



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JAIME CHARRET DA SILVA JÚNIOR

VICISSITUDES DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA RELAÇÃO ENTRE MÉDICO
RESIDENTE E SEU PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RIO DE JANEIRO

2019

Jaime Charret da Silva Júnior

VICISSITUDES DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA RELAÇÃO ENTRE MÉDICO
RESIDENTE E SEU PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Mestrado Profissional em Atenção Primária à
Saúde da Universidade Federal do Rio de
Janeiro como requisito para obtenção do título
de Mestre em Saúde Coletiva em ênfase em
Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Alícia Navarro de Souza

Co-orientador: Prof. Dr. César Orazem Favoreto

Rio de Janeiro
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva Júnior, Jaime Charret da.

Vicissitudes do vínculo longitudinal na relação entre médico residente e seu paciente na Atenção Primária à Saúde. / Jaime Charret da Silva Júnior. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2019.

67 f.: 31 cm.

Orientadora: Alícia Navarro de Souza.

Coorientador: César Orazem Favoreto

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f. 64 - 66.

1. Relações Médico-Paciente. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Integralidade em Saúde. 4. Internato e Residência. 5. Preceptorial. 6. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Souza, Alícia Navarro de. II. Favoreto, César Orazem. III. UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

Às 13:00 horas do dia 22 de maio de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, Linha de Pesquisa: **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**. A dissertação intitulada: **“Vicissitudes do vínculo longitudinal na relação entre médico residente e seu paciente na atenção primária à saúde”**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Jaime Charret da Silva Junior**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº **117001767** (SIGA). A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: **Alicia Navarro de Souza** (CPF: 330273077-20), **Ivone Evangelista Cabral** (CPF: 570913587-91) e **Elenice Machado Cunha** (CPF: 939652067-53), em sessão pública, no Auditório do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HSFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

A dissertação foi considerada pela banca um primor sendo indicado a publicação de dois artigos e um produto.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a):

Alicia Navarro de Souza

1º Examinador(a):

Elenice Machado da Cunha

2º Examinador(a):

Alicia Cabral

Aluno(a)/Examinado(a):

Jaime Charret da Silva Junior

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Jaime e Palmira, meus exemplos de hombridade e perseverança. Neles encontro amparo e apreço. Para eles, eu dedico todas as minhas vitórias!

À minha amada esposa, Luana Charret, pelo companheirismo, motivação e paciência, principalmente, durante a elaboração desse trabalho.

À minha irmã, Camila, pela amizade e comunhão que se estende do signo à profissão. A nossa identificação é ímpar!

À minha tia mãe, Maria de Lourdes, pelos refúgios emocionais, cuidado e compreensão!

AGRADECIMENTOS

À minha espiritualidade por me manter centrado nos meus objetivos, suportando os desafios e acreditando sempre na vitória.

À orientadora, Profa. Dra. Alícia Navarro de Souza, pela competência, disponibilidade, carinhosos puxões de orelha, por acreditar nesse projeto e nas minhas ideias, ajudando-me a conduzir essa dissertação com sucesso.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. César Orazem Favoreto, pelo acolhimento e salvaguarda.

Aos professores do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde-UFRJ, pelos conhecimentos, questionamentos e inquietações sobre o campo da Atenção Primária, contribuindo para ampliar meu raciocínio crítico-reflexivo sobre minha realidade profissional.

Aos meus amigos queridos, desse mestrado profissional, pelo cuidado coletivo e apoios sinceros. Que família! Seguimos juntos de mãos dadas!

Aos residentes do 2º. Ano e preceptores do Programa de residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Rio de Janeiro que contribuíram para essa produção acadêmica, por meio de entrevistas, compartilhando com carinho e espontaneidade suas experiências e vivências no campo da atenção primária à saúde.

Aos companheiros do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade UFRJ/ENSP (preceptores, residentes e atuais médicos de família) pelo nosso trabalho coletivo, nos últimos cinco anos, na busca do fortalecimento da Atenção Primária carioca e dos êxitos na saúde da população.

Aos meus queridos colegas de trabalho da Faculdade de Medicina de Petrópolis agradeço por me permitir fazer parte dessa atmosfera docente de grandes

experiências acadêmicas, com trocas de saberes, produções coletivas de conhecimentos e tecnologias na área da medicina.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Vínculo longitudinal residente-usuário na atenção primária, não é algo estável e definitivo, ele é processual, define-se a cada encontro. É uma ferramenta importante para a prática do cuidado, mas, como em qualquer relação humana, pode ser problemático. **OBJETIVOS:** Compreender as vicissitudes do vínculo longitudinal na relação entre residente de Medicina de Família e Comunidade e usuário da Atenção Primária à Saúde; Descrever, na perspectiva dos residentes, sua concepção de vínculo, situações complexas vivenciadas por eles no cuidado integral e longitudinal aos usuários, recursos para o enfrentamento das dificuldades e para a qualificação do vínculo construído com os usuários ao longo da residência médica; Descrever, na perspectiva dos preceptores, o trabalho por eles realizado para qualificação do vínculo longitudinal na relação dos residentes com os pacientes. Discutir as influências das vicissitudes do vínculo residente-usuário na prática do cuidado ao paciente. **METODOLOGIA:** Entrevista semiestruturada com 11 residentes do 2º ano e 12 preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. **RESULTADOS:** Vínculo longitudinal compreende a integralidade e a coordenação do cuidado. Suas vicissitudes podem influenciar, negativamente, o cuidado em saúde e, frequentemente, isto é revelado quando os pacientes transgridem os processos de trabalho, demandam e demonstram dependência por um só residente, assediam, hiperutilizam os serviços, expõem o residente a dilemas éticos e ao desgaste relacional. Para qualificar o vínculo e discutir suas vicissitudes, o Programa de Residência estudado conta com discussões de caso, relação preceptor-residente, observação direta do residente, sessões clínicas/canais teóricos, feedbacks, Problem Based Interview e grupos Balint. **CONCLUSÃO:** Vínculo pode ser um problema. Suas vicissitudes podem influenciar o cuidado do paciente. O Programa possui recursos para qualificá-lo, mas é preciso um apreço singular na qualidade de todas relações residente-usuário construídas.

Palavras-chave: Vínculo Longitudinal. Internato e Residência. Atenção Primária em Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: Resident-patient longitudinal bond in Primary Care is not stable, It is procedural and defined at each meeting. It is an important tool for the practice of care, but, like in any human relationship, it can be problematic. **OBJECTIVES:** Understand the vicissitudes of the longitudinal bond in the relationship between family medicine residents and their users of Primary Health Care; Describe, in the perspective of the medicine residents, their conception of bond, complex situations experienced by them in the integral and longitudinal care to the users, resources to face the difficulties and to qualify the bond built with the users throughout the medical residency course; Describe, in the perspective of the preceptors, the work performed by them to qualify the longitudinal bond in the relationship between residents and patients.; Discuss the influences of the vicissitudes of the resident-user bond in the practice of patient care. **METHODOLOGY:** Semi-structured interview with 11 doctors residents of the 2nd year and 12 preceptors of the Residency Program in Family and Community Medicine of the Rio de Janeiro Municipal Health Department **RESULTS:** Longitudinal bond comprises the completeness and coordination of care. Its vicissitudes can negatively influence health care and reveal itself when patients disregard work processes, demand and demonstrate dependence for one professional, do overuse of the services, harassment, expose professionals to ethical dilemmas and the relationship wear. To qualify the bond and discuss its vicissitudes, the Program has case discussions, direct discussions, direct observation of the resident, clinical sessions / theoretical channels, feedbacks, Problem Based Interview and Balint groups. **CONCLUSION:** Bond can be a problem. Its vicissitudes can influence the care of the patient. The Program has the resources to qualify it, but it takes a singular appreciation in the quality of all resident-user relationships built.

Keywords: Longitudinal Bond. Internship and Residency. Primary Health Care

LISTA DE SIGLAS

CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia Saúde da Família
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBI	Problem Based Interview
PMRJ	Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
CFMORLS	Clínica da Família Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza
CMSJBB	Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto
CFFC	Clínica da Família Felipe Cardoso
CFAV	Clínica da Família Assis Valente
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
RMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	United Nations Children's Fund
WONCA	World Organization of National Colleges Academies

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Atenção Primária à Saúde	17
3.1.1 Alma Ata.....	17
3.1.2 Reorganização do Sistema de Saúde brasileiro	17
3.2 Residente em Medicina de Família e Comunidade	19
3.2.1 Medicina de Família e Comunidade	19
3.2.2 Residência em Medicina de Família e Comunidade	21
3.2.3 Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade.....	22
3.2.4 Competências esperadas na formação do médico de Família e Comunidade.....	24
3.2.5 Método Clínico Centrado na Pessoa.....	25
3.3 O Cuidado.....	29
3.4 Vínculo Longitudinal	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Cenário do estudo	34
4.3 Participantes da pesquisa.....	35
4.4 Aspectos Éticos	36
4.5 Coleta de dados.....	36
4.6 Análise dos dados	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38

5.1 Diferentes aspectos envolvidos na concepção do vínculo.....	38
5.2 A complexa relação entre o residente e o usuário.....	41
5.3 O vínculo pode ser um problema.....	43
5.4 Problemas do vínculo residente-pessoa: quem pode ajudar?	49
5.5 Influências no Cuidado	50
5.6 Discutir e qualificar o vínculo na residência.....	52
5.6.1 Na perspectiva dos preceptores	52
5.6.2 Na perspectiva dos residentes	56
6 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES	67
Apêndice A - Roteiro da entrevista semiestruturada a ser realizada com os médicos residentes.....	67
Apêndice B - Roteiro da entrevista semiestruturada a ser realizada com os médicos preceptores	67

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de organização de um sistema de serviços de saúde, caracterizado pelo uso de tecnologias e métodos práticos, com reconhecimento científico e aceitação social. Compõe integralmente um sistema nacional de saúde, é o primeiro contato dos indivíduos a esse sistema, fornece serviços próximos à população a um custo que a comunidade e o país possam manter (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A APS se utiliza de tecnologias de alta complexidade e baixa intensidade para promover um conjunto de intervenções envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para resolver os problemas de saúde frequentes e relevantes da população (CONASS, 2004).

Conforme Barbara Starfield (2002), esse nível de atenção possui uma responsabilidade sanitária e, para o desempenho dessa função, deve ser orientado pelos seguintes atributos essenciais: acessibilidade e primeiro contato, longitudinalidade, interação profissional paciente, integralidade e coordenação da atenção/cuidado.

No Brasil, atualmente, para reordenação dos serviços e ações em saúde, organização e efetividade das políticas em saúde e redução das iniquidades/desigualdades, esses atributos passaram a compor as diretrizes do Sistema Único de Saúde como estratégias para fortalecimento e operacionalização da atenção primária nacional (PNAB, 2017, PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II).

E, como modelo assistencial para o sucesso da expansão, qualificação e consolidação da atenção primária brasileira, a política nacional da atenção básica tem como estratégia fundamental à Saúde da Família (PNAB, 2017). Essa Estratégia vem favorecendo a reorientação assistencial e gerencial dos processos de trabalho a nível primário de atenção, justamente por se relacionar e aprofundar os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Uma das características da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o estabelecimento de equipes multiprofissionais, com horizontalização do trabalho e com composição, no mínimo, de: médico generalista ou médico especialista em medicina de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde

da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), bem como o residente médico em especialização na área, diferencia-se dos outros especialistas, principalmente, pela prática da coordenação do cuidado, integralidade da atenção, longitudinalidade do cuidado e pela abordagem centrada na pessoa. Isso dá ao especialista e ao residente em MFC, em treinamento, destaque para o fortalecimento da relação médico-paciente, aprofundamento da humanização da atenção e, claramente, formação do vínculo longitudinal (GUSSO E LOPES, 2012).

Aqui, nesse trabalho, por ora os termos vínculo e vínculo longitudinal serão utilizados como sinônimos. Na literatura da APS brasileira, o conceito de vínculo está na própria relação longitudinal com o usuário pelo especialista ou pelo residente em MFC, referindo ao princípio da longitudinalidade de Bárbara Starfield. Porém, como o termo longitudinalidade não é usado, habitualmente, e a palavra vínculo, isolada, pode trazer restrição às dimensões que essa relação médico-paciente específica pode significar para o cuidado, as autoras Cunha e Giovanella (2011) propõem a adoção do termo vínculo longitudinal.

Mesmo a literatura trabalhando o vínculo longitudinal como uma relação interpessoal importante para os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde, ela carece em discutir as vicissitudes dessa relação marcada pela longitudinalidade e integralidade do cuidado. Não parece reconhecer que o vínculo entre o profissional residente e seu paciente, como toda e qualquer relação interpessoal, é dinâmico, transformável, processual e, por isso, não necessariamente está condicionado a bons resultados todo o tempo.

