



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Renata Chaves

**Abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em
situação de violência: percepção de preceptores de Residência
em Medicina de Família e Comunidade**

Rio de Janeiro

2021

Renata Chaves

**Abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em
situação de violência: percepção de preceptores de Residência
em Medicina de Família e Comunidade**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
graduação em Saúde da Família da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

C512 Chaves, Renata.
Abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em situação de violência: percepção de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade / Renata Chaves – 2021.
60f.

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

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Violência Doméstica - Teses. 2. Medicina de Família e Comunidade - Teses. 3. Violência Familiar. 4. Atenção Primária à Saúde - Teses. I. Anderson, Maria Inez Padula. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renata Chaves

**Abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em
situação de violência: percepção de preceptores de Residência
em Medicina de Família e Comunidade**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
graduação em Saúde da Família da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 23 de julho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson (Orientadora)

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Miriam Schenker

Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Eloisa, exemplo de luta e afeto, leitora dos meus textos e apoio para todos os momentos.

À minha irmã Raquel, outra mulher forte presente na minha vida, que sempre me ofereceu escuta e acolhimento.

Ao meu filho Miguel, que me desafia todos os dias a olhar a vida sob outras perspectivas e me revela todo amor que é possível se estabelecer numa relação eterna.

Ao meu companheiro Rodrigo, pelo apoio e provocações em vários momentos dessa trajetória.

À minha orientadora Inez, por compartilhar comigo tanto conhecimento, vivências e lutas como MFC na APS desse país.

Aos professores e colegas do mestrado, por me motivarem e me acolherem em muitos momentos. Todos nós atravessamos grandes desafios e mudanças nesse período.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

CHAVES, Renata. *Abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde com famílias em situação de violência: percepção de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade*. 2021. 60f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A violência apresenta-se como um grave problema de saúde pública. É um fenômeno frequente que gera impacto no âmbito físico, psicológico e social da vida das pessoas, famílias e comunidades. Dentre os tipos de violência, a intrafamiliar é de elevada prevalência. É um fenômeno sistêmico, no qual todos os membros da família estão envolvidos. Na Atenção Primária à Saúde (APS), famílias em situação de violência são frequentemente atendidas por profissionais da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, observa-se ausência ou pouco espaço existente na formação médica para abordar o tema. O objetivo deste estudo foi conhecer a perspectiva de Médicos de Família e Comunidade (MFC), preceptores de Programas de Residência em MFC, sobre a Abordagem Familiar em contextos de violência intrafamiliar na APS. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Foram realizadas entrevistas com 15 preceptores. Foram identificados potencialidades e desafios para a prática cotidiana da Abordagem Familiar com famílias em situação de violência, na APS. Como potencialidades, destacam-se: o fortalecimento do vínculo do profissional e família; ampliação dos recursos terapêuticos e da efetividade das intervenções; favorecimento do cuidado integral; articulação da rede intersetorial; promoção da reflexão e do autocuidado familiar. Dentre os desafios, foram relatados: falhas na formação médica e falta de experiência; a violência silenciada e o medo de abordar as situações de violência intrafamiliar; falta de diretrizes específicas para profissionais de saúde da APS; más condições de trabalho, dificuldades na articulação da rede intersetorial e não valorização da gestão sobre a importância da abordagem. A importância da Abordagem Familiar por MFC foi destacada pelos entrevistados, sobretudo na abordagem de violência intrafamiliar. Entretanto há muitos desafios para sua aplicação na prática. São necessários esforços e diretrizes para que os MFCs e demais profissionais que atuam na APS possam ser valorizados e capacitados a fim de realizar a abordagem familiar e a abordagem da violência intrafamiliar de forma sistemática e cotidiana, considerando a alta prevalência e a gravidade deste fenômeno.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar. Violência doméstica. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Internato e Residência. Relações profissional-família.

