

Análise da abordagem familiar na perspectiva de implementação da prática no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa, PB

Analysis of the family approach through the implementation of this practice in the setting of the Family and Community Medicine Residency in the city of João Pessoa-PB

Maria Albanete Santos de Lima¹, André Luís Bonifácio de Carvalho²

RESUMO

Objetivo: Analisar de que modo a abordagem familiar está inserida no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa, PB. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória qualitativa com uma amostra composta por residentes do segundo ano da especialização pertencentes a 4 instituições de ensino do município. Os dados foram coletados por meio de roteiro de entrevista semiestruturada e analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo. Resultados: Foram entrevistados 08 residentes com faixa etária entre 26 e 43 anos, formados entre os anos de 2012 e 2019. Observou-se que os residentes entendem a importância da abordagem familiar para uma assistência integral à saúde dos usuários. Em sua totalidade concordam que é uma competência fundamental para a formação do médico de família, entretanto, 75% deles consideram seus conhecimentos e habilidades em abordar as famílias baixos ou medianos. Conclusão: A análise das entrevistas evidenciou a baixa utilização da abordagem familiar nos processos de trabalho das equipes de saúde da família. Na perspectiva de implementação da prática da abordagem familiar, foram sugeridas mudanças estratégicas tanto para atividades teóricas quanto para o campo da prática.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia familiar. Residência médica. Atenção Básica

ABSTRACT

Objective: To analyze how the family approach operates within the setting of the Family and Community Medicine Residency in the city of João Pessoa-PB. Methodology: This is qualitative exploratory research with a sample composed of residents in their second year of specialization belonging to four educational institutions in the city. Data was collected through direct interviews with a semi-structured questionnaire and analyzed using the Content Analysis Technique. Results: Eight residents aged between 26 and 43 years old, who graduated between 2012 and 2019, were interviewed. It was observed that residents understand the importance of the family approach to comprehensive care for users' health. In their entirety, they agree that it is a fundamental competence for the formation of family doctors. However, 75% of them believe they have low or average knowledge and skills for approaching families. The analysis of the interviews showed low use of the family approach in the work processes of the family health teams. From the perspective of implementing the practice of the family approach, strategic changes were suggested both for theoretical activities and for the field of practice.

KEYWORDS: Family therapy. Medical residency. Primary Care

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: dezembro de 2021

¹ Prefeitura Municipal de João Pessoa, PB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0515-8435>. E-mail: albanetesantos@hotmail.com

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0328-6588>.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, da complexidade da estratégia de saúde da família, surge a necessidade de se formarem profissionais capazes de trabalhar segundo o novo modelo, o que se tornou um desafio para o sistema de saúde – como o de criar estratégias educacionais eficazes na formação de profissionais com perfil adequado para atuar nas unidades básicas de saúde observando os princípios da integralidade, longitudinalidade e universalidade, assim como o da acessibilidade, coordenação do cuidado, equidade e humanização do serviço¹.

As instituições de ensino vêm se alinhando a uma tendência mundial de compreensão da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) por sua relevância na melhoria das condições de saúde e de indicadores como redução de internações hospitalares por causas sensíveis à APS, redução da mortalidade infantil, neonatal, em adultos com doenças cardíacas, na melhoria do cuidado continuado, na assistência prestada às pessoas idosas, na equidade do acesso, entre outros².

Nesse cenário de reorientação das práticas de saúde, com o objetivo de qualificar os profissionais que já atuam no Programa de Saúde da Família (PSF), emergem os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade. Estes possuem uma abordagem metodológica que fomenta modificações na prática médica³.

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), no município de João Pessoa, teve início em 2010 por meio de uma parceria entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-JP), com proposta de duração de dois (2) anos, prevendo atividades teóricas e práticas realizadas em serviço (em unidades básicas de saúde – UBS) e na comunidade. As Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa seguem, em sua maioria, um modelo que integra quatro equipes de saúde da família, chamadas de Unidades Integradas. Na constituição da Rede Escola da SMS-JP, essas unidades são preferenciais para a integração de atividades da graduação dos cursos de Medicina e de outros cursos da área de saúde, internato, além da própria residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional³.