E, justamente, foi isso que me direcionou investigar o tema, posto que durante minhas atividades como preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade UFRJ/ENSP, observei residentes de MFC discutindo e problematizando as relações médico-paciente embasadas pelo vínculo longitudinal. Como diz Minayo (1994, p.17): “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Partindo dos questionamentos sobre as circunstâncias do atributo vínculo, esse trabalho tem pressupostamente, as seguintes hipóteses de pesquisa: (I) as vicissitudes do vínculo longitudinal entre o médico residente e seu usuário podem

influenciar a qualidade do cuidado na assistência ao paciente; (II) O vínculo longitudinal não recebe o devido apreço no cenário do PRMFC da SMS-RJ ; (III) Os residentes em medicina de família e comunidade consideram o vínculo como toda e qualquer relação duradoura e longitudinal com o usuário, mas carecem em discutir as vicissitudes desse atributo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender as vicissitudes do vínculo longitudinal na relação entre residente de Medicina de Família e Comunidade e usuário da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever, na perspectiva dos residentes, a concepção de vínculo, situações complexas vivenciadas por eles no cuidado integral e longitudinal aos usuários, recursos para o enfrentamento das dificuldades e para a qualificação do vínculo construído com os usuários ao longo da residência médica.
- Descrever, na perspectiva dos preceptores, o trabalho por eles realizado para qualificação do vínculo longitudinal na relação dos residentes com os pacientes.
- Discutir as influências das vicissitudes do vínculo residente-usuário na prática do cuidado ao paciente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

3.1.1 *Alma Ata*

A conferência de Alma Ata, 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), evidenciou urgência nas ações dirigidas aos cuidados primários, por todos os governos, como o caminho de promoção à saúde universal no combate as iniquidades entre a saúde dos povos. Para isso, o documento trazia a Atenção Primária, entre outros pontos, como parte integral do Sistema de Saúde dos países, primeiro contato dos indivíduos ao sistema e como fonte de cuidados continuados mais próximos às pessoas (DE ALMA-ATA, 1978).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DE ALMA-ATA, 1978).

Desde então, a Atenção primária à Saúde vem sendo uma estratégia para a organização dos sistemas de saúde de diferentes países, por desempenhar respostas regionalizadas, contínuas e sistematizadas, respondendo a maior parte das necessidades de saúde da população, além de integrar ações preventivas e curativas (MATTA; MOROSINI, 2006).

3.1.2 *Reorganização do Sistema de Saúde brasileiro*

Os movimentos de reforma sanitária brasileira e dos processos de redemocratização política, nos anos 80, impulsionaram, pela lei 8.080 de 1990, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro cujos princípios e diretrizes estabelecem uma política de saúde universal, integral, democrática, com o estímulo

às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, descentralização da gestão e da oferta de serviços de saúde e a participação popular como construto essencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Desde então, a Atenção Primária se colocou, para o SUS, como referencial na reordenação universal e igualitária dos serviços e ações de saúde. Para mais clara compreensão, as diretrizes do SUS vão ao encontro da operacionalidade dos princípios da atenção primária: coordenação do cuidado, primeiro contato, integralidade e longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

Confirmadamente, um sistema de saúde nacional cuja porta de entrada preferencial do usuário é a atenção primária à saúde, o vínculo com as equipes se dá pelos contatos ao longo do tempo e a coordenação do cuidado do paciente pela responsabilidade profissional, é muito mais resolutivo, efetivo, barato e seus usuários são mais satisfeitos (DUNCAN, 2014).

No Brasil, a implementação da Atenção Primária à Saúde passou por vários desafios. E, após várias tentativas para organizar este nível de atenção, uma proposta mais abrangente e exitosa se evidenciou com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (ARANTES et.al, 2016).

Pelas suas potencialidades estratégicas na organização do SUS e na busca de respostas para as necessidades da população, o PSF, em 2002, passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, apesar das questões político-institucionais e iniquidades regionais brasileiras, vem sendo um modelo técnico-assistencial exitoso para o crescimento e reorientação da APS, por favorecer a universalização dos cuidados primários em saúde e agregar os princípios do SUS (ARANTES et.al, 2016).

A ESF desenvolve trabalho em equipe multidisciplinar, com foco na família, orientação comunitária, valorização do acesso, do vínculo e do cuidado humanizado (ARANTES et.al, 2016). Funciona como o elo de comunicação direta com a comunidade, possuindo elevada resolutividade, aproximadamente, 85% dos problemas de saúde da população (TAKEDA, 2007).

A expansão da ESF evidenciou a necessidade de recursos humanos competentes em práticas de saúde que norteassem ações sistêmicas, integrais, humanizadas, resolutivas, associadas às atividades de promoção, prevenção e reabilitação. Um dos eixos de qualificação desses profissionais de Saúde da Família

foram os investimentos, pelo Ministério da Saúde, em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Um exemplo disso, foi o Programa Mais Médicos do governo federal. (DE CASTRO, 2007).

3.2 Residente em Medicina de Família e Comunidade

“Para melhor entender o presente e planejar o futuro, é importante conhecer um pouco do passado, e buscar o aprendizado com as experiências, erros e acertos ocorridos. Usando uma comparação aplicada a Medicina de Família e Comunidade (MFC), pode se dizer que “ninguém ‘inventou a roda’ nos últimos milênios, mas muitos a aprimoraram”.

João Werner Falk

3.2.1 Medicina de Família e Comunidade

Apesar de parecer recente, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem suas origens, no Brasil, na década de 70. Numa fase inicial, essa especialidade médica tinha outras nomeações, poucos programas de residência na área e quase inexistência de mercado de trabalho para os egressos. Para se ter uma ideia, os primeiros Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, nome até os anos de 2002, foram iniciados em 1976 (GUSSO, 2014).

A MFC é uma disciplina, com base em conhecimentos específicos, que se desenvolveu no decurso da história da prática médica pela demanda por um novo tipo de médico que respondesse às mudanças sociais, políticas e aos novos padrões de doença para além daquelas resolvidas pelas especialidades focais. Envolve-se nos subjetivismos dos pacientes, advoga pela humanização do cuidado e tem um olhar mais refinado para os processos saúde-doença.

Consoante a McWhinney (2017), a MFC é uma especialidade que traz como contribuições, a importância de compreender a experiência subjetiva de doença do paciente e a abordagem médica mais humanizada, contrapondo-se a abordagem cada vez mais tecnológica ou instrumental dos cuidados de saúde. Além disso, desenvolve a prática do método clínico centrado na pessoa, preocupa-se com os métodos para ensiná-lo e valoriza a compreensão da forte influência que as relações humanas têm sobre a evolução da doença.

A especialidade é composta por nove ações ou princípios não exclusivos, mas que representam um valor e, quando em conjunto, diferem as atividades dos médicos

de família em relação às atividades de outros especialistas. Citando McWhinney (2017, cap. 2 p. 18), o médico de família e comunidade:

- I. Não está limitado ao tipo de problema de saúde do indivíduo, mas sim está disponível para qualquer agravo, independente do sexo e idade da pessoa. Ainda que o paciente seja encaminhado para um serviço especializado, esse profissional se mantém responsável pela avaliação inicial e pela coordenação e continuidade dos cuidados;
- II. Considera o contexto pessoal, familiar e social para entender a doença do paciente;
- III. Oportuniza o contato com o paciente para promoção à saúde e prevenção de doenças;
- IV. Pensa nos pacientes individuais e no contexto populacional;
- V. Participa de uma rede de apoio social;
- VI. Idealmente, compartilha o mesmo habitat que seus pacientes;
- VII. Promove assistência domiciliar;
- VIII. Atribui importância aos aspectos subjetivos da medicina. Reconcilia os aspectos objetivos com uma sensibilidade aos sentimentos e uma visão de relacionamentos. Insight em relacionamentos incluindo as próprias emoções;
- IX. Gerencia recursos o que é possibilitado pelo primeiro contato.

De encontro aos princípios/ações de McWhinney, no contexto da literatura nacional, a MFC é definida por Gusso e Lopes (2012, p.1) como:

“a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e comunidade; integra ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença; trabalha com sinais, sintomas e problemas de saúde; e proporciona o contato das pessoas com o médico mesmo antes que exista uma situação de doença ou depois que esta se resolva.”

No âmbito da importância da especialidade, Gusso e Lopes (2012) reitera a qualidade do médico de Família e Comunidade na abordagem integral da pessoa, a longitudinalidade da atenção através de cuidados continuados ao paciente para além dos episódios de doença, possibilitando a construção de um conhecimento progressivo sobre as pessoas, o manejo de problemas de saúde iniciais, muitas

vezes, pouco específicos e poucos definidos e a relação médico-paciente priorizando a humanização da atenção.

E, diante do notável fortalecimento da APS brasileira com a expansão da Estratégia Saúde da Família e da importância da Medicina de Família e Comunidade como especialidade com competências e características específicas para este nível de atenção à saúde, a história da especialidade, até então mantida pelos seus poucos programas de residência, passa a ganhar destaque no cenário do SUS. Conseqüentemente, a demanda pela formação de médicos de família estimula a expansão desses programas até então restritos (GUSSO, 2014).

3.2.2 Residência em Medicina de Família e Comunidade

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação para médicos, considerada o “padrão ouro” na formação de médicos especialistas treinados em serviços de saúde, sob orientação de outros profissionais médicos de grande qualificação ética e profissional. Foi instituída, junto com a Comissão Nacional de Residência Médica (CARM), pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e confere, ao residente, o título de especialista na área cursada, após cumprir, na íntegra, as competências necessárias.

Diferentemente de outro curso de especialização médica, a residência se constitui por suas características, essencialmente, práticas, de forma que, pelo menos, 80 a 90% das atividades devem se voltar para o treinamento em serviço. Esse modelo é importante para que o médico possa adquirir, além de conhecimentos, habilidades e atitudes que determinarão seu desempenho profissional (GUSSO, 2014)

Especificamente, a residência em MFC não é recente. Os primeiros programas datam a década de 70: Centro de Saúde Murialdo (Porto Alegre – RS); (II) Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão – PE), extinto em 1986; e (III) Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio – RJ) – continua ativo e com muitos egressos (GUSSO, 2014). Porém, no cenário de atenção primária à saúde fragilizada da época, os espaços para médicos generalistas ou especialistas focais perdiam para influência e poder da atenção especializada em alguns segmentos da população (STARFIELD, 2002).

Atualmente, no país, a enorme necessidade de médicos de família e comunidade determina momento único na história da expansão da residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) cujos protagonismos envolvem,

principalmente, as políticas federais na qualificação dos profissionais (Programa Mais Médicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013) e as políticas dos gestores municipais. Nos municípios, gestores vêm adotando estratégias como: aproximação ensino-serviço na sua rede, aumento da oferta e do valor das bolsas, estímulo à formação em preceptoria, expansão da cobertura pela Estratégia e infraestrutura das Unidades Básica de Saúde (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Um exemplo de expansão na formação de especialistas em MFC foi o que aconteceu no Município do Rio de Janeiro. O Programa de residência médica em MFC da Secretaria de Saúde do Município, iniciado em 2012, cresceu, importantemente, ampliando o número de ingresso de 60 residentes para 150/ ano. A Instituição é, hoje, a maior da América Latina na formação de médicos de família e referência na integração ensino, serviço e pesquisa (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2019).

O Programa do Município Rio de Janeiro, como todos os programas de residência em MFC, é regulamentado pela Resolução CNRM nº 1/2015. Essa resolução institui os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade. Dentre eles, a organização dos projetos pedagógicos na construção de currículos baseados em competências fomentadas pela inserção do médico residente, durante 02 anos, em atividades de práticas assistenciais e educacionais (BRASIL, 2015).

3.2.3 Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade

A preceptoria de residência médica é uma atividade acadêmica exercida por um profissional médico experiente, o preceptor, especialista na sua área de atuação, com a função de ser a ponte entre o residente, o serviço e a academia (BENTES, 2013). A figura do preceptor corresponde a de um profissional com alta capacidade técnico-pedagógica, elevada qualificação ética, profissional e humanística sendo uma referência (*role models*) para àqueles que recebem sua preceptoria (WUILLAUME, 2000).

Os preceptores assumem o desafio quanto a uma pluralidade de competências no âmbito pedagógico e assistencial desenvolvidas em contextos e momentos diferentes. Dentre elas, as principais: habilidades clínicas e didáticas, atitudes éticas,

responsáveis e humanas, e conhecimento técnico-científico. Assume diferentes papéis no processo de formação da residência médica, atua como um guia, aguça o raciocínio e o comportamento do residente, planeja e supervisiona o processo de ensino-aprendizagem e avalia o desempenho desse mesmo residente (BOTTI, 2011).

Os diferentes papéis de atuação do preceptor se efetivam no ambiente do trabalho, no campo de abrangência do Programa de Residência Médica, destacando-se, como papel essencial, a supervisão do residente durante a assistência aos pacientes, com a finalidade de estimular a aprendizagem significativa e facilitar o desenvolvimento global do especialista em formação. Definitivamente, o preceptor assessora o médico-residente a adquirir a sua autonomia capacitando-o nessa transição entre a academia e a especialidade (BENTES, 2013)

Especificamente, na residência em MFC, a figura do preceptor tem sido bem importante, por conta da expansão da APS brasileira e, conseqüentemente, da necessidade de formar profissionais médicos de família e comunidade, especialistas apropriados para esse nível de assistência (IZECKSOHN, 2017). Materializando esse fato, o Programa Mais Médicos (2013) objetivou a expansão de especialistas bem preparados para APS, escolhendo a MFC como especialidade prioritária. Como, para efetivação desse propósito, recursos humanos especializados são necessários, a formação de preceptores vem sendo um dos eixos dessa política (OLIVEIRA, 2019).

