

A importância da residência médica em medicina de família e comunidade e a reflexão de seu processo adaptativo frente à pandemia da COVID 19 - relato de experiência

The importance of the medical residency in family and community medicine and the reflection of its adaptive process facing COVID 19 pandemic -an experience report

DOI:10.34117/bjdv7n1-469

Recebimento dos originais: 01/01/2021

Aceitação para publicação: 18/01/2021

Sabrina Feitosa Faria

Formação acadêmica: Residente em Medicina de Família e Comunidade, pela UniEvangélica.

Instituição: UniEvangélica Centro Universitário de Anápolis.

Endereço: Av. Universitária km 3,5 Cidade Universitária, Anápolis.

E-mail: sabrinaffaria@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho é abordar a transformação que a pandemia do novo coronavírus promoveu em um programa de residência médica em medicina de família e comunidade (MFC) em Goiás e a importância dessa formação médica como ferramenta construtiva para melhor desempenho individual e profissional. A atenção primária à saúde é a estratégia principal para se atingir uma saúde universal e equitativa, e possui conexão direta com a MFC, para a construção de um sistema de saúde efetivo, coordenado, integral e longitudinal. Para uma funcionalidade harmônica esse sistema de saúde depende de vários fatores, entre eles as ações da gestão municipal e dos profissionais de saúde, que devem ser sinérgicas em busca da melhor oferta de saúde para a população. Crises, como a pandemia, exigem rápida adaptação e reflexão constante para diminuir possibilidades de estagnação ou retrocesso. O saldo dessa experiência para os médicos residentes foi positivo e as ferramentas e princípios da MFC contribuíram fortemente para esse desfecho.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Residência médica, atenção primária, pandemia, novo coronavírus.

ABSTRACT

The objective of this work is to address the transformation that the new coronavirus pandemic promoted in a medical residency program in Family and Community Medicine in Goiás and the importance of this medical training as a constructive tool for better individual and professional performance. Primary health care is the main strategy to achieve universal and balanced health and has a direct connection with the Family Medicine, for the construction of an effective, coordinated, integral and longitudinal health system. For a harmonious functionality, this health care system depends on several factors, including the actions of municipal management and health professionals, which must be synergistic in search of the best health care offer for the population. Crises, such as the pandemic, require rapid adaptation and constant reflection to reduce the possibility of stagnation or setback. The balance of this experience for resident physicians was

positive and the Family Medicine tools and principles contributed strongly to this outcome.

Keyword: Family Medicine, medical training, Primary health care, pandemic, new coronavirus.

Siglas:

AB – Atenção Básica.

APS – Atenção Primária à Saúde.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

COREME – Comissão de Residência Médica.

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica.

CRM – Conselho Regional de Medicina.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

MEC – Ministério da Educação.

MFC – Medicina de Família e Comunidade.

PRM – Programa de Residência Médica.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

1 INTRODUÇÃO

A estruturação da especialidade médica medicina de família e comunidade se deu como lenta resposta à reforma do ensino médico, por Flexner, que em suas próprias palavras postulava: "o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta". Flexner impôs como única alternativa possível de conhecimento aquela baseada em ciência, advinda de observação e experimentação, enxergando a doença como um processo natural e biológico, ignorando o social, o coletivo, o público e a comunidade, desconsiderando-os como determinantes no processo de saúde-doença.¹

Na contramão dessa realidade positivista e ultra-técnica, em meados da década de 1960, iniciou um movimento internacional e nacional, de crescimento progressivo, sobre a necessidade imperativa de um novo sistema de saúde com características opostas ao paradigma biomédico vigente na época. As respostas a esses movimentos foram sedimentados em 1978 na Conferência de Alma Ata, na antiga União Soviética, em que se definiu o conceito e a importância da Atenção Primária para o mundo, enquanto modelo cerne de um sistema de saúde qualificado.²

Atualmente, a definição mais aceita de Atenção Primária à Saúde (APS), e provavelmente mais técnica e menos política que a de Alma Ata, foi publicada por Scheffler, em 1978. Segundo o documento, "APS é definida como cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo realizado por profissionais comprometidos". Descrevia cinco atributos: acesso, coordenação, cuidado abrangente (integralidade), continuidade e responsabilização.³

Em meio a esses avanços definiu-se a necessidade de se capacitar/ formar os "médicos gerais" para assumir com qualidade a liderança desse novo sistema de saúde, uma vez que há particularidades nesse papel que um clínico sem qualificação não possui. Nesse sentido associou-se, naturalmente, que a especialidade melhor indicada seria o médico especialista em medicina de família e comunidade (MFC) que tem em seu cerne o foco na Atenção Primária, com o entendimento do sujeito "humano" como um ser único, vivo e dinâmico que se inter-relaciona com a comunidade e consigo mesmo.

