



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



HESFA
Instituto de Atenção à Saúde
São Francisco de Assis



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

EDUARDO KAC

**O PRECEPTOR DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A
ABORDAGEM FAMILIAR: EM BUSCA DE CAMINHOS PARA O
APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA E DO PROCESSO ENSINO-
APRENDIZAGEM**

RIO DE JANEIRO

2021

EDUARDO KAC

O PRECEPTOR DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A
ABORDAGEM FAMILIAR: EM BUSCA DE CAMINHOS PARA O
APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA E DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Inez Padula Anderson

Área de concentração: Atenção Primária à Saúde

RIO DE JANEIRO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus falecidos avós, sobreviventes de um período tão triste da história, por terem saído a tempo da Europa, onde perderam tantos familiares e amigos, e aportado neste nosso Brasil. Zacarias, Eva, Zelik e Malvina.

Agradeço a todo o cuidado, dedicação e amor que recebi no ninho e depois dele, por meu falecido pai, a quem segui na mesma profissão de médico e minha carinhosa mãe. Queridos Jayme e Sonia.

Agradeço ter crescido ao lado de irmãos companheiros. Katia e Claudio.

Agradeço todos os dias por ter encontrado uma parceira de vida, já há 30 anos, e ter a felicidade de estar compartilhando esta vida e sentir que será lindo continuar assim, até o fim. Meu amor, Adriana.

Agradeço aos meus filhos, agora já jovens adultos, que enchem minha vida de significado, de sentido, de alegrias. Amados Jordana e Miguel.

Agradeço a todos os amigos que fiz neste percurso. Fundamentais e não caberiam nesta folha.

Agradeço aos meus pacientes, famílias e comunidades. Por toda a experiência e aprendizado nos acertos e erros cometidos, sempre buscando ajudar.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e “meus” residentes e alunos, com quem convivi e convivo no meu dia a dia e aprendo muito mais do que ensino. Não nomeio por serem tantos. Não quero deixar ninguém de fora, estão todos aqui dentro do coração.

Agradeço por toda a experiência compartilhada e pela paciência por este percurso de mestrado, mais longo do que devia, à minha orientadora, Professora Inez.

Por fim, agradeço de antemão aos frutos que virão, para que tudo faça sentido.

Vejo a vida passar num instante
Será tempo o bastante que tenho pra viver?
Não sei, não posso saber
Quem segura o dia de amanhã na mão?
Não há quem possa acrescentar um milímetro a cada estação
Então, será tudo em vão? Banal? Sem razão?
Seria, sim, seria se não fosse o amor
O amor cuida com carinho, respira o outro, cria o elo
No vínculo de todas as cores, dizem que o amor é amarelo
É certo na incerteza
Socorro no meio da correnteza
Tão simples como um grão de areia
Confunde os poderosos a cada momento
Amor é decisão, atitude
Muito mais que sentimento
Alento, fogueira, amanhecer
O amor perdoa o imperdoável
Resgata dignidade do ser
É espiritual
Tão carnal quanto angelical
Não tá no dogma, ou preso numa religião
É tão antigo quanto a eternidade
Amor é espiritualidade
Latente, potente, preto, poesia
Um ombro na noite quieta
Um colo para começar o dia
Filho, abrace sua mãe
Pai, perdoe seu filho
Paz é reparação, fruto de paz
Paz não se constrói com tiro
Mas eu o miro, de frente, na minha fragilidade
Eu não tenho a bolha da proteção
Queria guardar tudo que amo
No castelo da minha imaginação
Mas eu vejo a vida passar num instante
Será tempo o bastante que tenho para viver?
Eu não sei, eu não posso saber
Mas enquanto houver amor
Eu mudarei o curso da vida
Farei um altar para comunhão
Nele eu serei um com o mundo
Até ver o ubuntu da emancipação
Porque eu descobri o segredo que me faz humano
Já não está mais perdido o elo
O amor é o segredo de tudo
E eu pinto tudo em AmarElo

(Principia – Emicida, 2019)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de preceptores de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC) da cidade do Rio de Janeiro sobre a prática e a preceptoria da Abordagem Familiar no cotidiano da Atenção Primária a Saúde (APS) pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Partiu do pressuposto que se pratica e se ensina menos Abordagem Familiar do que o necessário na ESF. Através de uma pesquisa quali-quantitativa junto a preceptores dos PRMFC da cidade do Rio de Janeiro, foram exploradas as dificuldades e as facilidades que afetam a prática da Abordagem Familiar no cotidiano da ESF, bem como aquelas relacionadas à formação profissional e à prática da preceptoria neste campo nos PRMFC. Explorou-se também uma autoavaliação sobre conceitos e ferramentas indicadas pela literatura como relevantes para a Abordagem Familiar e quais as competências e o processo ensino-aprendizagem que permitiriam as mesmas ser desenvolvidas junto aos próprios preceptores e profissionais de MFC. A pesquisa se deu em duas fases, ambas por via online, sendo a primeira a aplicação de um questionário semiestruturado e a segunda através da realização de dois grupos focais, de caráter vivencial, para aprofundamento das questões e dos dados trazidos na primeira etapa. A análise de conteúdo dos dados qualitativos em ambas as partes foi realizada seguindo os preceitos de Bardin. Os resultados do questionário da primeira fase foram analisados e trazidos para os grupos focais, onde foram problematizados e aprofundados. Como resultado final, foi apontado que as maiores dificuldades para prática da Abordagem Familiar na ESF são de ordem sócio-política, estrutural e de processo de trabalho, especialmente relativas ao tamanho da população adscrita, à desvalorização da prática da AF por parte da gestão e como resultado, à demanda excessiva por consultas individuais voltadas para o atendimento de doenças, à infraestrutura predial, ao excesso de trabalho burocrático, mas principalmente à necessidade de progressiva qualificação profissional. Em relação a este tópico, foi verificado haver diferenças na importância dada à Abordagem Familiar pelos diferentes PRMFC. A grande maioria dos preceptores, entretanto, valoriza o tema e o consideram fundamental para o cuidado integral das pessoas e famílias. Por fim, foi proposto um curso teórico-prático a ser realizado a preceptores dos PRMFC, no intuito de desenvolver o tema e qualificar os preceptores, agentes fundamentais para a aplicação prática da Abordagem Familiar e na formação profissional em MFC.

Palavras-chave: Saúde da Família; Estratégia de saúde da Família; Preceptoria; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the perception of residency preceptors in family and community medicine program (PRMFC) in the city of Rio de Janeiro on Family Approach's practice and preceptorship in the daily life of Primary Care (PC) by the Health Strategy of the Family (ESF), the main Brazilian model of PC.

The premise of this study was that Family Approach is used less often and taught less frequently than it should be in the context of the PRMFC. Through a qualitative-quantitative methodology involving these preceptors, the challenges and facilities that affect Family Approach practices were discussed, as well as the limitations in implementation and training. Preceptors submitted a self-evaluation form assessing their own knowledge of tools and concepts recommended by literature as relevant to Family Approach, as well as the competencies they have and the teaching and learning experiences that supported them in developing these competencies in this area. The research was conducted in two phases, both online. The first phase consisted of a semi-structured questionnaire and the second of the running of two experience based focal group sessions with the purpose of deepening the discussion of the data and issues raised in the questionnaire. The analysis of the qualitative data collected in both phases followed the premises of Bardin. The data from the questionnaires was collected, analyzed and brought forth for discussion in the focal groups where it was problematized and discussed in more depth. At the end of the process, the socio-political context and structural and procedural limitations were considered the greatest obstacles to the implementation of practices in Family Approach in PC and ESF. Specifically, the size of the population to be covered and the devaluing of the practice of Family Approach by management, which resulted in high demand for individual appointments focused on illness; as well as poor building infrastructure, time-consuming bureaucracy and lack of availability of professional training were considered to be hindrances. The importance given to professional qualification in family orientation varied depending on the residency program, but for the most part, preceptors agreed that this topic was valuable in providing

comprehensive health care to individuals and families. In response to the findings, a practical and theoretical training course was proposed for the preceptors in the hope of developing the theme further and capacitating preceptors who are considered essential in applying family orientation tools and concepts as well as in training family doctors.

Key-words: Family Health; Family Health Strategy; Preceptorship; Family Practice; Primary Health Care

APRESENTAÇÃO

Desde o início dos anos 2000, quando passei a atuar em medicina de família e comunidade (MFC) em Niterói, uma das coisas que me entusiasmava mais era a aplicação de ferramentas para abordagem familiar. Durante este período de formação inicial em MFC, contava com preceptores, que chamávamos de supervisores. Eram clínicos, pediatras, sanitaristas, ginecologistas e psiquiatras que rodavam as clínicas de saúde da família e capacitavam os profissionais a atuarem em MFC. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) eram em sua maioria pediatras ou clínicos gerais. Minha formação era em Pediatria, área que havia feito residência médica no início dos anos 90. Uma das supervisoras estava fazendo formação em Terapia Familiar Sistêmica e me apresentou ao Genograma. Eu ficava fascinado com esta ferramenta, pela capacidade de aumentar a compreensão da família e de favorecer o vínculo profissional - paciente. Em 2003, passei a integrar a Estratégia de Saúde da Família da CASSI, em Copacabana. Vários anos se passaram e muitos genogramas foram feitos. Utilizava a ferramenta em todo o primeiro contato com cada família e retomava com frequência, redesenhando as famílias que se modificavam com o tempo. Em 2014, ingressei no curso de terapia familiar sistêmica do Instituto NOOS. Foi o momento de aprofundar o conhecimento nesta matéria, onde aprendi sobre Cibernética, teoria dos sistemas, Construcionismo Social, equipes reflexivas, terapia narrativa, teoria da comunicação e de me familiarizar com autores(as) como Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Harlene Anderson, Tom Andersen, Salvador Minuchin, Humberto Maturana, Fritjof Capra entre outros. Minha vontade de compartilhar o conhecimento que adquiri em todos os anos de atuação na ESF e em especial em abordagem familiar me trouxe volta à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde me graduei médico e fiz residência em pediatria vários anos antes. Voltei como preceptor em MFC, aos 50 anos de idade. A prática da preceptoria, nestes últimos seis anos, fez sentir-me um novo profissional. É uma experiência maravilhosa poder contribuir na formação de colegas em MFC e aprender com eles. Trago uma bagagem de mais de 30 anos de formado. É bastante experiência, mas também muita necessidade de reciclar o conhecimento que mudou tanto neste período. Tento, com o apoio dos meus colegas preceptores, dos residentes e também dos alunos de graduação, me manter sempre aprendendo e compartilhando saberes.

O mundo é outro, a medicina é outra, os recursos tecnológicos e processos de trabalho são outros. A especialidade em MFC passou a ter papel primordial na organização dos sistemas de saúde no Brasil e em boa parte do mundo pela necessidade da orientação à Atenção Primária à Saúde (APS), ganhou robustez e ampliou a capacidade resolutiva, sendo cada vez mais reconhecida. E dentro do atributo da Integralidade, da concepção do cuidado integral, a abordagem familiar propicia a melhora do entendimento e do cuidado às pessoas e suas famílias. O tema me fascina. Tenho um grande prazer em participar com "meus" residentes na atuação junto às famílias, ajudando na aplicação das ferramentas de abordagem familiar e a desenvolver esta competência importante na formação em MFC. Foi isto que me trouxe aqui para este Mestrado Profissional, este gosto especial no tema e na preceptoria. Espero que esta pesquisa possa contribuir para desenvolver o tema e reiterar sua importância nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e principalmente para o incremento da prática da abordagem familiar no contexto da ESF/ APS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEFACO - Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AF – Abordagem Familiar
AMFaC-RJ – Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Coordenadoria de Área Programática
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBC - Currículo Baseado em Competências
CMS – Centro Municipal de Saúde
DMIFC – Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária
ENADE - Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GT – Grupo(s) de Trabalho
MCCP - Método Clínico Centrado na Pessoa
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MFC – Medicina de Família e Comunidade
PAB – Piso da Atenção Básica
PLOA - Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPT – Power Point
PRMFC – Programa(s) de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RJ – Rio de Janeiro
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS-RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS – Sistema Único de Saúde
TEMFC – Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

TCLE - Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNASUS: Sistema Universidade Aberta do Sistema Único da Saúde

WONCA: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic
of General Practitioners/Family Physicians*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quatro Ferramentas em Abordagem Familiar mais conhecidas/ dominadas.....	46
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de envolvimento com as famílias	29
Quadro 2 - Currículo Baseado em Competências da SBMFC.....	30
Quadro 3 - Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade para os residentes dos PRMFC	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Domínio de conceitos em Abordagem Familiar.....	44
Gráfico 2 – Domínio de Ferramentas em Abordagem Familiar.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados dos Participantes..... 42

Tabela 2 - Local de formação e atuação..... 42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Abordagem familiar na atenção primária à saúde	16
1.2 A formação em abordagem familiar e a preceptoria nos programas de residência em medicina de família e comunidade.....	19
1.3 A estratégia saúde da família e a atenção primária à saúde (APS) no Rio de Janeiro como cenário de formação dos programas de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC).....	22
1.4 Justificativa	26
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Primeira etapa – aplicação de questionário semiestruturado	34
4.2 Segunda etapa: Grupo focal.....	36
4.3 Questões éticas.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Primeira etapa – aplicação de questionário semiestruturado	41
5.1.1 Dados dos participantes.....	41
5.1.2 Formação em Abordagem Familiar.....	43
5.1.3 Importância da Abordagem Familiar	43
5.1.4 Análise das competências em Abordagem Familiar	44
5.1.5 Competência Cultural	47
5.1.6 Visitas domiciliares e Abordagem Familiar.....	49
5.1.7 Desafios para o exercício da Abordagem Familiar	50
5.1.8 Facilidades para o exercício da Abordagem Familiar	53

5.1.9 Motivação profissional para realizar AF e preceptoria em AF	53
5.2 Grupo Focal.....	55
5.2.1 Aspectos sócio-políticos.....	56
5.2.1.1 <i>Instabilidade das políticas de governo, agravadas pela Pandemia da Covid-19.....</i>	56
5.2.2 Aspectos estruturais.....	59
5.2.2.1 <i>Infraestrutura predial das unidades para a prática da Abordagem Familiar</i>	59
5.2.2.2 <i>População adscrita e territorialização</i>	60
5.2.2.3 <i>Registros em Abordagem Familiar e outros de caráter coletivo – avaliação da qualidade na ESF.....</i>	62
5.2.3 Aspectos do processo de trabalho	63
5.2.3.1 <i>Elevada demanda assistencial/ tempo de cuidado diminuído/ burocracia</i>	63
5.2.3.2 <i>Visitas domiciliares, reunião de equipe e Abordagem Familiar.....</i>	64
5.2.4 Conceitos e Ferramentas em Abordagem Familiar	65
5.2.4.1 <i>Conceitos e Ferramentas de Abordagem Familiar na prática.....</i>	65
5.2.4.2 <i>Tempo para realizar Abordagem Familiar</i>	68
5.2.5 Aprimoramento profissional para uma Abordagem Familiar mais efetiva	68
5.2.5.1 <i>Ciclo de vida e experiência pessoal dos preceptores</i>	69
5.2.5.2 <i>Importância da Abordagem Familiar para o cuidado em saúde e a valorização do trabalho em equipe.....</i>	70
5.2.5.3 <i>Abordagem Familiar - estratégia para a mudança de paradigma – do olhar fragmentado da doença para um olhar integral sobre o processo saúde-doença das pessoas, famílias e comunidades.....</i>	72
5.2.5.4 <i>Dos facilitadores para uma Abordagem Familiar efetiva</i>	73
5.2.5.5 <i>Aprimoramento Profissional em Abordagem Familiar e os programas de residência em medicina de família e comunidade.....</i>	73
5.2.6 Curso de aperfeiçoamento em AF	75

5.2.6.1 Como dar formato ao Curso de aperfeiçoamento em AF?.....	75
5.2.6.2 Uso de tecnologia educacional a distância e aperfeiçoamento em AF..	77
5.2.6.3 Andragogia, Metodologias ativas e Curso de aperfeiçoamento em AF .	77
5.2.6.4 Quem dará o curso e para quem?.....	78
5.2.6.5 Qual deve ser o conteúdo do curso?.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Questionário semiestruturado online.....	93
APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal online	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Abordagem familiar na atenção primária à saúde

Por que fazer abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde (APS)? Que diferença faz ter foco no grupo familiar ao invés das pessoas individualmente? Quando deveríamos utilizar esta abordagem?

A APS como primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde deve se caracterizar pela presença conjunta de seus atributos essenciais: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade e seus atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 1992).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica define algumas atribuições comuns aos integrantes das equipes de Saúde da Família, modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde no Brasil (PNAB, Ministério da Saúde, 2017). Dentre as atribuições das equipes se pode verificar a orientação de praticar o cuidado familiar visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde e doença dos indivíduos, das próprias famílias e comunidades. (HARZHEIM, 2014)

De acordo com Ian McWhinney (1975), o médico, ao cuidar de toda a família, não apenas ganha conhecimento, mas também amplia seu escopo de ação. Sempre que a situação o exigir poderá mudar o foco do indivíduo para a família e vice-versa. Nas muitas situações em que o adoecimento de um paciente é acompanhado por uma disfunção familiar, ele poderá, de forma oportuna, direcionar suas ações para a família como um todo.

Estudos também demonstram a eficácia da abordagem focada na família nos cuidados de saúde. Comparando intervenções envolvendo a família em relação a intervenções-padrão em doenças cardiovasculares, e também câncer e artrite, os resultados demonstraram que o envolvimento da família resulta em desfechos significativamente melhores. Assim, também, intervenções envolvendo mudanças nas relações familiares tenderam a ter melhores resultados do que intervenções apenas psicoeducativas. (FERNANDES, 2013).

Para entender melhor esta forte influência da família na saúde dos seus membros, é preciso, inicialmente, compreender a família como um sistema. Como define Minuchin:

“A família é um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da Instituição como um todo...” (MINUCHIN 2005, apud FACO; MELCHIORI, 2009).

Independentemente de seu modelo, a família é um todo sistêmico, onde se estabelecem relações entre seus membros e o exterior, que abrange outros subsistemas relacionais – conjugais, parentais, fraternais e filiais – e desempenha funções importantes no desenvolvimento dos seus componentes e da sociedade (reprodução, afeto, sustento financeiro, alimentação, cuidado, educação, desenvolvimento psicossocial). (DIAS, 2011, p141- 144).

Em segundo lugar, este sistema relacional pressupõe comunicação. A comunicação é o veículo das manifestações observáveis das relações. Numa perspectiva pragmática, todo o comportamento, não só a fala, é comunicação; e toda a comunicação afeta o comportamento (WATZLAWICK, 1967, p 19). Ao compreender a família como um sistema aberto relacional e, portanto, que se comunica interna e externamente, é que podemos ajudar a construir conjuntamente as possibilidades para a reorganização deste sistema, quando houver esta demanda. A abordagem familiar deve, portanto, dar-se no conjunto dos atores e atoras e suas relações, buscando primordialmente uma comunicação mais eficiente. Abordagens individuais centradas na pessoa dão apoio individual e podem gerar *insights* com potencial de promover mudanças para o indivíduo e mesmo na sua rede relacional, mas não atuam diretamente no sistema. Aqui vale uma consideração importante: dentro do novo paradigma biopsicossocioespiritual, que traz à luz os conceitos de integralidade e complexidade como bases da nova prática da medicina de família e comunidade, a abordagem familiar, assim como a comunitária, são ferramentas importantes que não substituem, mas potencializam o método clínico centrado na pessoa, que norteia o atendimento médico individual neste paradigma. É necessário frisar que não existe ruptura entre métodos e sim uma complementariedade. (ANDERSON; RODRIGUES, 2018, p 103)

Acredita-se que todas as famílias, em níveis distintos, possam se beneficiar da utilização de ferramentas de abordagem familiar. Aprimorar a comunicação é

sempre importante, mesmo que a família não esteja passando por um período de crise. O desejável seria atuar auxiliando no desenvolvimento da resiliência familiar. Froma Walsh (2005) propõe três domínios que fundamentam os processos-chave da resiliência familiar: o sistema de crenças familiares, os padrões organizacionais e os processos de comunicação. Em considerando os processos de comunicação, há três dimensões que contribuem para a resiliência familiar: a clareza, a expressão sincera com empatia e a resolução cooperativa de problemas (MARTINS, 2014). É nestas dimensões que a abordagem familiar atuaria primordialmente. A escuta dos familiares numa reunião familiar, com visão sistêmica, sem privilegiar uma fala em detrimento de outra, mediando o processo comunicacional, vai ao encontro deste objetivo. A construção de um Familiograma na presença de todos os familiares, por exemplo, é uma oportunidade às famílias de conhecerem suas heranças e potenciais e serve para reforçar laços afetivos e de confiança, melhorando a comunicação interna. As famílias em crise ou com conflitos e problemas de comunicação, ainda, podem beneficiar-se de encontros mais frequentes, com aplicação de outras ferramentas de abordagem e especialmente na continuidade deste diálogo mediado. Em situações de maior gravidade, em geral situações de litígio e violência, ou quando percebemos a necessidade de sessões mais frequentes para a resolução de problemas, poderia ser recomendada a terapia familiar, por profissional especializado. Entretanto, é sabido que o acesso a estes profissionais, mesmo na iniciativa privada, não é corriqueiro. Profissionais da área da psicologia ou psiquiatria nem sempre têm expertise no campo da Terapia Familiar. Estas limitações impõem uma reflexão sobre a necessidade de a MFC e profissionais que atuam na APS incrementarem as suas competências neste campo da Abordagem Familiar e poderem advogar pela oferta de serviços de Terapia Familiar de caráter sistêmico no setor público, em especial.

Uma orientação aos serviços de saúde que ganharam a atenção nesta última década nos Estados Unidos da América é a *Person Family Centred Care*. Esta orientação consiste numa série de práticas que incorporam as necessidades das pessoas e suas famílias, considerando seus valores, tradições culturais e expectativas no cuidado, realizado por equipes de saúde e assistência social, visando o cuidado das famílias, especialmente no caso de idosos, adultos e crianças com necessidades especiais e doentes crônicos. (WEINBERGER, 2014)

A ideia é trazer a família como parceira no cuidado, já que são mesmo os principais cuidadores, com intuito de participarem no planejamento das ações de

saúde para a pessoa/ familiar que necessita do cuidado em saúde e oferecer suporte e ensinamento de forma a capacitá-las para este cuidado. (FEINBERG, 2014, p97-98)

Esta mudança de perspectiva da doença para o indivíduo e desse para a família potencialmente representaria ainda uma revolução na educação médica, já que o foco do ensinamento no momento é tipicamente o que o médico necessita para o diagnóstico e tratamento das doenças e não as necessidades dos pacientes e suas famílias. (WEINBERGER, 2014).