O *Curriculum* Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2014) foi, e ainda é, o norte para a construção da programação teórica e de atividades práticas dos PRMFC no Brasil e tem como objetivos formar e habilitar médicos na área da MFC a adquirir as competências para serem resolutivos em cenários de prática que contemplem os atributos da APS, sendo eles acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁴.

Atuar em saúde, tendo como objeto do cuidado a família, é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e o separa de seu contexto e de seus valores socioculturais. No modelo biomédico de atenção à saúde, o atendimento à família verifica-se em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, raramente sendo vista como um grupo de pessoas que necessita de avaliação e intervenção. Assim, privilegia-se o atendimento individualizado de seus membros, perdendo sua integralidade, de maneira que seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros da família e com o meio social são aspectos que, com frequência, são deixados de lado⁵.

A Abordagem Familiar é um dos princípios propostos por Starfield para a APS e remete ao conhecimento, pela equipe, dos membros da família e dos seus problemas de saúde. Com a compreensão dos padrões das famílias atendidas, dá-se um passo importante para realização de intervenções condizentes com o contexto social em que elas (as famílias) estão inseridas. Nesse sentido, as ferramentas de abordagem familiar são úteis e assertivas no trabalho com famílias⁶.

O mau êxito terapêutico, muitas vezes, é consequência da não avaliação da situação-problema dentro do contexto vivencial familiar. É fundamental que o médico possa compreender a família para instituir uma abordagem coerente e culturalmente aceitável, de forma a estabelecer um interesse comum e um vínculo com esse sistema, capaz de quebrar a inércia e produzir mudanças⁷.

Entender como a família influencia a saúde dá ao médico de família e comunidade a oportunidade de antecipar e reduzir os efeitos adversos do estresse familiar e de usar a família como recurso para cuidar das pessoas. A prática do médico de família e comunidade envolve uma parceria entre o médico, a pessoa e a família. Os problemas clínicos e emocionais podem ser tratados com uma abordagem individual, centrada na pessoa, mas alguns vão alcançar maior benefício com a abordagem familiar, estando a família presente ou não na consulta, pois a presença da família possibilita que uma mesma situação seja descrita e compreendida de outra forma⁸.

A principal pergunta desta pesquisa é a seguinte: Como a abordagem familiar está inserida no cotidiano dos residentes de MFC do município de João Pessoa?

METODOLOGIA

A pesquisa exploratória qualitativa se mostrou a mais adequada aos objetivos e objeto deste estudo, na medida em que ele pretende investigar os processos e as práticas utilizadas pelos residentes para a abordagem das famílias, estudar os sentidos de suas ações e

dificuldades, conhecer suas interpretações a respeito e, ainda, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas ao fenômeno – no caso, a abordagem familiar⁹.

Decidimos incluir na pesquisa os médicos residentes do segundo ano da especialização, no pressuposto de que já teriam embasamento teórico e treinamento prático suficiente para a aquisição das competências necessárias para ofertar um cuidado integral à saúde, em que, a partir da ação sobre um membro, as ações sejam estendidas para o grupo familiar com a promoção de práticas preventivas de saúde voltadas para o coletivo. Os oito residentes escolhidos atuavam em unidades de saúde que compõem a rede municipal, quantitativo limitado pela vigência da pandemia de COVID-19 no decorrer da pesquisa, e incluindo as quatro instituições de ensino que oferecem a Residência de Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa. Os residentes que atuavam sob a supervisão da pesquisadora principal, não participaram da pesquisa pela possibilidade de a relação preceptor-residente estabelecida interferir nas respostas ou lhes causar desconforto ao respondê-las.