ABSTRACT

CHAVES, Renata. *Family orientation in Primary Health Care with families in situation of violence: perception of preceptors of Residency Programs of Family and Community Doctors*. 2021. 60f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Violence presents itself as a serious public health problem. It is a frequent phenomenon with an impact on the physical, psychological and social life of people, families and communities. Among the types of violence, intrafamily violence is highly prevalent. It is a systemic phenomenon, in which all family members are involved. In Primary Health Care (PHC), families in situations of violence are often assisted by professionals from the Family Health Strategy. However, there is an absence or little space in medical education to address the topic. The aim of this study was to understand the perspective of Family and Community Doctors (FCD), tutors of Residency Programs in FCD, on the Family Orientation in contexts of intrafamily violence in PHC. This is a descriptive and exploratory qualitative approach study. Interviews were conducted with 15 preceptors. Potentialities and challenges were identified for the daily practice of the Family Orientation with families in situations of violence, in PHC. As potential, the following stand out: the strengthening of the professional and family bond; expansion of therapeutic resources and effectiveness of interventions; favoring comprehensive care; articulation of the intersectoral network; promoting reflection and family self-care. Among the challenges were reported: failures in medical training and lack of experience; the silenced violence and the fear of approaching situations of intrafamily violence; lack of specific guidelines for PHC health professionals; poor working conditions, difficulties in articulating the intersectoral network, and not valuing management on the importance of the approach. The importance of the Family Orientation was highlighted by the interviewees, especially in the approach to intrafamily violence. However, there are many challenges for its application in practice. Efforts and guidelines are needed so that FCDs and other professionals working in PHC can be valued and trained in order to carry out the family approach and the approach to intra-family violence in a systematic and daily manner, considering the high prevalence and severity of this phenomenon.

Keywords: Intrafamiliar violence. Domestic violence. Family and Community Medicine. Primary Health Care. Internship and Residence. Professional-family relationships.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo ecológico.....	16
Quadro 1 – Dimensões da Abordagem Familiar/Abordagem da Violência – Potencialidades e Desafios.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde e Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MFC	Medicina de Família e Comunidade/Médico de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PSF	Programa Saúde da Família
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNASUS	Sistema Universidade Aberta do Sistema Único da Saúde
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic of General Practitioners/Family Physicians</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	MARCO TEÓRICO	13
1.1	Abordagem Familiar pelo MFC na APS	13
1.2	Violência, processo saúde-adoecimento e abordagem pelos profissionais de saúde	15
1.3	Violência e Formação Médica	19
1.3.1	<u>Oferta de cursos e materiais pedagógicos sobre Abordagem da Violência</u>	19
2	JUSTIFICATIVA	21
3	OBJETIVOS	23
3.1	Geral	23
3.2	Específicos	23
4	METODOLOGIA	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1	Importância e papel da Abordagem Familiar na prática da MFC e da APS	28
5.1.1	<u>Abordagem Familiar como eixo estruturante do MFC na APS</u>	28
5.1.2	<u>Visão Sistêmica do Processo Saúde-Adoecimento</u>	28
5.1.3	<u>Potencialidades da Abordagem Familiar</u>	29
5.1.4	<u>Desafios para a prática da Abordagem Familiar</u>	30
5.1.4.1	Processo de trabalho da APS	30
5.1.4.2	Formação insuficiente e/ou falta de formação para o MFC	31
5.1.4.3	Relação com as famílias	32
5.1.5	<u>Necessidade de desenvolvimento de competências em abordagem familiar como atividade de preceptoria</u>	33
5.2	Abordagem Familiar por Médicos de Família e Comunidade em situações de violência intrafamiliar	34
5.2.1	<u>Violência como questão de saúde</u>	34
5.2.2	<u>A violência oculta</u>	35
5.2.3	<u>A abordagem da violência intrafamiliar pelo Médico de Família e Comunidade</u>	37

5.2.4	<u>Desafios da abordagem familiar em situações de violência intrafamiliar.....</u>	42
5.3	Abordagem Familiar em situações de violência intrafamiliar no contexto do ensino-aprendizagem.....	45
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXO A - Roteiro para entrevista semiestruturada.....	56
	ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para entrevista semiestruturada.....	58
	ANEXO C - Perfil dos entrevistados.....	60

INTRODUÇÃO

A violência, em todas as suas formas, é um dos mais graves problemas de saúde na atualidade (KRUG et al, 2002). Tem sido importante objeto de estudo da saúde pública, uma vez que seus impactos são percebidos em âmbito físico, psicológico e social na vida das pessoas, famílias e comunidades. Apesar disso, o entendimento da violência como um problema de saúde é algo recente. Em 2002, a partir da publicação do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a questão da violência como um problema de saúde começa a ganhar espaço nos debates e nas agendas governamentais, disparando reflexões e ações entre os profissionais de saúde, e evidenciando a necessidade de políticas públicas que se preocupem com o problema (KRUG,2002).