Então, em 1981, no Brasil, foi regulamentada junto ao CNRM a residência médica em MFC, reconhecida pelo MEC. Esse feito foi mobilizado por um grupo de médicos que acreditavam na medicina preventiva e saúde pública, no entanto não foi bem recebido por vários segmentos da sociedade, inclusive outros médicos, que a julgavam como "esquerdista", "medicina de pobre para pobres" e "estatal". Julgamentos injustificáveis, visto que os países mais desenvolvidos, exceto os EUA, são os que têm uma APS mais

fortalecida e, com isso, populações com melhor saúde e serviços oferecidos com custos mais baixos.^{4,5,6,7}

No Brasil a especialidade médica foi impulsionada em 2000 através da expansão das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família implementada em 1994-1998. No entanto os números ainda são pouco representativos: no estudo da demografia médica, que contabiliza títulos registrados nos CRMs, havia 1.21% médicos de família e comunidade no Brasil até 2017 para um universo de 451.777 médicos, sendo que 40% desses não têm nenhum título. Fato que impacta negativamente a saúde ofertada.^{8,9,10}

A efetividade do serviço prestado é consequência de vários fatores, dentre eles cabe ressaltar as barreiras estruturais, culturais e organizacionais. Para um acesso efetivo é necessário equilíbrio entre ofertas e demandas, que se atinge com intervenções como: programar mudanças com o apoio da equipe; moldar a demanda à capacidade; identificar barreiras de acesso; maximizar a efetividade do agendamento; identificar o modelo de agendamento; reduzir o tempo de espera e demora. Para a promoção dessas intervenções é necessária uma mobilização conjunta de diversos atores: usuários, profissionais e gestores, para que as tomadas de decisões sejam de alto envolvimento com o projeto de mudança proposto.^{11,12}

Então, apreende-se que essa especialidade como líder do primeiro acesso é bastante sensível às mudanças e crises que abalam a sociedade. A pandemia do novo coronavírus, decretada em 10 de março de 2020 pela OMS, se alastrou pelo mundo e no Brasil soma, até a data desse artigo, mais de 8 milhões de casos e cerca de 200.000 óbitos, números ainda instáveis e crescentes em dezembro de 2020, ocupando o pódio entre os países do mundo.¹³

Em 9 meses de pandemia, de março à dezembro, tem-se uma avaliação particular de cada Estado no mundo, porém em sua maioria, sobretudo no Brasil, observa-se números se elevando continuamente ou em segundas ondas, isolamentos diminuindo, distanciamentos sociais cada vez mais evitados e, com isso, sobrecarga do sistema de saúde que opera sob fadiga e medo, e vislumbra na vacina a maior possibilidade de estabilidade.

Esse cenário caótico obrigou os gestores de todas as esferas de poder a formar comitês de crises para a criação e reformulação de fluxos e estratégias. Os programas de residência médica de MFC, atrelados fortemente às gestões municipais e sensíveis às

realidades locais se viram como participantes centrais desse processo de adaptação com impactos positivos e negativos sobre a formação dos médicos residentes.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência se deu em um Programa de Residência Médica de MFC de uma universidade no interior de Goiás em parceria com a Secretaria de Saúde do município. Iniciou-se com a instalação da pandemia em março de 2020 e perdura até dezembro desse mesmo ano.

O programa de Residência, aqui tratado, tem duração regular de 2 anos e possui como cenário de prática majoritária a Atenção Primária do município, nas Equipes da Estratégia da Família. No cronograma regular contém aulas e discussões semanais, ambulatórios de diversas especialidades clínicas, plantões em unidades de pronto-atendimentos e serviços de urgência. Atualmente é composto por 25 residentes, divididos entre o primeiro e segundo ano e 11 preceptores, alocados em 8 unidades básicas municipais.