A produção das informações e reflexões ocorreu por meio da técnica de entrevista semiestruturada com os médicos residentes de MFC. A opção pela entrevista semiestruturada tipo qualitativa se justificou, em nosso caso, pela necessidade de compreensão do fenômeno a partir da perspectiva dos residentes, considerando seus pontos de vista, obstáculos e fragilidades, permitindo explorar em profundidade esse cenário, indispensável à apreensão e à compreensão das condutas, abrindo a possibilidade de compreender e conhecer os dilemas e questões enfrentadas pelos residentes. A entrevista é uma ferramenta que permite resgatar a dimensão da subjetividade, já que as respostas podem revelar sistemas de valores, crenças, normas e condutas, sendo significantes na busca pela mudança de um contexto¹⁰.

Os dados coletados das entrevistas foram submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Bardin configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cuja finalidade é a produção de inferências. Segundo esse ponto de vista, produzir inferência em análise de conteúdo significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores – situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção¹¹.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a novembro de 2020 e foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise dos dados coletados. O roteiro das entrevistas se fundamentou em seis eixos estruturantes: Identificação, Aprendizado, Importância, Conhecimento, Dificuldades e Estratégias de mudança da abordagem familiar no cenário da residência médica. O tempo de resposta de cada entrevistado foi respeitado para que

cada conversa seguisse naturalmente, o que oportunizou aprofundamento e confirmação das informações apresentadas, conhecimento acerca dos residentes, favorecimento de respostas espontâneas e a percepção real do entrevistado sobre o atual cenário da abordagem familiar na residência médica de João Pessoa.

Conforme a Resolução 466 de dezembro de 2012¹² do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), parecer n.º 4.001.290.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com oito médicos residentes em medicina de família e comunidade do município de João Pessoa, sendo dois médicos de cada instituição de ensino que oferta a especialidade. Estabeleceu-se, como critério de inclusão, que todos cursassem o segundo ano da especialização, para que fossem avaliados após o ensino do tema e depois que houvesse decorrido certo tempo para prática da técnica.

Perfil e aprendizado dos entrevistados

Acerca das características gerais dos médicos entrevistados, seis são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com faixa etária que varia entre 26 e 43 anos. O ano de formação da maioria se deu na última década, entre os anos de 2012 e 2019, com recente experiência em Atenção Primária à Saúde. Em relação ao aprendizado sobre a abordagem familiar, os residentes disseram entender que ele é importante para a compreensão do contexto em que seu paciente está inserido como forma de apreender o processo de adoecimento e melhorar sua resolutividade. Dois dos oito médicos se referiram à abordagem como ferramenta ou instrumento para diagnóstico e cuidado do usuário, em saúde mental ou para sintomas orgânicos/físicos.

“O que eu acho sobre abordagem familiar é que todos nós, residentes de MFC, temos uma noção teórica do que é, mas que a gente não consegue muito fazer na nossa prática e eu tenho uma curiosidade por realmente fazer, conseguir fazer isso na prática.” (Residente 1)

Sobre a prática, seis dos entrevistados disseram que as abordagens familiares não eram realizadas na sua rotina de trabalho devido a diversos fatores, como insegurança, falta de oportunidade, elevada pressão assistencial e pouco conhecimento. Entre os que realizavam, um relatou que costumava realizar a abordagem das famílias durante a visita domiciliar, quando aproveitava a presença de alguns familiares no domicílio para conversar sobre cuidados e recomendações que não estivessem sendo cumpridas, entre outras demandas. Outro realizava a abordagem aproveitando a presença do familiar que acompanhava o paciente à consulta, para ampliar o diálogo ou, então, identificar alguma questão familiar que o paciente tivesse e que

contribuísse para o adoecimento, chamando a pessoa envolvida para conversar.

“A abordagem familiar está bem restrita lá no meu serviço, ao menos na minha equipe, eu como residente ainda não me sinto segura de aplicar na prática essa abordagem familiar, apesar da gente ter um pouco da teoria, mas na prática ainda é bem escasso.” (Residente 6)

Quanto à importância da Abordagem Familiar

A respeito da importância ou representatividade da abordagem familiar, todos os residentes consideram-na como uma ferramenta importante de trabalho (para diagnóstico, acolhimento e apoio) e que ela ajuda no entendimento do contexto familiar e na compreensão do processo de adoecimento das pessoas. Dois deles a consideraram uma prática a ser buscada.