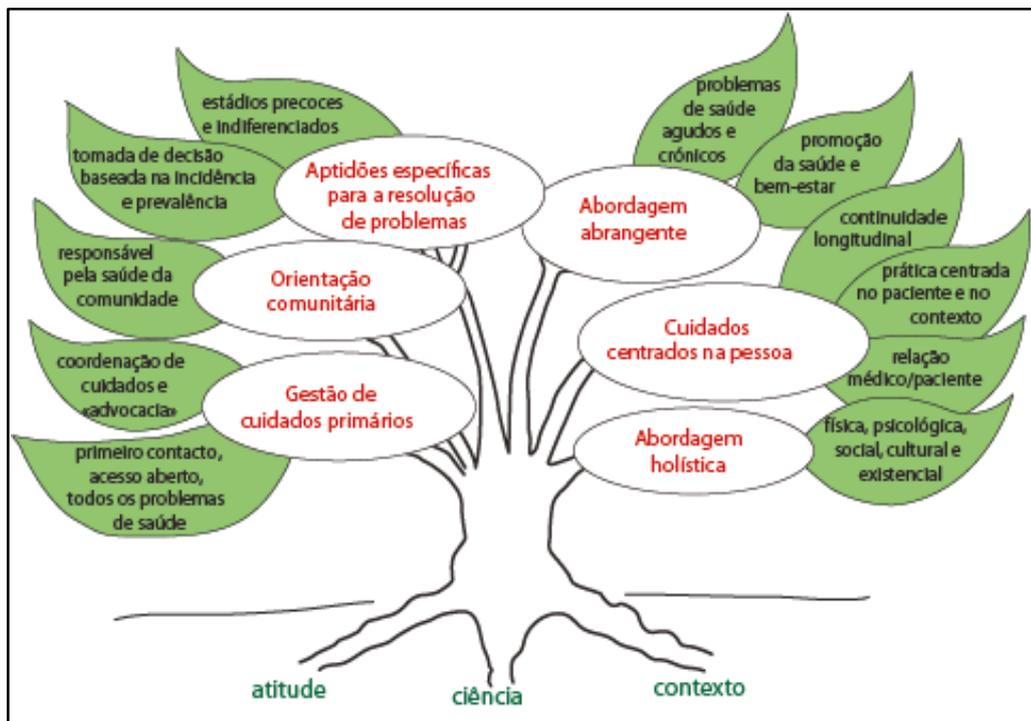
O preceptor de MFC é o profissional que vai auxiliar o médico residente dessa disciplina a se capacitar nos requisitos propostos pelo currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a qual visa à qualificação e o fortalecimento dos programas de residência. Desse modo, o preceptor contribuirá para o residente desenvolver conhecimentos, habilidade e atitudes esperadas para a especialidade, bem como os fundamentos da APS, sob referência dos descritos por Barbara Starfield, além da abordagem centrada na pessoa utilizando habilidades de comunicação e aplicando os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (SBMFC, 2014).

3.2.4 Competências esperadas na formação do médico de Família e Comunidade

Competência, para fins de residência médica, é a capacidade do residente em se utilizar dos recursos cognitivos, atitudinais e de habilidades para solucionar os problemas da prática profissional. Quando se fala de MFC, as seguintes cinco grandes áreas de competência são consideradas para se desenvolver ao longo dos dois anos de treinamento: teórica, prática, gestão e organização de serviços de saúde, clínicas e as voltadas a situações específicas e ciclos de vida (BRASIL, 2015).

Para inspirar e orientar a formação médicos de família e comunidade com alta qualidade, pelo mundo, a *European Academy of Teachers in GP and Family Medicine* (EURACT) e a *World Organization of Family Medicine Doctors* (WONCA), produziram um documento colaborativo intitulado: *Educational Requirements for GP Specialty Training*. Nesse documento, são apresentadas seis competências nucleares e 11 características centrais que o residente deve desenvolver ao longo do seu treinamento, inclusive àquelas relacionadas à Medicina Centrada na Pessoa (MICHELS, 2018). **Figura 1**

Figura 1. Competências Nucleares e Características (EURACT/WONCA 2002-2005)



©2004 Swiss College of primary Care Medicine/U. Grueninger, Adaptação e Tradução de LF Gomes, 2005.

3.2.5 Método Clínico Centrado na Pessoa

Como observado, anteriormente, pelo *Educational Requirements for GP Specialty Training* (WONCA/EURACT), o Médico de Família e Comunidade deve ser um profissional competente nos cuidados centrados na pessoa e, para isso, precisa desenvolver um conhecimento sobre a doença e experiência de doença da pessoa, explorando os sentimentos, ideias, expectativas e impacto da doença na vida pessoal, familiar, profissional e social do paciente. Deve ser competente em construir um plano de manejo comum com seu usuário, a fim de definir os problemas, tratamento e divisão de responsabilidades (GUSSO; LOPES, 2012).

O trabalho de um médico de família está para além das atualizações e informações sobre a saúde, as quais são consideradas importantes, porém não suficientes. A boa prática deste profissional depende também dos relacionamentos, do amadurecimento emocional e o do intelecto. E, para isso, não basta simplesmente aprender algumas habilidades de comunicação, é necessário algumas ressignificações pessoais e o trabalho centrado no paciente (MC WHINNEY, 2017).

O médico de família advoga por um olhar integral do indivíduo, levando em conta não somente o somático, mas valorizando as emoções expressas em razão da proximidade da relação médico-paciente. Além da competência técnica, há uma aproximação emocional numa relação potencialmente terapêutica entre a pessoa e seu médico (STEWART, 2017).

O residente em medicina de família, na prática da integralidade do cuidado, amplia seu olhar para as dimensões biopsicossociais dos sujeitos, recheando de subjetividades as relações com seus pacientes, desenvolvendo competências que ultrapassam os limites reducionistas e anatomopatológicos do velho paradigma biomédico. Esses limites do modelo biomédico aparecem como desafio na atenção primária à saúde, à medida que sinais e sintomas apresentados por alguns doentes, não se relacionam a quaisquer anormalidades anatômicas ou fisiológicas (MC WHINNEY, 2017).

MCWhinney (2017) chama também a atenção que “uma grande proporção dos sintomas apresentados por pessoas doentes na prática familiar não pode ser atribuída a uma categoria de doença com base em anormalidades fisiológicas ou anatômicas. Estes sintomas são referidos como sintomas medicamente inexplicados”, que

correspondem a , aproximadamente, 25 a 50% dos pacientes canadenses que visitam o médico de família.

Pode-se dizer que o método convencional, predominante desde os meados do século XIX, não se mostrou suficientemente capaz para explicar “nosologicamente” alguns sintomas, tornando necessários outros modelos que levassem em conta não só a doença, mas a doença e a pessoa que a manifesta, afastando-se, assim, da racionalidade patológica. Nesse caminho, foram surgindo tentativas para desenvolvimento de uma abordagem centrada no paciente.

A insuficiência da formação médica no cuidado à grande demanda de doentes funcionais levou, na década de 50, o psicanalista húngaro Michael Balint desenvolver na Clínica Tavistock seminários de treinamento e pesquisa sobre problemas psicológicos na prática dos clínicos gerais. Balint, considerando que o médico era uma droga muito utilizada pelos clínicos gerais, sem que conhecesse sua farmacologia, caminha em direção a uma proposta interdisciplinar de estudo, possibilitando a aplicação de teoria psicanalítica no campo da relação médico-paciente, investigando casos difíceis e as respostas afetivas que os clínicos tinham a esses casos (NAVARRO DE SOUZA, 2001)

Nos anos 80, George Engel, psiquiatra e psicanalista, desenvolveu um modelo que integra informações de diferentes níveis hierárquicos (meio, pessoa e interpessoal) o qual ficou conhecido como biopsicossocial (MCWHINNEY, 2017, p.110). Engel baseou-se na teoria dos sistemas como um modelo para integrar os dados biológicos, psicológicos e sociais ao processo clínico. Criticou o método clínico moderno pela natureza não científica dos julgamentos do médico, até mesmo por preferência pessoal sobre os aspectos sociais e interpessoais das vidas das pessoas (STEWART, 2017, p. 66).

Ainda nesta mesma década, Kleinman e cols. identificaram que a explicação do médico e do paciente sobre sua doença podem ser discordantes, devendo haver negociação entre esses dois personagens para que o resultado da abordagem seja satisfatório.(MCWHINNEY, 2017, p.110).

As contribuições de Balint, Engel, Kleinman, na segunda metade do século XX, contribuíram para o desenvolvimento e pesquisa do método clínico centrado na pessoa (MCCP), sob responsabilidade da equipe liderada por Joseph Levenstein (STEWART, 2017). Esse método vem para transformar o paradigma biomédico, em

crise, contradizendo a supervalorização da tecnologia, a desvalorização do paciente como sujeito, a deterioração da relação médico paciente, a fragilidade da escuta e a fragmentação do paciente em unidades nosológicas (MORENO RODRÍGUEZ, 1998).

É um método composto por 04 (quatro) componentes interativos cujas finalidades são a construção de uma visão holística do paciente, de um poder compartilhado e a busca de equilíbrio entre subjetividades e os objetivismos. Durante sua abordagem, o médico de família dispõe das técnicas sistematizadas em quatro componentes, a saber: 1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença da pessoa; 2. Entendendo a pessoa como um todo (aspectos biopsicossociais); 3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e 4. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico. **Quadro 1.**

Quadro 1. Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa

<p>1. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ percepções e experiência da saúde, pessoais e únicas (significados e aspirações) ▪ histórico, exame físico, exames complementares ▪ dimensões da experiência da doença (sentimentos, ideias, efeitos no funcionamento e expectativas) <p>2. Entendendo a Pessoa como um Todo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a pessoa (p. ex., história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento) ▪ o contexto próximo (p. ex., família, trabalho, apoio social) ▪ o contexto amplo (p. ex., cultura, comunidade, ecossistema) <p>3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ problemas e prioridades ▪ metas do tratamento e/ou do manejo ▪ papéis da pessoa e do médico <p>4. Intensificando a Relação entre a Pessoa e o Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ compaixão e empatia ▪ poder ▪ cura e esperança ▪ autoconhecimento e sabedoria prática ▪ transferência e contratransferência
--

STEWART, Moira et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico, 2017.

Um dos componentes mais relevantes para essa nova forma de atuar em saúde é o quarto componente. Fundamentado na intensidade da relação interpessoal, no caso, médico-pessoa, esse componente robustece o vínculo longitudinal, tornando esse relacionamento mais horizontal, terapêutico e humanizado (STEWART, 2017).

O residente em MFC, no treinamento dos atributos da especialidade, ao executar uma medicina centrada na pessoa, oferta um valor especial ao atributo denominado vínculo, que é baseado na relação estabelecida entre profissional de saúde e usuários. E, nesse aspecto, vale ressaltar que:

A abordagem centrada na pessoa pressupõe que os contatos que se façam entre médico e usuário possam se dar considerando o conhecimento e a vivência aprofundada dos múltiplos aspectos dos indivíduos. Aprimoram-se a confiança e o vínculo, aspectos úteis para a melhoria da saúde. Conhecer a realidade familiar e comunitária do indivíduo potencializa este tipo de foco. Esta resolução se baseia na constatação de que inúmeras doenças não podem ser totalmente compreendidas sem serem vistas em seu contexto pessoal, familiar e comunitário (SBMFC, 2005, p.1).

Uma boa relação médico-paciente requer a valorização da pessoa que precisa de cuidados, a construção de uma parceria, a partir da disposição do médico e da pessoa para se tornarem associados. Cada relação assume uma singularidade e pode longitudinalmente assumir diferentes arranjos nos papéis dinâmicos exigidos pela aliança médico-paciente.

O papel do profissional na relação vai sendo desenhado ao longo do tempo. A confiança relacional, necessária para construção de um vínculo interessante, pode ocorrer quando o profissional compartilha o poder com a pessoa, trazendo-a para o foco e demonstrando se importar por sua experiência de doença. Mas, entendendo que toda relação pode ter problemas, por vezes o médico de família ou residente em treinamento podem se defrontar com condições desconfortáveis, indesejáveis, fruto da interação entre o profissional e paciente, muitas vezes sem que nenhum dos dois tenha intencionalmente contribuído para tal.

Ainda que o 4º. Componente do MCCP enfatize a relação médico-pessoa, incluindo a compaixão, a empatia, o compartilhamento do poder, a cura e a esperança, não se pode garantir a estabilidade do relacionamento. Não sendo diferente de qualquer outra relação interpessoal, a relação médico-pessoa ora fortalece, ora enfraquece, baila dinamicamente conforme as vicissitudes dos afetos que por ela circulam.

Também não se pode falar das relações interpessoais, vínculos, afetos e outros sentimentos que podem se fazer presentes (amor, compaixão, ódio, ambição, poder, desejo de cura), sem discutir, ainda que brevemente, os fenômenos transferenciais. Desse modo, STEWART (2017, p.202):

Todas as relações humanas e, em especial, as relações terapêuticas são influenciadas pelos fenômenos de transferência e contratransferência. Dessa forma, qualquer discussão sobre a relação entre pessoa e médico que exclua esses importantes processos psicológicos seria incompleta.

Entende-se por transferência o fenômeno de projeção inconsciente nos relacionamentos humanos cujas origens advêm de sentimentos, expectativas e atitudes oriundas de relacionamentos significativos passados. Na relação médico-paciente, quando positiva, a transferência tem efeito benéfico no processo terapêutico (MARQUES FILHO, 2003). Ela é dinâmica, mutável, podendo ocorrer em qualquer estágio da relação. A pessoa, em sofrimento por sua doença, pode responder ao agravo projetando em seu médico diferentes tipos de comportamentos relacionados as situações vividas anteriormente e, com isso, pode vir a demonstrar atitudes, por exemplo, de dependência, vulnerabilidade, distanciamento e hostilidade (STEWART, 2017, p.203).

O fenômeno transferencial pode se dar tanto do paciente com relação ao médico como também do médico em relação ao paciente. Neste último caso, chamamos de contratransferência, o fenômeno de projeção inconsciente relacionado às questões pessoais passadas, não resolvidas do profissional e por ele projetadas sobre o paciente (MARQUES FILHO, 2003). Stewart (2017) diz que a contratransferência merece ser objeto de reflexão por parte do médico, devendo ser reconhecida para possibilitar sua autocrítica, autoconsciência e auto-observação durante a consulta. Isso ajudaria a reduzir as vicissitudes do vínculo médico-paciente que possam interferir negativamente no cuidado.