Com a pandemia foi necessária uma estratégia de enfrentamento de crise: transformação de 5 unidades básicas em unidades sentinelas responsáveis por todos os casos de sintomas gripais da cidade e povoados vizinhos, juntamente com as Unidades de Pronto Atendimento adulto e pediátrico, um conglomerado que se aproxima à 400.000 habitantes.

Das 5 unidades que passaram a atender apenas síndromes gripais, 4 contava com equipes compostas previamente por médicos residentes, sendo 3 equipes por unidade.

Entre a criação e divulgação, pelo comitê de crise municipal, do novo fluxograma foram dadas 72 horas para o programa de residência médica se adequar. Nesse momento os residentes se uniram e em conversas foram elencadas angústias e incertezas:

1. Sensação de imposição por parte da gestão municipal para adequação de um fluxograma que impacta diretamente a formação de médicos em aprendizagem.
2. Dúvida sobre como alocar os médicos residentes responsáveis pelas unidades covid em detrimento das outras.
3. Medo e receio sobre o tempo de duração desse novo fluxo e comprometimento da formação médica dos residentes.

Para responder tais questões houve uma reunião entre os alunos, coordenadores e preceptores da residência, que foi introduzida com a revelação de que o novo fluxo não

teve participação prévia de membros vinculados com a instituição de ensino. Apesar disso, foi explanada a necessidade de cooperação e entendimento da situação emergente que se instalara no mundo, obrigando todos os setores a se reorganizarem rapidamente como tentativa de diminuir os danos na humanidade.

Ao avaliar os anseios dos residentes os preceptores relembrou ocasiões que viveram enquanto aprendizes como surtos de dengue e pandemia H1N1, que também exigiram mudanças importantes e, mesmo assim, conseguiram obter saldos positivos, no balanço entre déficits de aprendizado e participação ativa e central de um momento histórico.

Foi feito, então, uma enquete sobre quais médicos se voluntariariam para ocupar as unidades sentinelas. Nesse primeiro momento menos de 20% se pronunciaram favoravelmente.

Enquanto isso outras inquietações surgiam:

- 1.Os profissionais das unidades de referência apresentarão maior risco com a exposição, sendo assim os equipamentos de proteção seriam ofertados e renovados no decorrer da pandemia?
- 2.Teria algum incentivo financeiro por parte do município, devido a essa situação excepcional, repentina e com riscos inerentes à própria pandemia?
- 3.Haveria alguma capacitação sobre o novo fluxo, a nova realidade e protocolos?
- 4.Em relação aos atestados médicos dos profissionais médicos residentes por síndromes gripais, os dias seriam abonados ou teriam que ser repostos ao final da residência médica?
- 5.Como ficará o Trabalho de Conclusão do Curso para os médicos residentes do segundo ano?
- 6.Em relação aos ambulatórios, plantões e aulas previstas no cronograma de ensino?

Os encaminhamentos:

1. Foi aventada a hipótese de fazer rodízios entre os médicos residentes das unidades sentinelas e não sentinelas a cada 15 ou 30 dias;
2. Em relação aos equipamentos de proteção foi acordada que a coordenação levaria a preocupação à ciência do município, mas que a própria COREME ofereceria máscaras cirúrgicas aos profissionais vinculados;

3. A COREME não trouxe nenhum posicionamento referente aos atestados, mas salientou que levaria essa questão para discussão interna;
4. Em relação ao conteúdo teórico foi acordada a manutenção das aulas semanais de 1 hora e 30 minutos, em média, via plataformas digitais sobre temas escolhidos pelos residentes;
5. Não houve um tempo estipulado em relação à duração das unidades sentinelas, pois não havia e há como prever o desenrolar dos fatos;
6. Em relação ao novo fluxo, protocolos e capacitações a coordenação relatou que haverá atualizações constantes e que repassará as informações aos residentes;
7. Sem alterações referentes ao TCC, residentes de várias especialidades se uniram relatando estafa e sobrecarga mental, além de dificuldades logísticas como: comitês de ética fechados e dificuldade de realização de questionários com o público. No entanto, as soluções propostas foram reuniões e questionários online;
8. Suspensão temporária dos ambulatórios e plantões nos ambientes fora da APS;
9. Deixou-se claro que nenhum aluno seria obrigado a ocupar um posto pelo qual não se sentisse confortável, quaisquer que sejam os motivos;
10. A coordenação mostrou-se empática com os médicos residentes e aberta ao diálogo, caso alguém visse necessidade no decorrer da pandemia.