No âmbito da ESF/APS, fazer com que a família seja partícipe do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto comum, para cuidar melhor e também possa ser cuidada, é uma função importante dos profissionais de saúde e é uma competência que precisa ser desenvolvida pelos residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Para tal, devem-se abordar as famílias com ferramentas adequadas e facilitar o processo comunicacional destas em prol da tomada de decisões compartilhadas entre os entes familiares e a equipe. (CHAPADEIRO, 2011, p84). Considerando a Residência Médica o padrão-ouro para formar especialistas em qualquer área da medicina, evidencia-se a necessária e importante participação dos e das preceptoras dos PRMFC na formação e desenvolvimento de competências em Abordagem Familiar.

Mas, qual o cenário de formação em MFC no contexto da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família no Brasil e no Rio de Janeiro, *setting* principal desta pesquisa?

1.2 A formação em abordagem familiar e a preceptoria nos programas de residência em medicina de família e comunidade

Para o desenvolvimento das competências (aqui consideradas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes) para abordar sistemicamente as famílias nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), como citado anteriormente, a participação do preceptor é fundamental. (MACHADO et al, 2018, p5). Neste contexto, vale destacar alguns aspectos sobre as estratégias metodológicas e os processos de ensino-aprendizagem envolvidos nas atividades de preceptoria de residentes de medicina de família e comunidade. O médico de família e comunidade deve ser um profissional crítico, com

responsabilidade social pelas pessoas, famílias e comunidades que estão sob seu cuidado. Deve ter também boa capacidade reflexiva, pensamento abrangente e inclusivo sobre o processo saúde-adoecimento, envolvendo fatores de ordem biológica, psicoafetiva, sociocultural e espiritual/existencial.

Neste sentido, coincide com Ribeiro (2012) sobre a prática da preceptoria ser complexa uma vez que deve ser voltada para formar profissionais críticos. Exige, por sua vez que o preceptor atue para formar profissionais reflexivos, capazes de questionar a própria prática, que não se conformam com a cegueira das rotinas impensadas, indagando sempre se estão fazendo, individualmente ou em equipe, o melhor para o paciente. Este caráter reflexivo é essencial para a prática da educação permanente, que por sua vez é fundamental para a construção de práticas de saúde comprometidas com a qualidade. (RIBEIRO, 2012, p80-81).

Considerando o foco deste estudo, o preceptor de PRMFC deve também questionar a própria prática e competência na abordagem familiar, de modo a gerar questionamentos, e encorajar ao estudo e, ao mesmo tempo, estimular práticas e atitudes mais adequadas do residente em MFC na atuação diante das famílias.

O Manual da Oficina para Capacitar Preceptores de MFC da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), foi elaborado para o desenvolvimento da preceptoria na perspectiva descrita por Ribeiro e citada anteriormente. No Manual há um quadro que correlaciona a Abordagem Centrada na Pessoa (STEWART, 2003) e a Ensino Centrada no Residente (LOPES, 2009, p82). Os tópicos para este modelo de ensinagem seriam: 1) Explorar as necessidades de aprendizado e aspirações do residente; 2) Entender o residente como um todo - uma pessoa inteira; 3) Elaborar um projeto comum de ensino-aprendizagem; 4) Utilizar o conhecimento prévio do residente; 5) Fortalecer a relação preceptor-residente; 6) Ser realista considerando o tempo e os recursos. Isto pressupõe bem mais do que o conhecimento teórico de parte a parte. Indica conhecer o residente, entender as suas necessidades, utilizar seu conhecimento prévio e reconhecer a importância do vínculo para o processo de ensino-aprendizagem. Pressupõe dialogicidade, conforme Paulo Freire - o diálogo, ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, se faz numa relação horizontal e conseqüentemente de confiança. A educação autêntica não se faz de "A" para "B" ou de "A" sobre "B", mas de "A" com "B", mediatizados pelo mundo. (FREIRE, 1970).

Para que se constitua um bom processo de ensinagem, destacam-se os princípios da Andragogia de Malcolm Knowles (1913-1997) e da Pedagogia de Paulo Freire (1921-1997). Conforme os quatro princípios da Andragogia propostos por Knowles: o adulto necessita estar envolvido no planejamento e avaliação de sua instrução; suas experiências, inclusive os erros, devem servir de base para as atividades de aprendizado; o foco do ensino deve ter relevância e impacto nas atividades de trabalho e na vida pessoal; este ensino deve ser mais centrado no problema do que orientado para o conteúdo. (KNOWLES, 1984).

Já a Pedagogia de Paulo Freire, é norteada pela dialogicidade, pela democracia do conhecimento, pela promoção da autonomia e pela importância da crítica e da problematização. Segundo Freire, o educador deve ser tolerante, opondo-se a qualquer tipo de discriminação; amoroso, promovendo a busca pelo ser mais de todos; esperançoso, numa espera que é pacientemente impaciente; dialógico, escutando para poder falar; coerente, exemplo de ética dos pressupostos que defende; e realista, ciente dos limites existentes. Conforme estas colocações, o preceptor deve então centrar-se no residente, indivíduo e suas necessidades práticas, mas numa perspectiva político-pedagógica, estimular a crítica e problematização, exercendo uma mediação socio-pedagógica em que não trabalha para o outro, nem sobre o outro, mas sim com o outro. (BARROS, 2018).

Em relação à Abordagem Familiar, o residente em MFC precisa desenvolver várias habilidades para uma efetiva atenção orientada à família. Precisa compreender o papel das famílias no comportamento diante do adoecimento de seus entes, a dinâmica do sistema familiar, os estágios do ciclo de vida, aprender a utilizar ferramentas de abordagem familiar, além de desenvolver habilidade comunicacional na condução e mediação nos encontros familiares. (KIDD, 2016, p99).

Apesar da importância da orientação à família na perspectiva do cuidado integral, a abordagem familiar é menos incorporada do que deveria ao processo de ensino-aprendizagem dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e também à prática cotidiana da MFC e da Estratégia Saúde da Família, seja quantitativa, seja qualitativamente. O foco da atenção tem sido frequentemente deslocado para o indivíduo. Isto se dá de forma ainda hegemônica na formação médica e na dos demais profissionais de saúde, pela base paradigmática do modelo biomédico/anátomo clínico que tem foco na doença. Além disso, os gestores de saúde também tendem a valorizar mais as atividades direcionadas para

o indivíduo, ainda que esteja lidando – direta ou indiretamente - com as famílias (BEERENWINKEL; KEUSEN, 2014, p781).

Em estudo realizado para aferir e analisar os atributos da Integralidade e Orientação Familiar em Preceptores de Internato no Rio Grande do Sul, foi verificado que a prática da abordagem familiar está distante de ser realizada. Preceptores referem resistência e dificuldades dos Internos em mudar o olhar da Medicina em direção à família, sempre se referindo apenas ao paciente, ao indivíduo (BUDEL et al, 2020, p.197).

Ao avaliar o papel da abordagem familiar na percepção de preceptores do Rio de Janeiro em relação a violência intrafamiliar, Chaves (2021) elenca as seguintes dificuldades: 1) Falhas na formação médica e falta de experiência dos profissionais de APS; 2) A violência silenciada nas famílias e o medo de abordar as situações de violência intrafamiliar; 3) Falta de diretrizes específicas no tema para profissionais de saúde da APS; 4) Condições adversas de trabalho, com equipes volumosas e alta pressão assistencial; 5) Dificuldades na articulação da rede intersetorial; 6) Não-valorização da gestão sobre a importância da abordagem familiar.

Outro estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro com residentes de MFC indica que 25% destes referiram não ter qualquer apoio dos preceptores em realizar abordagem familiar. Os motivos elencados foram que os preceptores se esqueciam de indicar AF (50% das respostas), que os preceptores não tinham familiaridade com os instrumentos de AF (35%), que havia falta de tempo aos preceptores por sobrecarga das tarefas (30%), que estes eram pouco presentes ou ausentes (25%), que estes davam pouca importância à abordagem familiar (25%), que estes desconheciam as ferramentas e instrumentos de AF (15%) (PEREIRA, 2018, p. 28).

Mas, qual o cenário de formação dos PRMFC no contexto da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família e na cidade do Rio de Janeiro - *setting* principal desta pesquisa?

1.3 A estratégia saúde da família e a atenção primária à saúde (APS) no Rio de Janeiro como cenário de formação dos programas de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC)

A conferência de Alma Ata em 1978 foi um marco histórico mundial, que colocou a importância da reorganização dos sistemas de saúde tomando como base estrutural a APS. Antes disto, no Brasil, em 1976, surgiram no Brasil três programas de residência em APS, sem nenhum contato entre eles: na UERJ, Rio de Janeiro, em Murialdo, Rio Grande do Sul e outro em Vitória de Santo Antão, na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Em 1981, tornou-se obrigatório que os Programas de Residência em APS, adotassem o nome de Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária e em 2002, os mesmos programas foram rebatizados, adotando a denominação atual: Residência em Medicina de Família e Comunidade. (RODRIGUES; ANDERSON, 2016).

O desenvolvimento dos PRMFC se deu então, considerando seu início ainda no período de ditadura militar, passando pela redemocratização do País e a consolidação do sistema democrático, em mais de 40 anos de resiliência e luta. Estas resiliência e luta, poderiam ser caracterizadas tanto em função dos seus princípios de comprometimento com a diminuição das desigualdades sociais, equidade e universalidade no acesso à Saúde, quanto pela proposta de mudança do modelo biomédico flexneriano preponderante, hospitalocêntrico, com valorização da especialização médica, priorizando o conhecimento das doenças, para o modelo biopsicossocial - que propõe além da capacitação técnico-instrumental, a valorização das capacidades relacionais, no cuidado da pessoa, visando promoção de uma saúde integral, promovendo um vínculo adequado e uma comunicação efetiva (DE MARCO, 2005 e RODRIGUES; ANDERSON, 2016).

Em dezembro de 1993, decide-se no Brasil a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 1998, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), garantindo recursos específicos para o PSF. O PAB altera a modalidade de pagamento mediante produção de serviços até então em vigor no SUS, representando uma importante inovação no modelo de financiamento da saúde. Inicia-se então, pela primeira vez no país, o repasse de recursos federais de forma mais equitativa, a todos os municípios brasileiros, baseado na população municipal, garantindo a universalidade do cuidado em saúde a partir da ESF. A partir daí, houve um grande crescimento do Programa no País, o que permitiu o aumento do acesso à saúde a milhares de brasileiros (MENDONÇA, 2009). Em 2006, visando a reorganização da atenção básica no Brasil foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a transformação do PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que foi considerado um marco histórico

para a consolidação desta Estratégia, agora como Política de Estado. (ANDERSON, 2019).

A reforma da APS no Rio de Janeiro, com a implantação mais efetiva da ESF, só foi ocorrer em 2009, com um novo modelo de governança e suporte administrativo. Desde então houve uma grande expansão da ESF no município, que chegou a ter cobertura de 70% da população em 2016, o que moveu a cidade a uma posição mais próxima da cobertura de saúde universal e com declínios significativos nos índices de morbimortalidade, especialmente de crianças com idade inferior a 5 anos de idade. (HOWE, 2016).

São três os principais Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Rio de Janeiro (RJ) hoje: o da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O PRMFC da UERJ dispõe no momento de 58 vagas de R1, 52 vagas de R2 e 20 vagas para R3. O PRMFC da SMS dispõe de 150 vagas para R1 e 150 vagas para R2 e o PRMFC da UFRJ/FIOCRUZ dispõe de 16 vagas para R1 e 16 vagas para R2.

Em 2015, em artigo que analisou as oportunidades, fortalezas, debilidades e ameaças à implementação do PRMFC, Justino et al. (2016) referem como oportunidades: o fortalecimento da APS e do modelo da ESF, com a formação em MFC de qualidade, além da possibilidade de trazer médicos de família e comunidade de outros locais do Brasil para o município do Rio de Janeiro; como fortalezas: o apoio total da então gestão central, uma boa estrutura física e fácil acesso das unidades de saúde da família, a complementação da bolsa básica do residente como forma de incentivo para o preenchimento das vagas do PRMFC e o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação em serviços de saúde do município. Como debilidades: o número reduzido de médicos de família e comunidade titulados, a grande proporção de residentes por preceptor (1 preceptor para 4 residentes) e a falta de conhecimento acerca do PRMFC por parte de alguns serviços. Como ameaças: a possibilidade de mudança de gestão, a dimensão aumentada do PRMFC no Rio de Janeiro e a baixa procura de formandos a esta especialidade. (JUSTINO, 2015, p1475).

Em 2017 ocorreu, de fato, uma mudança na gestão municipal, num contexto de crise política e financeira no Brasil e em especial no Estado e Município do Rio de Janeiro. Em outubro de 2018, a nova gestão municipal lançou documento intitulado:

“Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde – Estudo para Otimização de Recursos” (RIO DE JANEIRO, 2018). Neste documento, ao justificar a necessidade de adequação orçamentária ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2019 e questionar a implantação “desordenada”, sem previsão de custeio das contratações de equipes da ESF, especialmente no ano de 2016, propôs um redimensionamento do número de equipes da ESF, baseada na filosofia Lean de gestão - eliminar as atividades desnecessárias; preservar e aumentar aquelas que agregam valor para o cliente. Após estudo de base quantitativa, elencou equipes que teriam “baixo impacto assistencial” para este redimensionamento. Isto representaria a desativação de 184 (cento e oitenta e quatro) equipes de saúde da família e 55 (cinquenta e cinco) equipes de saúde bucal. Estas orientações foram bastante questionadas por pesquisadores e profissionais da área de saúde. Em crítica intitulada “A crise que esmaga a saúde no Rio de Janeiro” no site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO - 2018), pesquisadores denunciaram que as medidas representavam a demissão de 1.400 (um mil e quatrocentos) profissionais atuantes na APS, em sua maioria agentes comunitários em saúde (ACS) e a estimativa de 1.200.000 (um milhão e duzentas mil) pessoas sem acesso à APS. Além disso, avaliava que a redução de equipes não encontrava sustentação técnica adequada. No terceiro ano desta gestão, artigo da Folha de São Paulo intitulado: “RJ adoece com crises na saúde municipal, estadual e federal” (2019), indica que de 2017 a julho de 2019, houve uma redução de equipes de saúde da família de 1257 para 1081 (176 equipes), de profissionais de saúde, de 11.448 para 8.766 (2.682 profissionais) e de percentual de população atendida de 71% para 61%.

Este contexto político e econômico no município afetou negativamente a busca e a incorporação de profissionais nos PRMFC, apesar da importância atribuída à especialidade para a qualificação de profissionais atuantes na ESF e APS, principais eixos estruturantes do SUS.

No âmbito federal, ainda em 2019, por equívocos na avaliação diagnóstica tanto técnica, acerca da eficiência e produtividade da ESF, quanto histórica, desconsiderando os ganhos ao SUS desta estratégia, o Ministério da Saúde formula um pacote que na prática, diminui a importância e o financiamento da APS e da ESF (RODRIGUES, 2021).

Se a realidade não se mostrava favorável no cuidado à população pela APS no município do Rio de Janeiro e no Brasil em 2019, em 2020 com a Pandemia do

COVID 19, a situação piorou. Equipes diminuídas, especialmente com a diminuição dos agentes comunitários em saúde e infladas pela diminuição de equipes por território, ainda precisaram lidar com este grave problema de nível mundial.

Todo este contexto de aumento das situações e condições de vulnerabilidade social, e apesar dos desafios que esta realidade impõe, fazem aumentar a necessidade de abordagens cada vez mais abrangentes e integrais no campo da saúde, em especial da APS, e a abordagem familiar é uma das principais. Neste contexto, há necessidade premente de aperfeiçoamento dos processos ensino-aprendizagem na área, especialmente nos Programas de Residência em MFC.

1.4 Justificativa

Pela importância do tema na formação do profissional em MFC, pareceu oportuno explorar o processo ensino-aprendizagem da Abordagem Familiar sob a perspectiva dos preceptores, que são elementos fundamentais nesta capacitação nos PRMFC.

Para que possam atuar na qualificação dos residentes em Abordagem Familiar, é necessário desenvolverem boa capacitação também. A presente pesquisa propõe trazer à luz as experiências e percepções dos preceptores acerca do tema “Abordagem Familiar” na APS e nos PRMFC e assim descortinar caminhos para o aperfeiçoamento das atividades de ensino-aprendizagem em abordagem familiar nos PRMFCs e identificar diretrizes que possam impulsionar o desenvolvimento desta prática fundamental na ESF/APS.

No contexto de crise no Rio de Janeiro e no Brasil, com o grande número de desempregados, aumento da pobreza e desigualdade, maior adoecimento da população especialmente aquela mais vulnerável, com famílias sofridas, lidando com perdas e dificuldades, frequentemente já com problemas relacionais, passa a ter ainda mais importância a abordagem familiar. A qualificação profissional para lidar com o adoecimento das famílias é relevante e pode gerar aparato terapêutico fundamental neste período de crise.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção de preceptores de residência em medicina de família e comunidade sobre a prática, as competências a serem desenvolvidas e o processo de ensino-aprendizagem da abordagem familiar na APS

2.2 Objetivos específicos

Identificar junto a preceptores de programas de residência em MFC (PRMFC) da cidade do Rio de Janeiro:

- Como analisam a Abordagem Familiar como recurso terapêutico na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na Atenção Primária à Saúde (APS);
- Como avaliam suas próprias competências para a prática da Abordagem Familiar junto aos/às residentes, no contexto de trabalho da ESF/APS;
- Como analisam as facilidades e os desafios para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem da Abordagem Familiar junto aos/às residentes, no contexto de trabalho da ESF/APS.
- Quais contribuições poderiam trazer para o aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem e aplicabilidade em Abordagem Familiar nos PRMFCs, visando sua incorporação no cotidiano das ações na ESF/APS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em Abril de 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) divulgou o Currículo Baseado em Competências para a MFC, que visa servir de guia aos programas de residência em MFC no país. Dentre as competências, este currículo distingue níveis, que seriam: o pré-requisito para a especialidade e os níveis essencial, desejável e avançado para os residentes de MFC, no tocante às diversas áreas de atuação, inclusive em relação à abordagem familiar. (SBMFC, 2015, p19)

Na prática da abordagem familiar, a habilidade de comunicação, facilitadora do processo dialógico, faz com que o profissional em MFC atue como mediador e auxilie na resolução não violenta dos conflitos. A capacidade de escuta a todos os integrantes do sistema familiar, promovendo circularidade das ações e utilizando um olhar sistêmico é o que se almeja no desempenho do profissional ao abordar uma família. (PAKMAN M, 1995, p372)

Quando se pensa em abordagem familiar, costuma vir à mente o uso de ferramentas ou instrumentos para sua realização. Estas ferramentas têm importância no processo, mas apenas a aplicação destas pode não alcançar os melhores resultados. Será a capacidade comunicacional e mediadora do profissional, no caso do profissional em MFC, além da correta aplicação das ferramentas em relação ao momento e ao cenário, que poderão potencializar o uso e o resultado destes recursos. Assim, as ferramentas de abordagem familiar, que são frequentemente utilizadas na avaliação da estrutura, dinâmica e funcionalidade das famílias, podem ter seu potencial de uso incrementado, caso o profissional de MFC, diante da família, promova a ampliação das percepções e sentimentos, possibilitando o surgimento de ideias não pensadas, diferentes narrativas, que possam ajudar nas mudanças desejadas e/ou necessárias para estas famílias. (ANDERSON H, 2009, p93)

Espera-se do profissional em MFC, que este saiba abordar as famílias ao menos nos graus 2 ou 3 conforme os níveis de envolvimento com as famílias (ver quadro abaixo), tanto no ambulatório quanto nas visitas domiciliares. O grau 4 de envolvimento requer que o profissional em MFC possa coordenar uma conferência familiar e abordar a família sob a ótica sistêmica, e isto é também desejável. Não se espera a princípio, que um profissional em MFC seja um terapeuta familiar (grau 5), o que requer formação específica (MARVEL et al, 1994).

Considerando que é a prática que possibilita aos profissionais em MFC adquirir estas competências e que é uma prática que difere em muito das consultas individuais é importante que estes profissionais sejam estimulados em utilizar as ferramentas de abordagem familiar e focar na família e não apenas no indivíduo. Obter o conhecimento teórico não tem sido suficiente para esta mudança no processo de trabalho e faz muita diferença para a qualificação do profissional em MFC exercer estas competências.

Desta forma, orientar e estimular o residente a incorporar estas técnicas e ferramentas no processo cotidiano de trabalho é um papel importante do preceptor em MFC.

Quadro 1: Níveis de envolvimento com as famílias

Grau 1	Contato por questões práticas ou de natureza médico-legal, ênfase mínima nos assuntos familiares.
Grau 2	Colaboração com a família para trocar informações ou aconselhamento, não requer conhecimento especial.
Grau 3	Abordagem de apoio, atendendo aos sentimentos da família. Requer conhecimento sobre desenvolvimento familiar e sua reação ao estresse.
Grau 4	Abordagem sistêmica da família com avaliação e planejamento de intervenção. Requer preparo para convocar e coordenar uma reunião de família.
Grau 5	Terapia familiar. Tratamento de famílias com padrões disfuncionais de interação.

Fonte: Adaptado de Marvel, Schilling, Doherty e Baird, 1994.

