



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE**

**MARIA ALBANETE SANTOS DE LIMA**

**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**

**Mestranda:** Maria Albanete Santos de Lima

**Orientador:** Prof. André Luís Bonifácio de Carvalho

João Pessoa – PB

2021

**MARIA ALBANETE SANTOS DE LIMA**

**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**

Projeto de dissertação a ser apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis) para obtenção do título de Mestre

Orientador: Prof. André Luís Bonifácio de Carvalho

João Pessoa – PB

2021

**MARIA ALBANETE SANTOS DE LIMA**

**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**

Projeto de dissertação a ser apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis) para obtenção do título de Mestre

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Conceito: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho**

(Orientador)

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

**Prof. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz**

(Examinadora Interna)

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

**Prof. Dra. Gabriella Barreto Soares**

(Examinadora Externa)

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

## Ficha Catalográfica

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação ( CIP)

Preparada pela Biblioteca Central da  
Universidade Federal da Paraíba com dados fornecidos pela  
autora

Lima, Maria Albanete Santos de Lima  
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, Brasil/ Maria Albanete Santos de Lima. –  
João Pessoa, 2021.  
107 p.: Il. Inclui Referências.

Dissertação (mestrado): Centro de Ciências Médicas da  
Universidade Federal  
da Paraíba. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da  
Família.  
Orientador: André Luís Bonifácio de Carvalho

Descritores: 1. Atenção Básica à Saúde 2. Terapia Familiar 3.  
Residência Médica 4. Estratégia de Saúde da Família 5. Educação  
em Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que me permitiu que todas as conquistas em minha vida se concretizassem e por ter me dado a chance de ter chegado até aqui e concluído este trabalho.

A minha família que me apoiou e incentivou em todos os sentidos durante toda essa caminhada acreditando em meus sonhos e objetivos.

Aos professores e funcionários do PROFSAUDE que permitiu que esta obra fosse realizada e que com muita competência me proveu de materiais necessários para a realização deste trabalho.

A meu esposo que me apoiou incentivou durante todo o processo de produção desta obra demonstrando amor compreensão e paciência.

Muito Obrigada!

## RESUMO

O tema central desta dissertação de Mestrado é um estudo do modo como a abordagem familiar é realizada na Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de João Pessoa. O objetivo geral da dissertação é uma análise do modo como a abordagem familiar está inserida na residência na perspectiva de implementação desta prática com a elaboração de um produto educativo para os residentes. O modelo do estudo para o artigo original foi uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa. A amostra foi composta por residentes do segundo ano da especialização pertencentes as 4 instituições de ensino que ofertam a Residência de Medicina de Família e Comunidade, com dados coletados por meio de entrevistas diretas com preenchimento de formulário semiestruturado. O conteúdo da cartilha foi elaborado a partir de uma revisão da literatura, da análise dos resultados do estudo de campo e discussão com médicos terapeutas de família. Os resultados da pesquisa de campo foram apresentados no artigo original sob o título “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”. A apresentação do produto educacional para os residentes foi a cartilha sobre a abordagem familiar sob o título “Abordagem Familiar”. No estudo de campo 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 a 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 baixo ou mediano. Após análise das entrevistas, concluiu-se que há baixa utilização das ferramentas de abordagem familiar por parte dos residentes por inúmeras razões, relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem e a organização dos processos de trabalho das equipes nas unidades de saúde da família. A partir destes resultados encontrados na pesquisa de campo, elaborou-se a cartilha educativa para os residentes versando sobre a importância da abordagem familiar, a aplicabilidade, as ferramentas e estratégias para sua utilização no campo da prática. Portanto, os objetivos da presente Dissertação foram alcançados.

Palavras- chave: Terapia familiar. Residência médica. Atenção Básica

## ABSTRACT

The central theme of this Master's dissertation is a study of how the family approach is carried out in the Family and Community Medicine Residency in the Municipality of João Pessoa. The general objective of the dissertation is an analysis of how the family approach is inserted in the residence from the perspective of implementing this practice with the development of an educational product for residents. The study model for the original article was an exploratory research with a qualitative approach. The sample consisted of residents of the second year of specialization belonging to 4 educational institutions that offer the Family and Community Medicine Residency, with data collected through direct interviews with the completion of a semi-structured form. The content of the booklet was developed based on a literature review, analysis of the results of the field study and discussion with family therapist physicians. The results of the field research were presented in the original article under the title "Analysis of the family approach in the perspective of implementing the practice in the setting of the Family and Community Medicine residency in the city of João Pessoa-PB". The presentation of the educational product to the residents was the primer on the family approach under the title "Family Approach". In the field study, 08 residents aged between 26 and 43 years old, graduated between 2012 and 2019, were interviewed. It was observed that residents understand the importance of the family approach for comprehensive health care for users. In their entirety, they agree that it is a fundamental competence for the formation of family doctors, however, 75% of them consider their knowledge and skills to approach families as low or average. After analyzing the interviews, it was concluded that there is little use of family approach tools by residents for numerous reasons, related to the teaching and learning process and the organization of work processes of teams in family health units. From these results found in the field research, an educational booklet for residents was elaborated, dealing with the importance of the family approach, applicability, tools and strategies for its use in the field of practice. Therefore, the objectives of this Dissertation were achieved.

Keywords: : Family therapy. Medical residency. Primary Care

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1-** Genograma

**Figura 2-** Modelo de Ecomapa

**Figura 3-** Diferentes Dimensões das Relações.

**Figura 4-** Página com a Capa: Abordagem Familiar e Contra Capa da Cartilha

**Figura 5-** Página com o Sumário e Apresentação da Cartilha

**Figura 6-** Páginas com a Abordagem Familiar na Atenção Básica, sua Importância e Aplicabilidade

**Figura 7-** Página com a Classificação de Risco e Ciclos de Vida

**Figura 8-** Página com a Abordagem Familiar e os Instrumentos de Abordagem Familiar

**Figura 9-** Página com Tópicos sobre as Estratégias para a Abordagens das Famílias

**Figura 10-** Conclusão



## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1:** Competências Do Currículo Do MFC

**Quadro 2:** Classificação Dos Tipos De Família

**Quadro 3:** Estágios Do Ciclo De Vida Familiar De Classe Média E Alta

**Quadro 4:** Dados Da Ficha A Do SIAB E Escore De Pontuação De Risco

**Quadro 5:** Escore Da Classificação De Risco.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
SMS-JP	Secretaria Municipal de Saúde Unidades de Saúde Família
USF	Unidade de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CBC	Currículo Baseado em Competências
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
PROMEF	Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade
FIRO	Fundamental Interpersonal Relations Orientations)
PRACTICE	Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology
APGAR	(Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição, Resolução

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO:</b> .....	1
2.	<b>OBJETIVOS:</b> .....	8
2.1	Geral.....	8
2.2	Específicos .....	8
3.	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	8
3.1	Família.....	8
3.2	Abordagem Familiar.....	16
3.3	Instrumentos de Abordagem Familiar.....	18
3.3.1	Genograma.....	19
3.3.2	Ecomapa.....	21
3.3.3	Escala de risco familiar ou Escala de Coelho.....	23
3.3.4	Entrevista familiar .....	25
3.3.5	FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation).....	26
3.3.6	PRACTICE .....	27
3.3.7	APGAR familiar.....	28
4.	<b>MÉTODOS:</b> .....	29
4.1	Estudo de Campo .....	29
4.1.1	Delineamento .....	29
4.1.2	Amostra .....	30
4.1.3	Variáveis do Estudo.....	31
4.1.4	Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos.....	31
4.1.5	Análise dos Dados.....	32
4.1.6	Aspectos Éticos do Estudo.....	33
4.2.	Elaboração de Cartilha Educativa para Os Residentes de Medicina de Família e Comunidade .....	34
5	<b>RESULTADOS</b> .....	35
5.1	Artigo Original.....	35
5.2	Produto Técnico Educativo:Cartilha.....	52
6.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59
	<b>ANEXOS E APÊNDICES</b> .....	62

## **1. INTRODUÇÃO:**

A criação do Programa Saúde da Família em 1994 pelo Ministério da Saúde propunha uma mudança no modelo tradicional de atenção pautado na doença para a atenção voltada para o indivíduo, sua família e o meio em que vive. Funciona como porta de entrada para o sistema de saúde tendo território definido para a atuação das equipes e população delimitada para que possam intervir nos fatores de risco aos quais a população está exposta provendo cuidado integral, resolutivo e de qualidade, incluindo atividades de promoção e prevenção à saúde.

Diante da complexidade dessa estratégia 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 serviço ( PNAB, 2017).

A partir das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina aprovadas pelo Ministério da Educação em 2014 que têm o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanista e crítica definindo que ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação sejam desenvolvidos na Atenção Básica e nos Serviços de Urgência e Emergência onde devem ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, fazem com que as disciplinas de Atenção Primária à Saúde (APS) venham ganhando cada vez mais força.

As instituições de ensino vêm se alinhando a uma tendência mundial de compreensão da importância da APS por sua relevância na melhoria das condições de saúde e de indicadores como redução de internações hospitalares por causas sensíveis a APS, redução da mortalidade infantil, neonatal, em adultos com doenças cardíacas, na melhoria do cuidado continuado, na assistência prestada as pessoas idosas, na equidade do acesso, entre outros (DCN,2014).

Nesse cenário surgem os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade como proposta de qualificação para os profissionais que já atuam no PSF com abordagem metodológica capaz de induzir as desejadas mudanças na prática médica.

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Município de João Pessoa teve início em 2010 através de uma parceria entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-JP) tem como principal objetivo, formar médicos com as competências necessárias para atuar na especialidade de Medicina de Família e Comunidade na rede municipal de saúde de João Pessoa compondo as equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, aumentar a resolubilidade dos serviços de atenção básica, possibilitando a criação de espaços de práticas qualificados de formação pessoal.

A proposta do programa é que tenha duração de dois anos, prevendo atividades teóricas e práticas realizadas em serviço (unidades básicas de saúde) e na comunidade. As Unidades de Saúde 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 estas 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 MFC e Multiprofissional.

Com relação à residência, este desenho possibilitou a inserção de vários residentes em uma mesma USF (média de quatro residentes) junto com um preceptor, potencializando o processo de educação permanente junto às equipes e favorecendo um trabalho mais integrado, conforme veremos adiante. A residência ampliou a articulação do próprio corpo docente, uma vez que possui uma concepção pedagógica que integra ações de cuidado realizadas por equipes multiprofissionais com ações relacionadas a área da Saúde Coletiva. Esta característica possibilitou a organização de um corpo interdisciplinar, agregando profissionais da medicina, nutrição, enfermagem, fisioterapia e psicologia. Especificamente entre os professores com formação médica, foi possível acolher e articular professores com especialização em

medicina de família e comunidade, medicina preventiva e social, saúde coletiva e em clínica médica(SOARES et al., 2018)

A Matriz de Competências de Medicina de Família e Comunidade foi aprovada em dezembro de 2017 em plenária da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) vem desenvolvendo a produção de matriz de competência de todas especialidades médicas, qualificando assim a formação ideal e adequada em cada especialidade. A matriz publicada apresenta os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com o objetivo de estabelecer formal e organizadamente princípios, fundamentos, procedimentos e finalidades de formação em MFC. Sua publicação e utilização para organização de novos programas assim como para avaliação de programas já existentes é imprescindível para a qualidade de formação dos médicos especialistas em MFC.

O embrião desta matriz foi o Workshop dos canadenses realizado no Brasil (Rio de Janeiro) em maio de 2014, com apoio do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os professores da Universidade de Toronto, Cinthia Whitehead, Karl Igran e Perle Feldman estimularam a construção do Currículo Baseado em Competências (CBC) brasileiro por ser um modelo que permite a formação de médicos especialistas através do treinamento em programas de residência de MFC com alto padrão.

O CBC da SBMFC (2014) foi e ainda é o norte para a construção da programação teórica e atividades práticas dos PRMMFC no Brasil. Ainda, auxilia o já especialista no seu desenvolvimento profissional e na busca para um cuidado e resolutividade adequados.

O CBC tem como objetivos formar e habilitar médicos na área da Medicina de Família e Comunidade a adquirir as competências para serem resolutivos em cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Em relação a orientação familiar, especificamente, os principais objetivos são:

- 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.

As competências essenciais, desejáveis e avançadas em relação à abordagem de famílias esperadas para um MFC podem ser vistas na tabela 1

#### **Quadro 1: Competências do currículo do MFC**

Pré-requisito	Essenciais	Desejáveis	Avançado
Conhece conceitos de abordagem familiar e as várias tipologias familiares.	Aplica conceitos, funções e tipologia familiar.		
Conhece os ciclos vitais familiares.	Maneja os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar.		
Conhece aspectos da violência familiar	Identifica casos de violência familiar e maneja casos com menor complexidade.	Maneja situações complexas de violência familiar	
Conhece os níveis de intervenção familiar.	Realiza entrevista familiar	Realiza conferência familiar.	Realiza terapia familiar.
	Maneja o papel da família no processo saúde doença.		

	<p>Demonstra conhecimento sobre resiliência familiar</p> <p>Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais</p> <p>Identifica as estratégias familiares de suporte ao paciente.</p> <p>Identifica papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro.</p> <p>Realiza visita domiciliar de modo adequado</p> <p>Dispensa cuidados paliativos no domicílio de modo adequado</p>		
	<p>Utiliza instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhece os demais instrumentos de abordagem familiar.</p>	<p>Utiliza os demais Instrumentos de abordagem família, como, por exemplo, o P.R.A.C.T.I.C.E</p>	

Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade pág 19, 2014

A abordagem familiar tem sido reconhecida como aquela que mais facilita a compreensão do sofrimento humano na atenção primária à saúde e imprime ao trabalho do médico, uma dinâmica interativa num contínuo entre o todo e as partes e vice-versa perseguindo a adaptação em processos de saúde/doença.

Apesar do reconhecimento da importância da família no cuidado de saúde e do progresso no desenvolvimento das técnicas de abordagem das



famílias, existe uma limitação na prática dos residentes quanto ao envolvimento das famílias no cuidado.