O último Atlas da Violência, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2020, apresenta o diagnóstico de violência no Brasil a partir de dados de homicídios, considerados óbitos por agressões e por intervenções legais, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A taxa de homicídio no país em 2018 foi de 27,8 mortes para cada 100 mil habitantes; 55,6% dos óbitos de homens entre 15 e 19 anos foram decorrentes de homicídio. No Rio de Janeiro, 96,5% dos óbitos nessa faixa etária decorreram de homicídio. Neste ano de 2018, uma mulher foi assassinada no Brasil a cada duas horas, mostrando uma tendência à redução da taxa de homicídio em mulheres, mais destacada redução entre mulheres não-negras. Contudo, a taxa de homicídios na residência seguiu tendência de aumento na última década. O custo estimado da violência no país, somando despesas privadas e públicas, representa 5,9% do PIB (CERQUEIRA et al, 2019).

A violência intrafamiliar, muitas vezes referida também como violência doméstica, compreendida por toda ação ou omissão cometida no âmbito familiar que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, contribui com uma importante parcela da violência. Neste trabalho, usaremos os termos violência doméstica e violência intrafamiliar como sinônimos, porque entendemos que, apesar de poder haver algumas diferenciações, estas não afetaram a lógica da pesquisa. A violência intrafamiliar é um fenômeno sistêmico, uma vez que é influenciada, influencia e afeta comportamentos culturais e psicossociais. Importante salientar que a violência intrafamiliar pode ocorrer tanto no ambiente doméstico quanto em qualquer outro ambiente, desde que envolva membros da família, não sendo associada ao espaço físico (MS, 2002). Entende-se como violência intrafamiliar a violência estabelecida nas relações entre os

membros da família, nas interações dentro da intimidade da família (SCHENKER; AVANCI; SILVEIRA, 2017).

Pesquisa sobre a prevalência de violência intrafamiliar no Brasil, comparando o período de 2009 a 2014, evidenciou um aumento expressivo deste agravo (RODRIGUES et. al, 2017). A partir de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, também, sobre violência intrafamiliar extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coletados através de notificações realizadas por unidades de saúde, a taxa de violência intrafamiliar reportada triplicou no período: de 6,4 notificações a cada 100 mil habitantes para 18,19 notificações a cada 100 mil habitantes. Outro dado apresentado pelo estudo é referente à violência contra as mulheres, mostrando que o risco de sofrer violência é 3,8 vezes maior quando comparado ao sexo masculino. A taxa de violência contra idosos quase dobrou no período estudado (RODRIGUES et al, 2017).

Famílias que vivem em situação de violência são atendidas com frequência na Atenção Primária à Saúde (APS). É sabido que sistemas de saúde orientados pela APS apresentam melhores indicadores em saúde (STARFIELD, 2002). Esta autora, respondendo à necessidade de caracterizar e avaliar os aspectos/atributos abrangidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), sintetizou-os como Longitudinalidade, Integralidade, Acesso, Coordenação do Cuidado, Orientação Comunitária, Competência Cultural e Orientação Familiar. Estes atributos se inter-relacionam e assumem papel estruturante e abrangente no cuidado das pessoas, famílias e comunidades.

Um dos atributos da Atenção Primária à Saúde, a Abordagem Familiar, caracteriza-se por contextualizar a pessoa no seu ambiente familiar. A família é o ambiente de relações mais próximo da pessoa. Essa contextualização traz elementos estratégicos e que contribuem para abrangência do cuidado. A relação com a família está diretamente ligada ao processo saúde-doença.

Ao entender a violência intrafamiliar como fenômeno complexo e relacionado com diversos fatores, a partir da perspectiva sistêmica, a Abordagem Familiar apresenta-se como forma de abordagem que possibilita o entendimento da dinâmica e intervenções nas famílias pelo Médico de Família e Comunidade.

No Brasil, a APS se organizou a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 2006, lançada inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (SANTANA, 2001). A ESF estabelece uma equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde responsáveis por um território adscrito.

Os indicadores de resultado da avaliação da ESF se mostram positivos, a exemplo da redução de mortalidade infantil (MACINKO, 2006), redução das internações por condições sensíveis à APS (MACINKO, 2009) e melhoria dos indicadores socioeconômicos da população (ROCHA, 2010).

Entretanto, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, apresenta as atribuições das equipes que atuam na Atenção Básica. Dessas atribuições, nenhuma relacionada à abordagem de situações de violência é citada no documento.