Com a progressão dos meses dúvidas e encaminhamentos surgiam ou mudavam em compasso com as novas descobertas científicas e estatísticas locais de casos, hospitais e óbitos.

Em relação ao fluxo, já existia, desde 1º de abril de 2019, um grupo virtual de mensagens entre os coordenadores e médicos atuantes na AB. Outro grupo foi formado com profissionais médicos das unidades sentinelas (residentes e médicos contratados do município) com a gestão/ diretores. Este tem o objetivo de dinamizar decisões e uniformizar condutas e protocolos.

Esse canal é utilizado diariamente por vários motivos: regulação de pacientes com necessidade de internação, dúvidas sobre fluxos e transferências de pacientes, prazos e atualizações salariais, trocas de plantão e outros assuntos e requerimentos pertinentes à realidade local.

Os atendimentos das unidades regulares foram reduzidos a 6 – 7 por turno, prioritariamente com agendamento prévio, somados com renovação de receitas e

intercorrências, funcionando das 07h00min às 11h00min e 13h00min às 17h00min horas. Essas consultas com a flexibilização, aumento da pressão assistencial e persistência prolongada da pandemia foram aumentando progressivamente, culminando em lotação ou capacidade máxima em algumas áreas.

Em relação ao painel de médicos da AB houve inúmeras alterações, com várias saídas e entradas, com consequências como: áreas descobertas, ausência de formação de vínculo, sobrecarga de outras unidades, entre outras. Os motivos para essa realidade são incontáveis, mas figura como mais importante nesse momento: salários desatualizados e atrasados.

Os pacientes com diagnóstico de síndrome gripal nas unidades sentinelas são atendidos das 07h00min às 22h00min, com médicos residentes até 14h: 30min. São acolhidos na recepção, orientados para higienização das mãos e direcionados à triagem (equipe de enfermagem), que avalia os sinais vitais e faz uma breve anamnese. São avaliados pelos médicos e se sintomas gripais são notificados como suspeita de COVID 19 e isolados. A partir desse momento são tele-monitorados todos os dias pela equipe da odontologia e usualmente pela equipe médica, que usa dessa ferramenta para discussão e repasse de exames, evolução, acompanhamento e controle de glicemias e pressão arterial.

3 DISCUSSÃO

A experiência que consta nesse estudo, em uma avaliação retrospectiva e ainda presente, permite avaliar como o ensino e os princípios dessa especialidade influenciaram no processo adaptativo da crise que assola o mundo desde março de 2020: o novo coronavírus e o novo normal de funcionamento da vida e as consequências desse momento no crescimento pessoal e profissional dos médicos residentes.

No âmbito dos atendimentos aos pacientes com síndromes gripais as maiores dificuldades residiam na disponibilidade escassa de testes PCR para COVID no início da pandemia, a demora do resgate de pacientes encaminhados para internação e com necessidade de suporte de oxigênio, o intenso fluxo entre os meses de julho a setembro, o redirecionamento dos pacientes das áreas das unidades que viraram sentinelas e suas demandas reprimidas, a dificuldade de abordagem integral aos pacientes com múltiplas demandas e síndromes gripais, e o acometimento dos profissionais de saúde e familiares pela doença viral.