Acreditamos que uma intervenção médica face ao cuidar da família, alicerçada numa postura epistemológica distinta, a abordagem sistêmica, dá visibilidade aos ganhos em saúde que a família obtém com a intervenção do médico. Contudo, as dificuldades identificadas na aplicação clínica nos levam a avaliar as crenças e o comportamento dos médicos residentes face à abordagem sistêmica do cuidado à família, a fim de compreender os fatores mediadores deste modo de cuidar, principalmente devido à complexidade dos contextos da ação onde se desenvolvem as interações com as famílias.

Os médicos da família e comunidade pouco podem fazer para curar problemas sociais graves como a pobreza, desemprego, gravidez entre mães solteiras com pouca educação formal, violência, entre outras. Entretanto, podem contribuir para minimizar seus efeitos ao trabalhar em colaboração com equipe multiprofissional. Os médicos de família e comunidade muitas vezes tem conhecimento de famílias vulneráveis, a quem podem dar apoio e colocar em contato com órgãos de apoio social, devendo estar atentos as indicações de violência familiar e ter competência para notificar e lidar com esses casos. Precisam estar atentos a problemas na família que seguidamente são causados por dificuldades na comunicação que podem ser corrigidas, principalmente na comunicação a respeito dos sentimentos, ser sensíveis aos estresses não mencionados na família que, por muitas vezes, estão por trás da depressão e dos sintomas somáticos, tais como dores de cabeça, dispepsia ou dores abdominais recorrentes Também precisam estar atentos aos efeitos de suas próprias ações no sistema família, seja, por exemplo, ao hospitalizar algum integrante da família ou fazer um diagnóstico de uma doença grave(MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, 2010)

Algumas famílias convivem com situações de estresse prolongado, como aquelas em que há violência doméstica. Nesses casos, muitas vezes se observa um equilíbrio que podemos chamar de disfuncional ou patológico.

Complementaridades baseadas na submissão contraposta à violência podem manter o sistema familiar equilibrado, mas geram um custo muito alto

para os relacionamentos e resultam no risco constante de adoecimento. Além disso, criam um padrão de funcionamento problemático e podem provocar consequências para a saúde mental de seus membros por muito tempo. Por outro lado, complementaridades simétricas – cuja resposta à violência gera mais violência – podem levar ao esfacelamento do sistema familiar, conduzindo a situações extremas como a necessidade de abrigamento de crianças, por exemplo.

Situações de violência doméstica costumam ficar subentendidas ou encobertas e requerem grande atenção das equipes aos sinais de sua presença e cuidados especiais em seu manejo. É preciso ter precaução, mas também firmeza para não reproduzir o movimento do sistema evitando o enfrentamento do problema, o que implicaria convivência com situações potencialmente muito danosas. Perdas representam outro importante foco de estresse para os relacionamentos familiares. Na sociedade ocidental, as pessoas de modo geral não se sentem preparadas para lidar com a morte.

Os profissionais da ESF têm contato próximo e cotidiano com as famílias. Do ponto de vista sistêmico, passam a fazer parte do sistema familiar não somente no momento da visita, mas principalmente como referência para as questões de saúde. (CRISTINA et al., 2013).

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? A principal hipótese desta pesquisa é a suposição de que frequentemente o atendimento à família verifica-se em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, poucas vezes sendo vista como um grupo de pessoas que necessita de avaliação e intervenção, o que pode prejudicar a integralidade do cuidado.

Baseada nas necessidades tanto dos profissionais quanto dos usuários de uma atenção integral, qualificada e resolutiva, a pesquisa foi pensada.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1 Geral:**

Analisar de que modo abordagem familiar está inserida no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de João Pessoa-PB na perspectiva de implementação desta prática.

### **2.2 Específicos**

- Identificar de que maneira o ensino e a prática da abordagem familiar estão inseridos no programa de Residência;
- Identificar os principais aspectos da percepção dos residentes quanto a importância da abordagem familiar;
- Categorizar quais as principais dificuldades apontadas pelos residentes para o desenvolvimento da prática da abordagem familiar;
- Compreender as propostas de mudança inerentes a prática da abordagem familiar.

## **3. REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1 Família**

A família constitui um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele compartilham. É o lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se e separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade.(FERNANDES; CURRA, 2006)

É o primeiro grupo do qual fazemos parte e pelo qual nunca deixamos de ser influenciados, fato que a torna o eixo estruturante da atenção primária à saúde (APS). Sob uma concepção integral e sistêmica, é entendida como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, de múltiplos formatos, e passível de crises ao longo do tempo, indissociável de seu contexto comunitário e das relações sociais que estabelece. (DUNCAN, B. B. et al., 2013)

Atualmente, a ideia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidada. A saúde da família é um conceito que difere da saúde dos membros da família, da mesma forma que a família como sistema é maior que a soma de suas partes. Entretanto, o termo saúde da família é usado muitas vezes com o significado de práticas de saúde que se dirigem a cada membro da família, individualmente.

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 separa-o 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 lado.(SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011)

Na década de 80, ganhou notoriedade a inserção da família nas políticas públicas e de saúde, em função dos interesses do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais. No Brasil, as igrejas anteciparam suas intervenções às do Estado. São exemplos: o trabalho da Sociedade São Vicente de Paula, do Movimento Familiar Cristão e da Pastoral da Criança (RIBEIRO, 2004).

As políticas de combate à pobreza elegeram a família e a comunidade como parceiras. Os programas de renda mínima buscam garantir, ao grupo familiar, recursos suficientes para a alimentação básica e a manutenção dos filhos na escola. As políticas de habitação também elegeram a família como coparticipante na melhoria habitacional.

Pensa-se a família também como condição de inclusão social. Se o indivíduo possui trabalho e vínculos sóciofamiliares, encontra-se potencialmente incluído nas redes de integração e pertencimento social. Se

falta um ou outro, pode ficar em vulnerabilidade.(CHAPADEIRO; ARAÚJO, 2011)

Carl Whitaker (1912-1995), psiquiatra americano e um dos fundadores da terapia familiar, afirma que tendemos a utilizar nossos próprios critérios sobre o que é uma família saudável. Quem teve um pai presente e participativo, por exemplo, naturalmente tenderia a considerar pouco saudável uma família com um pai distante ou ausente. Embora esse movimento seja natural, o autor pontua que, assim como não desejamos ser julgados ou avaliados a partir do referencial do outro, não devemos fazê-lo. Citaremos as características arroladas por Whitaker e Bumberry (1990) como necessárias para a família saudável, pois resumem satisfatoriamente o que diversos outros autores propõem:

A família saudável é dinâmica, e não estática, ou seja, é um sistema em contínuo processo de evolução e mudança;

- Suas regras servem de guia e estão a serviço do crescimento;
- Há uma clara separação entre as gerações de forma que os pais (ou adultos que as representem) transmitam às crianças uma sensação de segurança embasada em liderança e solidariedade;
- As crises e conflitos provocam desenvolvimento, e não rompimento;
- Existe espaço para expressar e compartilhar intimidade e sentimentos, mesmo aqueles conotados como negativos;
- Seus membros sabem usufruir do intercâmbio de experiências entre as gerações;
- Funciona como um organismo aberto que se relaciona com outros e é capaz de incorporar novos elementos.

Segundo CHIAVERINI, D.H. et al.2011, existe a possibilidade inclusive de classificarmos as famílias segundo critérios de funcionalidade, sendo que estas não são determinadas pelas situações de risco, mas sim pelos funcionamentos internos ao grupo familiar que poderão repercutir numa maior ou menor vulnerabilidade:

- Famílias funcionais: O desenvolvimento do casal e filhos se faz de forma harmônica, os conflitos são superados – indivíduos autônomos com capacidade de compartilhar.
- Famílias disfuncionais: Estruturas rígidas, sem intimidade, sem flexibilidade, sem divisão de poder – adultos deprimidos, com transtornos psiquiátricos, crianças com transtornos de conduta e distúrbios de comunicação.
- Famílias severamente disfuncionais: Comunicação muito difícil, são gravemente desorganizadas e isoladas – suscetíveis ao aparecimento de transtornos graves – desesperança, depressão, cinismo etc.

Elementos que contribuem para avaliar a funcionalidade da família:

- Regras: normas implícitas ou explícitas, arcabouço das relações;
- Crenças: ideologia familiar que dá sentido às normas;
- Limites: pertencimento ao sistema;
- Tríades: relações baseadas em semelhanças e diferenças (alianças e coligações).

A identificação precoce de papéis disfuncionais que geram sofrimento, e não crescimento, pode ser realizada por profissionais de saúde que acompanham famílias. Tais papéis devem ser abordados de modo que não se cristalizem ou originem fissuras graves no sistema familiar.(CRISTINA et al., 2013)

A importância da família para o médico de família e comunidade é inerente ao paradigma da especialidade, que não separa a doença da pessoa nem a pessoa do ambiente. Esse médico reconhece a forte ligação entre saúde e doença, e entre personalidade, modo de vida, ambiente físico e relações humanas. Além disso, entende a forte influência das relações humanas nos desfechos da experiência com o adoecer e reconhece a família como o local mais importante do desenvolvimento da pessoa.

A estrutura efetiva do grupo pode variar sem mudar sua função essencial. Grupos familiares de diferentes tipos podem ser encontrados em

qualquer serviço de atendimento geral à saúde(MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, 2010)

A seguir, o Quadro 2 resume a classificação dos tipos de família.

<b>Tipo</b>	<b>Conceito resumido</b>
Nuclear	Formada pelos familiares consangüíneos da pessoa-referência, possuindo geralmente um núcleo de um casal e seus filhos
Extensiva	Constituída por mais de uma geração, podendo ter também vínculos colaterais como tios, primos, padrinhos, etc.
Unitária	Composta por uma só pessoa como, por exemplo, uma viúva sem filhos
Monoparental	Constituída por um dos pais biológicos e o(s) filho(s), independentemente de vínculos externos ao núcleo
Reconstituída	Composta por membros de uma família que, em algum momento, teve outra configuração, sofreu uma ruptura e passou a ter um novo formato
Instituição	Instituto que possui a função de criar e desenvolver afetivamente a criança/adolescente
Homossexual	União de pessoas do mesmo sexo, que constituem um casal
Família com constituição funcional	Pessoas que moram juntas e desempenham papéis parentais em relação a uma criança/adolescente

Fonte: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade-PROMEF pag.15, 2006

Chama-se de ciclo vital o processo evolutivo pelo qual a família passa ao longo da vida.

São etapas com problemas previsíveis e tarefas específicas a serem cumpridas. O bem-estar e o crescimento biopsicossocial de seus membros

depende da solução adequada desses problemas. As etapas, também chamadas de crises evolutivas, exigem mudança na organização da família e requerem múltiplos ajustes de seus membros ao longo do tempo. As formas como os membros da família evoluem nesse processo determina se irão passar para a fase seguinte mantendo um desenvolvimento adequado (funcional) ou se serão acometidos por transtornos físicos e psíquicos (desenvolvimento disfuncional). (DUNCAN, B. B. et al., 2013)

São consideradas etapas previsíveis as situações esperadas no desenvolvimento da vida familiar; etapas imprevisíveis os fatos inesperados que alteram o tempo e as funções da família, de forma a modificar seu ciclo vital (podemos citar como exemplos morte precoce, gestação na adolescência, etc.).

As distintas etapas do ciclo de vida familiar são marcadas por eventos particularmente significativos como os nascimentos e as mortes, as separações e as uniões, as inclusões e as exclusões dos membros das famílias, portanto, eventos que se referem às mudanças estruturais da família. Essas etapas exigem da família uma série de ajustamentos para que esta possa cumprir sua função e permitir que seus membros cresçam livres e autônomos.

Quando uma família não consegue realizar esses ajustes e bloqueia uma etapa do ciclo vital, interrompendo a evolução, podem surgir problemas e perturbações, expressões de uma disfunção momentânea dentro da família, que não é capaz de enfrentar este evento. (FERNANDES; CURRA, 2006)

O médico, ao usar seu entendimento a respeito dessas transições, pode ajudar as famílias a prever e se preparar para tais transições, e ao mesmo tempo enriquecer seu próprio entendimento do contexto das experiências com a doença.(MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, 2010).

No Quadro 3 vemos os estágios do ciclo de vida familiar de classe média e alta

Estágio de ciclo de vida familiar	Processo emocional de transição	Mudanças de segunda ordem no status familiar necessárias para prosseguir o desenvolvimento
-----------------------------------	---------------------------------	--



1. Saindo de casa: jovens solteiros	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira (eu)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diferenciação do eu em relação à família de origem</li> <li>b) Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais</li> <li>c) Estabelecimento do eu com relação ao trabalho e independência financeira</li> </ul>
2. A união familiar através do casamento: o novo casal	Comprometimento com um novo sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Formação do sistema marital</li> <li>b) Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e os amigos, de forma a incluir o cônjuge</li> </ul>
3. Famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s)</li> <li>b) Unir-se nas tarefas de educação dos filhos e nas tarefas financeiras e domésticas</li> <li>c) Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis de pais e avós</li> </ul>
4. Famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Modificar o relacionamento com o(s) filho(s), para permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema</li> <li>b) Novo foco nas questões conjugais e profissionais nesta fase do meio da vida</li> <li>c) Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha</li> </ul>
5. Lançando os filhos e seguindo em frente	Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Renegociar o sistema conjugal como díade</li> <li>b) Desenvolvimento de relacionamentos dos adultos e destes com os filhos</li> <li>c) Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos</li> <li>d) Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós)</li> </ul>

6. Famílias no estágio tardio da vida	Aceitar a mudança dos papéis em cada geração	a) Manter o funcionamento e interesses próprios e/ ou do casal em face do declínio fisiológico b) Apoiar um papel mais central da geração do meio c) Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela d) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida
---------------------------------------	--	--

Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade-PROMEF pag.15, 2006

O ciclo de vida familiar de classe popular é caracterizado por um menor número de etapas de desenvolvimento decorrentes do processo de adaptação.

Esse contexto exige que as pessoas exerçam tarefas que não são específicas para a fase da vida em que se encontram e sim exigidas em uma determinada situação. Um exemplo clássico ocorre quando se recebem crianças de 8 a 12 anos, sozinhas ou acompanhadas por seus irmãos mais jovens ainda, na unidade de saúde, para solicitar um atendimento médico. O foco da intervenção, pensando no ciclo de vida, é poder ajudar as famílias a conquistarem um funcionamento sadio, com menor sofrimento possível dentro daquele contexto.