Considerando os atributos da APS, as funções da ESF e a prevalência da violência intrafamiliar, os profissionais de saúde nesse contexto estão em uma posição estratégica para identificar situações de violência dentro da família, e costumam ser os primeiros a ter contato com essa realidade. Neste sentido, o Médico de Família e Comunidade (MFC) deve apresentar as competências adequadas para atuar na APS e abordar situações de violência com as famílias. Entretanto, considerando a capacitação dos profissionais e o contexto do processo de trabalho da ESF e na APS, de um modo geral, a violência intrafamiliar ainda requer aprimoramentos para sua efetiva e adequada abordagem diagnóstica e terapêutica. No contexto do ensino médico, tanto na graduação em medicina quanto na residência, neste caso residência em Medicina de Família e Comunidade, observa-se que o tema é abordado de forma insuficiente (ANDERSON *et al*, 2018).

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Abordagem Familiar pelo MFC na APS

A Abordagem Familiar é, segundo Wagner *et al* (2004), uma abordagem que compreende a percepção do ambiente familiar onde as pessoas vivem e interagem e como isto se relaciona com o processo de saúde-adoecimento; uma abordagem emocionalmente refletida e cientificamente adequada ao contexto social e familiar, respeitando as concepções, crenças e valores pessoais da família abordada. Para tanto, segundo os autores, é preciso saber ouvir, explorar o entendimento, visando potencializar os recursos familiares para a promoção de saúde [...]. Além de realizar avaliações e intervenções familiares refletidas na história e contexto familiar.

A Abordagem Familiar pelo MFC deve ser realizada a partir do paradigma sistêmico. O modelo de sistemas, diferente do modelo biomédico que localiza uma patologia dentro de uma pessoa, busca compreender as pessoas entendendo as relações estabelecidas entre elas, é interacional (ASEN, 2012).

Muitas ferramentas apoiam o profissional na realização dessa abordagem, como Genograma, Ecomapa, Abordagem do ciclo de vida e Entrevista Familiar. A avaliação da funcionalidade familiar, seja através do padrão de comunicação, forma de expressão e manejo dos sentimentos, grau de resiliência, capacidade de autonomia e intimidade dos membros da família, é fundamental (FERNANDES, 2013).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2015 publicou o currículo baseado em competências (SBMFC, 2015). Na área de competências "Abordagem Familiar" apresentam-se as competências essenciais que seguem:

- 1) Aplicar conceitos, funções e tipologia familiar;
- 2) Manejar os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar;
- 3) Identificar casos de violência familiar e manejar casos com menor complexidade;
- 4) Realizar entrevista familiar;
- 5) Manejar o papel da família no processo saúde-doença;
- 6) Demonstrar conhecimento sobre resiliência familiar;

- 7) Demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando houver diferenças culturais e comportamentais;
- 8) Identificar as estratégias familiares de suporte ao paciente;
- 9) Identificar os papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro;
- 10) Realizar visita domiciliar de modo adequado;
- 11) Dispensar cuidados paliativos no domicílio de modo adequado;
- 12) Utilizar instrumentos de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Círculo Familiar, Escala de Coelho; conhecer os demais instrumentos de abordagem familiar.

Como nível avançado, espera-se que o residente consiga ir além das competências essenciais:

- 13) Manejar situações complexas de violência familiar.
- 14) Realizar conferência familiar.
- 15) Utilizar os demais Instrumentos de abordagem familiar, como o PRACTICE.

E, finalmente, considerado com avançado:

- 16) Realizar terapia familiar.

A família é apontada por Asen *et al* (2012) como principal fonte de apoio social e de estresse pessoal, afetando a saúde da pessoa, que, por sua vez, afeta a saúde da família. Da mesma forma, a saúde das famílias afeta a saúde da comunidade.

A relação entre o processo saúde-adoecimento e família é demonstrada em estudos nos quais a família é apontada como a fonte mais importante de estresse, mas também de apoio social (DOHERTY, 1988), afetando diretamente a forma como as pessoas se constroem, se apresentam na sociedade, a forma como adoecem e lidam com seu adoecimento. Ao mesmo tempo, a família é também um potente recurso de enfrentamento das adversidades (ROSENGREN *et al*, 1993).

Assim, a família tem relevância fundamental, uma vez que é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, no qual há a distribuição de afetos e dos papéis na sociedade, distribuição esta marcada pela cultura, com as diferenças de poder e representação social entre sexos e gerações. Constitui-se, desta forma, no grupo primeiro de pertencimento, no qual se

estabelecem relações de dependência e vínculos afetivos entre seus membros (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007).