Além disso, os residentes concordaram que ela é uma competência fundamental para a formação do médico de família, pois seria uma forma de entender a família como um todo.

“Um instrumento que ajuda a entender o contexto familiar e melhorar o cuidado junto às famílias.” (Residente 7)

Quanto ao conhecimento sobre a Abordagem Familiar

No que se refere ao conhecimento – e à habilidade – em abordar as famílias, três médicos o consideraram baixo, três o descreveram como mediano – devido à pouca leitura e ao baixo interesse, a depender, também, da complexidade da situação – e somente dois consideraram que já têm um bom conhecimento e certa habilidade em abordar as famílias.

“Muito a ser incrementado ainda, admito que pouca leitura também, além das aulas que tivemos, foram sugeridos alguns textos que eu ainda não entrei muito neles, é uma coisa tão interessante, nos prepara até para nossa vida pessoal, entender ciclos, o que constrói, as fases, a relação, tudo vai acabar no entendimento de algo que pode melhorar de alguma forma algum mal-estar que você pode ter sentido. Meu conhecimento ainda é superficial, acredito.” (Residente 5)

Quatro, entre oito residentes, não se sentiam capazes de intervir nas famílias por sentirem falta de um tutor mais perto, por se sentirem sozinhos, sem apoio da equipe multiprofissional (NASF) existente nas unidades de saúde para contribuir na abordagem, o que acarretava um sentimento de limitação. Três deles consideraram-se parcialmente capazes e utilizavam a intuição como forma de compensar o insuficiente conhecimento sobre o tema devido a poucas oportunidades de práticas e devido à falta de tutoria. Uma das residentes se sentia preparada, apesar da falta, segundo ela, do envolvimento dos demais componentes da equipe e do apoio de uma equipe multiprofissional, o que a fazia sentir-se limitada.

“Eu acho que me considero bem preparada, obviamente que o médico sozinho não vai

conseguir resolver tudo, não é o único profissional que vai conseguir resolver todos os problemas de uma família, a gente tenta abordar, mas aqui ou ali a gente nota que precisa a presença de outro profissional entrar ali na “jogada”, e as pessoas não querem se comprometer, sempre recai sobre o médico.” (Residente 2)

Sobre as ferramentas utilizadas na realização da abordagem familiar, metade dos residentes não as conhecia ou conhecia pouco, mas não as utilizava; os quatro que admitiram conhecê-las e usá-las, citaram o genograma e o ecomapa como sendo os instrumentos já utilizados, porém com pouca frequência.

“O genograma eu já usei, não é muito raro porque eu já usei num PTS para três pacientes, porque eu sou preceptora também do internato. A cada dois meses eles fazem rodízio das turmas e em cada turma a gente escolhe um paciente e a gente faz em conjunto sob minha orientação e supervisão, a gente sempre faz PTS e genograma para avaliar a família, não estou lembrada de outros instrumentos, talvez eu use, mas não estou lembrando que aquilo é um instrumento.” (Residente 2)

Quanto às dificuldades

Como dificuldades no processo de aprendizagem, dois dos residentes citaram o pouco tempo de preceptoria pela incompatibilidade das agendas que dificultavam a realização de uma abordagem no domicílio do usuário. Outros dois referiram a falta de tempo de discutir os casos clínicos com os preceptores devido à pressão assistencial, normalmente elevada, como entrave para o aprendizado. Um dos residentes atribuiu a falta de tempo também ao fato de sua equipe estar incompleta, com a falta de profissionais gerando sobrecarga de trabalho. A insegurança por nunca ter feito uma abordagem familiar também foi citada por um dos médicos. Sete dos entrevistados consideraram que as aulas teóricas sobre o tema são boas, mas insuficientes pelo não aprofundamento no assunto e por terem ocorrido em um só momento, durante o primeiro ano da especialização. A falta de profissionais especialistas em MFC para ministrar as aulas e a não correlação entre teoria e prática no processo de ensino e aprendizagem foram relatadas por dois dos residentes como obstáculo. Eles também afirmaram que não viram a aplicabilidade prática das ferramentas, ou seja, em uma abordagem familiar como de fato era realizada. Um dos entrevistados relatou não se lembrar do ensino da abordagem familiar no momento teórico.