3.3 O Cuidado

O cuidado não é somente um ato de zelo e atenção, ele é uma atitude que se caracteriza pela preocupação, responsabilidade e afeto com o outro. Faz parte da natureza do ser humano, pois se o indivíduo não se constituir pelo cuidado, ele prejudicará a si mesmo e tudo ao seu redor (BOFF, 2017).

Na relação médico-pessoa, o valor do cuidado fornecido pelo médico ao paciente não está naquilo que foi feito, mas no modo o qual foi feito. Muito mais do que as técnicas do cuidado, o paciente reconhece, verdadeiramente, o contexto do relacionamento humano em que o cuidado foi dado. Apesar do paciente, claramente, beneficiar-se das técnicas e habilidades do médico, serão nas atitudes de dedicação, responsabilidade e afeto que aparecerão recompensas emocionais recíprocas, validando a relação entre o profissional e seu paciente (NEIGHBOUR, 2018, p.36).

O cuidado vai para além do tratamento ou cura. A produção de cuidado acontece no encontro, em ato, entre o trabalhador da saúde e o paciente (MERHY, 2002). Em se falando do médico de família, esse encontro com o paciente acontece no campo da APS, o que compeli produzir cuidados em territórios com dinâmica social, historicidade e multiplicidades de conceitos.

A medicina técnico-mecanicista-industrial distorce a ideia de cuidado para um consumo de serviços de saúde enriquecidos de inovações tecnológicas. No entanto, cuidado não é mercadoria ou um determinado serviço (NEIGHBOUR, 2018, p.48). Seguindo em outra direção, o MCCP aparece como um forte impulsionador do cuidado visto que dá protagonismo ao paciente, horizontaliza as relações com os profissionais de saúde, estabelece a abordagem integral da pessoa e construção de vínculos na intensificação da relação médico-pessoa.

3.4 Vínculo Longitudinal

A relação longitudinal com o usuário pelo especialista ou pelo residente em MFC, a partir da abordagem centrada na pessoa, remete a um dos princípios da APS, a longitudinalidade (STARFIELD,2002). No entanto, esse termo não é muito usual na literatura brasileira e, junto com continuidade do cuidado, apresentam-se polissêmicos dentro da literatura mundial.

Segundo Starfield (2002), a longitudinalidade é a relação pessoal de longa duração entre profissional de saúde e o paciente no contexto da APS, que não é interrompida, ainda que existam interrupções da continuidade da atenção. Para McWhinney (2016), a continuidade do cuidado é uma relação médico-paciente contínua e duradoura, relacionada à responsabilidade. E, para Saultz (2008), essa definição de McWhinney, seria uma das dimensões da continuidade do cuidado

denominada continuidade interpessoal, a qual envolveria também a confiança do paciente no profissional escolhido como sua referência.

Discutindo a polissemia e as dimensões dos termos longitudinalidade/continuidade do cuidado, entre esses e outros autores, Cunha e Giovanella (2011) fazem uma revisão da literatura internacional e permitem concluir, para APS brasileira, a sinonímia de vínculo com o termo longitudinalidade de Bárbara Starfield. Porém, como longitudinalidade não é usada, habitualmente, e a palavra vínculo, isoladamente, pode trazer restrição às dimensões que essa relação médico-paciente específica pode significar para o cuidado, as autoras propõem a adoção do termo vínculo longitudinal.

Vínculo longitudinal seria a “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA E GIOVANELLA, 2011). Essa ideia se assemelha à descrição do termo pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB):

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012, p. 21).

Para Souza et al. (2010), o vínculo, sendo um elemento básico do processo terapêutico, tem significado de laço, relação e se dá no contexto das relações de cuidado. Sua formação está relacionada à atenção, interesse e preocupação com o usuário e a comunidade. Através da empatia e da responsabilidade, ele favorece a produção e a manutenção ativa do cuidado ao usuário por permitir maior conhecimento sobre valores, formas de expressão, contexto cultural e socioeconômico do paciente e de sua família, o que contribui, muito positivamente, para maior monitorização das condições de saúde da população e desenvolvimento do protagonismo de sujeitos ao autocuidado.

O que Souza et al. (2010) trazem sobre vínculo encontra-se com as ideias de McWhinney (1997). Para McWhinney (1997), a relação longitudinal (aqui entendida semanticamente como vínculo) requer compromisso mútuo e aprofundamento do processo de corresponsabilização entre o usuário e o trabalhador da saúde. E, como

consequência, essa relação tem potencial terapêutico e oferta de autonomia aos sujeitos.

Reforçando a importância desse atributo relacional, o vínculo pode contribuir para que o usuário redimensione o significado do seu tratamento e, portanto, tenha maior adesão terapêutica. Bem como, contribui de forma que profissionais passam a desempenhar suas ações buscando bem-estar do usuário do serviço, conhecimento dos reais problemas da população e as soluções desses problemas a partir de um plano terapêutico com elaboração em comum com o paciente (BRUNELLO et al, 2010).

Salientando ainda mais os pontos positivos, Cunha (2009) ratifica a contribuição do vínculo longitudinal para diagnósticos e tratamentos mais precisos, gerando diminuição de custos com a saúde e maior satisfação do usuário. Por fim, segundo BARATIERI (2012), o vínculo favorece os cuidados continuados aos usuários, pela unidade de saúde, estimulando os profissionais quanto à organização da assistência, conhecimento e a responsabilidade pelo paciente.

Atentando-se para o que foi dito até aqui, torna-se clara a importância da qualidade do vínculo no contexto da atenção primária e, conseqüentemente, o alto compromisso do especialista e do residente em Medicina de Família com este atributo. Em se falando especificamente do residente em MFC, cabe ao programa de residência, na figura do preceptor, principalmente, contribuir para que seu futuro especialista desenvolva, durante o treinamento, habilidades na construção do vínculo longitudinal com o usuário tornando clara a importância dessa ferramenta relacional para o êxito nos processos de trabalho.

No entanto, é preciso também reconhecer que o vínculo entre o profissional residente e seu paciente, como toda e qualquer relação interpessoal, é dinâmico, transformável e, por isso, não necessariamente é sempre considerado um bom vínculo. E, o relacionamento com o usuário pode ser também frágil, conflituoso, possessivo ou alienador.

Considerando o vínculo residente e o usuário não somente como uma relação exclusivamente positiva para as práticas dos cuidados em saúde, mas também como uma relação singular, variável, com instabilidade e potenciais conflitos, o que fazem os programas residência em MFC para trabalhar essas vicissitudes desses vínculos? Torna-se evidente a literatura em Atenção Primária à Saúde colocar o vínculo como

uma importante ferramenta para o sucesso da ESF, mas ela carece em discutir os impasses deste atributo.

O vínculo médico-paciente, diferentemente como é considerado por nossa literatura da APS, não está dado, pronto, ele é dinâmico, é uma relação particular a cada momento. É uma tecnologia leve no trabalho em saúde (relacional) que se efetiva no encontro do trabalho vivo em ato (momento do trabalho em si), na ESF, com o usuário final. Esse momento é marcado pela liberdade máxima que o médico de família possui para agir no processo produtivo dessa relação, em diferentes graus, conforme as dimensões organização e saberes tecnológicos, uma vez que o encontro das subjetividades é impresumível e a intervenção dependerá do instante do ato (MERHY, 2014, p. 49).

Um grande questionamento realizado por Barbosa e Bosi (2017) é até que ponto alguns dos conceitos sobre o vínculo foram incorporados realmente na prática, no cotidiano de trabalho do SUS, ou fica somente no discurso. Vínculo é um termo que faz parte das falas dos profissionais da APS, até mesmo em função das políticas que preconizam o SUS, porém é fato existir um hiato semântico com a prática.

Também o que muito chamou a atenção dessas autoras foi a forma bastante reducionista que o termo vínculo é utilizado dentro da literatura da APS. Comumente, vínculo é utilizado e reduzido a um simples contato, qualquer que seja entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

O vínculo também ganha de forma leiga outros sinônimos que não condiz com seu sentido real, sendo recorrentemente apresentado como condição para algo ou alguma coisa. Exemplos: vínculo é necessário para a autonomia, para a longitudinalidade do cuidado, para a responsabilização, para a confiança. O vínculo aparece como aquele que cria, facilita, permite, favorece, fortalece quase tudo. Colocam o termo como condicionante para tudo que é bom. “Tudo só precisa do vínculo”. Será isso mesmo?

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada junto aos profissionais atuantes na rede de Atenção Primária à Saúde como médicos residentes e preceptores, pertencentes ao mesmo programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, lotados em Clínicas da Família localizadas nas áreas programáticas 1.0, 2.1 e 3.1, no município do Rio de Janeiro.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por entender ser ela a melhor e a mais apropriada abordagem para a investigação das experiências subjetivas que o tema vínculo longitudinal pode suscitar. Conforme Minayo (2001, p.22), este tipo de pesquisa “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística de seu objeto de estudo, ou seja, os pesquisadores qualitativos estudam seus objetos em seus contextos naturais, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas dão a eles (Denzin & Lincoln, 1998, p.3). Para que se entenda a dinâmica do fenômeno observado, o pesquisador no campo de coleta busca captar as perspectivas das pessoas nele envolvidas, considerando relevante todos os pontos de vista (GODOY, 1995).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no campo da Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro, representada pelas Clínicas da Família sob modelo assistencial Estratégia Saúde da Família, localizadas em diferentes regiões (centro, zona sul e norte) e áreas programáticas respectivas (AP. 1.0, AP. 2.1, AP.3.1), envolvidas, academicamente, com o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ)- Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

O PRMFC-SMS-RJ foi iniciado em 2012 e, atualmente, é o maior da América Latina e segundo maior do mundo, perdendo apenas para universidade de Toronto, no Canadá. Oferece 150 vagas residência por ano e, portanto, a possibilidade de treinamento em serviço e ocupação das Unidades com 300 residentes. Conta com 113 preceptores especialistas organizados numa complexa integração ensino-serviço, como propósito para formação de especialistas qualificados em medicina de família e comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2019).

A seleção das Clínicas teve como critério de inclusão Unidades com residentes do segundo ano em Medicina de Família e Comunidade, preceptores do PRMFC-SMS-RJ, equipes completas de Estratégia Saúde da Família e disponibilidade dos profissionais para o estudo. A princípio, seriam selecionadas somente duas Unidades, porém, por conta da greve dos profissionais da saúde do município, no segundo semestre de 2018, preferiu-se ampliar o campo para quatro Unidades garantido a segurança da pesquisa, isto é, não haver prejuízos nas entrevistas devido às instabilidades nos processos de trabalho dos participantes.

As Clínicas da Família (CF) selecionadas foram CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza (CFMORLS), área programática 1.0, CF Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto (CMSJBB), área programática 2.1, CF Felipe Cardoso (CFFC) e CF Assis Valente (CAV), ambas localizadas na área programática 3.1.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes foram 11 residentes do 2º. ano e 12 preceptores do PRMFC-SMS-RJ, totalizando 23 participantes, os quais aceitaram a participar da pesquisa, voluntariamente, após o convite do pesquisador. Os residentes médicos, aqui, foram representados pela sigla RES e nomeados de RES1 a RES11 e preceptores, P1 a P12. Essa organização obedeceu a ordem da participação dos integrantes conforme suas disponibilidades de agenda.

4.4 Aspectos Éticos

Este é um projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), conforme número do parecer 2.752.369 emitido com data de 03.07.2018 e pelo CEP da Instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), número 2.825.783, emitido com data de 16.08.2018.

4.5 Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, justamente, por possibilitar ao entrevistado discorrer sobre suas experiências sem se afastar do foco. Além disso, é uma modalidade que combina perguntas abertas e fechadas a serem respondidas numa forma privilegiada de interação social que pode representar a mesma dinâmica das relações existentes na sociedade (Minayo, 2001).

No momento da entrevista foram esclarecidos os objetivos, solicitada autorização para gravação do áudio, podendo a gravação ser suspensa ou descartada a qualquer momento, garantido o anonimato das pessoas, devidamente explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os roteiros para as entrevistas **(APÊNDICE)** foram elaborados por questões disparadoras, que permitem reflexões sobre o tema e que vão ao encontro dos objetivos deste trabalho.

O número de entrevistas foi definido não somente segundo o critério de saturação, ou seja, quando as respostas começaram a se repetir foram consideradas suficientes (Minayo, 2001), mas também pela abrangência e profundidade dos dados (Minayo, 2017).

Os dados coletados, por meio da gravação de áudio, foram concedidos com a prévia autorização dos participantes, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas dos residentes foram representadas pela sigla RES recebendo o número correspondente, no caso 1 ao 11, de acordo com a ordem das suas realizações. Analogamente, as entrevistas dos preceptores foram representadas pela sigla P e o número, no caso 1 a 12.