Entretanto, ao se analisar a prática dos profissionais de saúde que atuam na APS no Brasil, percebe-se um despreparo, mostrando um processo de trabalho voltado a cuidados curativos e direcionado apenas ao indivíduo, sem considerar seu contexto familiar (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

1.2 Violência, processo saúde-adoecimento e abordagem pelos profissionais de saúde

Cada vez mais surgem evidências de que a violência, além de constituir um problema de saúde *per se*, está na base de muitos processos de adoecimento. Alguns estudos podem exemplificar estes fatos, a exemplo de um realizado na cidade de São Paulo (PEDROSA, 2011) que identificou a associação entre violência na infância e transtornos mentais; ou outro, em que foi observada associação de violência entre parceiros íntimos com transtornos mentais comuns em mulheres (LUDERMIR *et al*, 2008).

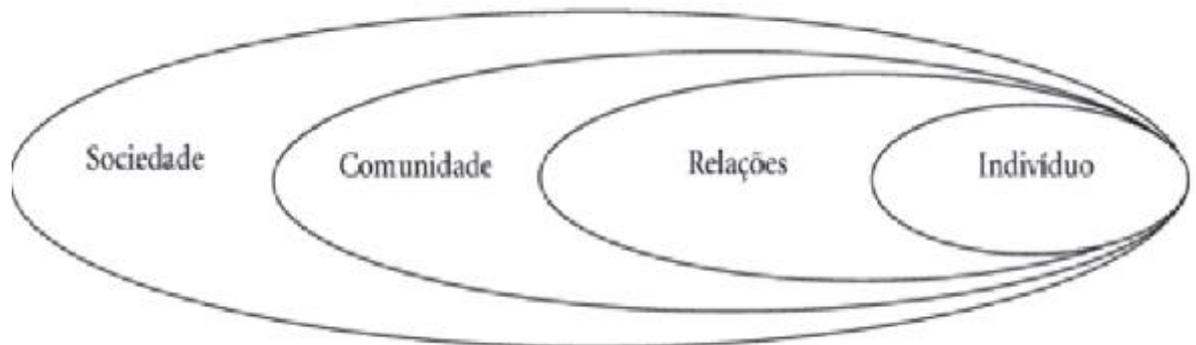
Segundo um outro artigo, publicado em 2018 (BURNETT, 2018), sobre violência doméstica, foi apontado que esta pode estar associada a um extenso número de problemas de saúde: dor crônica, queixas recorrentes sem evidência de doença orgânica, queixas ginecológicas como infecção do trato urinário, dispareunia ou dor pélvica, podendo estar associada com 25% das tentativas de suicídio em mulheres. Este mesmo artigo apresenta outra questão relevante: a presença de abuso de álcool e outras drogas na relação com violência doméstica.

Um estudo caso-controle, que buscou associação entre violência por parceiro íntimo e problemas de saúde, encontrou um aumento entre 50-70% de problemas ginecológicos, também de transtornos do sistema nervoso central (como cefaleia), além de problemas relacionados ao estresse em mulheres que sofreram abuso, comparadas às que não apresentaram. (CAMPBELL *et al*, 2002)

Vale destacar que levantamento bibliográfico realizado entre 2001 e 2013 destaca que a maior parte das pesquisas sobre violência no contexto familiar se apresentaram a partir de um recorte de gênero ou momento do ciclo de vida, como violência envolvendo mulheres, crianças, adolescentes e idosos de forma isolada (SCHENKER; AVANCI; SILVEIRA, 2017).

A partir do modelo ecológico da violência presente no relatório publicado pela OMS em 2002 (KRUG et al, 2002), elaborado a partir do modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner (BRONFENBRENNER, 1977), a violência é apresentada através de sua natureza multifacetada. Este modelo foi inicialmente utilizado em situações de abuso infantil, sendo hoje também utilizado para compreender violência dos parceiros íntimos e abuso de idosos (DAHLBERG; KRUG, 2007). É possível observar no Modelo Ecológico (figura 1) como os fatores individuais, relacionais, da comunidade e sociedade coexistem e se correlacionam.

