da Saúde envolve participação, evoluindo da passividade para a atividade, de modo a favorecer a autonomia dos sujeitos, fortalecendo as coletividades na construção de novos sentidos que favoreçam a qualidade de vida¹⁴.

A P1 tem como objetivo evitar que determinado evento de saúde indesejado acometa indivíduos saudáveis. Ela pode ser exercida sobre a população geral, reconhecida, assim, como uma atividade de saúde pública, ou realizada durante consulta médica, sendo aplicada como prevenção clínica¹⁵.

Já a Prevenção Secundária (P2) visa identificar um evento de saúde indesejado antes que este evolua de modo a causar um dano excessivo ou irreversível, podendo ser aplicada na forma de rastreamentos na população geral, rastreamentos seletivos e na detecção por oportunidade/acaso. Temos, assim, uma distinção entre o rastreamento oportunístico e os programas organizados de rastreamento. O primeiro é aplicado no momento em que o indivíduo busca o serviço de saúde por algum outro motivo que não o foco do rastreio, não apresentando muita efetividade em reduzir a morbimortalidade da condição rastreada. Por sua vez, os programas de rastreamento são direcionados



à detecção precoce de alguma doença ou risco, buscando-os de forma ativa na população assintomática. Cabe acrescentar que, muitas vezes, pode vir a ser excessivamente ansiogênica e trazer efeitos deletérios para os indivíduos a ela submetidos^{4,5,13, 15,16}.

A Prevenção Terciária (P3) consiste nas ações realizadas para que se reduzam as consequências de uma patologia já instalada. Ela diz respeito a medidas de reabilitação e reintegração dos pacientes, consistindo na redução de maiores consequências e danos de uma doença já presente e em curso em indivíduos sintomáticos a fim de reabilitar o indivíduo que já foi acometido pela patologia, de forma que possa aproveitar toda a capacidade funcional que ainda se faz presente^{5,13,16,17}.

Jamouille e Roland, em 1995, elaboraram um quarto nível em prevenção, a Prevenção Quaternária (P4). Ela apresenta a finalidade de promover uma prática médica menos iatrogênica, evitando, assim, o intervencionismo que coloca o paciente em risco de sobrediagnósticos e sobretratamentos. Esse nível de prevenção em saúde consiste na busca ativa por pacientes que apresentam risco de medicalização excessiva, de modo a protegê-los de intervenções médicas invasivas, propondo um cuidado baseado em evidências científicas e que seja eticamente aceitável^{5, 13}.

A P4 se baseia no princípio de “primeiro não prejudicar”, tendo como base a Medicina Baseada em Evidências e a busca por uma escuta empática que procure não medicalizar os problemas da vida. Os elementos que favorecem esse nível de prevenção, são aqueles voltados para uma atenção do paciente como um todo, de modo a buscar aquilo que trará real benefício àquele indivíduo. É importante ressaltar que a P4, em seu cerne, vem para problematizar cada um dos níveis de prevenção. Ela o faz ao verificar a pertinência da educação em saúde (P1), ao questionar se os critérios diagnósticos das doenças e objetivos dos rastreamentos são válidos e verdadeiros (P2) e ao pregar mais comunicação com o paciente e a prática de cuidados comprovados por evidências científicas (P3)^{13,18}.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos PPs, verifica-se a ressonância das DCN com suas propostas para formação de um médico que atenda a demandas atuais da população, as quais se concentram na Atenção Primária à saúde. Assim, os PPs reproduzem as DCN quanto ao objetivo atual do ensino médico ser o de formar profissionais generalistas e humanistas para atuar na promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos, e que se voltem para ações principalmente pautadas na saúde pública (BRASIL, 2014)⁶.

Embora identifique-se na reprodução das DCN uma proposta para se afastar do modelo flexneriano/biomédico, ainda encontra-se na produção de conhecimento e educação médica uma medicina centrada na doença de forma individual, inclusive enfocada nos diferentes níveis de



prevenção. Mesmo ao se alinhar às necessidades de formação de profissionais para o SUS com o viés da integralidade, os PPs estão se conformando a um sistema Beveridgiano no qual a redução de carga de doença na sociedade a partir da prevenção propõe a manutenção de pessoas “funcionantes” no mercado de trabalho, o que é evidenciado desde a P1 com uma base de conhecimento microbiológico a ser aplicada em intervenções higienistas.

As P2 e P3, por sua vez, estão amplamente incorporadas na prática clínica durante a formação médica, pouco diferenciando-se o rastreamento e a abordagem de fatores de risco daquilo que realmente é tratamento das doenças e reabilitação dos doentes. Surge nessa perda de distinção, o espaço para a medicalização da sociedade, com a conseqüente transformação de pessoas saudáveis em doentes, aumentando o consumo de recursos sanitários e ampliando de forma fantasiosa as expectativas da população quanto às possibilidades da medicina eliminar o sofrimento. Disso resulta o aumento “artificial” de doenças pelo estreitamento dos limites daquilo que é considerado saudável/normal, transformando situações assintomáticas em risco e igualando os fatores de risco a condições de doença estabelecida, com a conseqüente influência/pressão sobre os médicos para mais intervenções por parte das pessoas atendidas e da sociedade como um todo.