4.6 Análise dos dados

Após a transcrição do conteúdo das entrevistas, na íntegra, adotou-se a análise de conteúdo como ferramenta para o tratamento dos dados. Segundo Bardin (2016, p.48), esse tipo de análise é definido por:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens

Análise de conteúdo consiste em três diferentes fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/Interpretação. Desde essa pré-análise, devem ser realizados recortes do texto para formulação de unidades de categorização. Para formação das categorias, faz-se necessária uma leitura minuciosa, aprofundada e transversal dos documentos para facilitar, na 3a. fase, a interpretação do que apareceu de mais significativo e repetitivo durante o processo de pesquisa (Bardin, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão desse trabalho se baseia nas categorias resultantes da análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os residentes do segundo ano e preceptores do PRMFC-SMS-RJ. Para se discutir os problemas relacionados às vicissitudes do vínculo longitudinal na relação do residente e usuário, destacam-se, aqui, temas sobre concepção de vínculo, vicissitudes do vínculo na relação residente-usuário, influências dessas vicissitudes na qualidade do cuidado e ferramentas utilizadas pelos preceptores para qualificar o vínculo nessa relação entre o residente e seu paciente.

5.1 Diferentes aspectos envolvidos na concepção do vínculo

A concepção do vínculo entre o residente em MFC, na sua relação com seu paciente, encontra-se com os atributos da atenção primária (longitudinalidade, coordenação/gestão e integralidade do cuidado) e com competências primordiais esperadas durante sua formação como, por exemplo, a abordagem centrada na pessoa. Isso confere a esse profissional, considerado também ator deste nível de atenção, uma posição privilegiada para formação de vínculos com seus pacientes.

A longitudinalidade do cuidado aparece como condição necessária a ser incorporada na relação médico-paciente para condicionar, construir e graduar o vínculo:

“Eu acho que o vínculo é a relação que a gente consegue estabelecer com eles ao longo do processo de trabalho.” (RES2)

“Esse vínculo é construído ao longo do tempo, não necessariamente o paciente acaba criando um vínculo na primeira consulta. E, a partir dessa longitudinalidade que a gente cria o vínculo.” (RES 5)

“Isso vai acontecendo ao longo do tempo, né? Uma característica da atenção primária de acompanhamento, da gente poder acompanhar a vida das pessoas. Acho que esse vínculo vai sendo construído nessa relação ao longo do tempo!” (RES7)

“vínculo é uma relação de confiança que é construída ao longo do tempo entre o paciente e o profissional.” (RES 8)

“Então, vínculo tá relacionado a gente ter uma boa relação com essa pessoa, né? Pensar nesse cuidado longitudinal” (RES11)

“fazer um cuidado longitudinal” (P3)

“quando eu penso em vínculo, eu penso em longitudinalidade” (P4)

“a longitudinalidade, né?” (P7)

“Eu acho que é longitudinalidade, na verdade” (P9)

A gestão dos cuidados primários da pessoa, pelo profissional de saúde, com práticas assistenciais médicas envolvendo responsabilidade, possibilita que o vínculo se compreenda por uma relação na qual o residente se percebe constituindo a referência para o paciente no processo de cuidado:

“Vínculo, eu acho que significa eu ser um pouco da referência dele, ele me procurar como uma médica de referência dele.” (RES1)

“Pra o paciente sempre ter você como referência do atendimento dele.” (RES6)

“Acho que vínculo é quando a pessoa chega e te procura ao invés do outro profissional. Essa é a grande coisa do vínculo. Que ele não está indo lá procurar um médico, ela está indo procurar o médico dele, né?” (RES10)

O grau de conhecimento sobre as dimensões da integralidade do cuidado (biopsicossocial, contexto próximo, contexto amplo), o que se configura no segundo componente do método clínico centrado na pessoa, concebe o vínculo pelas circunstâncias dessa abordagem holística:

“é eu ter o conhecimento de quem o paciente é, não só no biológico. Como é a estrutura social dele e como é o cotidiano dele.” (RES1)

“o que ele tem de doença, o que ele tem de contexto social.” (RES9)

“Independente dela ser uma paciente que necessite mais ou menos, mas é pra entender ela como um todo. Se aproximar, entender suas questões.” (R10)

“pensando nele como um todo.” (RES11)

As relações de confiança, entre o residente em MFC e seu paciente, estabelecidas pela corresponsabilização e o compartilhamento de decisões, na prática da abordagem centrada na pessoa, identifica-se com o próprio vínculo:

“Eu acho que vínculo tem muito a ver com a confiança. E a gente consegue ter aquela decisão compartilhada porque se estabeleceu esse nível de confiança, de intimidade, né?” (RES3)

“Eu entendo como uma maneira do paciente se sentir confiante com a consulta ou confiante com o profissional que lhe atende no sentido de algum espaço ou pessoa que possa prover algum tipo de cuidado. Eu entendo que quando a gente fala de vínculo tem a ver com isso! (RES4)

“o vínculo pra mim é aquela confiança entre o médico e o paciente.” (RES5)

“ele vir a você e confiar em você pra o cuidado dele.” (RES6)

“Minha concepção de vínculo é uma relação de confiança” (RES8)

“Vínculo pra mim é uma criação, vou botar nas minhas palavras: de confiança, de respeito e de empatia” (P2)

“parte das relações de confiança, de afeto” (P5)

Observa-se, nessa categoria, que o vínculo se concebe por diferentes e específicos significados às práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Mesmo polissêmico, as distintas concepções pelos residentes, reforçadas pelos preceptores, expressam-se por atributos deste nível de atenção e competências do médico de família e comunidade.

5.2 A complexa relação entre o residente e o usuário

A qualidade dos vínculos com os usuários é, para os residentes, considerada boa na maior parte das relações. Nesse aspecto, as categorias que mais se expressam como potenciais para esse relacionamento são: a longitudinalidade, como elemento essencial para uma qualificação progressiva e relativamente direta, a confiança baseada no respeito mútuo facilitando creditações, orientações e limites, e a referência de um profissional como guia para o cuidado:

“Acho que eles têm uma relação de confiança com o trabalho que eu presto e o vínculo me favorece até, às vezes, negar um atendimento no dia ou a deixar um pouquinho o exame de lado, né? Acho que eles acreditam um pouco mais no meu trabalho a partir do momento que a gente estabelece essa relação de confiança.” (RES2)

“a gente vai fazendo, construindo essa relação ao longo do tempo. Tenho pouco tempo nessa equipe, mas com aqueles que eu já consegui ter mais números de consultas, pela longitudinalidade, eu estou conseguindo construir um bom vínculo, acredito eu.” (RES3)

“Então, a gente sabia, por exemplo, quem estava na demanda, né? Ah, hoje eu não vou poder ter tanto tempo e eles entendiam. Também faz parte do vínculo, o paciente: - não doutora, está tudo bem.” (RES3)

“os pacientes me encontram pela Clínica da Família e eles me conhecem como médico deles, entendeu? (RES5)

“como a gente tem um tempo maior de equipe e tudo, a gente consegue construir um vínculo melhor porque a gente já viu mais vezes, o paciente. Muito difícil construir da primeira vez.” (RES10)

*“teve um caso curioso, recentemente, que uma criança perguntou para outra médica aqui na Unidade: - você conhece a Dra. *****? ela é minha médica. Então, uma criança falar que eu sou a médica dela, me dá muita alegria.” (RES11)*

Além disso, algumas relações transcendem a relação médico-paciente para um relacionamento social específico dado pela convivência compartilhada em espaços, serviços e culturas comuns. Isso parece dar concretização ao vínculo autêntico por reduzir as assimetrias que a relação do residente com seu paciente pode implicar.

“eu já cheguei no nível que muitos deles participam da minha vida. Fazerem bainha das minhas calças compridas, entendeu? Eu usar serviços deles. Encomendar uma toalhinha de crochê (Risos), esse tipo de coisa. A gente mora muito perto. Então, a gente encontra os pacientes na padaria, a gente encontra no banco, a gente encontra na fila do mercado. É bom que os pacientes começam a ver a gente como pessoa comum, né? que tô lá pegando o ônibus no mesmo ponto que eles e que a gente é todo mundo igual.” (RES1)

“eu moro, relativamente, perto da Unidade de onde eu sou médica. Então, às vezes, encontro alguns pacientes na rua e ganho abraços, né? Tem paciente que conhece a minha família. Tem paciente que conhece meu noivo, conhece minha irmã, conhece minha mãe. Tem paciente que sabe onde eu moro (Risos). É legal porque eles entendem que a gente também tem um outro lado. Que a gente não é médico 100% do tempo. Eu acho que quando a gente se coloca nessa posição, também como pessoa e não só a relação médico-pessoa, a gente consegue entender isso. (RES11)

Apesar de considerarem boa a qualidade dos vínculos com a maioria dos seus usuários, os residentes identificam pontos que fragilizam essa habilidade. Dentre elas, rotatividade dos residentes nas equipes (troca de equipes durante a especialização), rotatividade dos preceptores (dificultando os processos de ensino-aprendizagem), divisão da assistência entre o residente do primeiro e segundo ano, o que prejudica a referência para o cuidado, violência do território dificultando o acesso do paciente à Unidade e a conclusão do curso da residência interrompendo a relação construída entre residente e seu paciente, o que é reconhecido por médicos residentes que conversam com seus pacientes sobre esta separação.

“Eu tô agora numa nova equipe. Então, acho que estou tendo que construir isso tudo de novo agora nessa nova equipe.” (RES3)

“O que dificultou o vínculo foi que eu mudei de equipe três vezes, uma, duas vezes, entendeu?” (RES5)

“Estava faltando preceptor! Então eles falaram: - você tem uma experiência em trabalhar com saúde da família, então você vai ficar nessa equipe. Vai ter um rodízio de preceptores pra te acompanhar. Depois apareceu uma preceptora pra me acompanhar e comecei a vivenciar o que era a Medicina de Família. Ela acabou saindo. Tive que mudar de equipe também porque não dava pra ficar sem o preceptor, né?” (RES5)

“Somos dois residentes, acabamos dividindo os atendimentos e, também, os pacientes” (RES5)

“Existe um vínculo muito forte. Vai chegando no final da residência, estou tendo que informar a eles, porque eu me sinto comprometido, não é? Sinto que eles devem saber que o meu trabalho aqui vai acabar daqui a pouco. Que estamos fazendo esta transição do nosso trabalho para o preceptor que vai continuar aqui na, na equipe.” (RES5)

“paciente é de uma família com algum ou alguns familiares envolvidos com o tráfico, fica um pouco difícil o acesso a esses pacientes da forma que a gente gostaria! Às vezes, eles não podem vir como a gente gostaria que eles viessem. A gente não pode subir. Esse vínculo fica um pouco prejudicado” (RES6)

5.3 O vínculo pode ser um problema

Para a literatura da Atenção Primária à Saúde, pode causar estranheza quando se discute, abertamente, problemas que uma relação baseada no vínculo pode trazer. São indiscutíveis os efeitos do vínculo longitudinal na melhoria dos processos de trabalho em saúde. No entanto, toda relação tem potenciais conflitos, imprevisibilidade e o vínculo não é diferente disso. Conforme Merhy (2014), o vínculo é uma tecnologia leve impresumível, subjetiva, efetivada no trabalho vivo em ato.

As situações consideradas, pelos residentes, como problemas atribuídos ao vínculo longitudinal resultaram nas seguintes categorias: transgressão aos limites dos processos de trabalho pelo paciente, disponibilidade do profissional, dependência por um profissional, pacientes hiperutilizadores dos serviços, assédio, dilemas éticos, e desgaste da relação.

O estreitamento da relação médico-paciente parece promover uma compreensão de flexibilidade e maior permissibilidade desse relacionamento que se

confunde com os limites dos processos de trabalho e disponibilidade do profissional na Unidade Primária de Saúde.

“No início, ele vinha às consultas, mas começou a faltar muito e chegar fora do horário de acolhimento. E, aí, chegava aqui quase no horário da Unidade fechar e queria ser atendido. Acho que ele se aproveitou do vínculo que ele criou pra conseguir ter o que ele exigia, no momento em que ele queria. E, isso, eu considero um problema porque atrapalha o processo da de trabalho”
(RES2)

“O paciente chegou com mais de uma hora de atraso. Meu ACS chegou e sinalizou que ele tinha chegado atrasado, eu falei que eu não ia conseguir atender ele naquele dia. Pedi para ele esperar quinze minutinhos pra eu terminar uma consulta que eu daria uma nova data de marcação próxima, mas entregaria também a receita pra ele não ficar sem medicação controlada. Mas, ele não quis saber. Ele subiu, veio para minha porta e começou a bater, esmurrar a porta, tentar abrir a porta.”
(RES11)

“Então, às vezes, ele chega aqui não quer ficar esperando o atendimento da vez dele!”
(RES6)

“Depois acabei o grupo e elas ficaram com meu número. Então, as gestantes me ligavam de madrugada para pedir ajuda: - minha filha está passando mal, tá com febre. É um vínculo que eu sei que eu fico feliz porque, tu confias e sabe. Mas, ao mesmo tempo, me incomoda porque a gente não tá o tempo todo disponível, né?”
(RES9)

Se, por um lado, o vínculo longitudinal é uma relação de confiança que se fortalece ao longo do tempo e pode resultar numa espécie de amálgama com grande aproximação entre o residente e seu paciente, por outro, ele pode produzir uma dependência desse paciente ao seu médico.

“Ela chegava aqui querendo que eu resolvesse a vida pra ela. Falava alto, brigava com todo mundo. Às vezes, eu não estava, ela achava que eu estava, ficava batendo nas portas. E, quando eu estava, eu tinha que atender porque ela gostava muito de mim. Já mandou cartinha pra mim, quando eu não tava. Acabou que o vínculo foi um problema, nesse sentido, mais porque ela só queria resolver as coisas comigo. E, quando eu não tava, ela gerava um problema na Unidade, né? Que ela achava eu tinha que está aqui todos os dias.”
(RES3)

“muitos pacientes têm a Clínica da Família ou esse espaço da saúde como a única rede de apoio aqui no território. Às vezes, por não ter familiares, não ter amigos, serem muitos solitários, acabam encontrando o atendimento aqui, né? O espaço da Clínica da Família como única de rede de apoio mesmo. Alguns acabam sendo frequentadores assim quase excessivos” (RES4)

O cuidado integral, por dar valor ao indivíduo na sua história de vida, família, comunidade e cultura, possibilita que o paciente encontre, no profissional, uma rede de apoio que pode ser capaz de suprir as carências relacionais, territoriais e as necessidades afetivas do paciente. O paciente, por ter o residente em MFC como sua referência, procura o serviço com muito mais frequência.