“Um dos entraves que a gente tem na parte teórica é que não temos a oportunidade de ver a aplicabilidade dessas ferramentas. Uma coisa é entender na teoria e a outra coisa é colocar em prática. Acredito que a gente vendo um médico de família e comunidade que já tem uma certa experiência, tendo esse entendimento das ferramentas da abordagem pra gente seria mais fácil de entender a aplicabilidade dessas ferramentas e como de fato é feita a abordagem familiar.” (Residente 6).

As principais dificuldades mencionadas para a realização da abordagem familiar por seis dos oito entrevistados foram o tempo escasso – pelo quantitativo de atendimentos realizados na rotina diária – e o medo de adentrar nas relações conflituosas vivenciadas pelas famílias e ter de lidar com essas situações. Dois médicos mencionaram a incompreensão da equipe e dos

usuários de que a residência médica é um processo de ensino e aprendizagem que demanda tempo livre para que algumas práticas sejam implementadas. A resistência de alguns usuários em envolver a família ou, o inverso, a resistência da família em se envolver na solução de determinados conflitos ou problemas foram obstáculos à realização da abordagem familiar mencionados por metade dos residentes. Temas como sexualidade e faixas etárias específicas, como a de crianças e adolescentes, foram considerados como sendo mais difíceis de abordar por um dos médicos. Já a insegurança em relação ao momento certo de iniciar a abordagem – por falta de preparo e inexperiência – foi mencionada como entrave por outros dois médicos.

“O excesso de demanda. Tivemos a aula no R1, mas eu não consigo colocar em prática porque é muita correria, tem dia que eu atendo 30 pessoas. Isso não é Medicina de Família. Primeiro, é uma demanda tremenda! Eu nunca vi isso na minha vida, todos que chegam tem que ser atendidos, Medicina de Família é prevenção, ensinar, prevenir, lógico que com tratamento, não estou falando que não tem, mas a base da Medicina de Família é prevenção, é ensinar, pra não ficar doente.” (Residente 3)

Quanto às perspectivas e sugestões para a melhoria das práticas da Abordagem Familiar

As sugestões para a melhoria do ensino nas instituições relacionaram-se à escolha de profissionais especialistas em MFC que atuassem como professores, de forma a estimular os residentes a colocar os conhecimentos em prática, além de discutir casos clínicos, visitar o tema ao longo da especialização e criar cenários de simulação utilizando pacientes simulados para pôr em prática as técnicas da abordagem familiar.

“Atualmente estou com outro preceptor, na pandemia ficou tudo mais diferente, não se tem tempo, não é só uma questão da disponibilidade ou da competência deles, mas na época da preceptora anterior, nós tínhamos mais tempo e ela fazia umas aulas com a gente que eram momentos de discussão com os residentes, por exemplo, dava artigos sobre o MFC, aí conversava, sobre a abordagem centrada na pessoa, dando exemplos, preparava uns casos clínicos.” (Residente 1)

“Ter tempo reservado pra, no mínimo, pra acompanhar, ao menos uma vez, ou algumas vezes, a preceptoria fazendo essa abordagem familiar, né? E depois a gente ter a prática, também.” (Residente 7)

Por fim, foram destacados os seguintes pontos: a) realizar atividades entre residência e preceptoria, utilizando famílias identificadas na comunidade com necessidade de intervenção; b) discutir o caso e realizar abordagem em prazo predeterminado, buscando envolver as equipes no processo; c) proteger espaços na agenda para utilização dessa e de outras ferramentas que fazem parte do escopo do médico de família e comunidade; d) diminuir o número de atendimentos exigidos por turno para que atendimentos mais complexos possam ser realizados; e) acompanhar preceptores ou tutores realizando a abordagem familiar, trazendo conceitos teóricos e exemplificando na prática; f) realizar oficinas periódicas para elaboração de abordagens familiares supervisionadas pelos preceptores; e, por fim, g) realizar reuniões de

equipe para capacitação acerca da abordagem familiar com o objetivo de sensibilizar seus componentes para a captação de usuários que necessitem dessa abordagem.