São três as etapas do ciclo de vida familiar da população de classe popular:

- Estágio 1: Adolescente/Adulto jovem solteiro: As fronteiras entre a adolescência e a idade adulta jovem são confusas. Os adolescentes são responsáveis por si mesmos e utilizados como fonte de renda a partir dos 10 ou 11 anos de idade.
- Estágio 2: A família com filhos: Começa sem que ocorra necessariamente o casamento, mas com a geração de filhos e a busca por formar um sistema conjugal, assumir papéis paternos e realinhamento dos relacionamentos com a família.

- Estágio 3: A família no estágio tardio da vida: Ocorre com frequência uma composição familiar com três ou quatro gerações. Sendo assim, há pouca probabilidade de haver “ninho vazio”, e muitas vezes a base de sustentação familiar depende da aposentadoria de um dos avós, em geral avó, que persiste com responsabilidades sobre a sobrevivência de todos (GUSSO, G., LOPES, J.M.C., DIAS, 2019).

### **3.2. Abordagem Familiar**

A família representa a proteção, o apoio e também a fonte de modelos que direciona a forma como cada um aprende a ser e a enfrentar as dificuldades. Nessa perspectiva, os médicos de família e comunidade precisam conhecer todos os ingredientes que possam compor a fórmula desse antídoto e se aproximar, ainda mais, daqueles que enfrentam as situações mais críticas.

Atualmente, a unidade familiar se modificou devido a diversas alterações, tanto no tamanho como na estrutura. Algumas mudanças surgiram em razão das transformações relativas ao trabalho como a participação das mulheres no mercado de trabalho e o número de horas que os responsáveis pelo custeio familiar permanecem fora de casa. Ocorreram mudanças devidas a questões sociais, como a diminuição dos casamentos legais e da natalidade, o aumento dos divórcios e das separações e a aceitação da união homoafetiva, outras estão relacionadas ao avanço tecnológico, e conseqüente mudança nos padrões de comunicação, surgimento de vivências virtuais e fragilidade das relações. 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 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, porém, presença da família possibilita que uma mesma situação seja descrita e compreendida de outra forma. (GUSSO, G., LOPES, J.M.C., DIAS, 2019)

McDaniel e col., em 1983, descrevem cinco possíveis graus de envolvimento do médico com as famílias durante sua intervenção terapêutica:

- Grau 1: ênfase mínima nos assuntos familiares. Existe apenas o contato necessário por questões práticas ou de natureza médico-legal.
- Grau 2: colaboração com a família para trocar informações ou aconselhar. Não requer um conhecimento especial sobre o desenvolvimento familiar ou sobre fatores estressores. O profissional deve estar disposto a obter a colaboração da família, informá-la acerca das opções de tratamento e ouvir suas angústias e preocupações.
- Grau 3: abordagem de apoio atendendo aos sentimentos da família. O profissional necessita de conhecimentos sobre desenvolvimento familiar e sobre as formas como as famílias reagem a situações de estresse.
- Grau 4: abordagem sistêmica da família com avaliação sistemática e planejamento de intervenção. Implica conhecimentos sobre sistemas familiares e preparo para convocar e coordenar uma reunião de família, encorajando-a a externar seus sentimentos.
- Grau 5: terapia familiar. Exige do profissional preparo para o tratamento de famílias com padrões disfuncionais de interação. Habitualmente nesse nível atuam os terapeutas familiares. (DUNCAN, B. B. et al., 2013)

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 este sistema, capaz de quebrar a inércia e produzir mudanças.

Na prática cotidiana, os profissionais de atenção primária atendem a pacientes que têm enfermidades, mas que se relacionam, participam e vivem em um contexto mais amplo: a família. Além da doença, os pacientes possuem problemas complexos que inúmeras vezes se expressam por sintomas vagos e indefinidos, que não conseguem ser explicados pela ciência médica, porque sua origem está nas dificuldades que existem no seu entorno, onde a família possui um papel central (FERNANDES; CURRA, 2006.)

A realidade que a família vivencia é diferente para cada um dos seus integrantes. O quadro da família idealizado por um de seus membros é frequentemente muito diferente daquele obtido por intermédio do conhecimento pessoal do médico sobre os outros integrantes da família. Aceitar sem confirmação a versão dada por um integrante da família é um dos perigos mais comuns para o médico de família e comunidade. Quando o médico tem conhecimento pessoal de todos os integrantes da família, pode ser capaz de elaborar hipóteses e ter mais opções de manejo disponíveis com base nesse conhecimento pessoal. (MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, 2010)

### **3.3. Instrumentos de Abordagem Familiar**

A Abordagem Familiar é um dos princípios propostos por Starfield (2002) para a Atenção Primária à Saúde e remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde. Ao compreender os padrões das famílias atendidas dá-se um passo importante para realização de intervenções condizentes com o contexto social em que estão inseridas. Nesse sentido, as ferramentas de abordagem familiar são úteis e assertivas no trabalho com famílias.

As ferramentas de trabalho utilizadas para o estudo de famílias são tecnologias que abordam relações e são provenientes da psicologia e da sociologia. Elas visam formar e estreitar as relações entre profissionais e famílias, favorecendo a compreensão do funcionamento do indivíduo e de suas relações com os membros da família e a sociedade (APARECIDA et al., 2016).

Inicia-se a abordagem familiar por meio de três leituras:

- Anatomia da família: utiliza-se o genograma como forma de conhecer a estrutura (arquitetura familiar), nomes, datas, vínculos, profissão, escolaridade, origem, entre outros. Este pode ser complementado pelo ecomapa, que mostra a rede de apoio da família.
- Desenvolvimento familiar: analisa-se o ciclo de vida familiar e determina-se o estágio do ciclo em que os integrantes da família se encontram, como

passaram as fases anteriores, se houve crises acidentais, e como superaram as adversidades ao longo do tempo.

- Funcionamento familiar: identificam-se as regras de funcionamento da família, a partir da história, da observação da família e de suas relações no processo de evolução da vida familiar e do contexto em que estiveram inseridas. (DUNCAN, B. B. et al., 2013)

Dentre as ferramentas de abordagem familiar em atenção primária à saúde, as mais utilizadas são:

- Genograma,
- Ecomapa
- Escala de risco familiar ou Escala de Coelho
- Ciclo de Vida Familiar,
- FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientations)
- PRACTICE (Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology)
- APGAR familiar (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) – Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição, Resolução

### **3.3.1 Genograma**

O genograma é uma ferramenta de representação gráfica da família. Nele são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional e dados relevantes da família. Enfim, é um diagrama em que está representada a estrutura familiar. A demonstração gráfica da situação permite que o profissional que atua na atenção à família pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da

família. Apresentamos para você, agora, algumas das regras para a elaboração do genograma.

Possui dois elementos fundamentais, os estruturais e os funcionais, apresentados a seguir. Os elementos estruturais trazem as informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes, separações, etc. Os elementos funcionais mostram a dinâmica funcional da família. É preciso observar regras básicas na construção do genograma, como:

- Utilizar simbologia padrão, utilizando símbolos e siglas.
- Representar pelo menos três gerações.
- Iniciar com a representação do casal e seus filhos.
- Indicar o ciclo vital da família.
- Representar as relações familiares.
- Indicar os fatores estressores, como doenças e condições.
- Obedecer à cronologia de idade – dos mais velhos para os mais novos.(CHAPADEIRO; ARAÚJO, 2011)

Os símbolos do genograma mais correntemente utilizados estão apresentados na Figura a seguir:

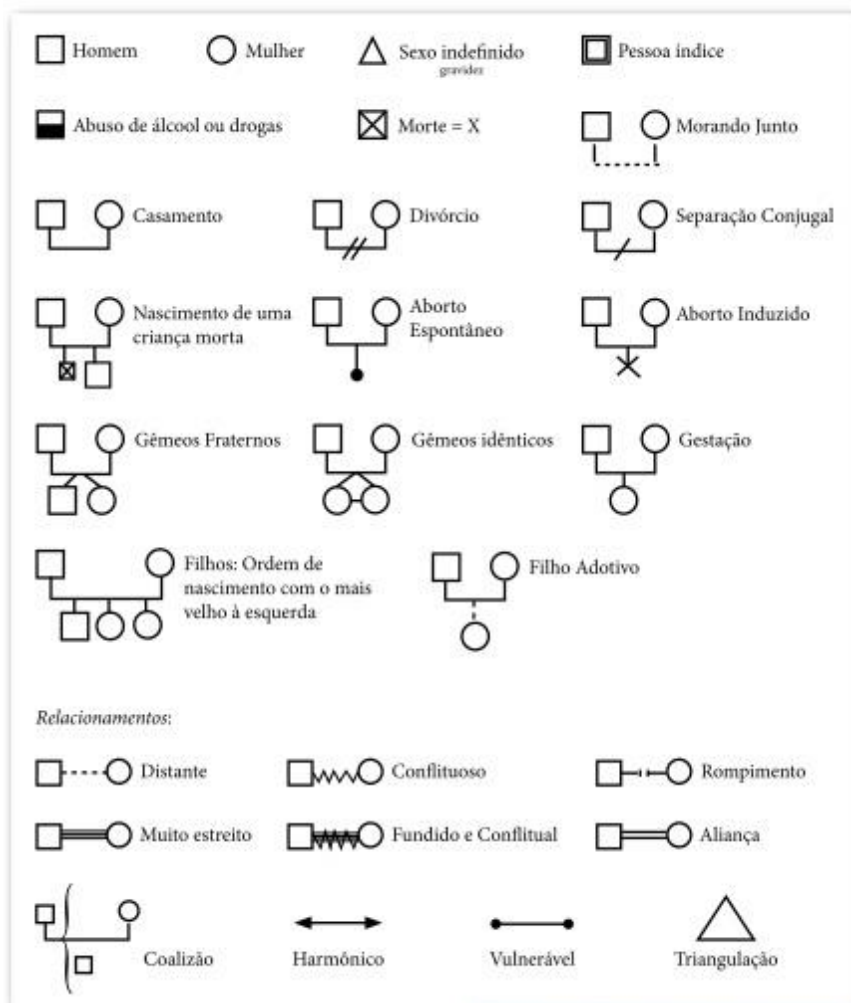


Figura 1: Genograma: Fonte UNIFESP/UNASUS

### 3.3.2 Ecomapa

O ecomapa, tal como o genograma, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, e os dois podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar. Enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam. Foi desenvolvido em 1975 para ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema (AGOSTINHO, 2007). O ecomapa não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive (ambiente de trabalho, por exemplo), desenhando o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a



natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (sua rede de apoio social, por exemplo). Pode ilustrar, assim, três diferentes dimensões para cada ligação (AGOSTINHO, 2007):

- Força da ligação (fraca; tênue/incerta; forte);
- Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/ energia; fornecendo apoio/ energia);
- Qualidade da ligação (estressante ou não)(CRISTINA et al., 2013)

A seguir a configuração de um modelo de Ecomapa, onde temos a representação das diferentes dimensões.



**Figura 2:** Modelo de Ecomapa: Fonte Curso de Especialização em Atenção Domiciliar - UFSC

Na Representação abaixo temos as diferentes dimensões das relações (linhas que expressam a intensidade das relações).



**Figura 3:** Diferentes dimensões das relações: Fonte Curso de Especialização em Atenção Domiciliar - UFSC

### 3.3.3 Escala de risco familiar ou Escala de Coelho

É princípio fundamental do SUS a equidade, o que na prática significa tratar desigualmente os desiguais. E, com isto, há que se determinar uma maneira de diferenciar famílias em situação de vulnerabilidade. No intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à população adscrita, elaborou-se a Escala de Risco das Famílias, baseada em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção. (COELHO; SAVASSI, 2004)

A Escala de Coelho é uma estratégia desenvolvida em Minas Gerais para a ESF, por meio da qual podemos realizar uma leitura prévia sobre as famílias do nosso território de abrangência. Com base nos critérios de risco identificados na Ficha A (condições de moradia, número de entes etc.), podemos classificar as famílias entre Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (risco leve, moderado ou grave). Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios

para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.(CRISTINA et al., 2013)

Quadro 4: Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

<b>Dados da Ficha A</b>		<b>Escore</b>
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição(Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com 0 Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 risco menor a R3 risco máximo (Quadro 5).

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 (R3)
<b>Classificação das famílias segundo a pontuação</b>

### 3.3.4 Entrevista familiar

A equipe de atenção primária conhece as famílias ao longo do tempo de acompanhamento, mas, para que possa planejar algumas ações, às vezes é necessário realizar uma intervenção formal por meio da entrevista familiar. Idealmente, deve-se propor que a entrevista seja com toda a família, mas é possível em um primeiro momento começar com uma ou mais pessoas específicas na consulta, porque o foco inicial da consulta não é psicoterápico e sim de abordagem familiar para um problema específico. Mesmo assim, o não comparecimento de parentes, quando convidados a participarem, pode ser indicativo de que têm dificuldade de se mobilizar para auxiliar o membro doente. (DUNCAN, B. B. et al., 2013)

A entrevista familiar tem cinco fases.

Fase 1- Cumprimentos:

A primeira fase da entrevista familiar é a dos cumprimentos. Ela tem uma duração aproximada de cinco minutos. Devemos cumprimentar a família, identificar-nos, observar as pessoas no espaço da entrevista e falar com cada membro da família.

Fase 2- Entendimento da situação

A segunda fase da entrevista familiar é a do entendimento da situação. Ela também dura aproximadamente 5 minutos. Devemos solicitar a cada pessoa que deseja falar que explicita suas preocupações. Cada preocupação deve se tornar clara, realística e concisa. Devemos acrescentar

as preocupações que pensamos ser necessárias em relação aos cuidados, além de priorizar os objetivos e observar se existem conflitos.

#### Fase 3- Discussão:

A terceira fase é a de discussão, e dura aproximadamente 15 minutos. Devemos solicitar que cada pessoa mostre seu ponto de vista, encorajando a família a perguntar, questionando como já lidaram com os problemas em situações anteriores.

#### Fase 4- Identificar recursos:

A quarta fase é a de identificar recursos, e dura aproximadamente 10 minutos. Nela, identificamos os pontos fortes da família, os recursos de saúde de que as pessoas dispõem e os recursos comunitários.