“muitos pacientes têm a clínica da família ou esse espaço da saúde como única rede de apoio, aqui no território. Às vezes, por não ter familiares, não ter amigos, serem muitos solitários, acabam encontrando o atendimento aqui, né? O espaço da Clínica da Família como única de rede de apoio mesmo. Alguns acabam sendo frequentadores assim quase excessivos. Frequentam o espaço aqui de maneira bastante frequente, Bastante! De maneira muito intensa. Isso também, de alguma forma, pode sobrecarregar o serviço” (RES4)

A boa relação médico-paciente caracterizada por vínculos e, portanto, circulação de afetos, atenção e confiança, pode ter resultados importunos e desconfortantes para o residente médico assistencialista, que vão além da relação terapêutica, deixando-o vulnerável para as questões de violência como assédio.

“Ele começou a me falar que eu era bonita, que eu era uma mulher que ele queria casar. Uma vez, ele estava na consulta e me disse que foi para praia, que ia me mostrar uma foto dele porque ele tinha muito tempo sem ir pra praia. Só que essa foto foi inapropriada pra mim. Mas, ele me mostrou essa foto com uma segunda intenção, entendeu? Ele foi atrás das minhas redes sociais.” (RES5)

A aproximação com a realidade familiar, territorial, e cultural do paciente, proporcionada pela integralidade do cuidado, principalmente nas situações de vínculos médico-paciente, pode colocar, imprevisivelmente, o residente de MFC em situações de dilemas éticos.

“as relações, às vezes, os sentimentos, as emoções vão além do que uma relação, estritamente, profissional, mas dá dinheiro pra um usuário, pra uma pessoa, como é que a gente procederia nesses nesse caso?” (RES7)

Diferentemente do que parecia acontecer no campo da atenção primária à saúde, o residente em MFC e seu paciente podem ter diferentes expectativas sobre a relação do vínculo longitudinal construído entre eles. E, quando aparece algum tipo de dissociação dos interesses, a relação pode se saturar.

“Paciente que fica ali, que te pede, que te cobra, que faz daquele vínculo algo que é pra benefício próprio, eu acabo interpretando mais como um paciente chato!...tenho pacientes que eu tenho um vínculo, mas é um vínculo que tem um pouco de desgaste. E, aí, a gente até fala que assim, tem pacientes que é do vínculo do R1. (RES9)

Para refletir sobre os problemas que o vínculo longitudinal pode trazer na relação entre o residente e seu usuário, na atenção primária à saúde, nada mais coerente do que ter o olhar da preceptoria. Os preceptores em MFC estão diretamente engajados no planejamento pedagógico do currículo baseado em competências desses médicos, bem como fazem supervisão direta, corpo a corpo, vivenciando experiências comuns.

Assim, analisando as falas dos preceptores, encontramos as seguintes categorias sobre problemas cuja causa é o vínculo longitudinal residente-pessoa: autocobrança, sobrecarga, doação, evasão e desatenção do residente, além da descontinuidade do cuidado.

A responsabilidade que o residente assume pelo seu paciente, com o qual se encontra vinculado, na APS, o impulsiona à atitude de corresponder com o que há de melhor para a relação e para resolutividade de tarefas atribuídas. Essa busca resulta

em autocobrança, sobrecarga e doação desse especialista em formação, ainda pouco experiente.

“pode ser tanto por parte do profissional quanto do paciente. Às vezes, o residente tem dias ruins, mas ele com muita frequência, acho que quase numa totalidade, se debruça em tentar melhorar aquela relação, né? tenta se doar bem dentro de um atendimento e até se cobra muito por conta disso!” (P5)

“já aconteceram, algumas vezes, o residente levar muito pra casa, o caso. Não sei se chegou a ser um problema para o paciente, mas foi um problema para o residente no sentido de ansiedade.” (P9)

“Eu acho que uma das coisas que meu residente trouxe há um tempo foi o quanto que é difícil pra ele ser uma das pontas dessa rede de apoio do paciente! Eu acho que na atenção primária a gente também absorve tudo. E, cria essa responsabilidade de ser esse lugar que vai acolher, em todo momento. E, quando acontece alguma situação difícil vai chegar pra gente mesmo, né? (P4)

“O residente se senti muito bem responsável por aquela pessoa que fica demandando muito só dele. Nesse sentido, acho que isso não é tão infrequente, na verdade! Agora, tem uma senhorinha que está com câncer e a cuidadora demanda muito. Ela tem um vínculo com uma das residentes. E, daí, a cuidadora da senhorinha fica mandando mensagem quase todos os dias pra ela querendo saber, por exemplo, se um exame está marcado ou se não está marcado, pelo residente. E, eu vejo um estresse da residente nesse sentido. Se sentir sobrecarregada” (P9)

“essa residente sempre brinca mesmo sobre a dificuldade dela com mulheres meia idade, poliqueixosas. Porque é uma consulta que suga da gente, a gente fica cansado mesmo, a gente precisa doar bastante pra essas pessoas em termo de atenção, de empatia, de afeto naquele momento.” (P10)

A coordenação do cuidado da pessoa, assumida pelo residente em MFC, na atenção primária à saúde, requer permanente disponibilidade, obstinação e habilidades, para lidar com situações difíceis e complexas, que nem sempre são exequíveis e que, ao mesmo tempo, podem levar o residente a um comportamento de evasão na relação com seu paciente.

“Eu acho que meu residente, às vezes, tem uma dificuldade de lidar com esse nível de disponibilidade que os pacientes demandam dele, que várias vezes ele não tem para absorver questões muito difíceis, que vai estourar no colo dele!” (P4)

“tinha um paciente, que era um senhor, sei lá, uns 50 anos. Ele tinha uma dor torácica, mas que já havia sido descartado todo tipo de gravidade, assim possível.... Só que ele mantinha essa dor e era uma dor que fazia com que ele voltasse aqui sempre e aí eram tentadas várias coisas....E, nada dava jeito. E, ele continuava procurando não de uma forma, tipo assim, “-você ainda não resolveu”, mas continuava procurando de uma forma, porque ele confiava na residente. Só que ela via aquilo como um arsenal de coisas que eu já não consigo mais fazer, que eu não sei mais fazer. E, aí, comecei a perceber ela um pouco escapando, querendo escapar dele, tipo assim: “olha, vai chegar fulano, você pode atender? Eu estou um pouco cansada!” (P6)

A possibilidade de imaginar o sofrimento e a preocupação da pessoa, a partir das relações vinculares médico-pessoa abastecidas de empatia e afetos, pode propiciar ofuscamento da racionalidade do profissional que, então, sem intencionalidade, passa a ignorar os problemas do paciente e a não enxergar as vulnerabilidades do mesmo.

“paciente estava com um quadro de muita dor abdominal e a residente minimizando, dizendo que já conhecia a paciente, que era sempre assim, que a paciente sempre vinha com as mesmas queixas. Eu examinei a paciente, ela tinha dor à descompressão abdominal. Ela tinha Bloomberg. Era um quadro, na verdade, de abdome agudo. Acho que o vínculo a atrapalhou porque ela não conseguiu ver um diagnóstico que tava ali” (P2)

O vínculo entre o residente e seu usuário parece se construir sem o esclarecimento da transitoriedade daquele residente na Unidade. Há uma aparente omissão da equipe de residência em informar aos pacientes sobre o período entre o ingresso e conclusão do curso de residência, sobre rotatividade dos médicos residentes, o prazo para uma determinada relação residente paciente findar e o cuidado, por essa relação, descontinuar. Esse vínculo interrompido, abruptamente, torna-se um problema, pois para o paciente não há um consentimento ou uma

receptividade ao assunto, ele recebe a informação com surpresa e responde, por vezes, com um investimento na tentativa de manter a continuidade dessa relação.

“Chega aquele finalzinho, dezembro, janeiro e fevereiro, os pacientes já começam se despedir, a querer reclamar, começam a deixar os presentinhos de despedida, começam a pedir o Whattsap pra poder ter uma forma de fazer contato depois, sabendo que o médico vai embora. Acho que até hoje uma coisa que me deixa mais preocupada é esse preparo pra essa quebra. Também acho que a gente ainda falha um pouco, até no divulgar mais pra população de que é uma equipe escola, que é uma Unidade escola. A população conhecer como funciona, que são 2 anos com cada residente, que tem uma preceptora que tá ficando sempre acompanhando todos eles, há alguns anos, mas que esses residentes entram e saem. Acho que nesse ponto a gente tem falhado.” (P10)

5.4 Problemas do vínculo residente-pessoa: quem pode ajudar?

Diante dos problemas que o vínculo pode trazer para a relação entre o residente, em formação, e o usuário, o preceptor aparece como um especialista experiente que corrobora assistencial e pedagogicamente, sendo referência para o residente se reportar, diante de algum desafio no treinamento em serviço.

“Eu chegava e já mandava uma mensagem pra minha preceptora e falava: - ela está aí! E, aí, o que a gente faz? Porque não tinha o que fazer, né? Eu sempre pedir ajuda a preceptora nesse sentido. Acabava que a gente não tinha muito o que fazer.” (RES3)

“A minha preceptora sentou, fez interconsulta comigo, com a paciente tentando explicar, atendeu sozinha também. A gente tentou marcar também com a enfermeira, uma pessoa também que ela tinha vínculo, e com a assistente social.” (RES10)

“eu fiquei muito chateada, pedi licença pra ele, saí da consulta, comecei a chorar e fui no meu preceptor, que no dia não tava na Unidade. Mas, fui num outro preceptor e falei, assim: - termina a

consulta pra mim? Eu não consigo fazer, nesse momento, porque eu estou chateada. É um misto de raiva, de tristeza, por ter tido tanto vínculo com aquele paciente e, naquele momento, que eu precisava de uma compreensão dele, eu não tive, né? E, ter me sentido tão agredida, né? Foi um paciente que eu levei o caso para o grupo Balint porque é aquele paciente que eu não consegui dormir sem pensar nele, não consegui colocar minha cabeça no travesseiro e não pensar naquele paciente, né? Pensar o que eu podia ter feito de diferente, o que eu fiz de errado, o que eu fiz certo.” (RES11)

O trabalho integrado entre as equipes da ESF e multidisciplinar do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) amplia o olhar para o cuidado compartilhado do paciente, desenvolvendo estratégias para trabalhar, principalmente, nos casos difíceis ou complexos, bem como naqueles cujas relações, proporcionadas pelo vínculo, são conturbadas.

“Já acionei o NASF, também, uma vez com a Assistente Social pra agente ver o que poderia fazer por ela porque tem uma situação familiar complicada. Ela não tem uma renda considerável, né? Pra ver se ela conseguia um benefício também. Então, tentei ir de vários modos. E, assim, foram me ajudando, mas não tinha muita saída também, entende? A situação dela é isso, redução de danos.” (RES3)

“Percebo que as equipes de saúde da família têm uma relação muito mais horizontal. Geralmente, os casos mais difíceis têm a participação de outros profissionais como enfermagem, a participação dos agentes comunitários que é fundamental. O auxílio também do preceptor, como apoio, sempre se faz necessário” (RES4)

5.5 Influências no Cuidado

Dos 11 residentes entrevistados nessa pesquisa, 7 confirmam, ao menos, um problema proporcionado pelo vínculo na relação médico-paciente e, também, a influência negativa desse vínculo problemático para os cuidados compartilhados às pessoas. As principais categorias que apareceram como consequências ruins para esse cuidado, foram inquietação e distanciamento do médico com paciente.

A inquietação acontece durante a própria presença do paciente na Unidade, pois seu histórico acumulativo de conflitos na relação com o residente em MFC

desperta atitude antipática e de fuga por parte desse profissional durante a abordagem clínica.

“É o tipo de paciente que, quando aparece na Unidade, a gente já vira os olhos e fala: - putz, ele de novo” (RES2)

“Sim! A gente é humano, né? Eu confesso que quando ela vinha, eu já ficava assim: -ah, Deus do céu. E agora? E aí, eu queria que a consulta, às vezes, fosse rápida. Aí teve um dia que eu parei e vi o quanto ela era uma hiperfrequentadora pelas questões que ela tem. Então, às vezes, ela tem uma atenção maior aqui, né? Essas coisas que ela não tem em casa. Era muito complicado porque eu já deixei, por exemplo, pela idade dela, de solicitar alguns exames. Aí, teve um dia que eu respirei fundo e falei: -não, vamos lá! Tenho que aferir a PA dela, tenho que solicitar exames.” (RES3)

“Eu acho que acabei influenciando porque a gente acaba processando: -ah, paciente chato, entendeu? Acaba colocando ele como um paciente chato. Paciente que fica ali, que te pede, que te cobra, que faz daquele vínculo algo que é pra benefício próprio, eu acabo interpretando mais como um paciente chato!” (RES9)

Mesmo naquelas relações, pautadas pelo vínculo, os residentes responderam com distanciamento e até descontinuidade desse elo, após o aparecimento de um problema, no mínimo, auto avaliado como grave, prejudicando a continuidade do projeto terapêutico.