Em 2015 a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) estabeleceu o Currículo Baseado em Competências da SBMFC, organizando o grau de competências entre o que seria essencial, desejável e avançado em diversos temas, entre eles a Abordagem Familiar, conforme o quadro 2 (SBMFC, 2015, p19):

Quadro 2 - Currículo Baseado em Competências da SBMFC (SBMFC, 2015, p19)

Competência em Abordagem Familiar para MFC	
Essencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar conceitos, funções e tipologia familiar. ➤ Manejar os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar. ➤ Identificar casos de violência familiar e manejar casos com menor complexidade. ➤ Realizar entrevista familiar. ➤ Manejar o papel da família no processo saúde-doença. ➤ Demonstrar conhecimento sobre resiliência familiar. ➤ Demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando houver diferenças culturais e comportamentais. ➤ Identificar as estratégias familiares de suporte ao paciente. ➤ Identificar os papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro. ➤ Realizar visita domiciliar de modo adequado. ➤ Dispensar cuidados paliativos no domicílio de modo adequado. ➤ Utilizar instrumentos de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhecer os demais instrumentos.
Desejável	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejar situações complexas de violência familiar. ➤ Realizar conferência familiar. ➤ Utilizar os demais Instrumentos de abordagem familiar, como o PRACTICE.
Avançado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar terapia familiar

Em 2017, a SBMFC registra junto ao MEC a Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade para os PRMFC, conforme a quadro 3 (MEC, 2020):

Quadro 3 - Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade para os residentes dos PRMFC (MEC, 2020)

Competência em AF para Residentes em MFC
Primeiro ano de residência (R1)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimar os conceitos, funções e tipologia familiar. ➤ Valorizar o papel da família no processo saúde doença. ➤ Demonstrar conhecimento sobre resiliência familiar. ➤ Demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais. ➤ Dominar a realização de visita domiciliar. ➤ Dominar a utilização de instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhecer os demais instrumentos de abordagem familiar.
Segundo ano de residência (R2)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorizar os ciclos vitais familiares. Dominar o manejo dos ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar. ➤ Avaliar os aspectos da violência familiar. Identificar casos de violência familiar e conduzir casos com menor complexidade. ➤ Compreender o manejo situações complexas de violência familiar. ➤ Analisar os níveis de intervenção familiar. Realizar entrevista familiar. Realizar conferência familiar. Compreender a realização de terapia familiar. ➤ Identificar as estratégias familiares de suporte ao paciente. Avaliar papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro. ➤ Contribuir na realização cuidados paliativos no domicílio.

Diante desta perspectiva a maior parte das competências em AF na MFC é na identificação de funcionalidade ou disfuncionalidade das famílias visando apoiá-las

no enfrentamento das crises do ciclo vital e das para-normativas, através do domínio de conceitos e utilização de ferramentas de abordagem familiar. As ferramentas referidas como essenciais pelo currículo baseado em competências da SBMFC são o Genograma, o Ecomapa e o Círculo Familiar de Thrower. Estas três ferramentas têm muito potencial para gerar *insights* para a família quando realizadas em conjunto com esta.

O Genograma, neste trabalho considerado como sinônimo de Familiograma, é a representação gráfica de gerações familiares através de símbolos. Avalia as heranças, tanto biomédicas, quanto psicossociais e também as questões relacionais e é muito potente como instrumento de Abordagem Familiar, sendo considerado, mesmo, como o “o bisturi” do MFC. (REBELO, 2007 p309)

O Ecomapa avalia principalmente a rede de apoio para a família, e a relação entre a rede e a família, como se relaciona cada item da rede com a família; quem mais busca cada item da rede, ou qual item da rede busca mais a família, ou se há equilíbrio, inclusive da intensidade das relações. (CARDOSO et al, 2018, p38)

O Círculo Familiar aborda a importância e proximidade dos familiares e amigos, a partir da visão da pessoa que o desenha. (THROWER et al, 1982, p451)

Além destas ferramentas, citamos outras:

- a escala de Coelho-Savassi, que é uma escala para avaliação de vulnerabilidade familiar. (SAVASSI et al 2012)
- o Ciclo Vital ou Ciclo de Vida Familiar, que permite uma análise pelo profissional da família como um sistema que se move através do tempo, permitindo a avaliação dos entraves que esta família atravessa, podendo ser previsível ou não. (CERVENY, 2009)
- o PRACTICE e o APGAR familiar, são instrumentos interessantes para de avaliação da estrutura e papéis da família, para graduação da disfuncionalidade, mas em geral são utilizados sem que haja interação direta com as famílias, sendo construídos pelo avaliador, visando hipóteses e diagnósticos. No rol de competências da SBMFC, o PRACTICE foi citado como sendo de conhecimento desejável, mais do que essencial. (SBMFC, 2015, p19)
- a Linha da Vida, uma boa ferramenta não referida diretamente neste mesmo rol de competências da SBMFC e é uma ferramenta interessante para avaliar o curso da família diante do tempo, além de

poder ser construída em conjunto com a família, utilizando-se de fotografias e desenhos. Permite a escuta de narrativas vivenciadas por cada um dos familiares em sua historicidade.

- Outros instrumentos que envolvem desenhos, como o desenho conjunto pela família da “Nossa Casa”, especialmente quando existem crianças na família, permitem maior participação da família e através da interação dos personagens, possibilidade de insights e mudanças.

No campo do desenvolvimento das habilidades comunicacionais, avalia-se que uma das linhas de Terapia Familiar de enfoque pós-moderno, baseada no Construcionismo Social, pode ser usada como referência. Esta privilegia e empodera a família, considerando-a a “especialista” nas suas questões. O terapeuta passa a ser quem escuta, media e facilita a família a recriar narrativas e para tal adota uma postura de “não saber” em prol do que é construído conjuntamente a partir da interação com a família. São orientações de postura terapêutica balizadas no Construcionismo Social: Utilizar e ensinar linguagem não violenta e unificada, aprimorando a comunicação; evitar posicionamentos críticos, por vezes abrindo mão de nossas certezas para tal; promover circularidade nas ações, ampliando os pontos de vista sobre os problemas; diminuir o nosso apego a hipóteses e diagnósticos, para empoderar as famílias e construir conjuntamente soluções; buscar uma atmosfera de conotação positiva, promovendo esperança; ajudar a desconstruir narrativas que aprisionam e dissolver problemas, através do diálogo aberto e perguntas transformadoras. (Pakman, 1995, p371) Nas palavras do cientista social e antropólogo Gregory Bateson, buscar conjuntamente a informação que é a diferença que faz a diferença. (Bateson, 1979, p228)

Assim como no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que privilegia e empodera a pessoa e o autocuidado, a abordagem familiar de enfoque pós-moderno faz o mesmo em relação à família e sua abordagem. Como no MCCP, o profissional em MFC pode fazer um diagnóstico, mas também privilegia o entendimento e as narrativas das pessoas do processo de adoecimento e dos conflitos relacionais como protagonistas que são. Além disto, também trabalha com o contexto próximo, empático e o distante, analítico e valoriza os caminhos terapêuticos compartilhados.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório que tem como público-alvo preceptores dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) em atuação no município do Rio de Janeiro. A pesquisa se desenvolveu em duas etapas, discriminadas a seguir.

4.1 Primeira etapa – aplicação de questionário semiestruturado

A primeira etapa da pesquisa constou da aplicação de um questionário semiestruturado junto a preceptores dos PRMFC do Rio de Janeiro. O questionário foi constituído por uma série de perguntas ordenadas a serem respondidas pelo público alvo da pesquisa sem a presença do pesquisador. O objetivo foi identificar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas acerca do tema de pesquisa. Um questionário pode ser composto por perguntas abertas, fechadas ou mistas. No caso, utilizou-se de um questionário semiestruturado com questões mistas, permitindo a obtenção de dados quantitativos e qualitativos. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 72).

O questionário foi disponibilizado por via online, através do aplicativo *Google Form*. O ambiente virtual proporciona mais praticidade e velocidade de informação para obtenção de dados, o que possibilita um maior número de respostas obtidas e maior comodidade aos participantes do estudo (FALEIROS et al, 2016).

O público alvo da entrevista foram todos os preceptores que atuavam à época (julho/agosto de 2020) nos PRMFC no município do Rio de Janeiro, a saber: UERJ, SMS RJ, UFRJ e FIOCRUZ. Os contatos destes preceptores foram obtidos através da coordenação de cada um dos PRMFC. Foi constituída uma listagem com os 88 preceptores atuantes, tendo sido também facilitado o acesso a e-mails e telefones, que apoiaram o envio das mensagens sobre o estudo. Como auxílio para obtenção das respostas houve apoio dos coordenadores dos PRMFC e de colegas mais próximos pertencentes a cada programa na divulgação da entrevista em grupos de *WhatsApp* de preceptores dos programas. Ao final, o questionário foi respondido por 62 preceptores, correspondendo a 70,5% dos preceptores inicialmente convidados a

participar. O período disponibilizado para obtenção das respostas foi de 04/08/2020 a 16/09/2020.

O questionário foi organizado em 4 seções: 1 - a primeira para o conhecimento e assinatura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2 - a segunda, para identificação e dados do participante referentes à: sexo, gênero, raça/ cor, idade, formação, local de formação, local de atuação e tempo de preceptoria; 3 - a terceira para obter informações sobre a formação em Abordagem Familiar (AF): carga horária de aulas em AF durante a residência e/ ou em cursos de educação continuada, se fez curso de formação em terapia familiar e onde; e 4 - a quarta parte foi composta de questões mistas, visando obter dados quantitativos e qualitativos para explorar uma autoavaliação dos participantes sobre seu conhecimento, a prática em Abordagem Familiar (AF) e o uso de ferramentas de AF. Inicialmente foi solicitada a avaliação da importância ao tema AF na prática da ESF e MFC, dando nota de zero a dez. Em seguida os participantes foram convidados a colocar a percepção de seu conhecimento acerca de conceitos e ferramentas em AF, elencados conforme as publicações Currículo Baseado em Competências (CBC) para a MFC (SBMFC, 2015) e a Matriz de Competências para os PRMFC (MEC, 2020), que já foram referidos no capítulo de Fundamentação Teórica e capítulos nos Tratados de MFC em Abordagem Familiar (GUSSO, 2018 e DUNCAN, 2013).

Em sequência, foram feitos questionamentos sobre grau de dificuldade em lidar com culturas que contraponham as suas, frequência de visitas domiciliares para AF, desafios e facilidades para a AF, motivação para AF e para preceptoria em AF e interesse em desenvolver a competência em AF em educação permanente.

A autoavaliação das competências em Abordagem Familiar foi feita através da exploração de conhecimentos de conceitos e ferramentas em AF. Foi utilizada a Pirâmide de Miller de uma forma adaptada (MILLER, 1990). Conforme os conceitos expressos nesta Pirâmide, o grau de competência para realização de determinada atividade amplia-se gradativamente, em função de 4 etapas/parâmetros, da base para o cume da pirâmide: *saber, saber como, demonstrar e fazer*. Acrescentou-se nesta pesquisa um novo e último estágio no cume: *o ser*, conforme uma modificação proposta por Cruess (2016) na pirâmide de Miller, para indicar aquele que é, pensa, age e sente como um médico. Para efeitos desta pesquisa, este último estágio foi decodificado como *aquele que sabe ensinar*.

A cada conceito/ferramenta, era apresentada a possibilidade de resposta dentre:

1) De 0 a 5:

0 - Não conheço;

1 - Considero que sei apenas na teoria;

2 - Considero que sei na teoria, mas tenho pouca experiência;

3 - Considero que sei na teoria e que tenho alguma experiência, posso demonstrar;

4 - Considero que sei na teoria e pratico frequentemente, sei fazer;

5 - Considero que sei na teoria, pratico frequentemente e sei ensinar.

Dentre as ferramentas e conceitos, foram consideradas as notas de 0 a 5, sendo estabelecidos os seguintes critérios:

- de 0 a 2: menor domínio/ conhecimento
- de 3 a 5: maior domínio/ conhecimento

Ao final do questionário os participantes responderam se estariam disponíveis ou não para participar da segunda fase da pesquisa, um grupo focal.

4.2 Segunda etapa: Grupo focal

A segunda etapa consistiu na realização de dois grupos focais *online* com preceptores selecionados que responderam à primeira etapa da pesquisa. A seleção se deu através de uma amostra por conveniência, constituída por preceptores que responderam à primeira etapa e que se disponibilizaram para participar do grupo focal; além disso, identificou-se e foi dada preferência àqueles que se autoavaliaram com aptidões para a prática e para o ensino da Abordagem Familiar. Em função da pandemia de COVID 19, não foi possível a realização do grupo focal presencial conforme previsto inicialmente. Os grupos foram realizados nos dias 15/05/2021 e 22/05/2021.

Segundo Guedes (p87, 2006), o grupo focal *“constitui-se numa técnica de pesquisa que torna possível a coleta de dados de natureza qualitativa, por meio de informações oriundas de sessões com grupos reduzidos e homogêneos, com características comuns”*.

Este método tem sido muito utilizado em pesquisas de diversas disciplinas científicas, assim como a análise de seus aspectos metodológicos, e servem a diversos propósitos. Pode orientar-se para a confirmação de hipóteses e avaliação de teorias ou para aplicações práticas, que se direcionam a uma avaliação de contextos particulares.

Conforme estas orientações, são referidos três tipos de grupo focal: exploratório, clínico e vivencial.

- O exploratório, voltado a geração de hipóteses, modelos e teorias e na produção de novas ideias e usos para um produto específico. Visam a identificação de aspectos comuns de um grupo a partir do interjogo da coleta e interpretação dos dados.
- O clínico, orientado para a compreensão de crenças, sentimentos e comportamentos, muitas vezes desconhecidos pela própria pessoa do grupo, que pressupõe julgamento clínico a partir da observação da intra-subjetividade nas interações do grupo.
- O vivencial, onde importam os processos internos ao grupo, com a finalidade de comparar com dados de entrevistas anteriores, realizadas presencialmente ou não e orientar-se no entendimento específico da linguagem do grupo, sua comunicação, preferências compartilhadas, e na avaliação de estratégias, programas, propagandas e produtos nas pessoas (GONDIM, 2002).

Diante desta classificação, o grupo focal realizado nesta pesquisa foi caracterizado como vivencial, por permitir a comparação com dados do questionário semiestruturado realizado na primeira fase da pesquisa, além de estar avaliando a prática de uma estratégia de cuidado, a abordagem familiar.

O advento de novas tecnologias de comunicação propiciou que a metodologia qualitativa, proposta para os grupos focais, originalmente presenciais, pudesse se difundir e viabilizar-se nos meios virtuais. O método original presencial, baseia-se na coleta de informações por discussão de um grupo de pessoas de características semelhantes em assuntos que dominam, com condução através de formulação de perguntas norteadoras. A mediação desta discussão é feita pelo moderador do grupo, responsável por facilitar as interações dos participantes, auxiliado por um observador que registra as expressões verbais e não verbais dos participantes, para que se

revelem os pontos fundamentais para dar resposta aos objetivos da pesquisa. Neste sentido, não há diferenças metodológicas entre os grupos presenciais e online, apesar de ocorrerem diferenças, apontadas como vantagens e desvantagens (ABREU et al, 2009).

A principal desvantagem do formato online, seria a maior dificuldade em verificarmos a linguagem corporal dos participantes, que dificulta o papel do observador no registro de expressões não verbais. Entretanto, considera-se uma vantagem o fato de a discussão ocorrer sem a possibilidade de “conversas paralelas” e as interrupções se darem de forma menos frequente no modelo online. A conveniência do método online é descrita como a principal vantagem, por não haver necessidade de deslocamentos dos participantes, pela rapidez na obtenção dos dados e pelo custo reduzido. (ABREU et al, 2009)

O convite para os grupos focais foi feito através de correio eletrônico e programa “*Google Forms*” para seleção da melhor data e composição do grupo. Foram selecionados dez preceptores. No intuito de permitir maior participação e aprofundamento, aproveitando ainda a praticidade do formato *online*, os preceptores selecionados foram divididos em dois grupos focais com cinco participantes, já que a dinâmica da discussão nos grupos focais online pode ser prejudicada com um número maior de participantes (ABREU et al, 2009). Uma das participantes selecionadas que havia confirmado a participação no segundo grupo, pertencente ao PRMFC da SMS RJ, não conseguiu participar por problemas pessoais, sendo este realizado com quatro preceptores. O primeiro grupo contou com três preceptores do PRMFC da UERJ e dois do PRMFC da SMS RJ. O segundo com três preceptores do PRMFC da UERJ e um da SMS RJ.

Na semana anterior a cada grupo, foi um criado grupo na plataforma “*WhatsApp*” para cada um dos grupos, para informações acerca da metodologia do grupo focal, dúvidas que pudessem surgir e fornecer o endereço (“*link*”) na plataforma “*Zoom*” onde foi realizado o encontro dos grupos.

Para os encontros, foi estabelecido um roteiro pelo pesquisador, com: 1) “abertura” de 10 minutos, com a apresentação do método e dos pesquisadores, descrevendo os objetivos gerais e específicos da pesquisa, além da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para reforço, já que havia sido respondido dentro da plataforma *Google Forms* no momento do aceite do convite. 2) “preparação” de 30 minutos, quando foi feita apresentação resumida dos resultados

mais relevantes da pesquisa semiestruturada em “*Power Point*” (PPT) e em seguida a apresentação de cada um dos participantes, que ao final de cada fala, autorizaram a gravação de imagem e som a partir da plataforma utilizada. 3) “debate”, de 60 minutos, para a realização do grupo focal em si, através do debate mediado e para obtenção de respostas às perguntas norteadoras e finalmente, 4) “encerramento”, de 30 minutos, para síntese das contribuições trazidas pelo grupo e para dúvidas que possam ter aparecido, além de considerações finais.

Os participantes foram codificados de acordo com o grupo focal que participaram, sendo o primeiro: GFA e o segundo: GFB, colocando em seguida a ordem de participação de cada um, de 1 a 5 no GFA e de 1 a 4 no GFB. Assim, o primeiro a participar no primeiro grupo focal foi codificado como GF A1, até GF A5 (cinco participantes) e no segundo, GF B1 até GF B4 (quatro participantes).

Ambos os grupos transcorreram conforme a metodologia. Os objetivos de problematizar e aprofundar os resultados obtidos na primeira fase da pesquisa, a busca de sugestões e diretrizes gerais e metodológicas para o aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem dos PRMFC em Abordagem Familiar no cotidiano das ações da ESF/APS, foram atingidos de forma satisfatória. Os registros foram realizados a partir de gravação pela própria plataforma Zoom, sendo transcritos *ipsis litteris* e avaliados em análise do conteúdo, seguindo os preceitos de Bardin (2016). Inicialmente foi realizada uma pré-análise com leitura das transcrições dos áudios. A partir daí, ocorreu a definição das informações para referenciação, formulação das hipóteses e elaboração de categorias de análise, conforme o estudo do tema, correlacionando com os objetivos da pesquisa.

4.3 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro – com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 26552719.2.0000.5238. A SMS-RJ, instituição coparticipante da pesquisa, também concordou com os termos do projeto da pesquisa – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 26552719.2.3001.5279.

O TCLE para os participantes da pesquisa semiestruturada e dos grupos focais, respondidos na plataforma *google forms* encontram-se anexados (apêndice 1 e 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira etapa – aplicação de questionário semiestruturado

A seguir, apresenta-se os resultados e discussão, a partir das respostas dos preceptores dos PRMFC do município do Rio de Janeiro, participantes da pesquisa.

5.1.1 Dados dos participantes

Sessenta e dois preceptores responderam ao questionário. Dentre os participantes, 63% identificaram-se como sendo de sexo feminino; 71% de cor branca; 27,5% pardos e negros e 1,5% amarelos. A maioria, 64,5%, tem idade inferior a 35 anos. (Tabela 1). Conforme estudo de demografia médica (SCHEFFER, 2020) realizado no Brasil, está ocorrendo um aumento significativo da participação feminina no contingente de profissionais médicos, em especial nas faixas etárias mais jovens, onde já são maioria até 29 anos (58,5%) e entre 30-34 anos (53,3%). Na especialidade de MFC, o percentual de mulheres é de 58,3%. Em relação a cor autodeclarada, neste mesmo censo foi verificado em nível nacional, conforme o último Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) um percentual de 67,1% de brancos, 3,4% de pretos, 24,3% de pardos, 2,5% de amarelos e 0,3% de indígenas. O Censo mostra que houve aumento gradual do percentual de alunos autodeclarados pretos e pardos: em 2013 eram 23,6%; em 2016, representavam 26,1% e, em 2019, eram 27,7% do total. Estes números são próximos do perfil registrado na entrevista pelos participantes.

A grande maioria dos respondentes obteve formação pelos PRMFC (88,7%, 56 preceptores). Quatorze (29%) dos participantes tem nível de mestrado e um (1,5%) nível de doutorado. Dentre os locais de atuação atual, vinte e nove (46,8%) atuam no PRMFC da UERJ, vinte e cinco (40,3%) no PRMFC da SMS-RJ, cinco (8,1%) no PRMFC da UFRJ e três (4,8%) no PRMFC da FIOCRUZ. Vinte e seis (41,9%) dos preceptores que responderam ao questionário tem no máximo 1 ano de preceptoria, enquanto dezoito (29%) tem entre 2 a 4 anos e dezoito (29%) mais de 5 anos. (Tabela 2)

Tabela 1 - Dados dos Participantes

	PARTICIPANTES	
	Número (N-62)	Percentual
Sexo/ Gênero		
Feminino	39	62,9%
Masculino	23	37,1%
Cor		
Branca	44	71,0%
Parda	12	19,4%
Preta	5	8,1%
Amarela	1	1,5%
Idade		
26-30 anos	10	16,1%
31-35 anos	30	48,4%
36-40 anos	13	21,0%
41-45 anos	4	6,5%
Acima de 45 anos	3	4,8%
Não informado	2	3,2%

Fonte: O autor (2020)

Tabela 2 – Local de formação e atuação (continua)

	PARTICIPANTES	
	Número (N-62)	Percentual
Local de Formação		
UERJ	25	40,3%
SMS RJ	22	35,5%
FIOCRUZ	3	4,8%
UFRJ	2	3,2%
GHS (RS)	2	3,2%
PM Niterói	1	1,5%
USP	1	1,5%
Não fez PRMFC	6	9,7%
Local de atuação		
UERJ	29	46,8%
SMS RJ	25	40,3%
UFRJ	5	8,1%
FIOCRUZ	3	4,8%
Grau de formação		
PRMFC	41	66,1%
Mestrado	14	22,6%
Doutorado	1	1,5%
TEMFC (sem PRMFC)	6	9,7%

Tabela 2 – Local de formação e atuação (continuação)

	PARTICIPANTES	
	Número (N-62)	Percentual
Tempo de experiência em preceptoria		
Menos de 1 ano	16	25,8%
1 ano	10	16,1%
2 anos	4	6,5%
3 anos	6	9,7%
4 anos	8	12,9%
5 anos ou mais	18	29,0%

Fonte: O autor (2020)

5.1.2 Formação em Abordagem Familiar

Para a avaliação de competências em Abordagem Familiar, neste questionário, utilizamos a publicação Currículo Baseado em Competências (CBC) para a MFC (SBMFC, 2015), que, conforme já referido no capítulo de Fundamentação Teórica, divide as competências em pré-requisitos, o essencial, o desejável e o avançado em relação as competências da MFC.