#### Fase 5- Estabelecer planos

A quinta fase é a do estabelecimento de plano, e dura aproximadamente 10 minutos. Solicitamos um plano da família; contribuimos quando necessário com informações profissionais ou aconselhamento; enfatizamos as questões em comum; realizamos combinações lembrando os objetivos de cuidado; questionamos se há dúvidas; remarcamos novo encontro se necessário e agradecemos a participação de todos.(CHAVES; MAURO; LOPES, 2015)

### **3.3.5 FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation)**

A ferramenta FIRO originalmente desenvolvida por Schultz no estudo de grupos adaptado para estudos e terapia de famílias por Doherty e Colengelo baseia-se em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais em que se busca compreender o funcionamento da família a partir de suas relações de poder, comunicação e afeto. Estudam-se as dimensões de inclusão, controle e intimidade. A inclusão refere-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização. O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família, o qual pode ser dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais; reativo, quando se estabelecem reações contrárias a uma influência que quer tornar-se dominante e colaborativo, quando há divisão de influências entre os familiares. Já a intimidade refere-se

às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares e às vulnerabilidades e fortalezas.

### **3.3.6 PRACTICE**

A sigla PRACTICE significa Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology

A ferramenta PRACTICE foi um instrumento projetado por médicos de família útil na avaliação do funcionamento da família, no que se refere a um caso específico. Disponibiliza informações sobre a organização e posicionamento da família diante dos problemas, foca no problema existente e permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilitando a coleta de informações e a elaboração de intervenções. Cada letra significa um termo, a saber: Presenting problem (problema apresentado) refere-se ao modo como a família vê o problema e tenta superá-lo; Roles and structure (papéis e estrutura) que diz respeito ao modo como cada membro desempenha e evolui o seu papel; Affect (afeto) refere-se à maneira como o afeto é demonstrado pelos membros da família e como isso interfere no contexto familiar; Communication (comunicação) esclarece como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família; Time of life cycle (fase do ciclo de vida) diz respeito à relação entre o problema e as tarefas condizentes com o ciclo de vida; Illness in family (doença na família) demonstra a história de morbidade familiar, valorizando as atitudes de cuidado; Coping with stress (enfrentamento do estresse) refere-se ao potencial que a família tem para lidar com o problema; Ecology (meio ambiente, rede de apoio) diz respeito aos recursos ambientais, sociais e familiares que podem ser explorados para superação do problema (SOUZA DIAS BRANTE et al., 2016)

O médico de família não deve apresentar (as suas) soluções para os problemas da família, pois as soluções têm que partir da própria família. Além de tudo, seria essa uma atitude intervencionista e potencialmente ineficaz. A família, mesmo que não explicita, procura manter a situação ou o equilíbrio, embora precário. Ademais, ela nem sempre percebe o problema como sintoma,

nem a necessidade da intervenção ou de passar por mudanças mais profundas e arriscadas. Os sintomas, que formalizam a demanda, podem não ser o motivo real da busca de atendimento, mas a justificativa da busca para um outro contexto.

É prudente que o profissional, nessa perspectiva, não insista em mudanças: “se vocês conseguem viver dessa forma, por que querem mudar? ”. Concretamente, o papel da abordagem familiar consiste muito mais em clarificar as relações e as funções de cada membro nos processos dessa dinâmica, do que em indicar soluções. O profissional é alguém que quer entender e busca auxiliar na comunicação entre os pares de forma a estabelecer uma nova forma de relação entre as partes do sistema (família) (FERNANDES; CURRA, 2006)

### **3.3.7 APGAR familiar**

Reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla AP- GAR, que significa: Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução).

A avaliação será feita para cada membro da família, por questionário de cinco perguntas referentes aos aspectos abordados, que serão pontuadas e analisadas depois. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do quadro familiar pode-se desenhar um plano terapêutico que poderá ser desenvolvido pelo próprio médico de família ou pode exigir a participação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou de família. Questionário A.P.G.A.R.

- 1) Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
- 2) Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?

- 3) Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
- 4) Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
- 5) Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?

Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma: quase sempre: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; raramente: zero.

A pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar, sendo que o maior escore indica maior satisfação da pessoa índice que recebe o cuidado.

Pontuação:

- 0 a 4: elevada disfuncionalidade
- 5 e 6: moderada disfuncionalidade
- 7 a 10: boa funcionalidade(CHAPADEIRO; ARAÚJO, 2011)

## **4. MÉTODOS:**

### **4.1 Estudo de Campo**

#### **4.1.1 Delineamento**

A pesquisa exploratória qualitativa se mostrou a mais adequada ao objeto e objetivos desse 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, bem como, conhecer suas interpretações a respeito.

Entendemos por compreensão do fenômeno, o seu significado individual e coletivo para a vida das pessoas (Turato,2005), usado para interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas ao fenômeno, no caso, as



abordagens familiares na residência de medicina de família e comunidade do município de João Pessoa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo,2007).

#### **4.1.2 Amostra**

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. Assim, “uma intervenção na família sem conhecê-la é o mesmo que instituir um tratamento sem um diagnóstico”(BRASIL, 2010). Os 8 residentes escolhidos atuam em unidades de saúde que compõem a rede municipal, incluindo as 4 instituições de ensino que oferecem a Residência de Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa.

As USF's 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 estas 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 MFC e Multiprofissional. Com relação à residência, este desenho possibilitou a inserção de vários residentes em uma mesma USF (média de quatro residentes) junto com um preceptor, potencializando o processo de educação permanente junto às equipes e favorecendo um trabalho mais integrado (SOARES et al, 2018).

Ressalta-se que todo o período de coleta de dados do estudo ocorreu durante a pandemia da Doença pelo Coronavírus (Covid 19), com medidas

sanitárias restritivas que dificultaram a fase coleta de dados e restringiu o tamanho da amostra pela metade do que havia sido planejado para o projeto inicialmente.

Os residentes que atuam sob minha supervisão enquanto preceptora da residência serão excluídos da pesquisa pela possibilidade da relação preceptor-residente estabelecida interferir nas respostas ou causar desconforto ao respondê-las.

#### **4.1.3 Variáveis do Estudo**

- Variáveis de Desfecho primário:
  - Compreensão dos processos e práticas utilizados pelos residentes de Medicina de Família e Comunidade no município de João Pessoa-PB
- Variáveis de Desfechos secundários:
  - Avaliação do processo de ensino e aprendizagem da abordagem familiar na Residência;
  - Apreensão do envolvimento dos residentes com relação a abordagem familiar;
  - Identificação de dificuldades e perspectivas de mudanças na prática dos residentes.

#### **4.1.4 Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos**

A produção dos dados ocorreu através da técnica de entrevista semiestruturada com os médicos residentes de MFC com base em instrumento elaborado para esse fim ( APÊNDICE B). O questionário foi composto por perguntas agrupadas em 6 seções:

- Identificação
- Quanto ao aprendizado: foram registrados dados sobre o entendimento acerca da abordagem familiar e como o processo se dá no campo da prática.
- Quanto a importância: as informações coletadas se referiram a representatividade para cada médico e a relevância de adquirirem essa competência.

- Quanto ao conhecimento: expressaram o conhecimento e as habilidades em abordar as famílias.
- Quanto as dificuldades: os dados obtidos nessa seção mostraram os problemas identificados no processo de aprendizagem da abordagem familiar e as dificuldades em realizá-la.
- Estratégias de mudança: foram feitas avaliações na maneira que o processo de ensino e aprendizagem da abordagem familiar se dá nos programas de residência aos quais pertencem, dadas sugestões para o aperfeiçoamento desse processo e atividades a serem implementadas no campo da prática.

Devido ao contexto da pandemia de COVID 19, as entrevistas se deram de forma online através de videoconferências na plataforma Google Meet, se mostrando uma alternativa viável e factível para a continuidade da pesquisa que já estava em andamento.

A opção pela entrevista semiestruturada tipo qualitativa se justificou nesse 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 compreensão das condutas; abre possibilidade de compreender e conhecer os dilemas e questões enfrentadas pelos residentes. É uma ferramenta que permite resgatar a dimensão da subjetividade, já que as respostas deverão revelar sistemas de valores, crenças, normas e condutas, sendo significativa na busca pela mudança de um contexto.

#### **4.1.5. Análise dos dados**

Os dados coletados das entrevistas foram submetidos a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Bardin(2011) 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, tem por finalidade a produção de inferências. Segundo este ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em 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 recepção.

#### **4.1.6 Aspectos Éticos do Estudo**

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas

Envolvendo Seres Humanos, a coleta de dados deste estudo foi iniciada apenas após sua aprovação colegiada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB, ao qual está vinculado o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE). O projeto foi aprovado pelo CEP do CCM da UFPB sob Parecer nº 4.001.290, em 30 de abril 2020.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo, e sua inclusão dependeu da aceitação e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Todas as informações obtidas foram processadas de maneira sigilosa, para preservar a identidade dos participantes e os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para os objetivos previstos pela investigação.

- **Riscos da pesquisa**

- Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE).
- Tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista.
- Considerar riscos relacionados à divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros fotográficos.

- **Benefícios da pesquisa**

- Oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender como se dá a abordagem às famílias pelos residentes que afetam o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

- O conhecimento procedente da pesquisa contribuirá para a possibilidade de mudança no processo de ensino e aprendizagem na residência de MFC do município;
- Contribuirá para implementação da abordagem familiar no processo de ensino e aprendizagem dos residentes e em seu cotidiano aumentando a resolutividade e qualidade do cuidado ofertado, fortalecendo o vínculo entre profissionais, usuários e famílias.

#### **4.2. Elaboração de Cartilha Educativa para os Residentes de Medicina de Família e Comunidade**

A produção desse material paradidático como produto técnico educativo resultante deste trabalho de conclusão de mestrado profissional tem como objetivo orientar os residentes na implementação da abordagem familiar no campo da prática com orientações direcionadas ao serviço, as famílias, a equipe e ao médico.

A proposta da cartilha é permitir que o residente possa atuar na saúde tendo como foco a família facilitando o acesso as técnicas e as ferramentas de abordagem familiar, bem como, a interlocução com a equipe e as famílias.

O conteúdo do panfleto foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, dos resultados do estudo de campo e discussões com terapeutas de família. Foram analisados modelos de cartilhas disponíveis no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) para servir de arquétipo na construção do layout e da linguagem acessível.

As informações contidas na cartilha discorrem sobre os tópicos: a aplicabilidade da abordagem familiar, classificação do risco familiar, ciclos de vida, ferramentas e estratégias para abordagem familiar (APÊNDICE D).

O local para aplicação da cartilha serão as USF do município de João Pessoa com Residência de Medicina de Família e Comunidade e será realizada após a defesa desta dissertação e implementação dos ajustes decorrentes, quando serão impressas, apresentadas e distribuídas a todos os residentes.

## 5. RESULTADOS

Como primeiro produto desta dissertação, temos um artigo original que versa sobre a abordagem familiar no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de João Pessoa-PB, com o objetivo de analisar todos os aspectos que envolvem a realização da abordagem das famílias da percepção dos residentes quanto a importância da abordagem familiar, da maneira como o ensino e a prática estão inseridos no Programa de Residência e categorizando dificuldades e propostas de mudança inerentes a prática da abordagem familiar. O artigo foi submetido a Revista de APS o qual aguarda avaliação para a possibilidade de publicação (ANEXO C).

O segundo produto desta Dissertação foi uma cartilha (APÊNDICE C) com o objetivo de proporcionar ao residente a oportunidade de atuar na saúde tendo como foco a família facilitando o acesso as técnicas e as ferramentas de abordagem familiar, bem como, a interlocução com a equipe e as famílias.

### 5.1 ARTIGO ORIGINAL

#### **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 from the perspective of implementing the practice in the setting of the Family and Community Medicine residency in the city of João Pessoa-PB*

#### **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 as 4 instituições de ensino do município. Os dados foram coletados por meio de entrevistas diretas com preenchimento de questionário semiestruturado 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 a 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 baixo ou mediano. **Conclusão:** A análise das entrevistas evidenciou a baixa utilização da abordagem familiar nos processos de trabalho das equipes 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 is inserted in the setting of the Family and Community Medicine Residency in the city of João Pessoa-PB. Methodology: This is a qualitative exploratory research with a sample composed of residents of the second year of specialization belonging to 4 educational institutions in the city. Data were 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, graduated between 2012 and 2019, were interviewed. It was observed that residents understand the importance of the family approach for comprehensive care to users' health. In their entirety, they agree that it is a

fundamental competence for the formation of family doctors, however, 75% of them consider their knowledge and skills to approach families as low or average. Conclusion: The analysis of the interviews showed the 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

## **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 serviço<sup>1</sup>.

A família constitui um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele compartilham. É o lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se e separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade<sup>2</sup>.

É o primeiro grupo do qual fazemos parte e pelo qual nunca deixamos de ser influenciados, fato que a torna o eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS). Sob uma concepção integral e sistêmica, é entendida como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, de múltiplos formatos, e



passível de crises ao longo do tempo, indissociável de seu contexto comunitário e das relações sociais que estabelece<sup>3</sup>.

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 separa-o 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 lado<sup>4</sup>.

A Abordagem Familiar é um dos princípios propostos por Starfield para a Atenção Primária à Saúde e remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde. Ao compreender os padrões das famílias atendidas dá-se um passo importante para realização de intervenções condizentes com o contexto social em que estão inseridas. Nesse sentido, as ferramentas de abordagem familiar são úteis e assertivas no trabalho com famílias<sup>5</sup>.

Apesar do reconhecimento da importância da família no cuidado de saúde e do progresso no desenvolvimento das técnicas de abordagem das famílias, existe uma limitação na prática dos residentes quanto ao envolvimento das famílias no cuidado. Os médicos da família e comunidade pouco podem fazer para curar problemas sociais graves como a pobreza, desemprego, gravidez entre mães solteiras com pouca educação formal, violência, entre outras. Entretanto, podem contribuir para minimizar seus efeitos ao trabalhar em colaboração com equipe multiprofissional. Precisam estar atentos a problemas na família que seguidamente são causados por dificuldades na comunicação que podem ser corrigidas, principalmente na comunicação a respeito dos sentimentos que, por muitas vezes, estão por trás da depressão e dos sintomas somáticos. Também precisam estar atentos aos efeitos de suas

próprias ações no sistema familiar, seja, por exemplo, ao hospitalizar algum integrante da família ou fazer um diagnóstico de uma doença grave<sup>6</sup>.