“Influenciou muito porque, a partir do dia que eu conversei com ele: -olha fulano, eu não vou poder te atender mais. Não falei os motivos porque não sei se isso poderia causar um problema, sei lá, grave, ele tentar novamente um suicídio, mas, eu falei: - óh, meus horários vão mudar e, a partir de hoje, a fulana, que é a outra médica residente, ela vai te atender. Ele, simplesmente, parou de frequentar a equipe!” (RES5)

“Só, realmente, essa paciente que falou que ia me agredir! Eu acho que a única paciente que eu não atendo mais. Acho que ninguém quer atender ela também.” (RES11)

Os preceptores identificam que, na supervisão do seu residente, há discussão sobre as influências que o vínculo pode trazer para a relação médico-paciente. Alguns notam também que essa discussão, por vezes, não é direta, pois reconhecem o

vínculo como estrutura transversal e, até mesmo, inerente aos cuidados em saúde, não havendo, necessariamente, sua menção isolada.

“Com certeza! Às vezes, eu inclusive oriento o residente: - olha, a gente vai depender muito do vínculo que você tá, a construção do vínculo que você tem até agora com esse paciente, pra gente vê como é que a gente vai lidar com a situação.” (P1)

“Discutimos! Eu sou um pouco a maluca do vínculo” (P4)

“Sim! A gente sempre discute” (P8)

“Bastante” (P10)

“A gente discute” (P12)

“Acho que não direto. Ele perpassa todo o cuidado que a gente discute” (P3)

“especificamente, assim, não sei se é discutido. Mas, talvez, pra mim seja uma coisa óbvia e não consiga parar pra pensar que isso precisa ser dito. Embora o óbvio, muita das vezes, precisa ser dito” (P7)

“Acho que não se discute de uma forma estruturada, né? Específica. Acaba discutindo de um jeito ou de outro, mais durante a discussão do caso clínico” (P9)

5.6 Discutir e qualificar o vínculo na residência

5.6.1 Na perspectiva dos preceptores

Os preceptores reconhecem potencialidades na residência para a qualificação do vínculo entre quem é preceptorado e o paciente, em algumas atividades (discussões diretas dos casos, relação direta preceptor-residente e observação do

residente em consulta), espaços (sessões clínicas/canais teóricos) e ferramentas (feedbacks diretos, Problem Based Interview¹, grupos Balint²).

A discussão de caso é uma atividade que, na residência, geralmente, acontece na mesma ocasião do encontro do residente com o paciente, momento que as dúvidas suscitadas sobre o manejo de uma determinada questão, como o próprio vínculo qualificado, são discutidas prontamente entre os profissionais, angariando experiências entre eles na busca de recursos para resolução dessa questão. Parece que a discussão sobre vínculo está sempre presente, justamente por ele ser uma ferramenta que perpassa pelas práticas de saúde.

“Eu falei: - tem esse momento que a gente utilizou mais para discutir os casos e a gente acaba utilizando também para discutir tudo que perpassa, né? (P3)

“eu acho que o principal, mais potente, é no dia a dia discutindo com o preceptor...eu tenho a impressão que o tema vínculo, mesmo que não seja usado esse nome, está sempre permeando as nossas práticas” (P4)

A relação direta preceptor-residente aparece como recurso para qualificar vínculo, independente de um caso específico, por conta situações cotidianas vivenciadas, diariamente, por profissionais da APS em que, ao menos, a troca de experiências sobre vínculo se faz frequente.

“Eu acho que a discussão é feita mais do residente diretamente com o preceptor na vivência do dia a dia!” (P6)

¹Grupo multidisciplinar cujos membros contribuem com entrevistas, em vídeo, das suas próprias consultas. O vídeo escolhido para o encontro grupal vai sendo reproduzido e o facilitador vai parando-o conforme solicitação de um dos participantes. Ao parar a cena, quem forneceu o vídeo tem prioridade para opinar sobre seus sentimentos ou comportamentos naquela ação. Em seguida, sob alerta do facilitador, os outros membros vão comentando sobre o que identificaram quanto empatia e as chaves de comunicação relacionadas aos aspectos internos dos pacientes (CARRIÓ, 2012).

²Proposto pelo psicanalista Michael Balint, é uma modalidade grupal que objetiva trabalhar os movimentos transferenciais da relação médico-paciente a partir de settings, com certas especificidades. Um dos participantes traz um caso clínico, seus sentimentos, reações e reflexões despertados por esse caso e, a partir disso, o grupo discute, aprofunda e amplia, por livre associação de ideias, o campo de análise do encontro médico com seu paciente (CARRIÓ, 2012).

A observação do residente na consulta pode revelar aspectos da comunicação, como linguagem verbal e não verbal (tom de voz, postura corporal, e gestos) que traduzem os aspectos da relação do residente e seu paciente baseada no vínculo, sendo possível o reconhecimento de alguma fragilidade e, concomitantemente, uso do feedback imediato, assertivo e específico para reflexão crítica, correção das debilidades e valorização dos comportamentos desejáveis.

“Tem essa coisa da observação de consulta que a gente acaba trabalhando um pouco da postura, do jeito de falar, da comunicação.” (P12)

“eu acho que tem a coisa do feedback direto do preceptor também. A gente é estimulado a fazer isso o tempo todo. Eu tento fazer o feedback just in time com meus residentes, tanto tempo que eu tiver no consultório...” (P5)

Ferramentas de comunicação clínica, como o método clínico centrado na pessoa, são recursos para protagonizar os pacientes, horizontalizando as relações deles com o residente e, desse modo, fortalecer o vínculo.

“A medicina centrada na pessoa é pra gente entender quem é essa pessoa e pra poder criar um vínculo. Pelo menos eu, enquanto preceptora, tento sim trabalhar...eu tento trabalhar isso dentro da equipe, trazer as ferramentas pro residente” (P8)

As sessões clínicas ou canais teóricos são espaços, na grade curricular teórica do programa de residência, nos quais são discutidos, com certa frequência, conteúdos para abordar áreas específicas dos conhecimentos para determinada disciplina, no caso Medicina de Família e Comunidade. A discussão do vínculo, nesses locais, dá-se pelo ensino do método clínico, relação médico paciente e, indiretamente, permeada por outros assuntos da atenção primária à saúde.

“Na sessão clínica a gente também discute a parte do método clínico centrado na pessoa. Isso é o vínculo, né? A relação do profissional com o paciente. Mas, fica numa forma muito teórica, não fica tão prática.” (P1)

“... tem os canais das aulas teóricas, que eles acabam discutindo as ferramentas do médico de família. Aí, tem o método clínico centrado na pessoa que de alguma forma também fortalece, principalmente, no quarto componente né? Intensificando a relação entre médico e a pessoa. Acho que isso a gente trabalha um pouco.” (P2)

“Importante a gente usar as sessões também. Mais indiretamente, a gente discute o vínculo nas sessões” (P3)

Algumas ferramentas como *Problem Based Interview* (PBI) e os Grupos Balint permitem trabalhar questões que são suscitadas no encontro do residente, em MFC, com seu paciente. São estratégias isoladas, locais, utilizadas pelos preceptores e independentes da totalidade do programa. Os Grupos Balint são bastante interessantes para o aprofundamento das relações terapêuticas, mas, ao mesmo tempo, sua dinâmica parece não ser confortável para alguns residentes e, com isso, não contemplar a discussão sobre as vicissitudes do vínculo para todos os residentes.

“...o próprio Balint e o PBI não são coisas programadas, estruturadas, obrigatórias do programa, entendeu? É conforme necessidade, conforme as pessoas querem.” (P9)

“É um programa muito grande que confia, de certa forma, que as Unidades estão localmente desenvolvendo alguns temas de acordo com aquilo que se percebe ser mais necessário pra aquele grupo de residentes....a gente acabou adotando algumas ferramentas aqui de forma um pouco mais sistemática, nem sempre com uma grande empolgação das residentes...a gente brincava que a gente tava mais empolgado do que elas...Acho que, considerando que essa estratégia foi a tentativa de começar a fazer os Grupos Balint com alguma frequência fixa, a gente percebeu que se expor em grupo não tava sendo algo fácil pra elas, principalmente por não serem um grupo coeso, por completo. Aí, ficam com o pé atrás de se expor diante de um grupo todo, um grupo grande....As duas coisas que a gente propôs aqui, na Unidade, em alternância, seria um grupo Balint e o PBI. O PBI fica um pouco mais também tecnicista no aspecto de avaliar consulta em termos de habilidade de comunicação.” (P10)

5.6.2 Na perspectiva dos residentes

Com base na perspectiva dos residentes, recursos como relação direta preceptor-residente, com a utilização dos feedbacks, o conteúdo indireto das sessões clínicas, as aulas de residência e os grupos Balint são as principais potencialidades da residência para a discussão e qualificação do vínculo.

O preceptor com disponibilidade, atitude acolhedora e habilidade de comunicação interativa é considerado, pelos residentes, como um recurso relevante do programa de residência, sendo um profissional apto a fornecer feedbacks sobre as relações que disseminam, nesses residentes, prejuízos afetivos.

“Eu tenho uma boa relação com o preceptor direto. Eu acho que uma forma também de lidar com essas questões é conversando com um profissional, no caso, alguém que me orienta, alguém que é responsável, pedagogicamente, pelo meu aprendizado e poder conversar sobre essas questões também, não só sobre clínica na sua questão mais técnica científica dos casos, mas também de lidar com essas outras questões emocionais e de vínculo.” (RES7)

“A gente tem os feedbacks com os preceptores. Eu converso muito com a minha preceptora sobre algum caso que esteja me incomodando. Aí, eu sento, falo pra ela: -oh, aconteceu isso, isso e isso, o que você sugere? vamos pensar juntos?” (RES10)

“eu fui acolhida, aquele preceptor me acolheu naquele momento de caos. A gente, não só tem os espaços dos feedbacks semanal, vamos dizer assim, na agenda, mas, pelo menos, meu preceptor é uma pessoa que se coloca disponível pra mim. Todo momento que eu tenho, eu quero fazer algum questionamento sobre isso, eu consigo ter.” (RES11)

As sessões clínicas, no programa de residência em MFC, são espaços protegidos dos residentes para discussão de temas relevantes da especialidade e das vivências experimentadas por eles. Equivalente a percepção dos preceptores, para os residentes não há, nesses espaços, uma abordagem direta do vínculo longitudinal e suas questões, o que existe são conteúdos trabalhados que, decerto, o permeiam como é, por exemplo, a relação médico-paciente e o método clínico centrado na pessoa.

“A gente tem as sessões clínicas, muitas delas são sobre relação médico-paciente.” (RES1)

“A gente tem os espaços protegidos da sessão clínica em que a gente discute o método clínico centrado na pessoa ou outras coisas relacionadas à medicina de família e a discussão sobre vínculo” (RES2)

“Às vezes, tem sessões clínicas sobre temas mais relacionados a vínculo, é relação médico-paciente e como dá notícias difíceis.” (RES6)

“Tem os espaços teóricos onde a gente tenta discutir um pouquinho da relação médico-paciente e tal, mas, específico pra vínculo, específico pra como criar vínculos mais saudáveis, vínculos mais eficientes, vínculos que tragam algo mais, não tem, assim! (RES9)

Além das sessões clínicas descentralizadas, realizadas localmente, acontecem as aulas da residência cuja organização se dá por um cronograma anual e conteúdos específicos construídos por grupos de trabalho distintos formados pelos preceptores. Essas aulas são fornecidas aos residentes do Programa como um todo, independente da Unidade que estejam lotados. E, os residentes reconhecem haver, nessas aulas, uma pasta de comunicação clínica que se destina trabalhar o vínculo longitudinal.

“No próprio processo de aulas também que a gente tem durante a semana, a gente tem uma pasta sobre comunicação clínica, onde tem também essa questão do vínculo, né?” (RES4)

“a gente tem espaço teórico na residência que em alguns momentos a gente discute a parte mais de abordagem do paciente, comunicação clínica. (RES9)

“a gente tem um tema clínico de comunicação nas aulas da residência da prefeitura. A gente tem uma parte também de comunicação, né? Então, dentro de comunicação, a gente estuda vínculo” (RES11)

Assim como as perspectivas dos preceptores, os Grupos Balint são considerados pelos residentes uma estratégia para discutir aspectos da relação médico-paciente pautada pelo vínculo, na residência. Porém, problemas com compreensão dessa dinâmica grupal, a sua realização isolada por alguns polos e

enfraquecimento dos encontros por conta cessação dos processos laborais, podem dificultar o uso sistematizado dessa ferramenta e adesão do residente.

“Acho que o grupo Balint é uma forma de poder se discutir essas questões entre vínculo e emoções com as pessoas que a gente vive. Eu, particularmente, não me identifico muito com essa forma de participação, enfim! Mas, acho que é uma forma válida. Talvez, a forma como eu vivenciei uma experiência, aquilo que eu estou pensando, sentindo, não seja compreendido pelas outras pessoas que estão participando dos espaços e, talvez, não seja uma coisa da qual eu queria passar. Mas, reconheço que, quando as pessoas se compartilham, se identificam umas com as outras, isso é importante para o processo de saber lidar com essas situações.” (RES7)

“A gente tem os grupos Balint. Uma vez ou outra, acontece.” (RES9)

“a gente faz, agora tá parado por conta dessa greve! A gente fazia todo mês um encontro de Balint, né? Dentro da sessão clínica, a gente fazia, uma vez a cada mês. E, no início era obrigatório, depois começou a ficar quem queria porque é uma coisa que tem de estar disposto a trazer. Ajuda a pensar outras estratégias pra você ouvir e ver o vínculo ou o que você não tenha pensado, né?” (RES10)

6 CONCLUSÃO

A MFC é uma disciplina que advoga pela humanização do cuidado e tem um olhar mais refinado para compreender a experiência subjetiva de adoecimento do paciente. Diferentemente dos residentes de outras especialidades, o residente em MFC, no treinamento dos atributos da especialidade, valoriza a prática da medicina centrada na pessoa, ofertando um valor especial ao vínculo na relação estabelecida com seus usuários.