Figura 1 - Modelo Ecológico para compreender a Violência



Fonte: Violência, uma questão de Saúde Pública (DAHLBERG; KRUG, 2007)

A violência é, portanto, o resultado de uma complexa interação entre diversos fatores nesses diferentes contextos. Entender como esses fatores estão relacionados e conseguir atuar nesses cenários, identificando fatores de risco para violência intrafamiliar, bem como identificando os fatores de proteção e de promoção da resiliência intrafamiliar, abordando os fatores individuais, os fatores relacionais entre pessoas da família, as questões relacionadas às comunidades que estejam mais vulneráveis e com potencial de gerar violência, são possíveis campos de atuação desses profissionais (MS, 2002).

Estudos que buscam avaliar a abordagem da violência intrafamiliar a partir da percepção dos profissionais de saúde na APS evidenciaram diversas fragilidades e limitações neste processo. Pesquisa realizada por Kiss (KISS, SCHRAIBER, 2011) destaca que alguns profissionais, sobretudo da ESF, têm conhecimento das situações de violência em suas comunidades, mas ainda há uma grande distância entre conhecê-las e entendê-las como inerentes à intervenção assistencial. Segundo as autoras, nas situações em que a violência é reconhecida, ela não se constitui como um objeto de intervenção em saúde, e nos casos em que

o profissional decide intervir, desenvolve-se uma ação de caráter mais pessoal e não profissional, além de deslocada e ineficaz.

Machado *et al* (2014) exploraram a percepção dos profissionais de saúde da ESF em relação à sua atuação em situações de violência. Observaram que, muitas vezes, esses profissionais se sentem sem condições de dar continuidade ao apoio à família em razão da violência ser um fenômeno de múltiplas causas. Identificaram também que as equipes da ESF (eSF) encontravam dificuldades em promover uma articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às pessoas em situação de violência. Nesse estudo, os profissionais médicos não demonstraram interesse em se envolver com a pesquisa e, geralmente, apresentaram participação mais discreta no atendimento a casos de violência. Os autores destacaram que os profissionais visualizavam a violência como um problema de saúde, mas, em geral, focalizavam-no numa esfera mais restrita, sem uma análise mais aprofundada dos determinantes sociais, inerentes ao contexto sociocultural e econômico das pessoas envolvidas. Já os estudos desenvolvidos por Andrade (2011) e Nunes (2008) apresentam a violência sendo associada frequentemente à "pobreza" e "desestruturação familiar"; ou ainda a características "patológicas" da vítima ou agressor, conforme estudo de Santos (2005). Por sua vez, no estudo de Nunes (2008), a autora indica que existe uma tendência das equipes em "medicalizar" as situações de violência que encontram no cotidiano (NUNES, 2008).

Em pesquisa publicada em 2014, (MOREIRA *et al.*, 2014) sobre a construção do cuidado em situações de violência por equipes de Saúde da Família, evidenciou-se que as consultas médicas de pessoas em situação de violência foram voltadas, especialmente, para avaliação geral do estado de saúde e investigação de possíveis infecções por hepatites e HIV. Nesse estudo, também se destacou o dilema que se apresenta para os profissionais entre a decisão de "tomar uma atitude" ou "preservar os vínculos com a família". Os autores chamaram a atenção para o fato de que a decisão era tomada como uma responsabilidade exclusiva dos profissionais, evidenciando uma estratégia de cuidado não pensada como algo a ser compartilhado (e negociado) com a família.

A autonomia dos usuários, seus desejos e escolhas ainda são vistos como um problema para o trabalho da equipe, apontados muitas vezes como a causa do insucesso nos atendimentos. O problema da violência envolve múltiplos fatores, e seu entendimento a partir de um paradigma cartesiano, linear, de causa-efeito limita sua compreensão e, por consequência, seu enfrentamento. Por outro lado, o paradigma da complexidade traz o entendimento de que o processo saúde-adoecimento é multidimensional e envolve múltiplos fatores que se inter-relacionam. Entende os seres vivos como fazendo parte de uma teia de relações. Nessa teia,

todos os elementos se inter-relacionam e influenciam todos os componentes do sistema, abrindo espaço para oportunizar ações e ampliando o leque de intervenções possíveis de serem realizadas junto às famílias que sofrem e praticam violência (ANDERSON, 2016).

Portanto, é possível observar que o cuidado às famílias em situação de violência ocorre de forma desarticulada, voltada ao cuidado individual, focado na queixa apresentada, sem estabelecer-se o cuidado na família e nas relações entre seus membros.