Dentre aqueles que realizaram PRMFC, 40,3% referirem ter recebido mais de 30 horas de aula acerca de abordagem familiar (AF) durante o PRMFC, entretanto, 35,5% referiram menos de 10 horas de aula no tema, o que demonstra diferenças em relação ao tempo dedicado às aulas teóricas em abordagem familiar entre PRMFC distintos.

5.1.3 Importância da Abordagem Familiar

A importância da AF para a prática da MFC foi amplamente referida pelos participantes. Mais de 75% deram nota máxima, dez, sendo a nota menor registrada a de sete (em uma escala de 0-10).

Isto demonstra a compreensão dos preceptores dos PRMFC na relevância do tema na formação e prática em MFC. A prática da AF qualifica o cuidado dos indivíduos e das famílias, sendo fundamental na capacitação do profissional em MFC. Segundo McWhinney (2010), a importância da família para o profissional em MFC é inerente ao paradigma da MFC, que não separa a doença da pessoa nem a pessoa do ambiente. O profissional em MFC compreende a importância das relações

humanas na experiência do adoecimento e reconhece que o desenvolvimento da pessoa ocorre primordialmente na sua família. (McWHINNEY, 2010, p.229)

5.1.4 Análise das competências em Abordagem Familiar

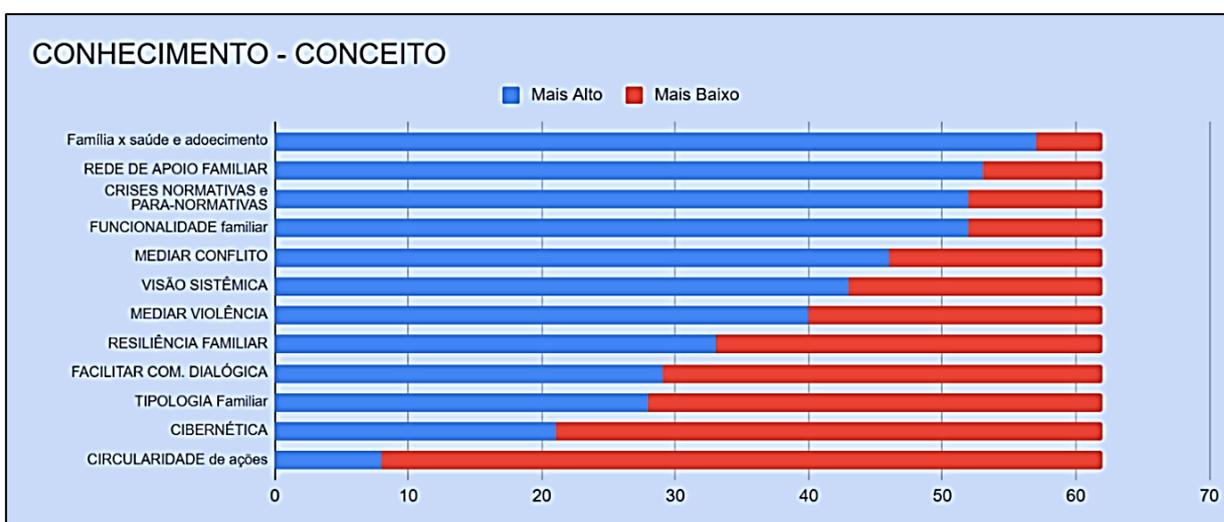
Os 4 conceitos do questionário considerados pelos respondentes de maior domínio/ conhecimento por parte dos preceptores foram:

- O papel da família no processo de saúde-adoecimento (91,9%);
- A importância da rede de apoio familiar (85,5%)
- A identificação de crises normativas e para-normativas (83,9%);
- A funcionalidade das famílias (83,9%).

Os 4 conceitos do questionário considerados pelos respondentes menos conhecidos/dominados foram:

- A facilitação de uma comunicação dialógica (46,8%),
- A tipologia familiar (45,2%),
- A cibernética de primeira e segunda ordem (33,9%)
- A circularidade de ações em uma AF (12,9%). (Gráfico 1)

Gráfico 1 – Domínio de conceitos em Abordagem Familiar



Os conceitos de circularidade das ações e cibernética de primeira e segunda ordem, são conceitos relacionados a teoria geral dos sistemas. A cibernética e seus

pensadores, contrapõe-se ao modelo mecanicista e linear do pensamento cartesiano, antes vigente na Ciência. Estes conceitos vieram de ciências mais “duras” como a física, sendo incorporadas a terapia familiar sistêmica e dizem sobre padrões de funcionamento, capacidade de reorganização, auto-regulação dos sistemas (RAPIZO, 2002). Para a sua apreensão pelos profissionais em MFC, exigem uma base teórica em visão sistêmica e, parecem ser conceitos que mais necessitam ser trabalhados nos PRMFC. Curiosamente, a tipologia familiar, que diz sobre as características das famílias, nuclear, estendida, monoparental, homoparental, sem filhos, reconstituída, etc... também foi de menor domínio entre os preceptores participantes. Curioso ainda é que mediar conflitos ou violência foram conceitos referidos como mais conhecidos/ dominados do que facilitar uma comunicação dialógica, sendo que este último conceito está na base da mediação de conflitos ou violência.

As 4 ferramentas do questionário consideradas pelos respondentes de maior conhecimento/ domínio foram (Figura 1 e Gráfico 2):

- GENOGRAMA (96,8%),
- CICLO FAMILIAR (93,5%),
- ECOMAPA (90,3%) e
- CÍRCULO FAMILIAR (75,8%).

As 4 ferramentas do questionário menos conhecidas/ dominadas relatadas foram (Gráfico 2):

- LINHA DA VIDA (46,8%),
- APGAR FAMILIAR (35,5%),
- PRACTICE (21%) e
- FIRO (16,1%). (Gráfico 2)

Figura 1 – Quatro Ferramentas mais conhecidas/ dominadas

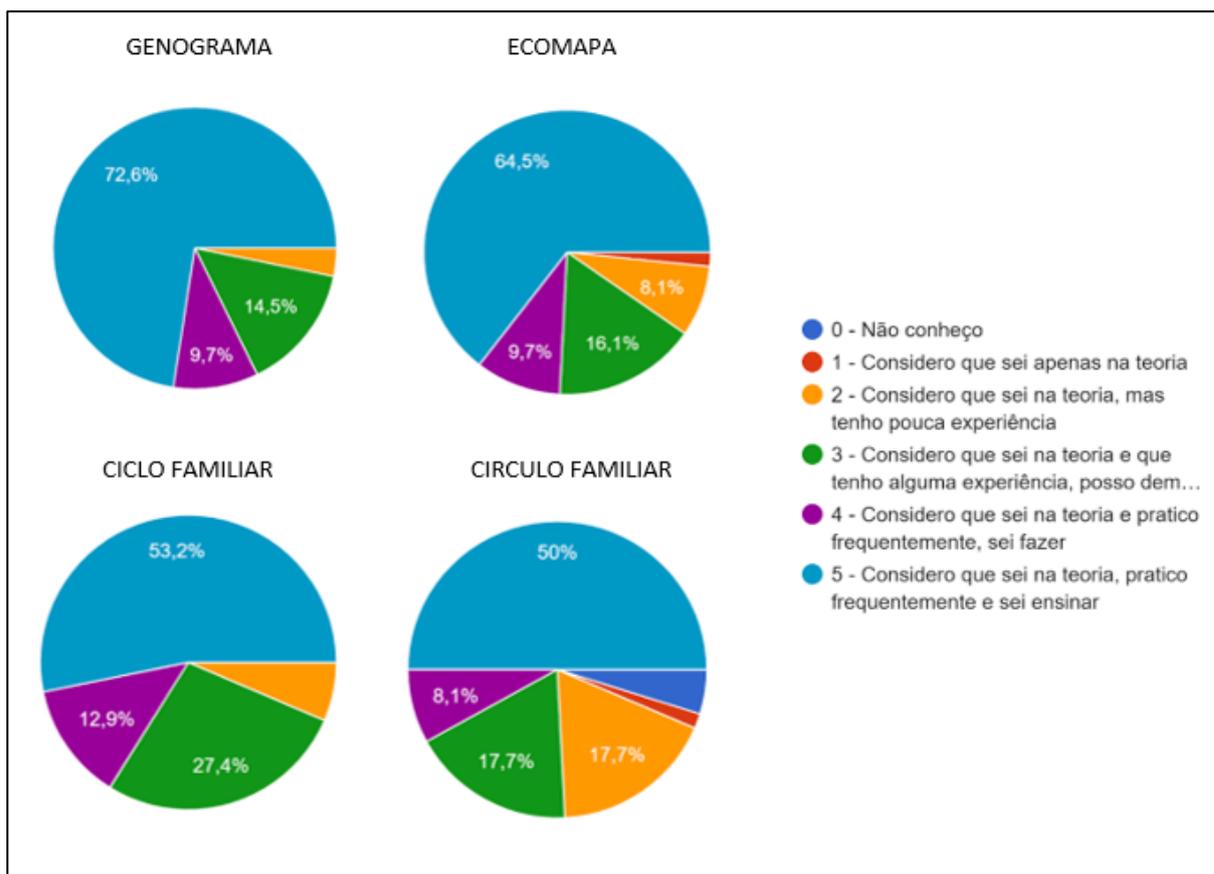
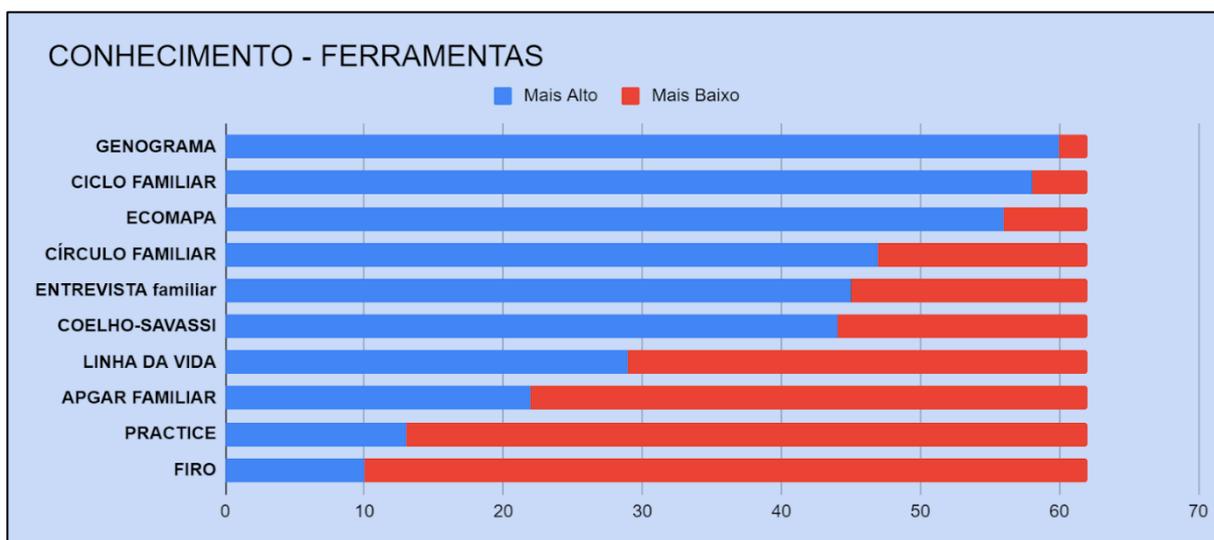


Gráfico 2 - Domínio das Ferramentas em Abordagem Familiar



5.1.5 Competência Cultural

Para avaliar a dificuldade em lidar com famílias que tenham valores culturais e comportamentais que se contraponham aos seus, foi proposta uma escala linear de 0 a 10 (nenhuma dificuldade a muita dificuldade).

Obtivemos uma média de 4,35 e a mediana de 4. Foi solicitada a justificativa para a resposta dada.

Quanto aos aspectos facilitadores para lidar com famílias de valores culturais que contraponham aos seus, foram citados:

- Interesse; motivação; ampliar capacidades; momento de encontro entre pessoas;
- A importância de estratégias de comunicação; o método clínico centrado na pessoa (MCCP); a utilização de ferramentas como o manejo no Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Trabalho de self para evitar impor valores; respeito e desafio pelo exercício ético; evitar julgamentos; questionar as próprias lentes; a busca de empatia e sensibilidade como exercício diário;
- O tempo de formação e experiência;
- A atenção; o cuidado; o vínculo e a longitudinalidade;
- A ideia de pedir ajuda aos familiares para compreender melhor as diferenças;
- A presença na equipe de outros atores, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- Os aspectos dificultadores citados foram:
- A opressão; a violência;
- Lidar com mulheres violentadas e submissas;
- Os valores eurocêntricos, patriarcais e heterossexuais; se despir de julgamentos e valores inconscientes;
- A dificuldade de entender a importância da escuta imparcial e de propor intervenções terapêuticas que se opunham aos próprios princípios; entraves de linguagem; a ambivalência no sentimento de fazer o que é “bom” sem estar impondo.
- Lidar com humanismo diante de valores não-humanistas,

- Lidar com religião distinta,
- Conhecer pouco às famílias; as transformações permanentes dos modelos familiares.

Segundo Barbara Starfield (1992), conforme já referido, são quatro os principais atributos da atenção primária: o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação dos cuidados. A “competência cultural”, aspecto avaliado nesta questão, é um dos atributos derivativos da atenção primária descritos, juntamente a “centralização na família” e a “orientação para a comunidade”. É importante que o profissional de saúde reconheça as características culturais dos diversos grupos sociais e as necessidades especiais de grupos minoritários que podem não estar em evidência, especialmente no tocante ao processo saúde-doença. Este atributo derivativo está intimamente ligado ao conceito de integralidade, que pressupõe o reconhecimento pela APS da variedade completa das necessidades do paciente de forma a disponibilizar os recursos adequados para abordá-las. (STARFIELD, 1992)

Não há consenso na definição de “cultura” mesmo entre os antropologistas. Talvez uma boa definição que se encaixa com a competência cultural é a que traz Spencer-Oatey: (GOUVEIA et al)

“Um conjunto difuso de premissas e valores fundamentais, orientações para a vida, crenças, políticas, procedimentos e convenções comportamentais que são compartilhadas por um grupo de pessoas e que influenciam (mas não determinam) o comportamento de cada membro e suas interpretações do “significado” do comportamento de outras pessoas.”

Os próprios profissionais em MFC carregam em si suas bagagens de cultura, que em geral diferem de forma variável das bagagens que carregam as pessoas, famílias e comunidades de quem cuidam. Em centros urbanos, onde ocorre a maior diversidade de grupos, isto fica ainda mais evidente.

É fundamental para o profissional em MFC ter boa comunicação com o paciente e a família e o MCCP é um método que ajuda muito no sentido de diminuir os ruídos e interferências que possam surgir em relações entre culturas distintas. Da

mesma forma a utilização das ferramentas de abordagem familiar auxiliam na facilitação da comunicação intercultural. Mas para se atingir a competência cultural, apesar de facilitar em muito a comunicação dos profissionais de saúde com as pessoas que atendem, o MCCP ou as ferramentas de abordagem familiar não são suficientes. É preciso para tal, além da orientação para o cuidado dos indivíduos e famílias, ter em mente a equidade no cuidado, para que se contemplem os grupos minoritários. (GOUVEIA, et al)

O desenvolvimento da competência cultural é foco de estudo que merece grande atenção, em especial para o desenvolvimento do profissional em MFC. Terrell R.D. e Lindsey R.B. (2009) descrevem um *continuum* de competência cultural que percorre desde a “destrutividade cultural” quando há uma atitude pela destruição de outras culturas, já que a cultura própria é a que importa; a “incapacidade cultural” quando não há um esforço pela destruição de outras culturas, mas se estima a própria cultura acima de todas as outras, assumindo frequentemente atitudes preconceituosas; a “indiferença cultural”, quando não se percebe a importância da diversidade cultural e as desigualdades existentes; a “pré-competência cultural” quando se reconhece as limitações em relação às próprias habilidades comunicacionais e o quanto isto pode interferir nas relações interculturais e há a intenção de aprimorar estas habilidades; a “competência cultural” quando há maior esforço e flexibilidade em adaptar-se a uma cultura diversa, criando ambiente acolhedor e propício a uma boa relação e finalmente, a “proficiência cultural”, quando se valoriza a cultura do outro e tem como base o entendimento das relações humanas, sendo capaz de interagir e comunicar-se de forma efetiva em grupos diversos. (TERRELL, et al, 2009 apud GOUVEIA, et al, 2019, p.86).

5.1.6 Visitas domiciliares e Abordagem Familiar

Para avaliar a frequência que se utiliza as Visitas Domiciliares para realizar Abordagem Familiar, foi proposta também uma escala linear de 0 a 10 (nenhuma a muita). Obtivemos uma média de 6,1 e a mediana de 6.

A visita domiciliar é um momento propício para a abordagem familiar, já que permite um ambiente mais protegido de interferências externas, onde ocorrem a maior parte das interações familiares que serão abordadas, além de melhorar a percepção

e compreensão pelo profissional de saúde destas relações pelo conhecimento deste ambiente. Traz ainda, uma oportunidade de aproximação à realidade que dificilmente seria compreendida no atendimento ambulatorial, além de possibilitar avaliação da interdependência dos membros da família e possibilitar o suporte emocional nos relacionamentos (DIAS, 2019). As respostas indicam que a visita domiciliar poderia ser mais utilizada para este intuito. Talvez em função da Pandemia do COVID 19, quando estas atividades foram reduzidas pela indicação de quarentena e isolamento social, pode ter havido uma interferência no resultado final, mas a percepção é de que a abordagem familiar em domicílio deva ser incentivada.

5.1.7 Desafios para o exercício da Abordagem Familiar

Foram questionados os principais desafios para o exercício da Abordagem Familiar na ESF e MFC em pergunta de texto.

Vários aspectos foram retratados aqui e optamos em utilizar aqui uma análise de conteúdo, seguindo os preceitos de Bardin. Dividimos as respostas em 4 aspectos:

- Desafios estruturais,
- Desafios na qualificação profissional,
- Desafios no processo de trabalho e
- Desafios sócio-políticos.

Dentre os desafios estruturais foram citados:

- as equipes reduzidas com a demanda aumentada, com grande quantidade de pessoas vulneráveis e a pressão assistencial verticalizada sem a possibilidade de controle,
- o fato de não ter espaço “neutro” para a abordagem, a dificuldade de local adequado em tempos de pandemia,
- os 4-5 turnos de atendimento por residente que comprometem a longitudinalidade e o processo de aprendizagem na prática.

Gostaria aqui de ressaltar que a diminuição do número de profissionais e equipes na gestão da Prefeitura que termina em 2020, ano em que a pandemia de COVID 19 assolou a população carioca foi altamente prejudicial para a assistência como um todo. Em relação a abordagem familiar não foi diferente, já que houve uma

diminuição importante das visitas domiciliares e mesmo na procura das famílias às clínicas da família pela situação de quarentena.

Quanto à suposta perda de longitudinalidade pelo tempo de atuação na residência, é discutível. De fato, o residente tem prazo de dois anos de atuação junto as equipes. Mas o vínculo da população atendida deve se dar – de forma contínua – com a equipe multidisciplinar, valorizando o princípio de transversalidade referido na Política Nacional de Humanização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), que reconhece a importância das diferentes especialidades para as práticas de saúde de forma corresponsável e os demais profissionais das equipes a princípio permanecem.

Dentre os desafios ligados a qualificação profissional foram citados:

- Não conhecer a “intimidade familiar”, a necessidade de mais estudo e adequação das ferramentas para uma melhor prática, o modelo de ensino ainda biomédico, a falta de conhecimento técnico para entrevistas, a pouca compreensão da visão sistêmica e do paradigma da complexidade, o entendimento da integralidade de forma muito individual, a insegurança do preceptor para o ensino da AF para os residentes.
- As dificuldades em confrontar realidades distintas, as dificuldades dos relacionamentos humanos, não saber atuar com mediação de conflitos e de violência ou ser facilitador de diálogo,
- A falta de compreensão da importância da AF pelo próprio profissional e pela população, os outros profissionais da equipe sem preparo adequado, a necessidade de mais profissionais treinados que facilitem o ensino teórico-prático em AF, a literatura pouco adaptada a nossa realidade,
- A pressão por resolução rápida de problemas biomédicos com uma demanda produtivista, centrada no diagnóstico e no tratamento de doenças, o desconhecimento da possibilidade de abordar famílias também no atendimento individual, o desconhecimento de que não se requer obrigatoriamente um tempo longo para a abordagem familiar.

Para os desafios ligados ao processo de trabalho foram citados:

- A grande demanda assistencial, o tempo das consultas, as dificuldades em estabelecer encontros mais frequentes com tempo adequado, preceptores precisando dar conta da demanda,
- Os procedimentos burocráticos, o tempo escasso para organizar o processo de trabalho, as dificuldades em sair da unidade, a dificuldade em trazer as famílias para o consultório, a pouca utilização da AF em visitas domiciliares,
- A lógica da gestão pouco voltada para abordagem familiar e comunitária, a má gestão de agenda, o mal-uso da longitudinalidade, a necessidade de estruturar melhor as equipes para o trabalho conjunto e para o acionamento de rede de apoio,
- A pandemia de COVID 19 que afeta o processo de trabalho.

Dentre os aspectos sócio-políticos foram citados:

- A falta de reconhecimento da importância dos profissionais de saúde e gestores da APS,
- O aumento da violência nos territórios de atuação, a grande vulnerabilidade social,
- A instabilidade institucional da APS,
- A reestruturação/ desmonte da APS na última gestão municipal, com cortes e diminuição de equipes e profissionais e a precarização do trabalho, fazendo com que o atendimento se desloque para urgências.

Diante da recente crise econômica que se estabeleceu na cidade do Rio de Janeiro em 2018, a decisão da gestão municipal foi de reduzir equipes de saúde da família, no intuito de diminuir gastos. Houveram resistências a esta decisão da Prefeitura, mas não foi interrompido o processo. A cidade do Rio de Janeiro, que se destacou pelo grande desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) na gestão anterior, sofre então este desmonte, que para a cidade, especialmente com a Pandemia de COVID 19 em 2020, leva a sobrecarga de atendimento, que já havia sido em muito prejudicado, além de atrasos de pagamento, e da diminuição e desfiguração das equipes com demissões e cortes. O Rio de Janeiro é uma cidade que tem muita ressonância no País e existe o risco de que este desmonte repercute negativamente em todo o Brasil. (MELO et al, 2019). Esta decisão política repercutiu diretamente na estrutura e nos processos de trabalho da ESF do município, mas também na própria qualificação profissional dos nossos residentes em MFC. Houve

certamente ainda uma diminuição da atuação junto as famílias e comunidades, com o trabalho mais voltado para a consulta individual, feito em geral com grande sobrecarga dos profissionais pela demanda aumentada.