No entanto, neste trabalho escolheu-se investigar, principalmente, aspectos do vínculo que a literatura da atenção primária à saúde praticamente não aborda. Aqui a discussão foi para além do olhar do bom do vínculo, direcionou-se também a discussão das suas vicissitudes na relação entre o residente MFC e seu usuário da Atenção Primária à Saúde. Para tal, baseou-se nas perspectivas do médico residente e preceptores em MFC, a partir de entrevistas individuais semiestruturadas nas quais se explorou o quanto que o vínculo pode ser também problemático nas relações residente-usuário na APS.

Dos resultados encontrados, apresenta-se aqui uma concepção do vínculo longitudinal pelos residentes e seus preceptores na atenção primária à saúde, além da qualidade da relação entre residente e seu usuário, e situações propiciadas pelo vínculo que se desenham como problemas para essa relação. Apresenta-se, também, a influência dos conflitos relacionais para o cuidado ao paciente e o que pode ser feito no programa de residência para se discutir e qualificar essa relação.

A começar pela concepção de vínculo para os residentes e preceptores do campo da atenção primária à saúde, o vínculo é muito mais que longitudinal, ele se concretiza e qualifica também por outros atributos da Atenção Primária à Saúde. Ele não só é uma relação baseada no tempo, mas também uma espécie de conjunto que engloba a abordagem integral e a coordenação do cuidado do paciente pelo profissional, resultando numa atmosfera em que o profissional é referência e alvo da confiança do paciente para prestação dos cuidados.

Conforme a literatura da APS, o vínculo longitudinal tem efeitos positivos para a melhoria dos processos em saúde, sendo inclusive referido como uma relação terapêutica. No entanto, toda relação tem potenciais conflitos, imprevisibilidade e o vínculo não é diferente disso. Pode até causar estranheza quando se discute,

abertamente, os problemas que uma relação baseada no vínculo pode trazer. Mas, os problemas aparecem e se revelam para os residentes de acordo com as seguintes categorias: transgressão dos fluxos relacionados aos processos de trabalho, disponibilidade do profissional residente, dependência por um profissional, pacientes hiperutilizadores dos serviços, assédio, dilemas éticos, e desgaste da relação.

A relação de confiança mais estreita entre o residente MFC e seu usuário, no conjunto de cuidado longitudinal, integral, com a construção de uma espécie de rede de apoio, pode produzir uma flexibilidade e até mesmo uma permissibilidade nesse relacionamento, que pode confundir com os limites dos processos de trabalho, levando o paciente a crer numa disponibilidade fantasiosa do profissional, a procurar o serviço com maior frequência ou a manifestar dependência de um só profissional para seus cuidados.

Desta forma, a circulação de afetos pode ter resultados inoportunos e desconfortáveis para o residente, que extrapolam a relação terapêutica, deixando-o vulnerável para as questões de violência como o assédio. Imprevisivelmente, a aproximação com a realidade familiar, territorial e cultural do paciente, fortalecida pela integralidade do cuidado, pode colocar o residente de MFC em dilemas éticos como, por exemplo, solicitações materiais pelo paciente. E, ainda, diferentes expectativas e interesses dos residentes e pacientes, podem ser um caminho para o desgaste da relação que se pretende ser terapêutica.

Na procura por outras perspectivas para enxergar as vicissitudes do vínculo longitudinal na relação entre o residente e seu usuário, nada mais coerente do que ter o olhar da preceptoria diretamente engajada no planejamento pedagógico e na supervisão direta do residente. Nas falas dos preceptores, são identificados os seguintes problemas atribuídos ao vínculo na relação residente-paciente: autocobrança, sobrecarga, doação, evasão, negligência pelo residente e descontinuidade do cuidado.

Para a preceptoria, a responsabilidade que o residente assume pela coordenação do cuidado do seu paciente resulta em autocobrança, sobrecarga e doação desse especialista em formação, ainda pouco experiente. Ao mesmo tempo, esse comprometimento do residente requer permanente disponibilidade, obstinação e habilidades, para lidar com situações difíceis e complexas, nem sempre exequíveis, e

que podem impelir o residente a ter comportamentos de evasão na relação com seu paciente.

Evidenciando também outros problemas, os preceptores consideram que a empatia hipertrófica, possível nas relações abastecidas de afetos, entre o médico e seu paciente, pode propiciar ofuscamento da racionalidade do residente, e uma atitude protetora, por ele assim compreendida, para com o usuário. Assim, mesmo diante de um agravo clínico claro, até mesmo de urgência, o residente médico pode ignorar um determinado diagnóstico, tratamento e as vulnerabilidades da situação, negligenciando o cuidado ao seu paciente.

Além disso, a omissão da equipe da ESF com relação aos problemas decorrentes da rotatividade, da temporalidade e da saída dos residentes do programa ao fim de dois anos, resulta em reações mais intensas quanto a descontinuidade repentina do vínculo longitudinal residente-paciente. Isso repercute, negativamente, nas práticas de cuidado em saúde e na tentativa irresoluta dos pacientes para manter a continuidade dessa relação.

No contexto do vínculo longitudinal residente-usuário, os residentes em MFC mencionam as influências negativas que as vicissitudes dessa relação podem trazer para a prática dos cuidados compartilhados às pessoas por conta da possibilidade em despertar, no médico em especialização, desconforto e distanciamento na relação com seu paciente. O desconforto do residente acontece pela própria presença do paciente na Unidade rememorando problemas na relação entre eles e repercutindo, conseqüentemente, em atitude antipática ou de fuga por parte do profissional durante a abordagem clínica.

Apesar disso, não há consenso entre os preceptores quanto à qualidade da discussão sobre as influências que as vicissitudes do vínculo podem trazer para o cuidado ao paciente, durante a supervisão do residente. Enquanto alguns referem realizar essa discussão, mas não especificam como fazem, outros notam que essa discussão não é específica ou direcionada, em razão do vínculo acabar por atravessar outros assuntos da APS.

Com relação às atividades do Programa de Residência previstas para qualificar o vínculo entre residente e seu usuário e discutir suas vicissitudes, os preceptores identificam a discussão de casos, relação direta preceptor-residente, observação do residente em consulta, feedback específico e imediato nas diferentes atividades,

sessões clínicas, PBI e Balint. De modo semelhante, quase todos esses recursos também são reconhecidos pelos residentes para essa mesma qualificação e discussão.

A discussão de caso é uma atividade que, na residência, geralmente, acontece na mesma ocasião do encontro do residente com o paciente, momento que as dúvidas suscitadas sobre a relação médico-paciente tendem aparecer podendo ser prontamente discutidas com os preceptores. Muito semelhante, a relação direta preceptor-residente permite a troca de experiências de situações cotidianas vivenciadas por profissionais da APS, como aquelas relacionais envolvendo o vínculo longitudinal.

A observação do residente na consulta, pelos preceptores, pode revelar aspectos da linguagem verbal e não verbal traduzindo aspectos da relação do residente com seu paciente, baseada no vínculo, sendo possível o reconhecimento de alguma fragilidade e, concomitantemente, uso do feedback imediato para correção das debilidades e valorização dos comportamentos desejáveis.

Especificamente, falando dos feedbacks pelos diversos recursos para qualificação do vínculo, como na própria relação direta preceptor-residente, os residentes reconhecem na figura do preceptor interativo, disponível e acolhedor, um recurso relevante para fornecer feedbacks assertivos sobre as relações que disseminam prejuízos afetivos ao profissional de MFC em formação.

No tocante às sessões clínicas ou canais teóricos, essas atividades são espaços protegidos, na grade curricular teórica do programa de residência, para discussão de temas relevantes da especialidade e das vivências experimentadas pelos residentes na sua relação com o paciente. No entanto, tanto na perspectiva dos preceptores quanto na dos residentes, não há, nesses espaços, uma abordagem direta do vínculo longitudinal e suas questões, o que existe são conteúdos trabalhados que o permeiam como é, por exemplo, a relação médico-paciente e, mais especificamente, o método clínico centrado na pessoa, em que o vínculo é até referido, mas sem a complexidade necessária.

O *Problem Based Interview* (PBI) e os Grupos Balint são reconhecidos como estratégias para discussão de aspectos da relação médico-paciente pautada pelo vínculo e para o aprofundamento das relações terapêuticas. Porém, problemas como a compreensão dessa dinâmica grupal, a sua realização não estruturada, isolada,

somente em alguns locais, feita apenas por alguns preceptores e, ainda, falhas na ocorrência dos encontros por conta dos processos laborais, dificultam o uso dessas ferramentas na discussão sobre as vicissitudes do vínculo para a maioria dos residentes.

Por fim, este estudo foi um contributo para o conhecimento dos problemas que a relação médico-paciente, impelida pelo vínculo, pode trazer para o residente de MFC e, inconvenientemente, para o cuidado longitudinal e integral do paciente. Como as vicissitudes do vínculo não haviam sido discutidas pela literatura da APS brasileira, até o presente trabalho, pressupõe que esse assunto não era suficientemente abordado nos Programas de Residência em MFC, com robustez, ainda que reconheça, nesses locais, atividades e ferramentas potenciais. E, dada a compreensão do tema, recomenda-se, então, um apreço singular para a qualidade de todas relações construídas pelo vínculo na relação entre residentes em MFC e o usuário, com reflexões direcionadas para o cuidado a pessoa.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

AGONIGI, Regina Cavalcante et al. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018.

BARBARA, Starfield. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1003-1022, 2017.

BENTES, Alessandra et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos. **Cadernos da ABEM: O preceptor por ele mesmo**. Editora ABEM. Rio de Janeiro, 2013.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Editora Vozes Limitada, 2017.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 65-85, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção básica. 2012.

BRASIL. Atenção primária: Seminário do CONASS para construção de consensos. 2004.

BRASIL. DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977: Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução no 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade-R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2015.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, p. 139-146, 2004.

CARRIÓ, Francisco Borrell; FONCUBERTA, JM Bosch. Entrevista clínica. **Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde**, 2012.

CUNHA, Elenice Machado da et al. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. Tese de Doutorado.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

DE ALMA ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978. **Alma Ata, URSS**, 1978.

DE CASTRO, Verônica Said. Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da formação. 2007.

DE SOUZA, Káren Mendes Jorge et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 904-910, 2010.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial:- Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Artmed Editora, 2014.

FALK, J. W.; GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. **Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, p. 12-16, 2012.

FIRMINO BRUNELLO, Maria Eugênia et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2010.

FREEMAN, Thomas R. **McWhinney's textbook of family medicine**. Oxford University Press, 2016.

História - SBMFC. Available at: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>. (Accessed: 11th February 2019)

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 737-746, 2017.

MARQUES FILHO, José. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 43, n. 4, p. 238-239, 2003.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2002.

MICHELS, Nele RM et al. Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. **Education for Primary Care**, p. 1-5, 2018.

Ministério da Saúde. Available at

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. (Accessed: 9th February 2019)

MORENO RODRÍGUEZ, Miguel A. Crisis del método clínico. **Revista cubana de medicina**, v. 37, n. 2, p. 123-128, 1998.

Portal do Departamento de Atenção Básica. Available at:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. (Accessed: 9th February 2019).

NEIGHBOUR, Roger. **The inner physician**. CRC Press, 2018.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al . O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 23, supl. 1, e180008, 2019.

SAULTZ, John W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **The Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC. *Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*; 2014.

[acessado 2019 Mar 19]. Disponível em

https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed Editora, 2017.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proenço de; XAVIER, Aline Lima. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios eo Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1301-1314, 2017.

TAKEDA, Sílvia et al. *Revista Brasileira Saúde da Família* Nº 14, 2007.

WUILLAUME, Susana M.; BATISTA, Nildo A. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 5, p. 333-338, 2000.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro da entrevista semiestruturada a ser realizada com os médicos residentes

1. Qual é sua concepção de vínculo com o usuário?
2. Como é sua qualidade de vínculo com seus usuários? Exemplifique.
3. Você poderia contar alguma situação na sua prática, caso tenha, em que a sua relação com o paciente, garantida pelo vínculo, foi um problema? Nestes casos, você buscou ajuda?
4. Caso tenha existido alguma situação problemática proporcionada pelo seu vínculo com o usuário, ela influenciou no seu cuidado compartilhado ao paciente? Por quê?
5. No programa de residência, em quais atividades os médicos residentes podem discutir, refletir, aperfeiçoar sua capacidade de desenvolvimento de vínculo com usuários/pacientes?

Apêndice B - Roteiro da entrevista semiestruturada a ser realizada com os médicos preceptores

1. Qual é sua concepção de vínculo com o usuário?
2. Você poderia contar alguma situação na sua prática, caso tenha, em que a relação do seu residente com os usuários, possibilitada pelo vínculo, foi um problema? Nestes casos, o residente buscou ajuda?
3. Na supervisão do seu residente, há discussão sobre as influências que vínculo pode trazer para a relação médico-paciente? Você poderia me exemplificar?
4. Como você observa as influências do vínculo na relação do seu residente com o usuário no tocante a prática da longitudinalidade do cuidado? Exemplifique, por gentileza.
5. Quais recursos proporcionados pelo programa de residência, a seu ver, contribuem para a discussão do vínculo entre residente e usuário? Por quê?