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 ao objeto e objetivos desse estudo, na medida em que ela pretende investigar os processos e as práticas utilizadas pelos residentes para a abordagem das famílias, estudar os sentidos de suas ações e dificuldades, bem como, conhecer suas interpretações a respeito, e ainda, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas ao fenômeno, no caso, a abordagem familiar<sup>7</sup>.

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 residentes escolhidos atuavam em unidades de saúde que compõem a rede municipal, incluindo as 4 instituições de ensino que oferecem a Residência de Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa. Os residentes que atuavam sob minha supervisão enquanto preceptora da residência, como critério de exclusão, não participaram da pesquisa pela possibilidade da relação preceptor-residente estabelecida interferir nas respostas ou causar desconforto ao respondê-las.

A produção das informações e reflexões ocorreu através 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 compreensão das condutas; abre possibilidade de compreender e conhecer os dilemas e questões enfrentadas pelos residentes. É uma ferramenta que permite resgatar a dimensão da subjetividade, já que as respostas revelaram sistemas de valores, crenças, normas e condutas, sendo significativa na busca pela mudança de um contexto<sup>8</sup>.

Os dados coletados das entrevistas foram submetidos a 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, tem por finalidade a produção de inferências. Segundo este ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em 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 recepção<sup>9</sup>.

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 d de dezembro de 2012<sup>10</sup> do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com oito médicos residentes em medicina de família e comunidade do Município de João Pessoa, dois médicos de cada instituição de ensino que oferta a especialidade. Todos cursavam o segundo ano da especialização para que fossem avaliados após o ensino do tema e 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 e 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 entendem que é importante para a compreensão do contexto em que seu paciente está inserido como forma de apreender sobre o processo de adoecimento e melhorar sua resolutividade. Dois, entre os oito médicos, se referem a 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 refere que as abordagens familiares não são realizadas na sua rotina de trabalho devido a diversos fatores como insegurança, falta de oportunidade, elevada pressão assistencial e pouco conhecimento. Entre os que realizam, um relata que costuma realizar

a abordagem das famílias durante a visita domiciliar, quando aproveita a presença de alguns familiares no domicílio para conversar sobre cuidados e recomendações que não estão sendo cumpridas, entre outras demandas. Outro realiza aproveitando a presença do familiar que acompanha o paciente à consulta para ampliar o diálogo ou, então, identifica que o paciente tem alguma questão familiar contribuindo para o adoecimento e chama 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 a importância da Abordagem Familiar**

A respeito da importância ou representatividade da abordagem familiar, seis dos residentes consideram uma ferramenta importante de trabalho, para diagnóstico, acolhimento, apoio e que ajuda no entendimento do contexto familiar e compreensão do processo de adoecimento das pessoas. Para dois deles, uma prática a ser buscada.

Concordam que 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 as famílias.” (Residente 7)

### **Quanto ao conhecimento sobre a Abordagem Familiar**

No que se refere ao conhecimento e habilidade em abordar as famílias, três médicos consideram baixo, três a descrevem como mediano, devido pouca

leitura e baixo interesse, a depender também da complexidade da situação e somente dois consideram que já tem 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 de algum mal-estar que você pode ter sentido. Meu conhecimento ainda é superficial acredito.” (Residente 5)

Quatro, entre oito residentes, não se sentem capazes de intervir junto às famílias por sentirem falta de um tutor mais perto, por se sentirem sozinhos, sem apoio de uma equipe multiprofissional para contribuir na abordagem acarretando sentimento de limitação. Três deles consideram-se parcialmente capazes, utilizam a intuição como forma de compensar o insuficiente conhecimento sobre o tema, devido a poucas oportunidades de práticas e devido à falta de tutoria. Um dos residentes se sente preparado, porém sente a falta do envolvimento dos demais componentes da equipe e do apoio de uma equipe multiprofissional, o que o faz se sentir limitado.

“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 conhece ou conhece pouco, mas não utiliza, os quatro que admitiram conhecer e usar, 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 3 pacientes, porque eu sou preceptora também do internato. A cada 2 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 as dificuldades**

Como dificuldades no processo de aprendizagem, dois dos residentes citaram o pouco tempo de preceptoria pela incompatibilidade das agendas que dificultam a realização de uma abordagem no domicílio do usuário. Outros dois referem a falta de tempo de discutir os casos clínicos com os preceptores pela pressão assistencial, normalmente elevada como entrave para o aprendizado. Um residente dos residentes atribui a falta de tempo também pelo fato de sua equipe estar incompleta 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 consideram que as aulas teóricas sobre o tema são boas, mas insuficientes pelo não aprofundamento no assunto e por ter sido visto em um momento só, durante o primeiro ano da especialização. A falta de profissionais especialistas em medicina de família e comunidade para ministrarem as aulas e a não correlação entre teoria e prática no processo de ensino e aprendizagem, foram relatadas por dois dos residentes como obstáculo e que não viram a aplicabilidade prática das ferramentas, ou seja, como é realizada de fato uma abordagem familiar. Um dos entrevistados relata não 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 MFC 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 realização da abordagem familiar por seis, dos oito entrevistados, foram o tempo escasso pelo quantitativo de atendimentos realizados na rotina diária e medo e/ou de adentrar nas relações conflituosas vivenciadas pelas famílias e lidar com essas situações. Dois médicos mencionam 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 por parte de alguns usuários em envolver a família ou, o inverso, a família têm resistência em se envolver na solução de determinados conflitos ou problemas é que alega metade dos residentes como sendo um obstáculo à realização da abordagem das famílias. Temas como sexualidade e faixas etárias específicas como a de crianças e adolescentes surgem como sendo mais difíceis de abordar por um dos médicos e o momento certo de iniciar a abordagem pela falta de preparo foi mencionado como entrave devido a inexperiência e pouca prática 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 as perspectivas e sugestões para a melhoria das práticas da Abordagem Familiar**

As sugestões para a melhoria do ensino nas instituições estão relacionadas a escolha de profissionais especialistas em medicina de família e comunidade como professores, de forma a estimular os residentes a colocarem os conhecimentos em prática, além de discussão de casos clínicos, visitar o tema ao longo da especialização e criarem cenários de simulação utilizando pacientes simulados para colocar 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 MCCP, 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 ) realização de atividade entre residência e preceptoria utilizando famílias identificadas na comunidade com necessidade de intervenção; b) discutir o caso e realizar abordagem em prazo determinado, 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) diminuição do 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) realização de oficinas periódicas para realização de abordagens familiares supervisionadas pelos preceptores e por fim g) realizar reuniões de equipe para capacitação acerca da abordagem da familiar com o objetivo de sensibilização de seus componentes para captação de usuários que necessitem de abordagem familiar.

## **DISCUSSÃO**

Para exercer a medicina de família e comunidade, 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 e ter resultados insatisfatórios. Através da abordagem das famílias, os médicos podem ampliar o olhar para constatar que muitos sintomas trazidos pelas pessoas são resposta a suas interações estabelecidas diretamente com seus familiares.

Para que o médico adquira a competência de abordar as famílias, o processo de ensino a 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 proporciona 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, demandam que metodologias ativas sejam implementadas no campo da teoria e da prática. O excesso de demanda por atendimentos, na rotina diária dos médicos

residentes, devido ao processo de trabalho que prioriza as consultas ditas tradicionais, os afastam da gestão de sua agenda. Segundo Silva, Silva e Bousso, no modelo biomédico de atenção à saúde, privilegia-se o atendimento individualizado dos membros de uma família, 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 lado<sup>4</sup>. Possibilitar aos residentes que gerenciem a demanda de suas agendas juntamente com a equipe, protegendo espaços para o treinamento supervisionado, acompanhado pelo preceptor que também necessita de espaço livre em sua agenda para garantir o processo de educação continuada ou permanente, também é imprescindível para a aquisição das competências essenciais ao MFC.

Este estudo ratifica que, em sua totalidade, os residentes entendem que a competência de abordar as famílias é intrínseca a todo especialista em medicina de família e comunidade, portanto, deve ser adquirida ao longo do processo formativo da especialização. Reiteradas vezes, foi caracterizada como essencial para a compreensão dos processos de saúde-adoecimento das pessoas e das famílias, o podemos constatar no Currículo Baseado em Competências (CBC) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e comunidade (SBMFC) de 2014<sup>11</sup>.

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 onde as estratégias pedagógicas se harmonizem com as necessidades do serviço garantindo qualidade aos cenários de formação.

Como vimos acima, os residentes demonstram dificuldade de identificar em que situações devem iniciar a abordagem familiar por insegurança, 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 tem conhecimento de famílias vulneráveis, a quem

podem dar apoio e colocar em contato com órgãos de apoio social, devendo estar atentos as indicações de violência familiar e ter competência para notificar e lidar com esses casos<sup>6</sup>.

A elevada demanda assistencial se faz presente na resposta de 100% dos entrevistados, atestando a necessidade de planejamento e organização do processo de trabalho de forma estratégica, nos levando 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 a demora nos atendimentos por agendas lotadas. Outras questões que envolvem a demanda excessiva e que contribuem sobremaneira para o aumento do volume de trabalho dos profissionais médicos são: o número elevado de famílias cadastradas por equipe, extensas áreas descobertas pela estratégia de saúde da família e equipes desfalcadas de profissionais, gerando sobrecarga 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, “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”<sup>12</sup>.

Esse estudo demonstrou que mudanças na metodologia de ensino e aprendizagem da abordagem familiar na residência médica a partir das perspectivas e necessidades dos residentes que, em sua totalidade, sugerem melhorias tanto no ensino por parte das instituições quanto nos campos de prática, de maneira que os estimule a ir em busca de aprofundarem seus conhecimentos assim como proporcionarem ambientes simulados para treinamento com implementação de práticas supervisionadas pelos tutores e preceptores oferecendo assim mais segurança para profissionais e usuários no exercício de uma abordagem tão completa e complexa , ao mesmo tempo,

podem promover modificações importantes para implementação dessa prática no cenário da residência.

## **CONCLUSÃO**

Esse trabalho, oriundo de questões que surgiram ao longo da minha prática clínica enquanto 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, poucas vezes sendo vista 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 desse estudo, porém a amostra foi representativa da residência de medicina de família por abranger as 4 instituições de ensino do município de João Pessoa.

Nesse estudo, a análise do conteúdo das entrevistas dos residentes evidenciou a baixa utilização das ferramentas de abordagem familiar por parte dos residentes por inúmeras razões, relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem e a organização dos processos de trabalho das equipes nas unidades de saúde da família. Deixa claro também que, apesar de se sentirem incapazes de intervir junto às famílias, 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 e assim poder planejar, junto a equipe multiprofissional, a intervenção mais adequada.

Na perspectiva de implementação da prática da abordagem familiar pelos residentes de medicina de família e comunidade, 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 e promover aglomeração devido também a pandemia, o que provavelmente influenciou nos resultados, porém possibilitando o desdobramento da pesquisa com a inclusão de preceptores, coordenadores dos programas de residência e de outros atores relevantes neste cenário.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
2. Fernandes CLC, Curra LCD. Sistema de Educação Médica Continuada a Distância PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. p. 158, 2006
3. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidencia. 4ª ed. [s.l: s.n.].

4. Silva MCLSR, Silva L, Bouso RS. A abordagem à família na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
6. Mcwhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: [s.n.]
7. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
8. Minayo MCS. (org); Deslandes SF. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 25ª ed. Ver. Atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.
9. Bardin L. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. São Paulo: Edições 70, p.229, 2015.
10. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
11. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (SBMFC). Curriculum Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, 2015.
12. Soares, RDS. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Revista Brasileira de Medicina de família e Comunidade*, v. 11, n.38, p. 1-9, 2016.

## 5.2 PRODUTO TÉCNICO-EDUCATIVO: CARTILHA

A cartilha resultante desta dissertação (APÊNDICE C), contém capa, contracapa e 23 páginas, incluindo texto e ilustrações explicativas. Estão apresentados, na forma de recortes figurativos, as partes pré-textuais, textual e pós-textual da cartilha, na seguinte sequência: Capa (**Figura 1**); páginas referentes a Sumário e Apresentação (**Figura 2 e 3**); páginas da parte textual

com tópicos sobre a Abordagem Familiar na Atenção Básica, sua importância e aplicabilidade (Figura 4, 5 e 6); elementos textuais com tópicos sobre a Classificação de Risco Familiar e Ciclos de Vida (Figura 7 e 8); elementos textuais sobre abordagem familiar e suas ferramentas (Figura 9 a 17); elementos textuais com os tópicos sobre as estratégias para Abordagem das Famílias (Figura 18 a 22); página de Conclusão (Figura 23).



**Figura 4-** Capa e Contra Capa:

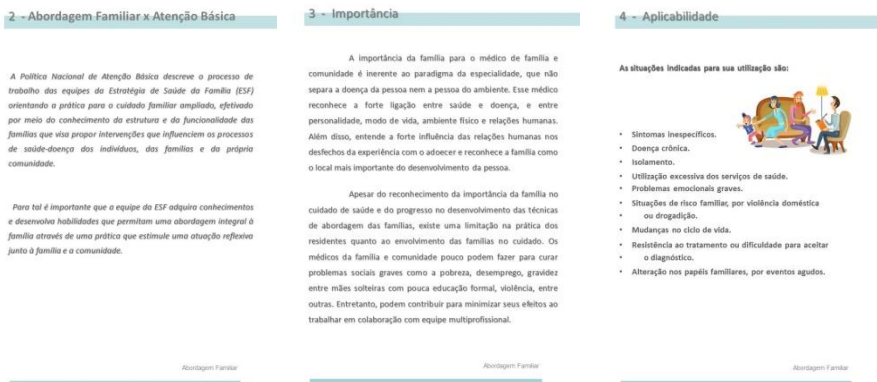
Fonte: A Autora



**Figura 5-** Página referente ao Sumário e Apresentação da Cartilha

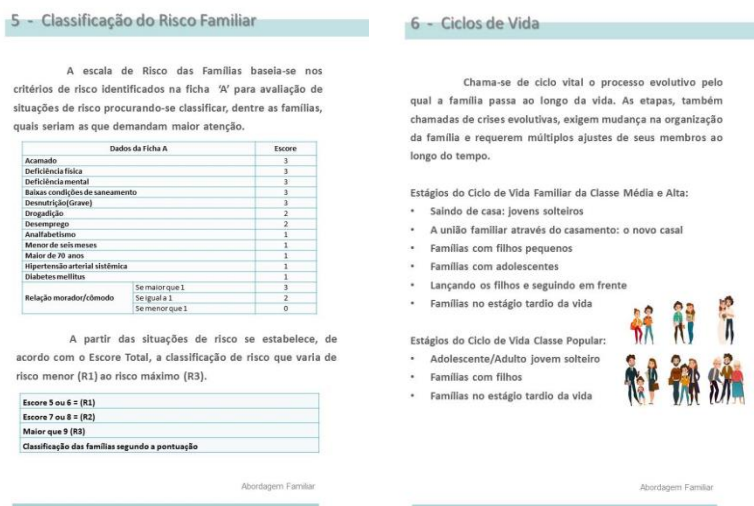
Fonte: A Autora





**Figura 6-** Páginas com Tópicos sobre a Abordagem Familiar na Atenção Básica, sua Importância e Aplicabilidade.

Fonte: A Autora



**Figura 7:** Classificação de Risco e Ciclos de Vida para facilitar a identificação das famílias que se beneficiarão da abordagem familiar.