5.1.8 Facilidades para o exercício da Abordagem Familiar

As principais facilidades para o exercício da Abordagem Familiar na ESF e MFC em respostas de textos apontaram:

- A territorialidade, o vínculo e proximidade com as famílias, a longitudinalidade do cuidado,
- O conhecimento e uso de ferramentas de AF, a possibilidade de fazer AF em visitas domiciliares,
- A presença dos agentes comunitários em saúde (ACS) nas equipes, a possibilidade do trabalho multiprofissional, as reuniões de equipe para coordenação de cuidados.
- O ambiente de ensino dos PRMFC.

5.1.9 Motivação profissional para realizar AF e preceptoria em AF

Foi questionado em escala linear a motivação tanto na realização de AF, quanto na preceptoria em AF.

A motivação para a realização de AF, a média foi de 8,4 e a mediana de 8,5.

A motivação para o exercício da preceptoria em AF obteve como média 8,5 e a mediana de 9.

As justificativas da motivação para a realização da AF citadas foram:

- Ser fundamental para o cuidado,
- Ser inerente à prática e às competências do MFC,
- Poder atuar melhor junto às famílias disfuncionais e
- O gosto especial pelo tema.

As justificativas elencadas para o exercício da preceptoria no tema foram:

- Ser uma ferramenta/ estratégia fundamental ao cuidado,
- Ser uma formação fundamental da MFC,
- A importância de promover o “olhar sistêmico” para os residentes e sensibilizá-los para o tema, além de estabelecer como prática fundamental da MFC,
- A percepção de que melhora o cuidado, de que favorece o vínculo e o entendimento melhor da dinâmica familiar,
- De ser importante na condução de casos complexos e na promoção à saúde das famílias.

Alguns, entretanto, registraram suas dificuldades para esta motivação:

- Dificuldades/ insegurança para ensinagem e condução de casos mais complexos,
- A percepção de o tema não ser valorizado em alguns PRMFC e
- A percepção de pouca motivação dos residentes no assunto.

Verifico com estes resultados que a AF é considerada muito importante na qualificação do profissional em MFC, que deveria ser melhor estudada e explorada, incluindo aqui o maior aprofundamento teórico-prático na utilização de ferramentas e conceitos fundamentais para o tema.

Houve fatores políticos e estruturais com repercussão nos processos de trabalho que prejudicaram esta prática assim como toda a assistência na APS nos últimos anos, que esperamos possam ser modificadas e aprimoradas nas próximas gestões municipais.

Houve a percepção de que a maior qualificação dos preceptores é essencial e que existe grande motivação dos profissionais neste sentido. Além disso, existe a necessidade de refletir sobre os processos de trabalho que possam favorecer a maior prática da AF na APS.

A partir destas considerações, pudemos elaborar questionamentos para o aprofundamento do tema nos grupos focais, numa segunda etapa desta pesquisa.

5.2 Grupo Focal

Como citado, foram realizados dois grupos focais, que transcorreram conforme a metodologia.

Os objetivos de problematizar e aprofundar os resultados obtidos na primeira fase da pesquisa, a busca de sugestões e diretrizes gerais e metodológicas para o aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem dos PRMFC em Abordagem Familiar no cotidiano das ações da ESF/APS, foram atingidos de forma satisfatória.

Os registros foram realizados a partir de gravação pela própria plataforma Zoom, sendo transcritos *ipsis litteris* e avaliados em análise do conteúdo, seguindo os preceitos de Bardin (2016). Inicialmente foi realizada uma pré-análise com leitura das transcrições dos áudios. A partir daí, ocorreu a definição das informações para referência, formulação das hipóteses e elaboração de categorias de análise, conforme o estudo do tema, correlacionando com os objetivos da pesquisa.

Considera-se que os grupos focais realizados nesta pesquisa atingiram os objetivos de permitir maior problematização e aprofundamento da entrevista semiestruturada, na direção de buscar subsídios para as diretrizes gerais e metodológicas para o aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem dos PRMFC em Abordagem Familiar no cotidiano das ações na ESF/APS.

As perguntas norteadoras apresentadas no momento do grupo focal foram:

- Quais os aspectos estruturais que precisam ser melhorados para que a prática da AF seja mais realizada?
- Como podemos melhorar os processos de trabalho para incluirmos mais esta prática?
- Quais os conceitos e ferramentas que devem ser priorizados no processo de ensinagem da AF?
- Como elaborar um plano de estudo e aprimoramento de preceptores para qualificar a ensinagem do tema nos PRMFC?

A partir das respostas e da análise de conteúdo, foram constituídas quatro categorias que abrangem as 4 dimensões essenciais para que possa alcançar o aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem nos PRMFC e a prática da Abordagem Familiar na ESF/APS. São elas:

- a. aspectos estruturais necessários para aplicação da AF;
- b. melhoria dos processos de trabalho para maior aplicação da AF;
- c. aspectos sócio-políticos desejáveis que propiciem a qualificação profissional, estrutura e processos de trabalho na direção da AF;
- d. qualificação profissional, ou a busca do aprimoramento dos preceptores e em consequência dos PRMFC em abordagem familiar (AF) e priorização de conceitos e ferramentas em AF;

Serão tratados inicialmente os aspectos relacionados às dimensões a, b e c (sócio-políticos, estruturais e de processos de trabalho). Em seguida, as propostas trazidas a partir das reflexões sobre a dimensão d – em respeito à qualificação profissional e diretrizes gerais para um plano de estudo visando atingir estes objetivos.

5.2.1 Aspectos sócio-políticos

5.2.1.1 Instabilidade das políticas de governo, agravadas pela Pandemia da Covid-19

GF A4: “...por que que a atenção primária ainda é tão influenciada por políticas de governo e não é ainda política de estado? Por que que ainda não é um negócio tão sólido no nosso país?”

GF A5: “A precariedade do trabalho também, né. Acho que isso é fundamental, ficou claro como um prefeito em quatro anos, conseguiu destruir unidades, que foram montadas com tanto carinho, com tanta dedicação e com coisas que chamavam a atenção, não só do Brasil, qualquer pessoa do mundo.”

Conforme referido na análise da pesquisa semiestruturada, a crise financeira e a reestruturação/ desmonte da APS que se sucedeu na gestão anterior a vigente atualmente, ainda nos traz problemas, pela diminuição que ocorreu dos profissionais de APS que eram e são tão fundamentais, especialmente em período de pandemia.

Os agentes comunitários foram reduzidos e com isto a inserção da APS nas Comunidades perdeu espaço. Equipes foram reduzidas e com isto, menos profissionais na assistência em todos os níveis da APS. A visão numérica, quantitativa, voltada para a diminuição de custos, em detrimento da qualidade dos serviços da APS agravou-se muito com a pandemia de COVID 19, exigiu desdobramento de funções dos profissionais, agora necessários tanto para o

diagnóstico precoce, busca ativa de contatos e seleção de casos graves de COVID 19 desde 2020, como neste ano de 2021, para o processo de vacinação emergencial que a pandemia demanda.

Aos poucos as equipes estão sendo recompostas numericamente, mas as sequelas do desmonte ainda repercutem no processo de trabalho. Atividades que qualificam a APS, como grupos de convivência e as abordagens familiares e comunitárias só agora no segundo ano da pandemia tem se reiniciado, ainda que de forma cuidadosa e esparsa. A pandemia fez ainda com que o trabalho passasse a ter um viés mais biomédico pelo foco na doença que as atividades da assistência requeriam para um quantitativo grande de pacientes. Houve ainda, uma diminuição de atendimentos de grupos prioritários, que seja por orientação da própria assistência, direcionada para o atendimento de COVID 19, seja por receio de contágio, deixaram de frequentar as unidades de saúde, criando uma demanda reprimida que a APS precisa dar conta, na medida que vá retomando a assistência adequada.

GF B3: “eu acho que a pandemia piorou... piorou muito a nossa abordagem familiar assim, a quantidade, a qualidade, o nosso foco familiar. Apesar de ser um momento de intenso sofrimento mental, físico, pras pessoas. E muitas pessoas em luto... Eu acho que a gente andou pra trás nesse sentido. A gente saiu um pouco do paradigma biopsicossocial e foi mais pro biomédico.”

A abordagem familiar assim como a comunitária, se caracterizam pelo encontro de pessoas, encontro dialógico de narrativas, mediadas por profissional de saúde. O distanciamento e isolamento social essenciais ao combate à Pandemia, trouxeram a necessidade na adaptação do atendimento tanto individual, como familiar e em grupos. O Telessaúde foi uma adaptação dos sistemas de saúde para esta adversidade. Entretanto, até a pandemia, não havia ainda um marco regulatório para esta modalidade de atendimento. O atendimento a distância não pode ser substitutivo do presencial, por vários fatores, inclusive relacionados aos diferentes e ampliados processos comunicacionais permitidos em presença, afetando a relação profissional-pessoa, mas pode ser uma alternativa complementar em atendimentos individuais que possam prescindir de um exame físico, para pessoas com melhor acesso à tecnologia de informação e comunicação (CAETANO et al, 2020). Entretanto, as atividades de caráter familiar e/ou comunitário, com mais pessoas envolvidas, geram mais dificuldades de serem desenvolvidas a distância, especialmente no nosso contexto de grande desigualdade socioeconômica e exclusão digital.

Durante a pandemia, havia ainda a óbvia necessidade de voltar o olhar para a doença pandêmica, altamente contagiosa e de elevada mortalidade associada. A organização em ambientes externos, o distanciamento físico do profissional de saúde com as pessoas e a busca mais rápida na resolução dos problemas trazidos nas consultas pode ter levado os profissionais a uma atuação mais biomédica. Isto incomodou muito os preceptores cientes de que esta mudança de paradigma, do biomédico para o biopsicossocial, é uma das principais atribuições para a formação de um bom MFC. Apesar disto, cientes da importância, houve tentativas de manter o foco sistêmico:

GF A5: "... às vezes condizente ou não, atendendo os pacientes com suspeita ou síndrome gripal, eu comecei a fazer familiograma nos pacientes que chegavam com COVID. Eu falei, "caraca", não, eu vou fazer familiograma, não é possível que eu continue fazendo a mesma coisa que todo mundo faz? Eu tenho que fazer um pouquinho diferente até pra mim mesmo, não pra os outros."

GF B3: "... essa questão da abordagem familiar, eu acho que faz parte da luta do médico de família. A luta pela mudança de paradigma. É uma luta... de fazer as pessoas entenderem que isso existe... a população como um todo é muito acostumada a outro paradigma."

GF B2: "Como é que a gente briga com esse olhar protocolar, com esse olhar biomédico, assim, pra trazer um outro tipo de cuidado pra essas pessoas que estão sofrendo? Que estão sofrendo o luto. Que estão sofrendo com o medo. Que estão sofrendo com perder o emprego. Que estão sofrendo com o isolamento."

O objetivo deste trabalho não é uma avaliação mais aprofundada das influências sócio-políticas na qualificação da APS, mas obviamente, o desmonte ocorrido na APS do Rio de Janeiro afetou em muito, negativamente, a atuação da APS especialmente em período de pandemia. O que ocorre no âmbito sócio-político interfere diretamente na estrutura, nos processos de trabalho e na qualificação profissional, este último aspecto o mais importante desta pesquisa, por entendermos que a abordagem familiar é um diferencial de qualidade na formação e atuação da APS e do profissional em MFC em especial.

GF A1: "... achei curioso agrupar, naqueles quatro, vamos dizer assim, grupos principais de dificuldade. Teve sócio-político, estrutural, processo de trabalho e a qualificação profissional (referindo-se à apresentação da pesquisa semiestruturada). É claro que cada um deles existe um pouco por si, mas dá pra fazer uma gradação assim, do sócio-político, abrangendo todos eles e que acabam interferindo no estrutural, que acaba interferindo no processo de trabalho, que acaba interferindo na qualificação profissional..."

Cabe aqui apenas ressaltar a atuação negligente frente a pandemia de COVID 19, em especial do governo federal deste mandato que presenciamos. Esta postura negacionista diante da Ciência, apesar da gravidade escancarada pelo número elevadíssimo de óbitos neste país, interferiu negativamente nas ações de prevenção e promoção à Saúde frente a doença pela APS em um SUS cronicamente subfinanciado e sobrecarregou mais os profissionais de saúde já extenuados. Esta atuação ou falta de atuação, com atitudes e narrativas desencontradas com a realidade, recheadas de notícias falsas, confundem, enganam e matam (GIOVANELLA et al, 2020).

5.2.2 Aspectos estruturais

5.2.2.1 Infraestrutura predial das unidades para a prática da Abordagem Familiar

Um dos aspectos gerencias mais importantes, por interferir diretamente nos processos de trabalho e na qualificação dos profissionais é a estrutura. Estrutura de recursos físicos e recursos humanos. Sistemas de saúde efetivos exigem uma mistura de profissionais competentes, em quantidade adequada e instalações projetadas para as necessidades do local, com recursos disponíveis e custos suportáveis (KIDD, 1996). Os espaços e aparelhagem para o atendimento na ESF/ APS devem propiciar um atendimento integral, com resolutividade e confidencialidade. É parte importante da estrutura física a previsão de espaços para coleta de dados, sistemas ágeis, que facilitem o acesso do e ao usuário, equipamentos e programas que evitem a necessidade de retrabalho, com funcionamento adequado e manutenção adequada.

Em relação a estrutura básica, os consultórios de atendimento, receberam críticas dos preceptores:

GF A2 "...consultório, que mal cabe os instrumentos lá dentro, como é que eu vou colocar uma família ali dentro pra fazer uma entrevista familiar? ... Nos consultórios que a gente tem, não cabe não. Só se for um casal, aí até cabe, mas família mais numerosa, não tem como não."

GF A1 "... me recordo por exemplo de abordar mãe e filha e, uma grande dificuldade da estrutura, mais do que o tamanho, era a questão do barulho, do som, sabe... eu acho que o problema acontece quando esses consultórios conseguem se entreouvir entre si. A questão do espaço físico, me faz muito menos falta do que a questão da privacidade.

Nas unidades de APS, os espaços de consultório são tradicionalmente pensados para o atendimento individual. Muitas vezes são pequenos inclusive para este atendimento, com pouco espaço para o movimento das pessoas entre maca, balanças, mesa, cadeiras, armário. A acústica dos consultórios, especialmente naqueles de construção rápida, em containers por exemplo, é pouco adequada para que sejam tratados temas particulares, que exigem privacidade. Por vezes temos que buscar outros espaços:

GF A3 “Eu já tive oportunidade de fazer atividade, é, abordagem familiar em pé, do lado de fora da casa, porque não dava pra caber todo mundo em casa. E todo mundo foi pra fora e a gente conseguiu conversar no quintal, isso sim é uma abordagem familiar, né.”

GF A4 “... o outro é de disponibilidade... porque a gente tem um consultório por equipe e eu tenho quatro residentes na equipe, em uma equipe, dois residentes médicos e dois de enfermagem, e dois preceptores, eu e uma preceptora de enfermagem, então só de equipe técnica, nós somos seis pessoas, pra um consultório, no máximo dois, às vezes... aí a gente marca com a família e faz na sala de ultrassom, na sala do raio x, do lado de fora da unidade ou, quando consegue, faz em visita domiciliar.”

5.2.2.2 População adscrita e territorialização

Um aspecto importante e que impacta diretamente no processo de trabalho e é a cobertura da população atendida por equipe, no território. Conforme refere Faria (2018):

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um sistema público fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde. Toda arquitetura desse projeto é alicerçada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade descritos nos dispositivos constitucionais do direito de todos a saúde, não importa em qual ponto do território a pessoa esteja, e do dever do Estado de oferecer as possibilidades da sua efetivação. (FARIA, 2018)

Antes mesmo da desestruturação havida com a redução de profissionais e de equipes na gestão do prefeito Crivella (2017-2020), já havia unidades com cobertura assistencial elevada, especialmente considerando as situações de grande vulnerabilidade social da população, na maior parte dos territórios. Entretanto, o impacto durante o governo Crivella foi maior e agravado pela pandemia de COVID-19. É essencial considerar o princípio da equidade na distribuição da população de

um território pelas equipes. Segundo Faria (2013), a territorialização que tem sido feita no Brasil, frequentemente não parte do território, mas sim dos serviços de saúde e sua capacidade de oferta. Acaba com isto obtendo um viés pragmático e, não raro, burocrático. A demanda de equipes com população vulnerável é maior bem maior em comparação àquelas de melhor condições de moradia e maior poder aquisitivo. Neste sentido equipes com população mais vulnerável deveriam ter uma população menor que equipes de maior poder socioeconômico. Esta heterogeneidade socioeconômica dentro da mesma área não é incomum na cidade do Rio de Janeiro. A recomposição das equipes, ainda em processo, além de se fazer necessária, deve contemplar esta questão:

GF A2 "... o processo de territorialização, precisa ser melhorado, pra que? Pra que as equipes sejam mais adequadas, com número de pessoas de acordo com a vulnerabilidade do território. Então, as equipes precisam ser menos inchadas ... elas estão muito inchadas, mesmo."

GF B2 "...um ponto de partida (em resposta à pergunta norteadora) é a questão do quantitativo de pessoas por equipe. Eu tenho uma equipe na unidade que tem cinco mil e seiscentas pessoas. Então assim, seria impossível pensar em fazer uma boa atenção primária com esse quantitativo. As equipes da residência têm por volta de três mil e quinhentas, três mil e seiscentas pessoas. Mas mesmo assim são as equipes mais vulneráveis do território."

GF B4 "... os agentes comunitários sempre foram muito importantes. A gente teve recentemente uma redução grande."

Outra questão abordada relativa à estrutura é que em algumas regiões, outras instituições / serviços de suporte fundamentais para o cuidado em saúde da população adscrita, se encontram distantes do território e das unidades de saúde em si, gerando dificuldades na articulação intersetorial para atendimento às famílias mais vulneráveis. Além disso, houve críticas acerca dos trabalhos prestados por instituições que seriam essenciais na qualidade de atendimento a estas famílias como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Conselhos Tutelares. Também se refletiu sobre a importância de persistir em buscar a participação no Conselho Gestor local, importante canal de participação da população e trabalhadores junto ao poder público, no que diz respeito à gestão de bens públicos (MATIELI et al, 2020).

GF B2 "... por exemplo, o CRAS referência do meu território fica em Irajá. Também é longe pras pessoas chegarem, né? A gente tá falando das pessoas, por exemplo, que precisam do Bolsa Família, que são muito vulneráveis."

GF B1 "... é difícil estruturalmente, a gente dar assistência e cuidado às famílias, quando não tem um Conselho Tutelar que funciona, quando não tem um CRAS que funciona, quando os assistentes sociais não são valorizados, recebem muito pouco... não dá para pensar em abordagem à família numa cidade que não valoriza as famílias... acho que a gente, no município do Rio, tem muito a progredir, a avançar nas questões da intersectorialidade. E a avançar também na questão da gestão, que pensa famílias e comunidades."

GF B2 "... essa questão dessa articulação intersectorial. A Educação... a gente conseguiu depois. A gente tá funcionando...o Conselho Gestor chamando, a Educação e o CREAS têm ido nos Conselhos. Mas essa última reunião foi a primeira que a gente conseguiu ir numa direção... uma diretora da escola participar... e não foi falta de convite, né? Então: "água mole em pedra dura, tanto bate até que fura." Tipo, a gente fica mostrando assim a importância dessa articulação... De trazer as demandas da Educação, pra gente fazer parcerias, enfim, cuidar das famílias.

5.2.2.3 Registros em Abordagem Familiar e outros de caráter coletivo – avaliação da qualidade na ESF

Outro aspecto estrutural que foi comentado foi a limitação do prontuário eletrônico em permitir registros de abordagem familiar e de grupos. O prontuário eletrônico que está sendo utilizado, assim como a estrutura pensada para os consultórios, prioriza o atendimento individual.

GF B4 "O nosso prontuário é ruim demais, o e-SUS mesmo. Ele não é feito pra abordagem familiar ou pro cuidado às famílias... Ele não identifica o usuário por família. É difícilimo eu "lincar" uma pessoa com a outra. Ele é totalmente formatado pra ser individualizado, pra ser individual. Eu não consigo fazer o Genograma dentro dele. Eu não consigo ter foto da pessoa... A dificuldade de identificar o usuário... comparar, por exemplo, a quantidade de consultas que uma família teve durante o período de um ano... ele tá organizado por consultas. Cada consulta é uma coisa isolada, parece que ela não faz parte, na verdade, de um cuidado que tem início, meio e fim."

Os indicadores de saúde para avaliação dos serviços também têm esta característica, voltada para o atendimento individual:

GF A2 "a gente não tem processos avaliativos e indicadores do nosso trabalho, que valorizem a família enquanto centro de cuidado."

GF B2 "... A gente também pensa em indicadores de saúde muito individuais também, né? E aí eu acho que isso também não induz muito esse pensamento mais pra família. Porque são indicadores em saúde, muito voltados pro atendimento, pra consulta, pra coisa mais individual mesmo."

Em síntese, e em relação aos tipos de atendimento mais facilitados pela estrutura físico-funcional das unidades, ficou claro pelas reflexões e debates advindos dos grupos focais que os preceptores têm críticas quanto ao fato desta estruturação da APS ser muito mais voltada para o atendimento individual e deveria ser melhor

pensada de forma a contemplar as famílias e outros tipos de atendimento em grupo. Também quanto aos registros em prontuário eletrônico e na avaliação das ações da APS, podem ser feitas as mesmas observações. Avaliou-se, adicionalmente, que a intersectorialidade é fundamental para a abordagem das famílias mais vulneráveis e que uma estrutura que promova e propicie articulação entre os diversos setores, como o Conselho Gestor por exemplo, deve ser valorizada.

5.2.3 Aspectos do processo de trabalho

- Como podemos melhorar os processos de trabalho para incluirmos mais esta prática? Como os profissionais da APS podem incluir mais a abordagem familiar nos processos de trabalho e como a gestão pode ajudar neste sentido?