A busca por uma medicina menos iatrogênica, que resulte em mais desfechos positivos que negativos na trajetória dos indivíduos que a procurem, é o principal objetivo da P4, à qual não encontramos citação direta nos PPs, ainda que se encontrem menções à Medicina Baseada em Evidências, importante elemento metodológico da P4. Convém destacar, a P4 não exclui os outros três níveis, ao contrário, propõe revisitar os conceitos, questionando sobre seus reais impactos na população e indicando a necessidade de redimensionar o conceito de prevenção, buscando evitar não apenas o sofrimento advindo de doenças, mas também o sofrimento proveniente de uma medicina por vezes pouco rigorosa cientificamente. Esse tema está diretamente conectado às necessidades da população, mostrando a importância da implementação do ensino de práticas não iatrogênicas também nas DCN.

Ainda que devam refletir as atividades cotidianas do ensino no curso, os PPs nem sempre estão atualizados ou mesmo indicam claramente como os temas/conteúdos apontados são abordados junto aos estudantes. Dessa forma, o ensino da prevenção nos cursos de medicina pode ser melhor compreendido na medida em que outros estudos verifiquem diretamente a percepção de acadêmicos e professores sobre o assunto, inclusive em outros estados. Uma possibilidade seria verificar o conhecimento não apenas sobre os conceitos teóricos, mas de exemplos práticos que busquem uma medicina integral, mais resolutiva e menos iatrogênica.

REFERÊNCIAS



1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2000.
2. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma Ata. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [Internet]. 1979.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília [Internet]. 2002.
4. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. Tradutores: Maria Cecília Ferro Donnangelo; Moisés Goldbaum; Uraci Simões Ramos. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil, 1976.
5. Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *In*: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2019, cap. 31.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Proposta da Comissão da Câmara de Educação Superior do CNE. Brasília [Internet]. 2014.
7. Bizelli SSK, Bizelli JL. Ensino médico brasileiro: dialogando com o campo da saúde. XI Encontro Ibero-Americano de Educação [Internet]. 2016.
8. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e o mal. Rev. Bras Educ Med [Internet]. Abril 2008.
9. Salvador LDS, Sant'Anna PA. Projetos pedagógicos de cursos de saúde e sua articulação com as políticas públicas para a formação em saúde no Brasil. Rev Docência Ens Sup [Internet].
10. Sales J T. O projeto pedagógico no ensino superior e o papel social de educadores no processo de aprendizagem. Rev Cereus [Internet]. 2009.
11. Abdalla IG et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009.
12. Demarzo MMP *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012.
13. Neiva TS, Vianna LG, Moraes CF. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. Rev Eletrônica Gestão e Saúde [Internet]. 2015.
14. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. Saúde Debate [Internet]. 2016.
15. Gérvas J, Fernández MP. São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, cap. 3 e 4, p. 77-251. 2016.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária: Rastreamento. [Internet]. 2010.



17. Barbosa LMM, Machado CB. Glossário de Epidemiologia e Saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M (Org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, cap. 35, 2013.
18. Jamouille M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e Limites em Medicina. RBMFC, [Internet]. 2014 [Citado 22 abril 2018]; 9(31):186-91.
20. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Org.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, cap. 7.
21. Moraes DR. Revisitando as Concepções de Integralidade. A Review of the Conception of Integrality. Revista APS, [Internet]. 2006.
22. Kusakawa DHB, Antonio CA. Os Eixos Estruturantes das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina no Brasil. Rev Docência Ens Sup [Internet]. 2017.
23. Lobato LVCa. Políticas Sociais e de Saúde – Apostila de apoio para curso de formação do Centro Brasileiro de Estudos – Cebes. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. [Internet]. 2011.
24. Heath I. A open letter to the prime minister. BMJ EBM [Internet]. 2008 [Citado 22 maio 2019]; 336:360.
25. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009.
26. Krogsbøll LT. *et al.* General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2012 .
27. Bloomfield HE, Wilt TW. Evidence Brief: Role of the Annual Comprehensive Physical Examination in the Asymptomatic Adult. VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs, Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US) [Internet]. 2011.
28. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010. 192 p.
29. Pizanelli M *et al.* Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2016.
30. Garcia Jr CAS, Steil A, Miranda CG. Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2018.

**FIGURAS**

Figura 1 – Ações preventivas de acordo com os níveis de prevenção na perspectiva do médico e do paciente.

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

Fonte: Adaptado de Jamouille; Gomes (2014).