DISCUSSÃO

Para exercer a MFC, o médico é orientado por fundamentos cujo objetivo é realizar um manejo adequado dos problemas de saúde da população.

A partir da abordagem individual, podem surgir demandas diversificadas, entre as quais sintomas sem explicação médica, que são frequentes e estão associados, em sua maioria, a sofrimento mental. Se o médico não estiver preparado adequadamente para o manejo desses casos, esses usuários podem ter seu cuidado perpetuado ao longo do tempo, com resultados insatisfatórios. A partir da abordagem das famílias, os médicos podem ampliar o olhar para constatar que muitos sintomas trazidos pelas pessoas são respostas a suas interações estabelecidas diretamente com seus familiares.

Para que o médico adquira a competência de abordar as famílias, o processo de ensino e aprendizagem necessita de mudanças e adequações na forma como vem sendo realizado. O que fica claro nas falas dos entrevistados é que, tanto no ambiente institucional quanto nos campos de prática, a maioria informou que o ensino é satisfatório ou bom, mas insuficiente. As instituições oferecem poucas oportunidades de treinamento, não proporcionam ao residente conhecer mais o tema, se aprofundar e colocar em prática as ferramentas da abordagem familiar. A complexidade dessa forma continuada, integral e abrangente de cuidar das pessoas em todos os ciclos de vida demanda que metodologias ativas sejam implementadas no campo da teoria e da prática.

Este estudo ratifica que, em sua totalidade, os residentes entendem que a competência de abordar as famílias é intrínseca a todo especialista em MFC e que, portanto, ela deve ser adquirida ao longo do processo formativo da especialização.

Pelas dificuldades apontadas pelos entrevistados para a realização da abordagem familiar, a presente pesquisa demonstra que alguns arranjos organizacionais são necessários para garantir a construção de uma rede de aprendizagem em que as estratégias pedagógicas se harmonizem com as necessidades dos serviços, garantindo qualidade aos cenários de formação.

Como vimos acima, os residentes demonstraram dificuldade de identificar em que situações deveriam iniciar a abordagem familiar, por insegurança, por medo de se aproximarem de famílias em conflito, por não dominarem as técnicas e por terem praticado pouco. A falta de tempo para realização da abordagem familiar reflete a dificuldade de mudança de processo de trabalho para a incorporação substancial de ferramentas como o genograma e o ecomapa em

seu cotidiano. Porém, para McWhinney e Freeman, os médicos de família e comunidade muitas vezes têm conhecimento de famílias vulneráveis, a quem podem dar apoio e colocar em contato com órgãos de apoio social, estando atentos às indicações de violência familiar e devendo ter competência para notificar e lidar com esses casos¹³.

A elevada demanda assistencial se fez presente na resposta de 100% dos entrevistados, atestando a necessidade de planejamento e organização do processo de trabalho de forma estratégica, levando-nos a uma reflexão sobre como a forma de acolhimento tem se dado nas equipes de saúde da família. Para acolher as demandas da comunidade, não basta distribuir senhas e encaminhar todas as pessoas ao atendimento médico. Um problema que surge nessa forma de organização é que ela pode engessar o sistema por não permitir flexibilizar a agenda conforme as necessidades da comunidade, além de, frequentemente, levar à demora nos atendimentos, devido a agendas lotadas.

Outras questões que envolvem a demanda excessiva são: o número elevado de famílias cadastradas por equipe, extensas áreas cobertas pela ESF e equipes desfalcadas de profissionais, o que gera sobrecarga para as equipes que precisam dar cobertura a esse desprovimento. É uma reflexão que deveria extrapolar o âmbito da residência em si, para ser discutida amplamente na perspectiva de uma avaliação que envolvesse profissionais, usuários e gestão municipal, objetivando a criação de espaços para atividades de educação continuada no serviço. Como afirma Soares et al., “as dificuldades existentes na rede assistencial, a grande carga de doença e a vulnerabilidade social da população assistida são desafios que demandam um processo contínuo de reflexão”³.