5.2.3.1 Elevada demanda assistencial/ tempo de cuidado diminuído/ burocracia

Na pesquisa semiestruturada, já houve uma referência grande sobre a dificuldade de inclusão das AFs nos processos de trabalho, pela grande demanda assistencial, pelo curto tempo para as consultas e para organização, pelo excesso de burocracia que exige tempo, pela má gestão de agenda, pela dificuldade diante das epidemias que frequentemente temos enfrentado, especialmente a do COVID 19 - que ainda nos afeta. De fato, como todo o processo de trabalho prioriza o atendimento individual e toda a estrutura é construída nesta ótica, como as cobranças de produtividade e avaliação, incluir a AF nos processos de trabalho não é fácil. Os preceptores dos grupos focais sinalizaram também estas dificuldades:

GF A4 "...a questão da pressão assistencial... Até que ponto a gente tenta controlar uma situação que às vezes a população precisa e a gente não consegue lidar e ao mesmo tempo verticalmente, a gestão central coloca determinações pra gente fazer e isso aumenta cada vez mais a nossa demanda por produtividade. Como que a gente lida com isso no dia a dia? Acho que isso é um desafio muito grande - lidar com indivíduo já é difícil, ainda mais quando a gente sai dali pra família, dali pra comunidade... até que ponto essa tentativa do controle, de produtividade intensa, que a gestão acaba colocando, também não atrapalha a gente implementar determinadas melhorias, a nível de competência, de preceptor e de residente..."

GF B2 "... na situação do COVID, de fato a gente teve uma desestrutura grande do processo de trabalho... aí a gente fica assim, atendendo sem

aquela territorialização, sem a responsabilidade sanitária, sem conhecer as famílias.”

GF B3 “... mesmo fora do momento pandêmico, o nosso trabalho é extremamente burocrático. Não que a burocracia não seja importante. Mas o excesso dela, o uso do nosso tempo... já vira um problema estrutural e também no processo de trabalho... atrapalha muito o nosso dia a dia... e tira o nosso tempo pra abordagem familiar, pra trabalhar essas questões com as famílias, trabalhar questões biopsicossociais, como o sofrimento, como o luto.”

5.2.3.2 Visitas domiciliares, reunião de equipe e Abordagem Familiar

A dificuldade de o preceptor estar junto ao residente no atendimento e especialmente nas visitas domiciliares, foi comentado como um problema, que repercute também na prática da AF. Frequentemente os preceptores necessitam atuar na assistência ou gerência e nem sempre conseguem acompanhar os residentes nos atendimentos, em especial em um momento considerado ideal para realização de AF que é a visita domiciliar.

GF B4 “... eu acho que um problema estrutural que existe é o pouco incentivo de ter o preceptor junto com o residente no consultório, fazendo ombro a ombro.”

GF B2 “...a gente precisa garantir alguns espaços que são muito estratégicos pra abordagem familiar. Então, por exemplo, a gente estava no meio da pandemia. E aí tem alguns locais que a gente teve que suspender as visitas domiciliares... vai ser muito mais difícil aplicar a abordagem familiar quando um cenário estratégico, que é o da VD, não pode propiciar a gente desenvolver mais... o R1, por exemplo, ele não tem esse olhar, né? Ele precisa ir desenvolvendo também essa capacidade de olhar a família de uma forma ampliada”

GF A4 “...tenho determinadas funções dentro da unidade que me demandam para além da residência e eu não consigo fazer aquilo que às vezes o processo de aprendizado do residente precisa. De repente, é, por esse fato, é um grande desafio eu conseguir discutir com ele abordagem familiar, conhecer a família mais intensamente, num cenário diferente.”

GF B3 “É sempre um desafio. Porque a gente é puxado por todos os lados pra... ainda mais agora com vacina, pra um monte de coisa. Mas a gente... essa luta constante ... “não, eu vou ficar com o residente. Esse é meu principal trabalho!” A gente tapa buraco... mas não pode esquecer o principal.”

A importância da AF durante as visitas domiciliares foi bastante comentada nos dois grupos focais.

GF A2 “As dinâmicas da família que está ali ... você já vê a casa, você já vê quantos cômodos, você já vê quantas pessoas que moram em cada cômodo,

“você já consegue ver muitas coisas e que a gente, enquanto preceptor, se não está ali com o residente, vai passar batido. E é muito difícil estar em VD com o residente.”

GF A5 “...as visitas domiciliares, eu acho que é um espaço ouro pra você aplicar a abordagem familiar, eu acho que a gente ainda não se debruçou pra explorar esse espaço, que é um espaço muito rico, muito, muito rico ...”

Um outro momento que foi considerado é o da reunião de equipe, que deveriam ser mais aproveitadas para utilização de ferramentas como o Genograma e Planilha de Intervenção Sistemática na discussão e atuação diante de casos complexos.

GF A2 “... as reuniões de equipe são espaços em que se perde também a oportunidade de se trabalhar melhor a abordagem familiar, a complexidade da situação das pessoas... A gente faz pouco plano terapêutico singular e planilhas de intervenção sistemática que seria importante fazer com a presença da família e do paciente, mas podem ser feitas numa reunião de equipe, você pensa um conjunto de coisas pra poder apresentar praquela família.”

5.2.4 Conceitos e Ferramentas em Abordagem Familiar

Quais os conceitos e ferramentas que devem ser priorizados no processo de ensinagem da AF?

5.2.4.1 Conceitos e Ferramentas de Abordagem Familiar na prática

As ferramentas da AF são importantes no processo de trabalho, e essenciais na qualificação profissional dos MFC.

Os preceptores discorrem sobre a sua prática em relação à utilização de ferramentas em AF e no conhecimento dos conceitos estruturantes de AF. O Genograma/ Familiograma foi a ferramenta mais referida, em seguida a entrevista familiar, a linha da vida, o ECOMAPA e o ciclo de vida. A praticidade, a capacidade de gerar insights e formas de utilização foram exemplificados.

GF A4 “... genograma e linha da vida é algo que às vezes é mais fácil de fazer, quando o paciente tá realmente falando, em que a narrativa aparece e que dá pra fazer ali naquele momento. Às vezes eu pego uma folha mesmo, faço genograma de um lado e linha da vida do outro.”

GF B2 “...o quanto que a gente pode usar de longitudinalidade pra acabar o familiograma. Às vezes, a gente tem aquela pressa ali: “não, eu vou acabar esse familiograma hoje.” E perde um tempão.”

GF A5 "... uma vez os residentes questionaram que não existia muito tempo pra você fazer um Familiograma. Porque havia muita demanda e tal, e eu comecei a fazer os Familiogramas na demanda, então, eu como preceptor, muitas vezes eu ficava na demanda, e aí comecei a fazer familiograma em toda demanda."

GF A2 "... trabalhar com as ferramentas que vão mexer com as relações, que é o familiograma, é o Ecomapa, porque trabalha inclusive as relações pra fora da família. Eu acho que são essenciais mesmo."

GF B2 "... imaginando uma metáfora dum telhado assim, que você faz o esqueleto numa construção... Você faz a estrutura daquela edificação. E aí depois, a gente vai completando aquela estrutura, com algumas coisas. Então eu acho que nesse sentido as ferramentas, o Genograma, o Círculo Familiar, o Ecomapa, elas dão conta assim, dessa estrutura."

GF A3 "... a medicação que eu passo pra todas as consultas que faço em saúde mental é o Ecomapa. Não só naquilo que a pessoa tem de apoio fora, mas aquilo que ela tem que buscar dentro dela. Espiritualidade, exercício físico, melhores relações dentro da minha família, dentro de amigos, quem é que eu vou procurar, quem é que eu vou fazer aumentar a minha adesão, pra eu poder aderir a minha própria vida? Então, eu brinco que Ecomapa é medicação, é melhor do que antidepressivo... dou de presente, eu escrevo e faço."

Algumas ferramentas foram referidas apenas para críticas, como o APGAR familiar, o PRACTICE e o FIRO, como já referido acima. Os conceitos foram pouco referidos, excetuando a visão sistêmica e a resiliência familiar.

GF A4 "É, eu acho FIRO extremamente teórico e difícil aplicabilidade prática"

Uma observação, de caráter mais geral, foi acerca dos países que deram origem às ferramentas de AF. Foi alvo de questionamentos por parte de membros do grupo focal, inclusive, a literatura na área, criada em países desenvolvidos, sem contemplar, por exemplo, aspectos de vulnerabilidade social e considerada pouco aprofundada em livros de referência em MFC. As ideias de que deveríamos adaptar para a nossa cultura algumas ferramentas e aprofundar mais as leituras e a prática em AF surgiram entre os preceptores.

GF B2 "...outra coisa também que eu fiquei pensando é que muito do que a gente usa, às vezes, de referência é uma literatura que a gente precisa fazer um esforço pra adaptar pra nossa realidade, né? ... eu acho que pensar nessa questão também, de grupos de pesquisa, que adaptam essa literatura praquilo que é possível, pra montar instrumentos próprios daquele local, daquela localidade, usando esses conceitos (conceitos relativos a AF). Eu fiquei imaginando um índice de vulnerabilidade quando fala APGAR familiar. E não é nada disso. É uma outra coisa... a gente podia trazer de fato esse APGAR familiar, pra que seja um índice pra gente priorizar as famílias que precisam mais... Enfim, pensando nessas coisas de: como é que a gente adapta a literatura pra nossa realidade?"

GF A4 "... a nossa literatura... eu só li essa literatura rasa, nunca me aprofundei em abordagem familiar, mas ao mesmo tempo, eu percebi o

quanto que é uma ferramenta extremamente potente, para além do que aquilo que eu já li... "

Um aspecto interessante que surgiu neste contexto foi o questionamento acerca de ferramentas mais avaliativas como o PRACTICE e o FIRO, que não contemplam a vulnerabilidade de famílias pobres e o quanto isto interfere na funcionalidade familiar. Considerou-se inclusive que houvesse uma adaptação destas ferramentas para se adequarem melhor a realidade brasileira.

GF B2 "... a gente fez vários encontros com os instrumentos da abordagem familiar... um residente trouxe aquela estratégia FIRO e PRACTICE ... eu leio aquilo dali e fico assim: "..., mas é de uma realidade, que não são das nossas famílias." ... a gente vai precisar pensar assim, no desafio de adaptar aquilo pro nosso cotidiano... um grupo de pesquisa pra fazer essa adaptação cultural.

GF B4 "Eu acho que elas (ferramentas) quase sempre são apenas disparadoras de um processo maior de cuidado e de diagnóstico e não definidoras, né? Até porque a gente tem dificuldade de lidar com algumas delas, por questões de adaptação à nossa realidade."

A utilização das ferramentas, de fato, é uma boa questão para reflexão. As ferramentas, como o próprio conceito propõe, são meios que facilitam os fins. Não são os fins em si. Parece importante refletir sobre isso para não perdermos o foco no que almejamos com a abordagem familiar, que não se resume em utilizar esta ou aquela ferramenta. Esta reflexão foi objeto de manifestação de participantes:

GF A3 "Porque se não tiver uma incorporação do paradigma biopsicossocial, do paradigma sistêmico... Eu vou fazer essa ferramenta não pra mim, mas eu vou fazer essa ferramenta pra outra pessoa e ao fazer essa ferramenta, eu vou fazer perguntas que façam sentido pra ela levar pra casa, pra ela levar pra vida dela e fazer mudanças na própria vida, ou eu vou continuar fazendo o que eles (médicos que continuam no paradigma biomédico) fazem hoje em dia, que é usar o Genograma como a gente fazia quando tinha aula de genética."

Outros meios podem ser explorados e até "criados" para se estabelecer uma dinâmica que se propõe durante uma abordagem familiar. Sempre há outras formas de "jogar", mesmo que as regras de determinado jogo sejam complexas e envolvam emocionalmente os participantes. No fim, o desejo é que haja reflexão, *insight* e possibilidades de mudança de narrativas rígidas que emperram a comunicação e propiciem o diálogo. (Pakman, 1995)

Em relação aos comentários sobre os conceitos em AF, e sua aplicabilidade prática, eles foram pouco referidos de forma objetiva, excetuando a visão sistêmica e a resiliência familiar, como exemplificado a seguir.

GF B4 "... A gente acaba fazendo as coisas de forma mais intuitiva, né? Então, eu acho que eu tenho uma tendência de trabalhar o conceito da visão sistêmica familiar. Enfim, da resiliência. Mais do que as ferramentas. E na verdade, usar a ferramenta é muito mais como sendo um disparador de reflexão, né, do que uma forma normativa em especial."

5.2.4.2 Tempo para realizar Abordagem Familiar

Um aspecto importante e que foi bastante referido no questionário semiestruturado, mas que nos grupos focais foi, até determinado ponto, desconstruído foi a questão do tempo de consulta necessário para fazer AF. Embora tenha havido, na pesquisa semiestruturada, registros que apontavam o fator tempo como um grande empecilho para a abordagem familiar, houve outros que se opuseram a isto. No grupo focal, a questão de o tempo não ser suficiente, também foi problematizada:

GF B2 "... A gente não precisa parar uma hora pra fazer aquela abordagem. A gente consegue aproveitar numa visita domiciliar, fazendo um famiograma. Já explorar as relações e entender um pouco isso funciona, o diálogo dentro daquela casa. Às vezes, numa consulta individual, que vem o acompanhante, a gente já consegue fazer algumas propostas ali de abordagem. E mostra isso pro residente também... Não precisa ser uma coisa que precisa de um tempo, uma preparação tão elaborada."

GF B3 "...Mas você pega as ferramentas, às vezes, separadas, elas são muito mais práticas de fazer. E muito mais simples. Às vezes, não exige tanto tempo. E a própria prática do dia a dia... é mais rápido."

GF A5 "... os residentes questionaram que não existia muito tempo pra você fazer um famiograma, vamos falar sobre famiograma... eu como preceptor ... comecei a fazer famiograma em toda demanda."

Para que haja uma maior utilização da AF, seus conceitos e ferramentas, os aspectos referidos pelos preceptores no grupo focal foram: a maior utilização de visitas domiciliares para a AF; a utilização das reuniões de equipe para discussão de casos complexos visando as famílias; a utilização dos espaços de cuidado não apenas para a avaliação e cuidado individuais; o uso das ferramentas de AF não apenas para a avaliação, mas que permitam questionamentos e possibilidades de mudanças; facilitar uma melhor comunicação entre as pessoas das famílias e por fim, que as ferramentas de abordagem familiar contemplem a realidade das famílias brasileiras, considerando inclusive, serem adaptadas à nossa realidade.

5.2.5 Aprimoramento profissional para uma Abordagem Familiar mais efetiva

- Como elaborar um plano de estudo e aprimoramento de preceptores para qualificar a ensinagem do tema nos PRMFC?

A última pergunta norteadora e talvez a de maior importância na pesquisa, por relacionar-se diretamente ao aprimoramento e qualificação profissional, trouxe várias considerações pelos participantes. No questionário semiestruturado, foram identificados desafios para a maior aplicação da AF, que se relacionam ao conhecimento e as habilidades dos preceptores: das ferramentas, de técnicas comunicacionais e de mediação, especialmente diante de situações de violência, da dificuldade em sintonizar com as famílias e a abordagem familiar sistêmica, diante de uma demanda produtivista que prioriza o atendimento individual, o diagnóstico e tratamento de doenças.

5.2.5.1 Ciclo de vida e experiência pessoal dos preceptores

Um aspecto trazido foi que a maioria dos preceptores, por serem jovens, não trazem a experiência pessoal de terem passado por algumas fases do ciclo de vida e que sem esta vivência podem não ter um olhar tão ampliado para alguns aspectos de abordagem familiar. Isto foi referido como motivo para uma educação permanente no tema.

GF B1 “Quando a gente vai ficando um pouco mais velho, a gente também vai passando por situações familiares pessoais, que vão trazendo um outro olhar pra gente sobre as famílias que a gente tá atendendo. Então, eu acho que uma pessoa de vinte e poucos anos, teve aí, talvez, poucas oportunidades de passar por situações. É claro que cada tem a sua história, né? Mas em geral, pessoas mais jovens não têm um olhar assim, tão mais ampliado sobre a questão da abordagem familiar.”

GF A2 “... a gente enquanto preceptor super jovem ... deveria existir esse movimento de continuar o ensino dos seus preceptores. Processos avaliativos dos seus preceptores...no sentido de melhoria mesmo, e tem que ter os espaços de formação continuada de seus preceptores. Ver o que que eles tão fazendo, pegar aquilo que tá saindo de mais novo e ir atualizando.”

GF B3 “... é impressionante como a gente vai ficando um pouquinho mais velho, a gente passa por mais coisas. O ciclo de vida muda. E a gente consegue trabalhar melhor isso com os pacientes, né?”

A experiência que os profissionais referem, se relacionam com a “cultura” construída pelas vivências em suas próprias famílias. Os questionamentos e narrativas advindos da experiência poderiam, em tese, favorecer uma melhor análise

das fases do ciclo de vida, por já terem sido vividos. Entretanto, se considerarmos que o foco é a família que abordamos, suas particularidades, sua própria “cultura”, que a família que é a protagonista no processo, uma postura mais responsiva e curiosa do que analítica, talvez seja de maior relevância numa abordagem familiar. Esta postura ilustra uma ferramenta do Construcionismo Social, a responsabilidade relacional, que tem como conceito a responsabilidade coletiva pela construção das coisas e do mundo através dos processos interativos humanos (CAMARGO-BORGES, 2014, p. 350-351). O profissional dentro desta ótica, entra no “jogo” não com a sua *expertise* estratégica, mas como um parceiro que media e auxilia a comunicação da família, propiciando uma melhor escuta e maior clareza das narrativas expostas. (ANDERSON H, p.5).

Neste sentido, a experiência do profissional funciona se trouxer com ela melhores perguntas e não obrigatoriamente as melhores respostas. Estas, é a própria família em tela que deverá dar.

GF A2 “... eles (residentes) saem de seis anos compreendendo que eles vão fazer alguma coisa com a pessoa que chega. Aí a abordagem familiar é justamente fazer uma coisa junto com a sua família ... é a mudança do paradigma, de fato, de que a pessoa que ajuda ela mesma. É a pessoa que vai ter que fazer a mudança no tempo dela, na possibilidade dela, com aquilo, com todas as dificuldades. Então, essa dificuldade de a gente tirar o controle da gente, de achar que a gente que faz, pra passar isso pra uma outra pessoa, eu acho que isso é muito difícil.”

A experiência de vida, assim como a competência cultural, propicia a escolha dos melhores termos para as perguntas, para que se possam ser mais bem compreendidas, assimiladas. Por facilitar a comunicação, a experiência de vida é, então, desejável. Mas a postura curiosa, com perguntas abertas, adequadas, pertinentes, que propiciem uma boa dinâmica dentro do processo, visem gerar mais experiências do que obter informações, talvez seja o que devemos principalmente almejar, aprender e ensinar. (FREEDMAN; COMBS, 1996)

5.2.5.2 Importância da Abordagem Familiar para o cuidado em saúde e a valorização do trabalho em equipe

Outro aspecto que foi levantado pelos preceptores foi a necessidade de desmistificar a abordagem familiar. Aqui o assunto foi trazido numa perspectiva de que a abordagem familiar parece ser uma prática complexa, demorada, podendo até

ser iatrogênica, exigindo grande competência do profissional. Esta sensação de que é difícil e até perigoso atuar com famílias, talvez seja motivo de resistência de muitos profissionais em buscar esta prática.

GF B3 "... precisamos desmistificar um pouco a questão da abordagem familiar, né? Porque parece... a gente idealiza. Eu idealizava muito. E na residência: "nossa! mas fazer isso, fazer aquilo..." E as coisas demoram um pouco pra se encaixar na cabeça, pela complexidade, da abordagem familiar como um todo."

GF A4 "... residentes que, de alguma maneira, tem extrema dificuldade de diminuir o distanciamento com o paciente, e outros que se aproximam tanto, que toda vez que vão discutir o caso, choram comigo. E aí, em alguns momentos fala, "cara, mas como é que eu vou lidar com uma família que tá sofrendo ali, todo mundo abusando um do outro?"

É claro que existem famílias com conflitos sérios, violência, traumas, distanciamento afetivo e impossibilidade de estabelecer comunicação adequada. Nestes casos especialistas podem e devem ser acionados se a família assim desejar e houver disponibilidade para tal. Entretanto, praticamente não dispomos de serviços de terapia familiar de apoio para encaminhamento.

A AF está também no escopo do atendimento da enfermagem de família e podemos unir esforços para ampliação desta abordagem pelos colegas da enfermagem.

GF A3 "Até que ponto a abordagem familiar é exclusivamente nossa? ... a atenção primária também tem o seu limite ... da mesma forma que eu, enquanto médico de família, não consigo dar conta de todas as demandas em cardiologia, eu não vou dar conta de todas as demandas de famílias que estão passando por problemas, não vou dar conta."

GF B2 "Eu tenho esse privilégio de ter também residência de enfermagem na unidade. E aí a gente também pode trabalhar alguns temas, né? Nesse sentido da abordagem familiar, que eu acho que é uma lacuna importante também na formação deles, na grade de formação do enfermeiro de família."

GF A2 "...a gente às vezes defende no gol, passa a bola pro meio de campo, cruza pro atacante, que cabeceia lá na frente, é tudo nós. E a gente tá nesse papel de achar que somos nós que temos o papel de fazer isso tudo ... Há necessidade também da gente trazer outros profissionais. Da gente entender também, pra que isso tudo aconteça, não dá pra ser só a gente."

Fazer Abordagem Familiar não é fazer Terapia familiar, mas também é terapêutico. Quando atuamos de forma a buscar o cuidado integral, com a utilização das ferramentas, com uma postura curiosa, respeitosa e não interventiva, estamos sendo terapêuticos. Houve percepção acerca deste ponto, por parte dos preceptores, de que fazemos abordagem familiar inclusive de uma forma mais intuitiva, incorporada à prática cotidiana, mesmo sem dar o nome "AF" à atuação. Também houve registros

sobre o fato de que esta incorporação da AF, no dia a dia, inclusive com o apoio de ferramentas, pode fazer muita diferença no cuidado em saúde.

GF B2 “... a impressão que eu tinha quando eu era residente era que a gente precisava sempre do cenário ideal, que a gente precisava sempre estar atrelado a um roteiro, que a gente sempre precisava seguir uma fórmula do bolo. E hoje eu acho que a gente consegue, com a teoria, usar a ferramenta de uma maneira muito mais intuitiva e com uma expectativa também diferente... Não precisa ser uma coisa que precisa de um tempo, uma preparação tão elaborada... lidando mais intuitivamente como parte da nossa prática, eu acho que a gente vai fazendo mais fácil e ensinando também mais fácil.”

GF B3 “... Às vezes, em cinco minutos, você aborda uma mudança de vida ou algumas questões e ciclo de vida... aqueles problemas esperados, de cada um, numa consulta, né? E já clareia pra pessoa... o nosso cuidado, com o paciente ou com a família de um paciente.”