O número de casos de COVID 19 no município teve seu maior acúmulo de julho a setembro, um total de aproximadamente 9000 casos e 305 óbitos, que representa mais

de 50% e 78 % do total destes, respectivamente, até dezembro de 2020. Esses dados refletem o fluxo intenso encontrado nesses meses nas unidades sentinelas e a maior disponibilidade de testagem ofertada no decorrer da crise, que nesse momento tinha como critério apenas quadro gripal. Tal cenário é compartilhado com as outras regiões do Brasil como o momento mais crítico da pandemia, no entanto é possível observar, de forma multifatorial, o aumento de casos em dezembro de 2020. ^{14,15}

Na Medicina de Família e Comunidade tem-se como princípios desse profissional: ser um clínico qualificado, um recurso de uma população definida, sofrer influências da comunidade e ver a relação médico pessoa como algo indispensável para sua prática clínica. Há características desejáveis para todos os médicos, sobretudo para a prática do médico de família: capacidade de manter a compostura em tempos de estresse e responder rapidamente utilizando lógica, eficácia e compaixão; forte desejo de manter a máxima satisfação das pessoas, reconhecendo a necessidade de relacionamento continuado com elas; habilidade para lidar confortavelmente com múltiplos problemas que ocorrem ao mesmo tempo e; compromisso de colocar os interesses da pessoa acima dos seus. ^{16,17}

Nesse sentido esses médicos em formação, com essa experiência, puderam trabalhar as múltiplas facetas da especialidade, com ferramentas embasadas no paradigma biopsicossocial e vitais no processo terapêutico, principalmente nesse momento de forte abalo psicológico e perdas humanas.

Em relação ao cuidado abrangente a tele-medicina, regulamentada e flexibilizada pelo CFM na pandemia, possibilitou e fortaleceu o seguimento médico remoto com a checagem e repasse de exames, monitoramento da glicemia e pressão e melhor controle da diabetes e hipertensão, avaliação clínica e critérios de alta, necessidade de retorno ou não à unidade, um acompanhamento central do novo normal capaz de estreitar o vínculo médico pessoa e ultrapassar a sensação de distância entre o profissional e o paciente. ^{18,19}

Para tanto, houve um preço alto: cerca de 7 médicos residentes contraíram a doença e alguns destes tiveram em suas famílias desfechos fatais. Houve a necessidade de troca dos médicos entre as unidades e a sobrecarga emocional e psicológica foi nítida em muitos deles. Em nenhum momento existiu suporte especializado para apoio ofertado pela universidade ou município vinculado com o programa de residência, o que configura uma negligência uma vez que já se sabe que esse grupo específico é de risco para transtornos mentais e psiquiátricos. ^{20,21,22}

Nas unidades não sentinelas o aumento progressivo dos atendimentos com funcionamento além da margem de segurança dos profissionais de saúde e pacientes

representa o maior desafio, embora outros perpetuem com certa piora como: demora nos encaminhamentos para especialistas focais e realização de certos exames como ecocardiograma, endoscopia digestiva e colonoscopia, impossibilidade de prescrição de certos medicamentos de alto custo, dificuldade para avaliação e acompanhamento psicológico e outros.

Os grupos de mensagens virtuais com os médicos e gestão/ coordenadores da AB auxilia razoavelmente nessas questões, embora muitas fiquem sem respostas e pendentes na rede de saúde pública.

Sobre Estratégia de Saúde da Família sabe-se que em março de 2017, o Brasil contava com 39.872 equipes de saúde da família, o que representa uma cobertura nacional superior a 60,4%. Combinando os números chega-se à conclusão de que menos de 10% das equipes são compostas por MFC com especialização ou título. Estatísticas compatíveis com um sistema de saúde que ainda oferta para sua população, mesmo com os avanços, respostas frágeis, razoáveis ou incompatíveis com suas demandas.²³

Essa realidade é um desafio para os programas de residência médica e graduações em medicina no Brasil, pois é inegável a importância da formação em Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária é a principal estratégia para levar saúde de forma universal, equitativa e efetiva para a população, porém a sombra de um ensino de base hospitalar e focal, interferências municipais de cunho pessoal ou ideológico e julgamentos para com uma medicina pública/ social e preventiva deixa lenta a valorização dessa especialidade.²⁴

Então, como tornar atrativa e instigar o desejo pela formação em MFC? Como manter esse profissional em uma equipe da estratégia da família por um tempo capaz de promover mudanças? Como expandir para o âmbito público e privado o binômio APS e MFC como modelo ideal e mais resolutivo de promover saúde?