Fonte: A Autora

7 - Abordagem Familiar

- OS relacionamentos estabelecidos entre os membros de uma família influenciam na saúde de cada um e no sistema como um todo. Conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente é vital para o planejamento do cuidado.
- Para trabalharmos com as famílias temos que perceber o seu funcionamento e respeitar as suas regras, facilitar a comunicação dentro da família e auxiliá-la na busca de suas próprias soluções.
- Durante o processo de trabalho temos que procurar o contato com cada membro da família, respeitar a hierarquia da organização familiar e adaptar a comunicação ao seu estilo.



Abordagem Familiar

7 - Abordagem Familiar

- Nem todas as abordagens familiares necessitam ser através de entrevistas familiares estruturadas. Consultas individuais com outros membros e visitas domiciliares também podem auxiliar no entendimento da relação entre a família e o problema em questão.
- Para trabalharmos com as famílias, temos que conhecê-las e a partir daí, traçar um plano de cuidados. Para facilitar este processo utilizamos ferramentas específicas para essa abordagem.



Abordagem Familiar

8 - Ferramentas de Abordagem Familiar

As ferramentas utilizadas para o estudo de famílias são tecnologias que favorecem a compreensão do funcionamento do indivíduo e de suas relações com os membros da família e a sociedade, sendo importante para a realização de intervenções pela equipe de saúde.

As mais Utilizadas são:

- Genograma
- Ecomapa
- FIRO
- PRACTICE
- APGAR Familiar.

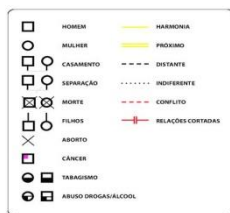
Abordagem Familiar

8.1 - Genograma

Representação gráfica da estrutura familiar que permite ao profissional refletir sobre a dinâmica familiar.

Os elementos estruturais trazem informações relativa a composição familiar, idade, escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes, separações, etc.

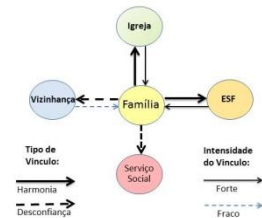
Os símbolos mais utilizados:



Abordagem Familiar

8.2 - Ecomapa

Complementar ao genograma esse instrumento identifica as relações e ligações da família com o meio e a comunidade onde habita, mostrando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (rede de apoio social, por exemplo.)



Abordagem Familiar

8.3 - FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation)

Esta ferramenta busca compreender o funcionamento da família a partir de suas relações de poder, comunicação e afeto, avaliando as dimensões de inclusão, controle e intimidade através dos sentimentos de seus membros e as vivências das relações do cotidiano



Abordagem Familiar

**8.4 - PRACTICE (Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology)**

Instrumento projetado por médicos de família para avaliação do funcionamento da família no que se refere a um caso específico, seu posicionamento diante dos problemas. Auxilia a família na busca de soluções.

O médico de família não deve apresentar (as suas) soluções, tem que partir da própria família. Também não deve insistir nas mudanças. O objetivo é clarificar as relações e as funções de cada membro auxiliando na comunicação.

Problem	Problema apresentado
Roles and Structure	Papeis e estrutura
Affect	Afeto
Communication	Comunicação
Time in Life	Tempo no Ciclo de Vida
Illness in Family	Doenças na família, passadas e presentes.
Coping with stress	Lidando com o estresse
Environment or Ecology	Meio ambiente ou Ecologia

Abordagem Familiar

**8.5 - APGAR familiar - Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução)**

Reflete a satisfação de cada membro da família. A avaliação é feita individualmente, através de questionário contendo cinco perguntas, que serão pontuadas e analisadas

**Questionário APGAR**

1. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
2. Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
3. Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
4. Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
5. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?

Abordagem Familiar

**8.6 - APGAR familiar - Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução)**

Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma:

- Quase sempre: 2 pontos;
- Às vezes: 1 ponto;
- Raramente: zero.

A pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar, sendo que o maior escore indica maior satisfação da pessoa índice que recebe o cuidado.

Pontuação:

- 0 a 4: elevada disfuncionalidade
- 5 e 6: moderada disfuncionalidade
- 7 a 10: boa funcionalidade (CHAPADEIRO; ARAÚJO, 2011)



**Figura 8:** Elementos textuais sobre a Abordagem Familiar ressaltando a importância de conhecer a estrutura das famílias para elaboração dos planos de cuidado e os Instrumentos da Abordagem Familiar que são as ferramentas facilitadoras da busca desse conhecimento e realização das intervenções.

Fonte: A Autora

**9 – Estratégias para Abordagem das Famílias**

**Referentes ao Serviço**

O serviço deve se organizar no sentido de buscar o melhor atendimento às necessidades de saúde da família sujeita ao cuidado.

- Proteger um turno mensal ou quinzenal, de acordo com a demanda da unidade para o atendimento das famílias;
- Escolher uma sala que comporte confortavelmente todos os membros de uma família;
- Identificar através de classificação de risco, as famílias que se beneficiariam com a abordagem familiar;
- Banheiro e Água disponíveis;
- Os atendimentos devem contar com a participação do Preceptor que deverá discutir os casos antes e depois dos atendimentos;
- Cada família deverá ser vista 4 a 6 vezes com o objetivo de aplicar os instrumentos e realizar as abordagens familiares para traçar metas de resolução de problemas e conflitos.

Abordagem Familiar

**9 – Estratégias para Abordagem das Famílias**

**Referentes a Família**

Não são todas as famílias que devem ser abordadas com profundidade e/ou de forma constante. Com qualquer tipo de tratamento, só deve ser realizada quando realmente for indicada.

- Consultar a família quanto ao interesse em participar esclarecendo como se dará o processo.



Abordagem Familiar

**9 – Estratégias para Abordagem das Famílias**

**Referentes a Família**

- A família deve ser cadastrada pela equipe de saúde a qual pertence o residente, e ser acompanhada por ACS, para facilitar a comunicação e o acompanhamento da família.
- Ser identificada por apresentar papéis disfuncionais que geram sofrimento e adoecimento ou estejam em situação de risco.
- Mostrar-se disponível para realização da abordagem por entender a importância do cuidado para resolução de seus problemas.



Abordagem Familiar

### 9 – Estratégias para Abordagem das Famílias

#### Referentes a Equipe

É importante sensibilizar a equipe de saúde para conhecer as famílias e estabelecer vínculo e capacitar sobre a abordagem familiar. A contribuição da equipe é essencial para a adesão das famílias ao processo.

- Orientar as famílias sobre o serviço.
- Manter relacionamentos empáticos com cada pessoa.
- Acompanhar as famílias por meio de visita domiciliar.
- Colher dados para análise da situação das famílias, identificando e informando a equipe as que apresentarem risco.
- A equipe deve também realizar uma análise crítica do que é possível fazer ou não, tendo em vista as necessidades familiares, o interesse da unidade estudada e a capacidade da equipe de saúde de intervir favoravelmente no processo de autoconhecimento e crescimento das famílias



Abordagem Familiar

### 9 – Estratégias para Abordagem das Famílias

#### Referentes ao Serviço

O serviço deve se organizar no sentido de buscar o melhor atendimento às necessidades de saúde da família sujeita ao cuidado.

- Proteger um turno mensal ou quinzenal, de acordo com a demanda da unidade para o atendimento das famílias;
- Escolher uma sala que comporte confortavelmente todos os membros de uma família;
- Identificar através de classificação de risco, as famílias que se beneficiariam com a abordagem familiar;
- Banheiro e Água disponíveis;
- Os atendimentos devem contar com a participação do Preceptor, que deverá discutir os casos antes e depois dos atendimentos;
- Cada família deverá ser vista 4 a 6 vezes com o objetivo de aplicar os instrumentos e realizar as abordagens familiares para traçar metas de resolução de problemas e conflitos.

Abordagem Familiar

**Figura 9:** Tópico sobre as Estratégias para a Abordagens das Famílias com as orientações para a aplicação da abordagem familiar no campo da prática planejando ações que envolvem a família, a equipe, o serviço e o próprio profissional.

Fonte: A Autora

### 10 - Conclusão

Entender o modo como a família influencia a saúde dá ao profissional da APS a oportunidade de antecipar e reduzir os efeitos adversos do estresse familiar e usar a própria família como recurso para cuidar e tratar das pessoas.

A utilização das ferramentas de abordagem familiar permitem uma aproximação entre a equipe de saúde e seus usuários, favorecendo o fortalecimento do vínculo com as famílias e a compreensão de questões que influenciam negativamente o quadro clínico do paciente índice permitindo assim que as intervenções estejam de acordo com a realidade das famílias atendidas

Abordagem Familiar

**Figura 10:** Conclusão

Fonte: A Autora

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A última seção deste trabalho de conclusão de mestrado visa estabelecer as considerações finais a respeito da dissertação e sugerir recomendações para futuros trabalhos relacionados ao tema principal. Essa dissertação teve como objetivo analisar como se dá a abordagem familiar no contexto da Residência de Medicina de Família e Comunidade no Município de João Pessoa-PB. Com isso considera-se que esse objetivo geral tenha sido atingido, considerando todas as informações obtidas acerca dos diferentes aspectos que envolvem a prática das abordagens familiares, demonstrando

fragilidades nos processos em diversas instâncias do processo de ensino e aprendizagem da abordagem familiar.

Em relação aos objetivos específicos, as metas também foram alcançadas, pois foi possível verificar que os residentes entendem a importância da abordagem familiar para a compreensão do processo de adoecimento de seus pacientes e melhorar sua resolutividade, porém a maioria relata que não é realizada na sua rotina de trabalho por inúmeros fatores como: insegurança, pressão assistencial elevada e pouco conhecimento, ou seja, não se sentem capazes de intervir junto às famílias. Quanto processo de ensino e aprendizagem, foram apresentadas questões relacionadas a poucas oportunidades para a prática, treinamentos, tutoria e simulações demonstrando que alguns arranjos organizacionais são necessários para garantir a construção de um processo de aprendizagem onde as estratégias pedagógicas se harmonizem as necessidades do serviço e da formação.

A partir destes resultados na pesquisa de campo, elaborou-se a cartilha educativa para os residentes para auxiliar os residentes na implementação da abordagem familiar no campo da prática com orientações direcionadas a organização do serviço, equipe, as famílias e ao próprio residente, facilitando o acesso as técnicas e as ferramentas de abordagem familiar, bem como, a interlocução coma equipe e as famílias.

As recomendações para são a realização de estudos longitudinais envolvendo os demais atores envolvidos os demais atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem da Residência de medicina de Família e Comunidade como Coordenadores das Instituições de Ensino, preceptores, gestão municipal, equipe e comunidade.

A implementação da abordagem familiar na prática dos residentes de medicina de família e comunidade permitirá que um passo importante seja dado no sentido de que as condutas realizadas pelos médicos sejam condizentes com o contexto social em que seus pacientes estão inseridos, estreitando as relações entre os profissionais e as famílias.

**REFERÊNCIAS:**

AGOSTINHO, M. (2007). Ecomapa. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 23(3), 327–30. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>

APARECIDA, J. et al. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica : um relato de caso. p. 249–252, 2016.

BARDIN, L. (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BUMBERRY, W. **Dançando com a família**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

BRASIL, C. H. G. **Ferramentas de acesso à família**. Montes Claros-MG, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca/Publicações. 2021. Disponível em:<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/NA==>.

BRASÍLIA: MEC, 2014. Parecer CNE/CES/2014 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014.

CHAPADEIRO, C. A.; ARAÚJO, H. Y. S. O. A. E M. R. N. DE. A família como foco da Atenção Primária à Saúde. p. 100, 2011.

CHAVES, L.; MAURO, D. J.; LOPES, C. Abordagem familiar na Atenção Domiciliar. **Curso de Especialização em Atenção Domiciliar**, 2015.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Escala de Risco Familiar como instrumento de das Visitas Domiciliares . **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004.

CRISTINA, A. et al. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial** São Paulo UNASUS-UNIFESP, , 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>

DIAS, A.; LIEBSCHER, S. GRUPO FOCAL : técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas FOCUS GROUP : technique for the collection of data in qualitative research. **Ciência da Informação**, p. 1–12, 1977.

DOHERTY, W.J.; COLANGELO, N. **O modelo FIRO familiar: uma modesta**

**proposta de organização do tratamento familiar.** Journal of Marital and Family Therapy (1984) 10 (1), 19-29. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1984.tb00562.x>

DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., DUNCAN, M.S., GIUGLIANI, C. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência.** 4<sup>a</sup> ed. [s.l: s.n.].

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Sistema de Educação Médica Continuada a Distância PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. p. 158, 2006.

GUSSO, G., LOPES, J.M.C., DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 2<sup>a</sup> ed. [s.l: s.n.].

MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: [s.n.].

MINAYO, M.C.S. (org); DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 25<sup>a</sup> ed. Ver. Atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica. Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, DF.

SILVA, M. C. L. DOS S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250–1255, 2011.

SOARES, R. D. S. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015. p. 1-69.

SOUZA DIAS BRANTE, A. R. et al. Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–9, 2016.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário Programa/Estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 658-664, 2004.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública. p. 507-514, 2005.