GF A3 “...eu acho que tem até gente que faz (abordagem familiar), mas nem sabe que faz, porque não sabe dar nome aquilo que faz.”

5.2.5.3 Abordagem Familiar - estratégia para a mudança de paradigma – do olhar fragmentado da doença para um olhar integral sobre o processo saúde-doença das pessoas, famílias e comunidades

Um tema relevante abordado nos grupos focais foi a abordagem familiar, na perspectiva do cuidado integral, ser considerada pelos preceptores um caminho para a mudança do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial. Esta mudança de paradigma não ocorre apenas para o profissional de saúde, mas também para as famílias e comunidades que atendemos. Esta é uma bandeira na atuação e na formação do MFC. Considerado um aspecto fundamental e que exige insistência e persistência por parte dos preceptores. Na medida que atuamos com este olhar, biopsicossocial, modificamos a nós mesmos como profissionais e também as famílias e comunidades que cuidamos.

GF B1 “...quando a gente aborda, faz abordagem familiar, muitas vezes, existe um estranhamento das famílias, das pessoas. Por quê que a gente tá perguntando aquilo? Qual é o nosso interesse?”

GF B2 “... depois o garoto, ele ficou meio que questionando, como se a gente não pudesse fazer aquilo. Ele ficou me questionando. Ele falou assim: “Não. A função de vocês é passar o remédio.” E aí eu falei: “Não. A gente faz mais do que isso. A gente não só passa remédio.” Pra mãe dele, isso foi importante (abordagem familiar) ... ele é de uma escola (médica) tradicional. E ficou com aquela expectativa, de que a consulta médica é prescrever medicação. Então eu também fiquei pensando nessa dificuldade que é a gente se comunicar

com a pessoa, se adaptar à cultura da pessoa. E dizer que também a gente faz outras coisas, que não só prescrição.”

GF B3 “E essa é uma luta de vida, assim... e a abordagem familiar, ela faz sentido no paradigma biopsicossocial... a gente entende que o paradigma biomédico é extremamente ineficaz pra muitas questões... Me parece que a abordagem familiar entra nessa luta da gente mudar o nosso paradigma...”

GF A5 “O modelo biomédico de formação é um modelo viciante, é um modelo pernicioso e extremamente “emburrecedor” ... E esse desafio de mudar esse modelo, ele é muito cansativo, é muito extenuante.”

5.2.5.4 Dos facilitadores para uma Abordagem Familiar efetiva

Os preceptores referiram algumas vezes a importância da longitudinalidade e o fato de que conhecer a população facilita a aplicação da abordagem familiar.

GF B4 “... hoje a minha abordagem familiar é completamente diferente... eu tenho curiosidade de saber o que a literatura diz, que é como é que essa longitudinalidade real? Esse tempo que tá acompanhando a mesma família modifica a minha capacidade de cuidar dela, em forma integral.”

GF B2 “...conhecer a família previamente e já saber um pouco mais. São pessoas que eu fiz o pré-natal e a criança hoje tem seis anos. E aí dá muito mais informação. A gente consegue abordar de um jeito muito mais fácil... a gente já conhece a estrutura... como essa família se relaciona em relação à vizinhança, em relação à própria dinâmica familiar.”

5.2.5.5 Aprimoramento Profissional em Abordagem Familiar e os programas de residência em medicina de família e comunidade

Em relação ao aprimoramento profissional, foram trazidas ideias que podem ajudar na organização de projeto de educação permanente em abordagem familiar. Inicialmente, ficou claro que o tempo para estudo teórico da abordagem familiar difere muito entre os dois PRMFC representados no grupo. Os residentes da UERJ recebem mais aulas no tema que os residentes da SMS RJ. Há, claramente, projetos pedagógicos distintos. Talvez, o PRMFC da SMSRJ considere menos importante a abordagem familiar, uma vez que é um atributo “secundário ou derivado” dentro dos atributos para a APS. O modelo utilizado para aprofundamento de estudos no PRMFC da SMS RJ é através de grupo de trabalho (GT). O GT é um grupo de aperfeiçoamento e pesquisa em assuntos pré-estipulados conforme a política pedagógica do PRMFC.

A AF neste momento está inserida dentro do GT de comunicação clínica. Já o PRMFC da UERJ considera a AF como um dos eixos estruturantes da formação pós-graduada; dedicando ao tema, um curso com duração mínima de dois meses, com horas de aulas teóricas e tempo dedicado também para a prática.

GF B4 "... eu acho que até falando um pouco da realidade onde eu vivo... tem um projeto político-pedagógico que foi construído inicialmente, trazia pra abordagem familiar e comunitária um papel secundário em relação a outras questões da clínica, como desenvolver ferramentas de acesso, gestão da clínica ou mesmo o cuidado... enfim, de problemas indiferenciados e tudo mais. Então eu acho que pra mim não tem como discutir elementos pra envolver os preceptores no processo de educação permanente, sem envolver a discussão dos problemas político-pedagógicos da residência em si."

GF A1 "Foi comentado pelos colegas aqui: "ah, porque a gente passa uns meses tendo abordagem familiar e isso não é o suficiente", e eu, "oi, meses?", sabe? (risos). Na verdade, o programa da UERJ é muito diferenciado nesse sentido, porque vocês veem muito mais abordagem familiar do que o programa do município. Eu me sinto assim um pouco perdida, na verdade, em momentos de fazer um plano de ensino, de como a gente vai chegar nesse assunto com os residentes."

GF A4 "...a gente até discute a habilidade de comunicação, a gente discute a abordagem sistêmica de uma forma, a clínica ampliada, o método clínico centrado na pessoa, mas, é muito menos quando se trata de família e menos ainda quando fala de abordagem comunitária."

GF A3 "porque eu escutei uma conversa, de alguns gestores falando assim: - Bom, mas a UERJ é muito ruim, porque, valoriza muito os atributos derivados da atenção primária, que na verdade deveriam se firmar mais nos atributos essenciais. Derivado é derivado."

Importante considerar que a maior parte do tempo de prática dos residentes é durante o trabalho nas clínicas da família com seus preceptores diretos e a experiência prática em abordagem familiar pode não estar sendo realizada a contento. Neste sentido, o preceptor passa a ter muita importância em relação à capacitação prática do residente, independentemente do PRMFC.

Um aspecto de grande relevância trazido nas discussões dos grupos focais foi a questão da mudança de paradigma e a tendência de que os residentes pela extensa formação biomédica e ainda, pela demanda de atendimento aumentada, valorizem mais estes aspectos em detrimento da abordagem da pessoa, da família e da comunidade.

GF A2 "o modelo biomédico, a gente fica seis anos estudando, foca de novo e de novo, divide a pessoa em vários pedaços, estuda aquilo pra caramba, e espera-se que com um curso de dois, três meses, quatro meses, você saiba ter domínio e trabalhar com famílias."

GF A3 "... o residente entra pra primeira consulta, que atende uma mulher com uma urticária no corpo inteiro e aí ele pensa "ah, isso é mais fácil, eu vou

dar um antialérgico, porque eu tenho mais 20 demandas na minha agenda depois". Como é que eu vou perder tempo, entre aspas, pra falar com essa mulher que a urticária tem alguma coisa antes?"

GF B3 "É um assunto muito mais complexo na verdade (mudança de paradigma), e fala muito sobre o nosso sistema de saúde, porque a gente luta pela abordagem da integralidade. Só que a gente é sempre puxado pro outro lado (do atendimento biomédico). Às vezes, a gente tem que ir pra trás, pra depois continuar o caminho e ir pra frente, né? Mas eu queria mostrar essa insatisfação."

Foi comentado ainda que os preceptores em geral são oriundos dos mesmos PRMFC que frequentaram e isto faz com que se a AF não for valorizada, os preceptores novos continuarão não valorizando o tema e mesmo que considerem a importância da AF, não tenham experiência suficiente para auxiliar a formação dos residentes.

GF A5 "...O residente diz: "- Como vocês estão querendo que eu aprenda abordagem familiar ou abordagem comunitária, se meu próprio preceptor não faz?" ... a gente precisa ter um movimento mais pró ativo pra sair disso, porque senão o residente que realmente não tá a fim de aprender, ou que tem uma narrativa reativa pra não aprender e pra reforçar o modelo biomédico, ele não vai aprender."

GF A4 "...os residentes acabam virando preceptores e isso acaba virando uma bola de neve, né. É um problema que vai começando a crescer cada vez mais, porque a gente não consegue, dentro do próprio programa, resolver esse tipo de situação."

GF A1 "... a expressão que eu achei que melhor define, talvez seja a questão de cultura institucional, sabe... a cultura institucional se alimenta. Ou se alimenta positivamente, ou se alimenta negativamente. É, acho que a troca é super importante, por exemplo, a gente tem muitos preceptores que foram de programas de residência do município e que foram alunos da UFRJ e a gente tem muitos alunos da UFRJ que fazem internato na nossa unidade. Assim, tem um lado positivo disso, se inspiram e querem fazer residência em MFC lá. Mas isso tem um lado negativo de criar um ciclo que se reproduz a si mesmo. Suas qualidades e seus problemas."

5.2.6 Curso de aperfeiçoamento em AF

Em relação à ideia de um curso de aperfeiçoamento para preceptores em AF, foram trazidas várias ideias. As ideias serão divididas e discutidas em 3 grupos: Como dar formato ao curso de aperfeiçoamento? Quem dará o curso, quem receberá e com qual finalidade? O que deverá constar neste curso basicamente?

5.2.6.1 Como dar formato ao Curso de aperfeiçoamento em AF?

Como foi citado pelos preceptores, existe bastante material teórico sobre o tema. Talvez a questão principal seja a falta de experiência prática dos preceptores, o que gera insegurança. Existe o reconhecimento da importância da AF e do quanto pode ser um grande aliado no cuidado das pessoas, mesmo assim, ainda se pratica pouca AF.

GF A2 “São diversos os cursos que já têm, tem curso online, do UNASUS, disponível, tem curso da Federal de Santa Catarina disponível em abordagem familiar, então material didático, tem, o que tá faltando, o que falta mesmo é o uso dele... Eu ficar lendo a bibliografia inteira é muito diferente do que colocar aquilo na prática.”

GF A4 “... se eu coloco isso aqui em prática, fica um negócio mega solto. “Como que eu vou aprender isso?” Acho que foi um outro desafio que me levantou. Que é a insegurança do próprio preceptor em lidar com o tema, porque não teve prática com isso e não teve prática com alguém que também teve prática.”

Aqui foi colocado algo de suma importância para a elaboração do curso. Praticar a partir da teoria sem apoio direto de profissional experiente, pode não ser a melhor forma de desenvolver a AF. Pode-se utilizar de dramatização de casos em estudo em grupos, mas talvez, a possibilidade de presença de profissional mais experiente em casos selecionados das equipes, em apoio matricial, possa ser interessante para o curso e até para algum modelo de educação permanente. O apoio matricial já ocorre nas unidades da ESF através dos profissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família). O intuito do NASF é justamente de ampliar a abrangência e resolutividade das ações da APS, através da ampliação da clínica, em equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Temos psicólogos e psiquiatras atuando no NASF, mas suas atuações estão mais voltadas a melhor resolução de problemas individuais na área de saúde mental e em formar e conduzir grupos de convivência e não na AF, o que poderia ocorrer. De qualquer forma, no contexto de um curso teórico-prático em AF, profissionais experientes em abordar famílias serão importantes para as atividades práticas nas unidades de saúde. Um exemplo desta metodologia pode ser citado através da participação de Miriam Schenker no processo de formação teórica e prática de Abordagem Familiar junto ao PRMFC da UERJ, onde esta profissional tinha uma agenda de atividades práticas de Abordagem Familiar nas clínicas da família. Na maior parte das vezes estas atividades se davam no contexto das visitas domiciliares, acompanhadas pelos residentes e outros membros da equipe, como os agentes comunitários de saúde. Posteriormente havia uma discussão e reflexão sobre os casos e os encaminhamentos.

5.2.6.2 Uso de tecnologia educacional a distância e aperfeiçoamento em AF

Durante este longo período de pandemia, houve a necessidade de capacitar os professores em utilizar plataformas digitais para que a educação continuada pudesse ser realizada de forma virtual. Este formato remoto provavelmente continuará sendo utilizado mesmo após a pandemia, por facilitar o acesso dos profissionais às aulas, sem a necessidade de deslocamento, que em geral se dá após os turnos de trabalho, especialmente no caso dos preceptores. Foi citado aqui a importância da educação continuada aos preceptores, inclusive dentro do período de trabalho, por exemplo, através da discussão de casos complexos.

CF B1 "... um exemplo tão rico de atendimento, ele poderia ser uma discussão de caso, né? Assim, nesses moldes que a gente faz em geral nas nossas sessões clínicas. Enfim, seria o caso de uma abordagem familiar pra gente debater. E eu acho que seria possível fazer no modelo online também."

CF A2 "... precisa ter uma parte teórica no curso, mas que também possa capacitar esses preceptores, que já estão com a bicicleta andando, né... precisa de ter uma educação permanente, uma educação continuada... Em que a gente ofereça espaço reservado dentro da carga horária, trazendo o máximo possível de residentes e preceptores pra essa capacitação, pra essa valorização da abordagem familiar."

5.2.6.3 Andragogia, Metodologias ativas e Curso de aperfeiçoamento em AF

A importância da andragogia no contexto do curso em AF também foi comentada.

CF A5 "...aprendizado centrado no adulto, precisa fazer com que tudo isso tenha um sentido dentro dele... dentro da vivência, da experiência, da razão de ser como pessoa e como profissional... ganhar energia, digamos, esperança e força, pra fazer valer aquilo que é importante de ser ensinado."

A questão curricular, do que seria desejável em cada um dos anos da residência em MFC, além do que seria necessário para os preceptores, para que "saibam ensinar", conforme a pirâmide de Miller, foi também comentado.

CF B2 "Eu estava pensando também que ter um currículo, um objetivo daquilo que se quer alcançar no 1º ano, no 2º ano... Que objetivos são esses que a gente quer estabelecer no 1º ano? Pode ser aquele objetivo de conhecer a ferramenta. De conhecer e de aplicar... E, no R 2 a gente pensar assim: "ah, aplicar a ferramenta e mostrar como faz, né?" Pensando também naquela questão da Pirâmide de Miller... No desenvolvimento profissional voltado pros

preceptores, precisa ser mais da prática mesmo, daquilo que a gente tá vivendo e, talvez, aonde a gente quer chegar?”

Em resumo, para montar um curso teórico-prático de AF de acordo com os preceptores do grupo focal, temos que determinar os objetivos curriculares para cada ano de residência (caso o curso também seja utilizado para os residentes) e qual o objetivo na formação dos preceptores. Utilizar de andragogia, com as aulas teóricas podendo ocorrer de forma virtual ou híbrida (com alunos presentes no local e outros participando virtualmente), mas, especialmente, priorizar as atividades práticas com profissionais experientes fazendo o matriciamento com famílias selecionadas nos locais de trabalho.

5.2.6.4 Quem dará o curso e para quem?

De acordo com os preceptores do grupo focal, deveriam ser priorizados os preceptores de todos os PRMFC, de forma interinstitucional. Foi referida como importante a presença da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e das Sociedades Estaduais (no Rio de Janeiro – a AMFAC). Seria interessante o financiamento central, no caso de o curso ser ministrado nacionalmente pelo próprio Ministério da Saúde, ou nas secretarias estaduais e/ou municipais, conforme a extensão do curso. Seria interessante ainda, que houvesse incentivo financeiro para a participação de preceptores e financiamento da equipe docente.

CF A3 “... trazer a SBMFC, a AMFAC aqui do Rio, trazer o Ministério da Saúde, os governos municipais e estaduais, que tivesse um movimento coordenado, e aí eu não sei, quanto disso que dá pra fazer. Mas estou pensando assim, que precisa ter uma organização que “parte de cima”, assim como foi o curso de capacitação de preceptores, em que a gente teve um estímulo, a gente foi chamado e teve até uma bolsa que foi paga durante um tempo.”

CF A4 “a gente precisa capacitar primeiro os preceptores ... pra em seguida pensar nos residentes de alguma maneira. Então, uma coisa que, que eu pensei foi na qualificação, inicialmente, focada na preceptoria... (sendo) interinstitucional, interdisciplinar, multidisciplinar.”

Dentro desta ótica inter e multidisciplinar deve ser considerada a inclusão de preceptores de Enfermagem de Família e Comunidade e ainda de profissionais do NASF de saúde mental.

CF A4 “... a gente precisa modificar a forma de pensar, agir de forma diferente... essa qualificação pudesse ser também transdisciplinar, é... trazer o programa de residência de enfermagem junto... o paradigma sistêmico com

a clínica ampliada, ela é um entendimento para o profissional de saúde de uma maneira ampla.”

O tempo dedicado ao aperfeiçoamento por parte dos preceptores é curto. Isto faz com que os profissionais selecionem os temas de estudo conforme o gosto de cada um e para aquilo que são estimulados a capacitar-se de acordo com a linha político-pedagógica estabelecida pelos PRMFC. Conhecer os preceptores e suas dificuldades na prática também pode direcionar as estratégias de aperfeiçoamento.

GF B4 “... a gente busca enquanto preceptor o aperfeiçoamento dos problemas que tão batendo na nossa porta. A gente não tem muito tempo. A não ser que seja uma coisa que se goste..., mas eu acho que não é o caso aqui da gente. A gente tá discutindo uma promoção de educação continuada, sistêmica, pra todo mundo... Então eu acho que essa seria uma etapa importante... essa discussão dentro dos programas.”

GF A5 “...conhecer mais quais são os preceptores, pensando numa ensinagem centrada no preceptor... isso acho que faz com que o próprio preceptor ganhe autonomia, confiança pra poder fazer frente às grandes adversidades que ele encontra em campo, dentro de uma clínica da família, pra desenvolvimento do aprendizado da abordagem familiar.”

Em resumo, os preceptores pensam que os programas de preceptoria, tanto de medicina, quanto de enfermagem podem receber o curso em AF. A SBMFC, ABEFACO (Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade) e as Sociedades Estaduais vinculadas juntamente com os PRMFC e de Enfermagem, poderiam coordenar o curso, com apoio das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério de Saúde.

5.2.6.5 Qual deve ser o conteúdo do curso?

Os preceptores consideraram que a mudança de paradigma da concepção biomédica para a biopsicossocial, sistêmica e de complexidade intimamente ligada a abordagem familiar. De fato, atuar dentro do novo paradigma amplia as possibilidades da clínica e qualifica o atendimento na APS pela ESF. Esta é a visão preponderante referida nos grupos focais e que deve ser o principal objetivo do curso.

GF A4 “o paradigma sistêmico tem que perpassar tudo quanto é competência, seja de pré-requisito essencial ou avançado...”

GF A3 “... precisa existir um espaço reservado, que precisa ser longitudinal, e que precisa perpassar o R1 e o R2... na hora que eu ensino, por exemplo, mediação de conflitos, eu volto em abordagem familiar e paradigma sistêmico e paradigma biopsicossocial.”

GF B1 “a abordagem familiar traz junto com ela o paradigma da complexidade, o paradigma sistêmico. Então eu acho que começa por aí, assim, por uma mudança de olhar, né?... Uma mudança de óculos.... eu acho que em um curso de abordagem familiar, também deve-se começar deste princípio.”

GF B3 “Me parece que a abordagem familiar entra nessa luta aí da gente mudar o nosso paradigma. E que é uma luta muito mais profunda. É um assunto muito mais complexo na verdade e fala muito sobre o nosso sistema de saúde.”

Em relação ao ensino conceitos e ferramentas em AF, foi colocado além das ferramentas e conceitos mais conhecidos, como a Entrevista Familiar, o Genograma, o Ecomapa, o círculo familiar, o estágio do ciclo de vida, as crises normativas e para-normativas, alguns temas como o conhecimento de técnicas de comunicação não violenta, o entendimento dos padrões transgeracionais de comportamento e a mediação de conflitos, foram trazidos pelos preceptores.

GF B4 “...a entrevista familiar, né? Ela organiza uma forma da gente trabalhar a comunicação, diferente. Perguntas que não são as perguntas óbvias do modelo biomédico. Então ela é disparadora sim, de um novo olhar sobre o encontro médico/paciente.”

GF B1 “... os conceitos sobre comunicação são importantes. E aí a abordagem de comunicação não violenta. Eu acho que isso dialoga um pouco com o que a gente precisa de ferramenta pra trabalhar com famílias.”

GF B1 “...a questão dos padrões transgeracionais de comportamento. Quando a gente vê famílias que sempre se comunicaram através de violência ou famílias que têm problemas crônicos, geracionais, com álcool e drogas. Então eu acho que esses conceitos são muito importantes pra gente ajudar os residentes.”

Vale lembrar que temos que considerar as ferramentas como meios, e não como fins em si. São meios ótimos, práticos, bastante utilizados e devem ser dominados através da sua utilização prática. Mas não podemos perder de vista os fins, que são auxiliar, especialmente com boas perguntas, na mudança de narrativas rígidas que dificultam a comunicação e acendem conflitos, buscar sempre um relacionamento colaborativo e conversacional que possibilita mudanças positivas; escutar, propiciar as falas e a escuta de todos. Não permitir que o encontro descambe para violência de nenhum tipo, interrompendo o encontro a qualquer sinal de conflito mais intenso, usando de psicoeducação também neste sentido. Trata-se, portanto, em muito, de uma atitude, que deve ser mediadora e serena, mas assertiva sempre que necessário, curiosa e respeitadora acima de tudo; cuidando através da promoção do autocuidado, de decisões construídas de forma compartilhada. Orientar sim, mas evitando ser prescritivo. Com isto, temos tudo para ajudar as famílias a buscarem

caminhos melhores para a vida, com mais harmonia e possibilidades. (GUANAES, AUGUSTUS, 2011, p. 1014-1015)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família, como grupo social primário, é considerada uma das mais principais fontes tanto para propiciar saúde como adoecimento. Para desenvolver adequadamente uma APS qualificada, a orientação familiar e comunitária, ao lado da competência cultural são atributos transversais e estruturantes. Na ESF, os profissionais de saúde estão em contato direto com as pessoas, nos seus contextos familiares e comunitários.

O MFC, ao atuar com orientação familiar, portanto, aumenta o seu escopo de ação e atuação no cuidado em saúde. Ao atuar diretamente no sistema familiar, o profissional pode ajudar a construir, conjuntamente aos componentes da família, possibilidades para a reorganização deste sistema. Isto difere e complementa a abordagem individual centrada na pessoa, na perspectiva do paradigma biopsicossocial e vai ao encontro do atributo essencial da integralidade. Esta orientação visa primordialmente melhorar a comunicação da família, buscando sempre clareza, sinceridade e cooperação entre as pessoas e com isto possibilitar reflexões e construção conjunta de possíveis soluções para os problemas apresentados. Com isto, ajuda também a aumentar a resiliência familiar.