Este estudo demonstra que mudanças na metodologia de ensino e aprendizagem da abordagem familiar na residência são necessárias. Em sua totalidade, os residentes sugeriram melhorias – tanto no ensino por parte das instituições quanto nos campos de prática – que os estimulassem a ir em busca do aprofundamento de seus conhecimentos. Como exemplo, propuseram a criação de ambientes simulados para treinamento com implementação de práticas supervisionadas pelos tutores e preceptores, garantindo, assim, maior segurança para profissionais e usuários no exercício de uma competência tão completa e complexa, como a abordagem familiar.

CONCLUSÃO

Este trabalho, oriundo de questões que surgiram ao longo da prática clínica desta pesquisadora como médica de família e preceptora da residência, começou tentando entender porque o atendimento à família verifica-se, habitualmente, em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, sendo a família poucas vezes percebida como um grupo de

pessoas que necessita de avaliação e intervenção, prejudicando, assim, a integralidade do cuidado.

A literatura é escassa, não tendo sido encontrada publicação específica para comparar com os resultados deste estudo, porém a amostra foi representativa da residência de medicina de família por abranger quatro instituições de ensino do município de João Pessoa.

Nesta pesquisa, a análise do conteúdo das entrevistas dos residentes evidenciou a baixa utilização das ferramentas de abordagem familiar por parte dos residentes devido a inúmeras razões relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem e à organização dos processos de trabalho das equipes nas unidades de saúde da família. Isso comprova que, apesar de se sentirem incapazes de intervir nas famílias, os residentes reconhecem que a abordagem familiar é uma competência fundamental para a formação do médico de família.

Foi possível esboçar que o modo pelo qual o ensino da abordagem familiar vem sendo realizado não dá conta de todas as singularidades do processo que levam o médico de família a desenvolver a capacidade de identificar precocemente os papéis familiares disfuncionais que geram sofrimento e adoecimento, para, assim, poder planejar, com a equipe multiprofissional, a intervenção mais adequada.

Na perspectiva de implementação da prática da abordagem familiar pelos residentes de MFC, mudanças estratégicas foram sugeridas pelos médicos entrevistados no intuito de promover transformações na metodologia de ensino e aprendizagem da abordagem familiar. Algumas mudanças podem ajudar a inserir essa ferramenta na prática cotidiana desses profissionais.

Em fase de término desta investigação, pretendemos delinear algumas limitações encontradas ao longo deste estudo, assim como realizar algumas recomendações e sugestões para a estruturação e desenvolvimento de futuras investigações.

Uma das limitações iniciais se relaciona ao surgimento da pandemia pela COVID-19, que acarretou sobrecarga de trabalho a toda a rede de assistência à saúde, interferindo no cronograma de atividades pré-estabelecido para a execução do projeto.

Outra limitação importante foi a não realização do grupo focal com os preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade pela dificuldade de reunir os profissionais devido à necessidade de não se promover aglomerações, também por causa da pandemia. Isso provavelmente influenciou nos resultados, por não possibilitar o desdobramento da pesquisa com a inclusão de preceptores, coordenadores dos programas de residência e de outros atores relevantes nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017 [acesso em 2022 ago. 03]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2014 [acesso em 2022 ago. 03]. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CES-CNE-003-2014-06-20.pdf>
3. Soares RS, Oliveira FP, Neto AJM, Barreto DS, Carvalho ALB, Sampaio J et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2016 [acesso em 2022 ago. 03]; 11(38): 1-9. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629)
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. 2015 [acesso em 2022 ago. 03]. Disponível em: [https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
5. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na estratégia de saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [acesso em 2022 ago. 03]; 45(5): 1250-1255. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. 1ª ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2022 ago. 03]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
7. Fernandes CLC, Curra LCD. Ferramentas de Abordagem da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, organizadores. Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 11-41.
8. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em 2022 ago. 03]; 39(3): 507-514. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. 108 p.
11. Bardin L. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2015. 229 p.
12. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; 2013 [acesso em 2022 ago. 03]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Mcwhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.