# **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA DA SMS JOÃO  
PESSOA - PB**



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 02 de abril de 2020.

**Processo Nº: 03.078/2020**

**TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "**ANÁLISE DA ABORDAGEM FAMILIAR NO CENÁRIO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB**", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **MARIA ALBANETE SANTOS DE LIMA**, sob orientação de **ANDRE LUIS BONIFÁCIO DE CARVALHO**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

---

Davy Alves da Silva  
**Gerência da Educação na Saúde**

# ANEXO B: PARECER DO CEP/CCM/UFPB

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**PARECER CON SUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise de Atuação Familiar na Prática de Implementação de Prática no Centro de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de João Pessoa/PB

**Pesquisador:** MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA ÁREA

**Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20195620.0.000.009

**Instituição Responsável:** UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Público

**DADO DO PARECER**

**Numero do Parecer:** 4.001.282

**Apresentação do Projeto:** Tese de Doutorado "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", apresentado pela residente Maria Albanete Santos de Lima, do Mestrado Profissional em Saúde de Família e sua orientação do prof. Andre Luis Sant'anna de Carvalho.

A pesquisa exploratória qualifica o método e mais adequada ao objeto e objetivos desse estudo, na medida em que se pretende investigar a prática e as práticas utilizadas pelas residentes para a atuação das famílias, estudar os sentidos de suas ações e dificuldades, bem como, conhecer suas intencionalidades e reações. Entende-se por compreensão do fenômeno, o significado individual e coletivo para e visões das pessoas.

Tudo isso, usando uma abordagem descritiva e observando técnicas inerentes ao fenômeno, no caso, as atuações familiares na residência de medicina de família e comunidade do município de João Pessoa, produzida das ações de saúde através de combinação de uma técnica principal - entrevista semiestructurada com as médicas residentes de MPC - e uma auxiliar - grupo focal com o coordenador da residência de MPC.

**Entrevista semiestructurada:** A ação será realizada em estrutura tipo qualificação científica.

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**Contratado Reser.1.001.282**

**Objetivo de Pesquisa:** Em nosso caso pela necessidade de compreensão do fenômeno a partir da percepção dos residentes, considerando sua rotina de vida, costumes e hábitos, permitiu explorar em profundidade esse cenário, independentemente de abordagens e compreensões convencionais, para possibilitar de compreender e conhecer os diálogos e questões enfrentadas pelos residentes. É uma ferramenta que permite registrar a dimensão de subjetividade, já que os resultados de não serem apenas de valores, opiniões, normas e costumes, sendo significante na vida dos participantes de um cenário.

**Objeto Focal:** O grupo focal tem como principal objetivo: identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade em situações espontâneas, seu propósito é gerar novos ideias ou fortalecer e estimular o pensamento do pesquisador, por ser oportunizado aos participantes de expressarem e compartilharem suas opiniões de vida e de saúde e trazer à tona respostas mais complexas, permitindo ao pesquisador conhecer melhor e mais profundamente o grupo pesquisado (DINIZ, LIBSCHER, 1977).

**Participantes do estudo:** O estudo incluirá na pesquisa as médicas residentes do segundo ano de especialização, no pós-graduação de que já tenham empenhamento teórico e treinamento prático suficiente para a atuação das competências necessárias para ofertar um cuidado integral à saúde, em que, a partir de cada sessão um membro, as ações sejam entendidas para o grupo familiar, como promoção de práticas preventivas de saúde voltadas para o coletivo, assim, tendo intencionalidade na medida sem convencional e o método que instituir um tratamento sem um diagnóstico (BARALDI, 2010). As residentes escolhidas atuam em unidades de saúde na 5ª e 6ª distritos sanitários que compõem o este município de saúde, incluindo as 4 instituições de ensino que oferecem a Residência de Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa. Os residentes que atuam sob minha supervisão enquanto docentes da residência foram excluídos da pesquisa para possibilitar de estudo prático-realmente estabelecido dentro da residência.

**Local e ano de pesquisa de campo:** A pesquisa de campo será realizada no período de maio a junho de 2020 nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de João Pessoa em âmbito de 5 distritos sanitários e as instituições de ensino que atuam na residência de MPC em nosso estado.

**Objeto de Estudo:** Médicos residentes do segundo ano do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa em unidades de saúde que compõem o esta Distrito Sanitário do município, incluindo as quatro instituições de ensino que oferecem

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**Contratado Reser.1.001.282**

**Residência:** por já terem, supostamente, empenhamento teórico e prático suficiente para a atuação das competências necessárias para a prática de atuação familiar.

**Critérios de Seleção:** Médicos residentes que atuam sob minha supervisão enquanto docentes das instituições de ensino prático-realmente estabelecido dentro das residências ou causas decorrentes de residência.

**Metodologia de Análise de Dados:** Os dados coletados das entrevistas e do grupo focal serão submetidos a Técnica de Análise de Conteúdo Temático (BASTOS, 2011) conforme 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, tendo por finalidade a produção de inferências. Segundo esse ponto de vista, produzir inferência em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subjuntivas acerca de determinada mensagem, mas em emendá-las com pressupostos teóricos de análise conceitual de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de seu produtor e receptor.

**Objetivo de Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Análise de como medo e atuação familiar está inserida no cenário da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de João Pessoa em um processo de implementação da prática.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar de que maneira o ensino e a prática de atuação familiar estão inseridos no programa de Residência;
- Identificar as principais aspectos de percepção dos residentes quanto à importância de atuação familiar; identificar suas principais dificuldades encontradas pelos residentes para o desenvolvimento da prática de atuação familiar;
- Categorizar propostas de mudanças inerentes a prática de atuação familiar.

**Análise dos Riscos e Benefícios:**

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**Contratado Reser.1.001.282**

**Riscos**

**Condição de aceitação das conferências (registros no TOLE)**

- Faltar o tempo devido ao tempo de entrega;
- Considerar riscos econômicos de divulgação de imagem, quanto aos vídeos e fotografias ou imagens fotográficas.

**Benefícios:**

- O conhecimento produzido da pesquisa contribuir para o desenvolvimento de estratégias para o trabalho em saúde na Residência de medicina de família e Comunidade no município de João Pessoa;
- Acesso aos resultados da pesquisa;
- Implementação da prática de atuação familiar no cenário de residência aumentado e resultados qualitativos dentro na estrutura primária à saúde do município.

**Considerações e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo apresenta delineamento ético aprovado, e atende às diretrizes éticas recomendadas para estudos em seres humanos (Resolução 466/12 e RDC 196/96 CNE/ME).

**Considerações sobre os Termos de Apresentação obrigatória:**

Os termos foram devidamente apresentados (Plano completo, Ficha de Risco, Cronograma de atividades, Orçamento, anuência da Secretária Municipal de Saúde, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, registros em conformidade com a Resolução CNE nº 466/2012).

**Recomendações:**

Recomenda-se que o pesquisador responsável e colaboradores CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP/CCM. Caso ocorram inconformidades durante ou após o desenvolvimento do processo, o tempo de duração de estudo, mudanças de local da pesquisa, publicação em revistas, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de suas alterações, ou bases de dados orientadas.

Atestamos as diretrizes da obrigatoriedade de serviços realizados no projeto, sob as normas de idoneidade social, acesso aos procedimentos, processos ou agentes da pesquisa (Resolução 466/12 CNE/ME).

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**Contratado Reser.1.001.282**

**Considerações ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Consideramos que a pesquisa tenha adequado às recomendações feitas por este

**Condição de aceitação das conferências (registros no TOLE)**

Condição de aceitação anterior e que o estudo somente visualize ética, estando em conformidade com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNE/ME, sobre as normas do desenvolvimento de investigação.

**Considerações Finais a respeito do CEP:**

Em reunião online, realizada em 30/04/2020, o Colegiado do CEP/CCM decidiu pela aprovação do projeto de pesquisa, uma vez que as condições técnicas em parecer anterior foram atendidas. Recomendamos ACESSAR o Parecer Consultado antes por este CEP, disponível em sua página na Plataforma Brasil. O Manual Funcionamento de Ato Pesquisador na Plataforma Brasil, contendo instruções de como utilizar o sistema.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Assunto	Postagem	Autor	Situação
Informações	PR_INFORMACAO_BASICA_DO_CEP	02/04/2020 22:00:01	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
Forma de Risco	FORMA_RISCO.pdf	02/04/2020 19:56:24	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
Plano Detalhado	tdm.docx	02/04/2020 19:56:57	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
Outros	termo_anuencia_pesquisa.pdf	02/04/2020 19:56:53	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
TOLE / Termos de Apresentação	TOLE.docx	02/04/2020 19:42:25	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
Outros	entrevista_semiestructurada.pdf	12/03/2020 19:32:02	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**

**Contratado Reser.1.001.282**

Documento	Assunto	Data	Autor	Situação
Orçamento	orcamento_financeiro.pdf	12/03/2020 19:52:16	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/03/2020 19:26:18	MARIA ALBANEIRE SANTOS DE LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:** Não

**Assinado por:** Cristine Wilsa Ruzali (Coordenadora)

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, Prédio: Sala 11 - Caixa Universitária Campus 1  
 Bairro: CAMPUS BRUNCO CEP: 51201-900  
 UF/PB: Paraíba - JOÃO PESSOA  
 Telefone: (51)3219-7124 Cx. 6181 carmine@ccm.ufpb.br

## ANEXO C: CARTA DE ACEITE DA REVISTA

### FW: [Revista de APS] Agradecimento pela submissão

Albanete Lima <albanetesantos@hotmail.com>  
Para: "fabrandes@gmail.com" <fabrandes@gmail.com>

17 de setembro de 2021 12:03

Enviado do meu smartphone Samsung Galaxy.

----- Mensagem original -----

De : Portal de Periódicos UFJF <noreply.periodicos@ufff.edu.br>  
Data: 06/08/2021 21:13 (GMT-03:00)  
Para: maria albanete santos de lima <albanetesantos@hotmail.com>  
Assunto: [Revista de APS] Agradecimento pela submissão

maria albanete santos de lima,

Agradecemos a submissão do trabalho "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 " para a revista Revista de APS.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/authorDashboard/submission/35199>  
Login: albanete

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Revista de APS - UFJF

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

#### Questionário Para a Entrevista Semiestruturada

##### Seção I: Identificação

- 1- Nome:
- 2- Idade:
- 3- Gênero
- 4- Raça/Etnia:
- 5- USF em que atua:
- 6- Ano de conclusão da graduação:
- 7- Experiências profissionais antes da Residência:

##### Seção II: Quanto ao aprendizado

- 8- O que você entende por abordagem familiar?
- 9- Como esse processo se dá no campo da prática?

##### Seção III: Quanto a importância

- 10-O que a abordagem familiar representa para você como médica(o) de família e comunidade?
- 11-Você acha importante que como médica(o) de família e comunidade adquira a competência de realizar a abordagem familiar?

##### Seção IV: Quanto ao conhecimento

- 12-Como considera seus conhecimentos e habilidades em abordar as famílias?
- 13-Você se sente capaz para intervir junto às famílias?
- 14-Conhece e utiliza em sua prática médica os instrumentos de abordagem familiar? Quais?

##### Seção V: Quanto as dificuldades

- 15-Quais problemas você identifica no seu processo de aprendizagem da abordagem familiar?

16-Há dificuldades para realizar a abordagem familiar? Se sim, na sua opinião, quais seriam essas dificuldades?

#### **Seção VI: Estratégias de mudança**

17-Como você avalia o processo de ensino e aprendizagem da abordagem familiar no programa de residência de MFC o qual faz parte?

18-Que sugestões você daria para o aperfeiçoamento da aprendizagem da abordagem familiar no programa de residência de medicina de família e comunidade da sua instituição de ensino?

19-Que atividades poderiam ser implementadas no campo da prática para implementação da abordagem familiar pelos residentes de medicina de família e comunidade?

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS****MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAUDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a), convido a participar da pesquisa “Análise da abordagem familiar na perspectiva da implementação da prática no cenário da Residência de medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa” que está sendo desenvolvida pela mestrandia Maria Albanete Santos de Lima, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, sob a orientação do Prof. André Luís Bonifácio de Carvalho. Este estudo tem o objetivo de implementar a prática da abordagem familiar no cotidiano dos residentes de Medicina de Família e Comunidade do município de João Pessoa, contribuindo para melhorar a qualidade do cuidado ofertado pelos residentes na atenção primária à saúde. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, no que se refere à possibilidade de algum constrangimento particular, que será evitado através dos cuidados metodológicos. Caso concorde em participar do estudo, solicito que participe de uma entrevista presencial sobre o assunto com tempo estimado de 20 minutos, a ser gravada ou filmada, de acordo com a opção que achar mais conveniente e/ou confortável. As informações obtidas neste estudo serão utilizadas exclusivamente na elaboração da dissertação de Mestrado, sua identidade será preservada. Ressalta-se que sua participação é voluntária e o Sr (a) poderá a qualquer momento deixar de participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos,

sempre resguardando sua identificação. Caso necessite receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa os contatos poderão ser realizados com a mestranda Maria Albanete Santos de Lima pelo e-mail: albanetesantos@hotmail.com.e pelo telefone: (83) 998144365, ou com o orientador prof. André Luís Bonifácio de Carvalho, e-mail andrelbc4@gmail.com. Informo ainda que os participantes terão a liberdade para não participar se acharem mais conveniente. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos sobre esta pesquisa no endereço: Centro de Ciências Médicas - Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, 58051-085 - João Pessoa-PB. Contato: (83) 3216 7616.

Eu, \_\_\_\_\_, considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). E que, mediante quaisquer dúvidas poderei dirigir-me às pesquisadoras e/ou ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCM/UFPB. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2020.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador



**APÊNDICE C: PRODUTO TÉCNICO-EDUCATIVO CARTILHA**

2021

Albanete Lima

# Abordagem

# Familiar



# Sumário

- 01  
Apresentação
- 02  
Abordagem Familiar x Atenção Básica
- 03  
Importância
- 04  
Aplicabilidade
- 05  
Classificação do Risco Familiar
- 06  
Ciclos de Vida
- 07  
Abordagem Familiar
- 08  
Ferramentas de Abordagem Familiar
- 09  
Estratégias para Abordagem das Famílias
- 10  
Conclusão



## 1 - Apresentação

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 separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais. 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 e ter resultados insatisfatórios.*



Considerando as dificuldades apontadas pelos médicos para a realização da abordagem familiar, essa cartilha foi pensada como um instrumento que permita ao profissional que atua na atenção à família pensar e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da família.