O município do Rio de Janeiro obteve grande desenvolvimento da APS através do incremento da ESF. Apesar do retrocesso temporário ocorrido por questões sócio-políticas, ainda é um território fecundo para a Estratégia, seu desenvolvimento e qualificação. Os PRMFC vão nesta direção e quanto mais qualificados os profissionais em MFC, maior é potencial de promover a saúde visando o bem-estar do cidadão carioca. Os preceptores dos PRMFC são, portanto, fundamentais por atuarem diretamente na formação dos residentes. Políticas de educação continuada, em temas que sejam relevantes no sentido de qualificar estes profissionais se fazem necessárias. A abordagem familiar é um destes temas, pelo seu potencial em promover o cuidado integral às pessoas e suas famílias. Há a percepção da importância e motivação para atuar mais em AF pelos profissionais em MFC, representados neste trabalho pelos preceptores dos PRMFC da Cidade do Rio de Janeiro. Ainda assim, a abordagem familiar é menos utilizada do que poderia no cotidiano das ações da APS/ESF.

Nesta pesquisa, preceptores dos principais PRMFC do Rio de Janeiro referem dificuldades para a maior prática da AF que são de ordem gerencial, por aspectos

sócio-políticos, estruturais e nos processos de trabalho; mas especialmente, na qualificação dos profissionais, motivo principal deste trabalho.

A redução das equipes da ESF na gestão municipal do Rio de Janeiro entre 2016-2020, sobrecarregou as equipes pela demanda aumentada no atendimento individual à população e houve com isto um prejuízo em ações da APS, como a AF. A pandemia de COVID 19 tornou mais grave a situação, pela necessidade de isolamento social e necessidade dos trabalhadores em voltar à atenção e ao cuidado das pessoas para este grave problema de saúde pública. O atendimento durante a pandemia, na percepção dos preceptores, passou a ter um caráter biomédico, sendo mais complexo o trabalho de preceptoria na intenção da luta pela mudança paradigmática para um atendimento biopsicossocial junto aos residentes.

Há ainda, o subfinanciamento do SUS, crônico, agravado com medidas recentes que na prática diminuem o financiamento e minam a ESF, quando esta deveria se expandir e se qualificar.

Dentre os problemas de ordem estrutural para a realização da AF, foi reportado o tamanho pequeno dos consultórios, necessidade de reparo e obras em estruturas antigas e a falta de privacidade pela falta de bloqueio acústico adequado. A visão gerencial, o prontuário eletrônico e os indicadores de saúde, são voltados ao atendimento individual. Avaliou-se, adicionalmente, que a intersectorialidade é fundamental para a abordagem das famílias mais vulneráveis e que existe a necessidade de articulação entre os diversos setores, como o Conselho Gestor, por exemplo.

A diminuição das equipes teve grande interferência nos processos de trabalho, gerando sobrecarga e a necessidade de desvio de função da preceptoria para a assistência direta da população. Atuações conjuntas com os residentes ficaram prejudicadas, tanto no ambulatório quanto nas visitas domiciliares e isto trouxe prejuízo em práticas como a AF. Preceptores elencaram a visita domiciliar como um espaço destacado para a aplicação da AF. As reuniões de equipe também foram valorizadas para a organização das ações, com a definição de casos mais complexos e busca de famílias que merecem um atendimento diferenciado.

A AF se situa no contexto de uma mudança de paradigma biomédico para o biopsicossocial e pressupõe uma disputa de conceitos, princípios e valores. O paradigma biomédico, que privilegia as partes em detrimento do todo, o objetivo em detrimento do subjetivo, o pensamento linear em detrimento do pensamento

sistêmico, a visão reducionista em detrimento da visão holística, a valorização da quantidade em detrimento da qualidade. Há para quem põe o “óculos” sistêmico, muitas limitações associadas ao paradigma biomédico. Entender que todas as partes, do micro ao macro, são sistemas menores que compõe maiores e se interconectam, se auto-organizam. Que as mudanças do micro interferem no macro e vice-versa. Que o todo é mais do que a soma das partes, por conter as partes e as relações entre as partes. Que os organismos são sistemas abertos, influenciam e são influenciados por outros sistemas. Em suma, quando passamos a olhar mais para as relações do que para os objetos, passamos a valorizar mais as redes que se interconectam.

Na AF valorizamos mais as redes que conectam as pessoas. Buscamos apoiar no fortalecimento das redes que favorecem a saúde das pessoas e dissolver aquelas que prejudicam. No caso, nós apenas apoiamos. As famílias são as responsáveis pelas construções, as protagonistas. Rede, conexões, relações, comunicação. As famílias tecem as redes, estabelecem as conexões com outros sistemas, intensificam ou enfraquecem relações. O que nós propomos fazer é mediar e propiciar uma comunicação adequada, construtiva, respeitosa, saudável. Não precisamos em geral intervir, mas entrar com nosso interesse e curiosidade nas relações que se estabelecem, sempre buscando um bom padrão comunicacional e insights que permitem mudar narrativas emperradas e prejudiciais. Saúde da família é saúde integral, biopsicossocialespiritual. Células, tecidos, órgãos, sistemas, organismos, famílias, comunidades, sociedades, mundo... tudo é integrado. E no centro estamos nós e nossas famílias.

A qualificação profissional para a maior realização de AF, passa pela educação permanente, teórica e prática em AF. Foi referido que a maioria dos preceptores são muito jovens e não tem tanta experiência pessoal, por não terem passado por fases do ciclo de vida que corroboram para a experiência em AF. A competência cultural, também é relevante para ampliação da capacidade comunicacional com as famílias. O desenvolvimento da visão sistêmica, de conceitos como a cibernética de primeira e segunda ordem, a circularidade, o conhecimento do ciclo de vida familiar e das ferramentas em AF, favorecem a maior compreensão da dinâmica familiar e a aplicação de AF, sendo importantes na formação teórica. Mas apenas o conhecimento teórico, não tem sido o bastante para a aplicação prática da AF. Para a maior aplicação da AF, os preceptores são importantes atores, ao atuar junto aos residentes, auxiliando na execução das ferramentas e na mediação de

uma comunicação adequada, dialógica, com as famílias. Mas como os preceptores em boa parte não tiveram esta oportunidade de atuar junto com profissionais mais experientes durante a formação, não tem segurança em fazê-lo e, nem sempre, conseguem perceber a potência da AF em promover o cuidado às famílias.

Desta forma, para que haja o desenvolvimento da AF, seria pertinente um curso teórico-prático para preceptores, que contemple além da teoria, a atuação conjunta destes com profissionais mais experientes em AF, na prática. Com o aprimoramento das tecnologias de comunicação, as aulas teóricas poderiam ser realizadas de forma híbrida, presencial e online, para abranger uma maior quantidade de profissionais e o matriciamento na prática poderia ser realizado no local de trabalho dos preceptores, com famílias selecionadas, em atuação conjunta com profissionais mais experientes elencados pelos programas de residência de MFC. A SBMFC poderia também participar do processo, através dos seus grupos de trabalho (GT) e para a ampliação do curso para outros locais do Brasil. Devemos ainda contar com os profissionais de enfermagem de família e comunidade, através dos seus programas de residência e suas associações, o que aumentaria o alcance da proposta, com outros profissionais que também atuam em AF.

Esperamos que este trabalho ajude a compreender as dificuldades e as potencialidades na aplicação da AF nos locais de trabalho e que com isto possamos ampliar a perspectiva desta ferramenta importante em prol da Integralidade do cuidado. Que mais trabalhos possam ser realizados no tema, com literatura ainda escassa em nosso meio. Que gere frutos como o curso teórico-prático proposto com a maior abrangência possível de profissionais atuantes na saúde da família e comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, N.R.; BALDANZA, R.F.; GONDIM, S.M.G. - Os Grupos Focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação, v.6, n.1, p.05-24, TECSI FEA USP, São Paulo, 2009, Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jistm/a/7B4hf9XhN96G7RNdJ6kCSPx/?format=pdf&lang=pt>

ANDERSON, H. – Terapia como Conversa com Diálogo, Cap 6; Livro: Conversação, Linguagem e Possibilidades: Um Enfoque Pós-Moderno da Terapia, São Paulo: Roca, 2009.

ANDERSON, M.I.P., Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2180.

[https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180)

ANDERSON, M.I.P., RODRIGUES, R.D. – Consultas terapêuticas, linguagem, narrativa e resiliência: fortalecendo a prática clínica da integralidade do médico e da medicina de família e comunidade. Livro: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Princípios, Formação e Prática. GUSSO, G. et al. São Paulo, cap. 10, p. 93-104, Artmed, 2018.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, R. - Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. Educação e Pesquisa, USP, São Paulo, v. 44, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v44/1517-9702-ep-44-e173244.pdf>

BATESON, G. Mind and Nature: A Necessary Unity; E.P. Dutton: New York, NY, USA, 1979.

BEERENWINKEL, A., KEUSEN, A.L. - A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família - Saúde Debate, v. 38, n. 103, p. 771-782, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xqD8LddWQZTwtZvZcqStRp/abstract/?lang=pt&format=html>

BRASIL. Ministério da Educação. Matriz de Competências Aprovadas pela CNRM. Site da Internet. 2020. Disponível em:

Http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS: Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

BUDEL, F.; SILVEIRA, D.S.; SHWARTZ, E. - Integralidade da atenção e orientação familiar na preceptorial médica de um internato em saúde coletiva. In: TEIXEIRA, C. P. et al. Atenção, Educação e Gestão: Produções da Rede Profsaúde – 1. ed.-- Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Atencao-Educacao-e-Gestao-Producoes-da-Rede-Profsaude.pdf#page=93>

CAMARGO-BORGES, C. – Em busca de uma formação integral e ampliada: construindo práticas colaborativas para o cuidado em saúde. In: GUANAES-LORENZI (Org.). Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. p.350-351.

CARDOSO, R.B.B., NASCIMENTO, A.C.T.M. - O Ecomapa como instrumento na Atenção Primária à Saúde; Revista Científica, 1ª edição (p38-42), PEBMED, 2018. <https://pebmed.com.br/ecomapa-como-instrumento-na-atencao-primaria-a-saude/>

CERVENY, C.M.O. et al. Ciclo vital da família brasileira, em Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed, 2009, p 25-26 Disponível em: https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01zsz.pdf

CHAPADEIRO C. A., ANDRADE, H.Y.S.O., Araújo, M.R.N. - A família como foco da Atenção Primária à Saúde (Versão Preliminar), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON, UFMG, 2011, p. 78-87. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>

CHAVES, R. - Abordagem Familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em situação de violência: percepção de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – PROFSAUDE, UERJ, Rio de Janeiro, 2021.

CRUESS, R.L.; CRUESS, S.R.; STEINERT, Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation Academic Medicine, Vol. 91, No. 2 / February 2016. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000913 Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2016/02000/Amending_Miller_s_Pyramid_to_Include_Professional.17.aspx

DE MARCO, M.A. - Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um Projeto de Educação Permanente. Revista Brasileira de Educação Médica, v.30, p. 60-72, Rio de Janeiro, 2006, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4qxyN39SZfCZsv/>

DIAS, L.C. – Abordagem Familiar. Livro: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Princípios, Formação e Prática. GUSSO, G. et al. cap. 35, Artmed, São Paulo, 2019.

DIAS, M.O. - Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica - o processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e Desenvolvimento, 19 (2011), p.139-156. Disponível em:

[file:///C:/Users/eduar/Downloads/Um olhar sobre a familia na perspetiva sistemic a -.pdf](file:///C:/Users/eduar/Downloads/Um%20olhar%20sobre%20a%20familia%20na%20perspetiva%20sistemic%20a%20-.pdf)

FACO, V.M.G; MELCHIORI, L.E. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana In: VALLE, TGM., org. Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009 p.121-135. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/krij5p/pdf/valle-9788598605999-07.pdf>

FALEIROS, F. et al. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos; Texto Contexto Enferm, Ribeirão Preto (SP) 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Hjf6ghPxxk7LT78W3JBTdpjf/?format=pdf&lang=pt>

FEINBERG, L.F. - Moving Toward Person- and Family-Centered Care - Public Policy & Aging Report, v. 24, n.3, p. 97-101, JUL 2014. <https://academic.oup.com/ppar/article-abstract/24/3/97/1499187>

FERNANDES, C.L.C., FALCETO, O.G, WARTCHOW, E.S. – O médico, o paciente e sua família. Livro: DUNCAN, B. B. et al. - Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Cap.10, p.115, Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, C.L.C.; FALCETO, O.G.; WARTCHOW, E.S. – Abordagem Familiar. Livro: Medicina ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. DUNCAN B.B. et al. Cap.10, Artmed, São Paulo, 2013.

FRANCO, R.S.; ALMEIDA, M.C.S.; SEI, M.B. - Recursos artístico-expressivos na terapia familiar: um estudo teórico-clínico. Rev. Psicol. UNESP, Assis , v. 15, n. 1, p. 40-52, jun. 2016 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442016000100004&lng=pt&nrm=iso.

FREEDMAN, J; COMBS, G. – Narrative Therapy: The Social Construction or preferred realities. Tradução de Eloisa Vidal Rosas. New York: Norton, 1996. Cap 5, p.13

FREIRE, P. – Pedagogia do oprimido, 17a. ed. p.46-47,Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. - Métodos de pesquisa ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – p. 69-70, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/378720552/Metodos-de-Pesquisa-Gerhardt-e-Silveira-2009-UFRGS>

GIOVANELLA, L. et al, Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19, Saúde em Debate, v. 44, p. 895–901, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>

GONDIM, S.M.G. - Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. USP - Paidéia, 12(24), p 149-161, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5054/1/bbbbbbb.pdf>

GOUVEIA, E.A.H.; SILVA, R.O.; PESSOA, B.H.S. - Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, v.43, p.82 – 90; Brasília, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>

GUANAES, C. M.; AUGUSTUS, T. R. de - Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade. 2011, v. 20, n. 4, p.1005-1017. Epub 12 Dez 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400017>.

GUEDES, B.N. et al. Grupo focal: Método e aplicação em pesquisas qualitativas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, volume 10, número 1, p 87-92, 2006, ISSN 1415-2177 Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3425/2802>

HARZHEIM, E., MENDONÇA, C.S. – Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. (Org.) - Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013. 4. ed. p.36.

HOWE, A., ANDERSON, M.I.P., RIBEIRO, J.M., PINTO, L.F. - Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1324, Editorial, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P8hbs79gPPVxFhRCMgPFPKr/?format=pdf>

JUSTINO, A.L.A., OLIVER, L.L., MELO, T.P. - Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1471-1480, Rio de Janeiro, 2016. <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1471-1480/>

KIDD, M.- A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médico de Família (WONCA); tradução: André Garcia Islabão; revisão técnica: Luiz Fernando Nicz – 2.ed. – p.99, Artmed, Porto Alegre, 2016.

KNOWLES, M. S. - Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Education. San Francisco, CA: Jossey Bass, 1984.

LOPES, J.M.C., FERNANDES, C.L.C., CURRA, L.C.D., MATTOS, L.F.C.– Manual da Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, CAP. 8, p.67-82, SBMFC, 2019.

MACHADO, L.B.M., MARQUES, C.C., RODRIGUES, L., SPERLING, S., MACHADO, N.C., GUSSO, G.D.F., et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602)

MARTINS, M. - Resiliência Familiar - Revisão Teórica, conceitos emergentes e principais desafios. Algarve: Cadernos do GREI, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262057973_Resiliencia_Familiar_-_Revisao_Teorica_conceitos_emergentes_e_principais_desafios

MARVEL, M.K., SCHILLING, R., DOHERTY, W.J., BAIRD, M.A. - Levels of physician involvement with patients and their families. A model for teaching and research, *J Fam Pract.* Dec;39(6):535-44, 1994. Disponível em: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/ufp-archived-issues/1994-volume_38-39/JFP_1994-12_v39_i6_levels-of-physician-involvement-with-pat.pdf

McWHINNEY, I.R., Family Medicine in perspective. The New England Journal of Medicine 293:176-181(July, 24), 1975. <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/classicsfamilymedicine/FMPerspectiveMcWhinney.pdf>

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. - A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12):4593-4598, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n12/4593-4598/pt>

MENDONÇA, C.S. - Saúde da Família, agora mais do que nunca! Opinião. *Ciênc. saúde coletiva vol.14 supl.1* Rio de Janeiro, 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800022>

MILLER, G.E. – The Assessment of clinical skills/ competence/performance. 65(9 Suppl):S63-7; *Acad Med* 1990. Disponível em: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>

PAKMAN M. - Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista, Cap 13; Livro: Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales: Coordinadores: Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez – Editorial Síntesis; Madrid, 1995.

PAKMAN M. - Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista, Cap 13; Livro: Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales: Coordinadores: Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez – Editorial Síntesis; Madrid, 1995.

PEREIRA, L.B.C. - O domínio e familiaridade com a abordagem familiar e suas ferramentas por residentes de medicina de família e comunidade. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Residência Médica em Administração em Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

- POLETTI, M. P.; KRISTENSEN, C. H.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; BOECKEL, M. G. Uso da técnica da linha de vida em terapia familiar sistêmica cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 68-80, 2015. DOI: 10.31505/rbtcc.v17i1.773. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/773>.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO – SUBPAV - Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde - Estudo para otimização de recursos – outubro de 2018. <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>
- RAPIZO, R. – *Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção*. p. 29, 2ª edição, Instituto NOOS, Rio de Janeiro, 2002. ISBN 85-86132-04-7
- REBELO, L.- Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família; *Rev Port Clin Geral*; 23:309-17, 2007. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10364/10100>
- RIBEIRO, E.C.O. - Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano 11, Suplemento 2012, p. 77-81. UERJ, 2012. Disponível em: http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/312_pt.pdf
- RODRIGUES, R.D. - Erro diagnóstico subsidia pacote de reformas que mina a Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*, v. 45, n. 130, p. 819-831, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xK5KYgFHCWMDJK4VX5tzTfc/>
- RODRIGUES, R.D., ANDERSON, M.I.P. - Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da UERJ e seu Programa de Residência: de 1976 a 2016, 40 anos de História. DMIFC, FCM, UERJ, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113019>
- SAVASSI, L.C.M.; LAGE, J.L.; COELHO, F.L.G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 179–185, 2013. DOI: 10.14295/jmphc.v3i2.155. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>
- SCHEFFER, M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8 Disponível em: https://www3.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC) – Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade – Abordagem Familiar, p. 19, ABR 2015 Disponível em : [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992

STEWART, M., BROWN, J.B., WESTON, W.W., McWHINNEY, I.R., McWILLIAM, C.L., FREEMAN, T.R. - Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes, p. 24-25 – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

THROWER, S.M., BRUCE, W.E., WALTON, R.F.- The family circle method for integrating family systems concepts in family medicine. **J Fam Pract.** Sep;15(3):451-7, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7108459/>

WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Editora Roca, 2005.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON D.D. - Livro: Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação, São Paulo: Cultrix, 2007.

WEINBERGER, S.E. et al - Patient- and Family-Centered Medical Education: The Next Revolution in Medical Education? *Annals of Internal Medicine* - American College of Physicians, v.161, n.1, p.73-75, JUN 2014. Disponível em: https://docksci.com/patient-and-family-centered-medical-education-the-next-revolution-in-medical-edu_5ae41c0ad64ab2f3310bc791.html

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Questionário semiestruturado online

QUESTIONARIO ON-LINE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “O PRECEPTOR DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A ABORDAGEM FAMILIAR: EM BUSCA DE CAMINHOS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA E DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM”, que tem como objetivo contribuir para a qualificação e o aperfeiçoamento da Abordagem Familiar nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e na prática da Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa terá duração de três meses, com o término previsto para outubro de 2020.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a um questionário semiestruturado online em ambiente virtual. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa são considerados mínimos e estão atrelados ao risco de constrangimento, desconforto, vergonha ou estresse ao responder ao questionário. O responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa de tal forma a minimizar os riscos. Ao perceber qualquer risco ou dano significativo ao participante da pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o pesquisador comunicará o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliará, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será a possibilidade contribuir para o aperfeiçoamento da prática e dos processos de ensinagem em Abordagem Familiar para os residentes em MFC. Há ainda a intenção de construir um curso teórico-prático a partir dos resultados desta pesquisa e você poderá ser convidado (a) a colaborar com a elaboração deste curso.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assinale "concordo" ao final desta seção.

EDUARDO KAC

Pesquisador responsável

E-mail: eduardo.kac@terra.com.br

Cel: (21)99619-2307

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-

0962

E-mail:

cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ -

Comitê de Ética em Pesquisa - Rua Evaristo da
Veiga, 16 - 4º andar – Sala 401 - Centro – RJ;
CEP: 20031-040; Telefone: 2215-1485.

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou

cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: [http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-
em- pesquisa](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa)

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal online

GRUPO FOCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “O PRECEPTOR DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A ABORDAGEM FAMILIAR: EM BUSCA DE CAMINHOS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA E DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM”, que tem como objetivo contribuir para a qualificação e o aperfeiçoamento da Abordagem Familiar nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e na prática da Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participar de grupo focal, com intuito de aprofundar a análise acerca do tema supracitado, sob a coordenação do pesquisador responsável e mestrando, Eduardo Kac.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa são considerados mínimos e estão atrelados ao risco de constrangimento, desconforto, vergonha ou estresse ao participar deste grupo focal. O responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa de tal forma a minimizar os riscos. Ao perceber qualquer risco ou dano significativo ao participante da pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o pesquisador comunicará o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliará, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será a possibilidade contribuir para o aperfeiçoamento da prática e dos processos de ensinagem em Abordagem Familiar para os residentes em MFC. Há ainda a intenção

de construir um curso teórico-prático a partir dos resultados desta pesquisa e você poderá ser convidado(a) a colaborar com a elaboração deste curso.

Os dados serão coletados por gravação durante o grupo focal que será realizado online pela plataforma Zoom e utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação será tratada de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

EDUARDO KAC

Pesquisador responsável

E-mail: eduardo.kac@terra.com.br

Cel: (21)99619-2307

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-
0962

E-mail:

cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ -
Comitê de Ética em Pesquisa - Rua Evaristo da
Veiga, 16 - 4º andar – Sala 401 - Centro – RJ;
CEP: 20031-040; Telefone: 2215-1485.

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou
cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.