Esses e outros questionamentos são os grandes impasses da especialidade, sabe-se que um sistema de saúde é um produto cultural de uma sociedade, assim espera-se uma conscientização global e mútua de todos envolvidos nesse processo: profissionais/ acadêmicos de saúde, gestores e população/ usuários, para alinharem interesses em comum que deve conter propostas de saúde acessível e factível, sustentadas pelos princípios do SUS e da APS. Para isso é fundamental avaliar constantemente a satisfação dos usuários e profissionais, bem como a qualidade da AB e prover atualizações baseadas em estudos e trabalhos científicos e em países com melhores desempenhos em saúde, buscando romper resistências que lucram com a desordem.²⁵

Outras medidas são: oferecer um ensino voltado para a APS de qualidade, sob os princípios da MFC, na graduação das faculdades de medicina e as demais áreas da saúde; incrementar aos programas de residência em MFC uma bolsa complementar de valoração desse profissional; relação harmônica, horizontal e recíproca entre gestão e profissionais da AB; preferência de contratação de especialistas em MFC para assumir cargos na APS com seu devido reconhecimento profissional; responsabilidade por parte da gestão em assumir contratos sem atrasos de pagamentos e valorizando o trabalho e o bem estar dos servidores e; anulação de qualquer interferência pessoal dos ocupantes de cargos políticos na rede de saúde, que não vise o bem estar coletivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Através de uma avaliação reflexiva desse momento vivido conclui-se que, de fato, os ganhos na formação desses médicos residentes superaram as perdas de plantões, práticas e estágios em outros ambientes previstos no cronograma. Porém, é necessário reconhecer que o saldo positivo resulta de vivências dolorosas que foram ressignificadas por meio da resiliência pulsante na própria especialidade.

Não há dúvidas que os produtos desse programa serão: médicos aptos para a liderança da Atenção Primária, conhecedores e reconhecedores de seus respectivos valores e questionadores sociais, enquanto atores políticos, inclinados para os princípios da MFC ensinados e praticados sob situações adversas.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Universities, American, English and German. New York : Oxford University Press; 1930.
2. World Health Organization. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. Alma Ata: WHO; 1978 [capturado em 29 dez. 2020]. Disponível em: https://www.opas.org.br/declarac_ao-de-alma-ata/.
3. Scheffler RM, editor. Manpower policy for primary health care (IOM publication). Washington: National Academy of Sciences; 1978.
4. Brasil. Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981 [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1981 [capturado em 29 dezembro 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm
5. Brasil. Resolução n. 07, de 12 de junho de 1981 [Internet]. Brasília; MEC; 1981 [capturado em 29 dezembro 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM0781.pdf>
6. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. Mirror, mirror: international comparison reflects flaws and opportunities for better US healthcare [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2017 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/>
7. Falk JW. A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2005.
8. Souza HM. Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Campos FE, Belisário AS. O programa da Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface (Botucatu). 2001;5(9):133-42.
10. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: DMPUSP; 2015.
11. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. 2015;24(1):165-79.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Unesco; 2002 [capturado em 29 dez. 2020]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1
13. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19)

- 19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic (acessado em 29/Dez/2020).
» <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
14. Boletim Epidemiológico [Internet]. Anápolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2020 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://covid.anapolis.go.gov.br/>
 15. Painel Coronavírus: Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19. [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>.
 16. Rakel RE, Rakel DP. Textbook of family medicine. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2015.
 17. Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Mundial dos Médicos de Família-WONCA. Tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas: a 10. Contribuição do Médico de família. Ontário, Canadá; 1994 nov.
 18. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1.756/2020 - COJUR. http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf (acessado em 10/Dez/2020).
 19. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União 2020; 16 abr.
 20. Smith JW, Denny WF, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff. JAMA. 1986;255(9):1155-8.
 21. Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. 201p.
 22. Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. Acad Med. 2010;85(10):1630-4.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde SUS. Histórico cobertura SF [Internet]. Brasília: Portal da Saúde SUS, 2012 [capturado em 29 dez. 2020]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 24. Ruano A, Furler J, Shi L. Interventions in primary care and their contributions to improving equity in health. Int J Equity Health. 2015;14:153.
 25. Fry J. The mouse and the elephant: can primary care save the US health system? The Lancet. 1992;340(8819):594-559.