## 2 - Abordagem Familiar x Atenção Básica

*A Política Nacional de Atenção Básica descreve o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) orientando a prática para o cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.*

*Para tal é importante que a equipe da ESF adquira conhecimentos e desenvolva habilidades que permitam uma abordagem integral à família através de uma prática que estimule uma atuação reflexiva junto à família e a comunidade.*

### 3 - Importância

A importância da família para o médico de família e comunidade é inerente ao paradigma da especialidade, que não separa a doença da pessoa nem a pessoa do ambiente. Esse médico reconhece a forte ligação entre saúde e doença, e entre personalidade, modo de vida, ambiente físico e relações humanas. Além disso, entende a forte influência das relações humanas nos desfechos da experiência com o adoecer e reconhece a família como o local mais importante do desenvolvimento da pessoa.

Apesar do reconhecimento da importância da família no cuidado de saúde e do progresso no desenvolvimento das técnicas de abordagem das famílias, existe uma limitação na prática dos residentes quanto ao envolvimento das famílias no cuidado. Os médicos da família e comunidade pouco podem fazer para curar problemas sociais graves como a pobreza, desemprego, gravidez entre mães solteiras com pouca educação formal, violência, entre outras. Entretanto, podem contribuir para minimizar seus efeitos ao trabalhar em colaboração com equipe multiprofissional.

## 4 - Aplicabilidade

As situações indicadas para sua utilização são:



- Sintomas inespecíficos.
- Doença crônica.
- Isolamento.
- Utilização excessiva dos serviços de saúde.
- Problemas emocionais graves.
- Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição.
- Mudanças no ciclo de vida.
- Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico.
- Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

## 2 - Abordagem Familiar x Atenção Básica

*A Política Nacional de Atenção Básica descreve o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) orientando a prática para o cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.*

*Para tal é importante que a equipe da ESF adquira conhecimentos e desenvolva habilidades que permitam uma abordagem integral à família através de uma prática que estimule uma atuação reflexiva junto à família e a comunidade.*



### 3 - Importância

A importância da família para o médico de família e comunidade é inerente ao paradigma da especialidade, que não separa a doença da pessoa nem a pessoa do ambiente. Esse médico reconhece a forte ligação entre saúde e doença, e entre personalidade, modo de vida, ambiente físico e relações humanas. Além disso, entende a forte influência das relações humanas nos desfechos da experiência com o adoecer e reconhece a família como o local mais importante do desenvolvimento da pessoa.

Apesar do reconhecimento da importância da família no cuidado de saúde e do progresso no desenvolvimento das técnicas de abordagem das famílias, existe uma limitação na prática dos residentes quanto ao envolvimento das famílias no cuidado. Os médicos da família e comunidade pouco podem fazer para curar problemas sociais graves como a pobreza, desemprego, gravidez entre mães solteiras com pouca educação formal, violência, entre outras. Entretanto, podem contribuir para minimizar seus efeitos ao trabalhar em colaboração com equipe multiprofissional.

## 4 - Aplicabilidade

As situações indicadas para sua utilização são:



- Sintomas inespecíficos.
- Doença crônica.
- Isolamento.
- Utilização excessiva dos serviços de saúde.
- Problemas emocionais graves.
- Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição.
- Mudanças no ciclo de vida.
- Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico.
- Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

## 5 - Classificação do Risco Familiar

A escala de Risco das Famílias baseia-se nos critérios de risco identificados na ficha 'A' para avaliação de situações de risco procurando-se classificar, dentre as famílias, quais seriam as que demandam maior atenção.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição(Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir das situações de risco se estabelece, de acordo com o Escore Total, a classificação de risco que varia de risco menor (R1) ao risco máximo (R3).

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 (R3)
<b>Classificação das famílias segundo a pontuação</b>

## 6 - Ciclos de Vida

Chama-se de ciclo vital o processo evolutivo pelo qual a família passa ao longo da vida. As etapas, também chamadas de crises evolutivas, exigem mudança na organização da família e requerem múltiplos ajustes de seus membros ao longo do tempo.

### Estágios do Ciclo de Vida Familiar da Classe Média e Alta:

- Saindo de casa: jovens solteiros
- A união familiar através do casamento: o novo casal
- Famílias com filhos pequenos
- Famílias com adolescentes
- Lançando os filhos e seguindo em frente
- Famílias no estágio tardio da vida



### Estágios do Ciclo de Vida Classe Popular:

- Adolescente/Adulto jovem solteiro
- Famílias com filhos
- Famílias no estágio tardio da vida



## 7 - Abordagem Familiar

- Os relacionamentos estabelecidos entre os membros de uma família influenciam na saúde de cada um e no sistema como um todo. Conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente é vital para o planejamento do cuidado.
- Para trabalharmos com as famílias temos que perceber o seu funcionamento e respeitar as suas regras, facilitar a comunicação dentro da família e auxiliá-la na busca de suas próprias soluções.
- Durante o processo de trabalho temos que procurar o contato com cada membro da família, respeitar a hierarquia da organização familiar e adaptar a comunicação ao seu estilo.



Abordagem Familiar

## 7 - Abordagem Familiar

- Nem todas as abordagens a familiares necessitam ser através de entrevistas familiares estruturadas. Consultas individuais com outros membros e visitas domiciliares também podem auxiliar no entendimento da relação entre a família e o problema em questão.
- Para trabalharmos com as famílias, temos que conhecê-las e a partir daí, traçar um plano de cuidados. Para facilitar este processo utilizamos ferramentas específicas para essa abordagem.



## 8 - Ferramentas de Abordagem Familiar

As ferramentas utilizadas para o estudo de famílias são tecnologias que favorecem a compreensão do funcionamento do indivíduo e de suas relações com os membros da família e a sociedade, sendo importante para a realização de intervenções pela equipe de saúde.

As mais Utilizadas são:

















- Genograma
- Ecomapa
- FIRO
- PRACTICE
- APGAR Familiar.

## 8.1 - Genograma

Representação gráfica da estrutura familiar que permite ao profissional refletir sobre a dinâmica familiar.

Os elementos estruturais trazem informações relativa a composição familiar, idade, escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes , separações, etc.

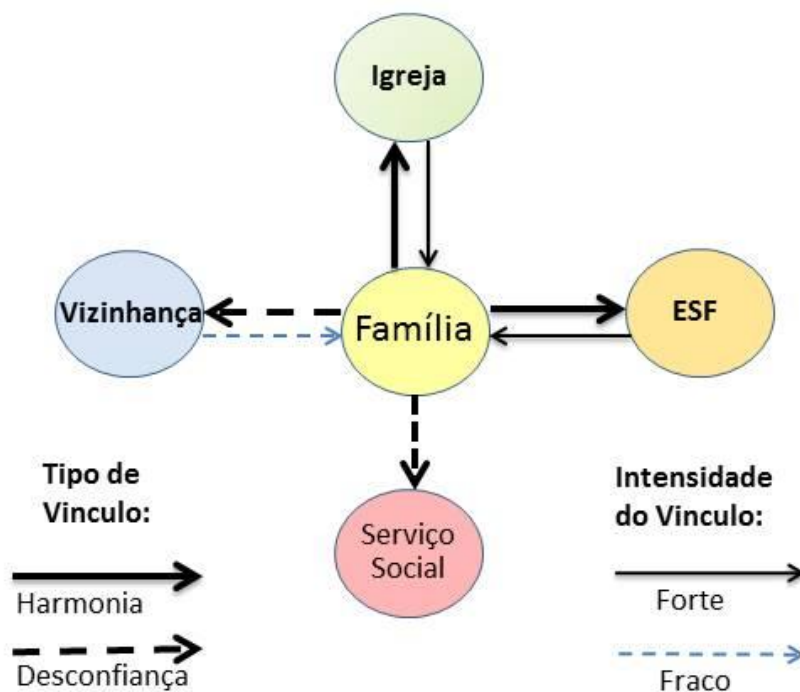
Os símbolos mais utilizados:

	HOMEM		HARMONIA
	MULHER		PRÓXIMO
	CASAMENTO		DISTANTE
	SEPARAÇÃO		INDIFERENTE
	MORTE		CONFLITO
	FILHOS		RELAÇÕES CORTADAS
	ABORTO		
	CÂNCER		
	TABAGISMO		
	ABUSO DROGAS/ÁLCOOL		



## 8.2 - Ecomapa

Complementar ao genograma esse instrumento identifica as relações e ligações da família com o meio e a comunidade onde habita, mostrando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família ( rede de apoio social, por exemplo. )



### 8.3 - FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation)

Esta ferramenta busca compreender o funcionamento da família a partir de suas relações de poder, comunicação e afeto, avaliando as dimensões de inclusão, controle e intimidade através dos sentimentos de seus membros e as vivências das relações do cotidiano



## 8.4 - PRACTICE (Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology)

Instrumento projetado por médicos de família para avaliação do funcionamento da família no que se refere a um caso específico, seu posicionamento diante dos problemas. Auxilia a família na busca de soluções.

O médico de família não deve apresentar (as suas) soluções, tem que partir da própria família. Também não deve insistir nas mudanças. O objetivo é clarificar as relações e as funções de cada membro auxiliando na comunicação.

P - Problem	Problema apresentado
R - Roles and Structure	Papéis e estrutura
A - Affect	Afeto
C - Communication	Comunicação
T - Time in Life	Tempo no Ciclo de Vida
I - Illness in Family	Doenças na família, passadas e presentes.
S - Coping with stress	Lidando com o estresse
E - Environment or Ecology	Meio ambiente ou Ecologia

## 8.5 - APGAR familiar - Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução)

Reflete a satisfação de cada membro da família. A avaliação é feita individualmente, através de questionário contendo cinco perguntas, que serão pontuadas e analisadas

### Questionário APGAR

1. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
2. Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
3. Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
4. Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
5. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?

## 8.6 - APGAR familiar - Adaptation (Adaptação), Partnership (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução)

Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma:

- Quase sempre: 2 pontos;
- Às vezes: 1 ponto;
- Raramente: zero.

A pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar, sendo que o maior escore indica maior satisfação da pessoa índice que recebe o cuidado.

Pontuação:

- 0 a 4: elevada disfuncionalidade
- 5 e 6: moderada disfuncionalidade
- 7 a 10: boa funcionalidade(CHAPADEIRO; ARAÚJO, 2011)



Abordagem Familiar

## 9 - Estratégias para Abordagem das Famílias

### Referentes ao Serviço

O serviço deve se organizado no sentido de buscar o melhor atendimento às necessidades de saúde da família sujeita ao cuidado.

- Proteger um turno mensal ou quinzenal, de acordo com a demanda da unidade para o atendimento das famílias;
- Escolher uma sala que comporte confortavelmente todos os membros de uma família;
- Identificar através de classificação de risco, as famílias que se beneficiariam com a abordagem familiar;
- Banheiro e Agua disponíveis ;
- Os atendimentos devem contar com a participação do Preceptor, que deverá discutir os casos antes e depois dos atendimentos;
- Cada família deverá ser vista 4 a 6 vezes com o objetivo de aplicar os instrumentos e realizar as abordagens familiares para traçar metas de resolução de problemas e conflitos.

## 9 - Estratégias para Abordagem das Famílias

### Referentes a Família

- Não são todas as famílias que devem ser abordadas com profundidade e/ou de forma constante. Como qualquer tipo de tratamento, só deve ser realizada quando realmente for indicada.
- Consultar a família quanto ao interesse em participar esclarecendo como se dará o processo.



Abordagem Familiar

## 9 - Estratégias para Abordagem das Famílias

### Referentes a Família

- A família deve ser cadastrada pela equipe de saúde a qual pertence o residente e ser acompanhada por ACS, para facilitar a comunicação e o acompanhamento da família.
- Ser identificada por apresentar papéis disfuncionais que geram sofrimento e adoecimento ou estejam em situação de risco.
- Mostrar-se disponível para realização da abordagem por entender a importância do cuidado para resolução de seus problemas.





## 9 - Estratégias para Abordagem das Famílias

### Referentes a Equipe

É importante sensibilizar a equipe de saúde para conhecer as famílias e estabelecer vínculo e capacitar sobre a abordagem familiar. A contribuição da equipe é essencial para a adesão das famílias ao processo.

- Orientar as famílias sobre o serviço.
- Manter relacionamentos empáticos com cada pessoa.
- Acompanhar as famílias por meio de visita domiciliar.
- Colher dados para análise da situação das famílias, identificando e informando a equipe as que apresentarem risco.
- A equipe deve também realizar uma análise crítica do que é possível fazer ou não, tendo em vista as necessidades familiares, o interesse da unidade estudada e a capacidade da equipe de saúde de intervir favoravelmente no processo de autoconhecimento e crescimento das famílias



Abordagem Familiar

## 9 - Estratégias para Abordagem das Famílias

### Referentes ao Profissional

O profissional necessita de visão integral do indivíduo, da família e da comunidade e ter capacidade de atuar de forma humanizada.

- Deverá ser empático para permitir que a família reconheça isso e fique motivada a fazer mudanças para encontrar um novo equilíbrio;
- Ser paciente para aceitar o tempo e a autonomia da família nas propostas de mudança e respeito pelas demandas de cada um dos membros;
- Ser facilitador da conferência familiar para que todos tenham chance de colocar sua opinião sobre a dinâmica familiar com o objetivo de melhoria das relações;
- Saber perceber as situações que favorecem à manutenção do sintoma e facilitar para que a família se dê conta de que isso acontece.
- Saber construir junto com a família a rede de apoio e suporte com que esta família pode contar para a melhoria das relações e do estado em que se encontra

## 10 - Conclusão

Entender o modo como a família influencia a saúde dá ao profissional da APS a oportunidade de antecipar e reduzir os efeitos adversos do estresse familiar e usar a própria família como recurso para cuidar e tratar das pessoas.

A utilização das ferramentas de abordagem familiar permitem uma aproximação entre a equipe de saúde e seus usuários, favorecendo o fortalecimento do vínculo com as famílias e a compreensão de questões que influenciam negativamente o quadro clínico do paciente índice permitindo assim que as intervenções estejam de acordo com a realidade das famílias atendidas