O paradigma sistêmico é apresentado em meados do século XX em contraponto ao paradigma cartesiano, de caráter mecanicista, passando a enfatizar o todo em oposição às partes, considerando a complexidade ao invés da simplificação de fenômenos complexos. O contexto e as interrelações entre as partes são levados em consideração (VASCONCELLOS, 2002).

Ao se olhar o problema da violência intrafamiliar sob a perspectiva sistêmica, compreende-se que as famílias estabelecem relações violentas e utilizam a violência como forma e dinâmica de comunicação, apresentando uma circulação dos papéis de agressor e vítima. Por isso, a violência intrafamiliar é uma questão que afeta e impacta a todos os membros dessa família. A família é uma organização com uma dinâmica que envolve a violência (CAVALCANTE, SCHENKER, 2007), numa inter-relação com a comunidade e a sociedade (SCHMIDT; SCHNEIDER; CREPALDI, 2011), de acordo com a proposta do Modelo Ecológico descrito acima.

As famílias, quando despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos, tendem a se tornar violentas. Nas famílias que vivenciam uma dinâmica de violência, é comum haver uma cristalização dos papéis em relação ao lugar de quem foi o vitimado e quem foi o agente agressor. Esses lugares podem ser ocupados pelas mesmas pessoas ou compartilhados por diferentes membros do grupo, a chamada "transferência da violência" (SCHENKER, CAVALCANTE 2007).

Abordar a violência intrafamiliar no âmbito da APS exigiria, portanto, a abordagem e o envolvimento de toda a família, tendo em vista que a violência funciona sistemicamente e pode ganhar novas perspectivas se o sistema familiar for acolhido por inteiro (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007).

A integralidade do cuidado às famílias através de ações combinadas, voltadas para promoção, prevenção, diminuição dos riscos e recuperação dos danos sofridos, se faz necessária para uma abordagem adequada dessas situações (SCHMIDT; SCHNEIDER; CREPALDI, 2011).

De um modo geral, as ações de prevenção da violência podem ser realizadas em três níveis que são definidos por seu aspecto temporal: anterior à situação de violência;

imediatamente após; ou em longo prazo. Os profissionais de saúde que atuam na APS têm a oportunidade de lidar com pessoas, famílias e comunidades nestas e em diversas ocasiões e diferentes momentos do ciclo de vida, sendo possível efetivar abordagens que podem abranger desde o cuidado às famílias que vivenciam a violência até abordagens na perspectiva da prevenção da violência e promoção da Cultura da Paz.

A Cultura da Paz foi definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos de pessoas e sociedades baseados na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação (MS, 2009). A política de prevenção da violência deve ser pautada na desconstrução de que ela é algo que faz parte da natureza, sendo uma construção cultural e com múltiplos fatores (MS, 2002).

1.3 Violência e Formação Médica

1.3.1 Oferta de cursos e materiais pedagógicos sobre Abordagem da Violência

A partir de um levantamento realizado no ambiente virtual, entre o ano de 2020 e 2021, utilizando as palavras “curso”, “violência”, “manuais”, “capacitação”, “educação permanente”, foram encontrados diversos cursos e espaços formativos que serão aqui elencados.

Os cursos em ambiente virtual disponibilizados pelo Sistema Universidade Aberta do Sistema Único da Saúde (UNASUS), no presente momento, são: “Violência por parceiro íntimo: definição e tipologias”; “Redes de Atenção à violência por Parceiro Íntimo”; “Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo”. Dentro do curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS-UERJ – 2010-2017, houve um módulo sobre Violência na APS.

Entre os manuais elaborados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, há o caderno de atenção básica nº 8 “Violência intrafamiliar – Orientações para a prática do Serviço”, lançado em 2002, e “Linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência – Orientações para Gestor e Profissionais de Saúde”, de 2010.

Um dos capítulos do Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF) de 2007 apresenta o tema: Violência Intrafamiliar e APS.

Curso *on-line* como a temática atenção integral à saúde da mulher em situação de violência foi oferecido em parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde e UNASUS no ano de 2019. O conteúdo programático do curso apresenta uma abordagem na atenção exclusiva à mulher em situação de violência.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulga diversos cursos em ambiente virtual. Dentre eles, “Atualização em enfrentamento da violência e defesa de direitos na escola” e “Violência contra a pessoa idosa”, ambos elaborados pela ENSP/FIOCRUZ; esse último apresenta, como público-alvo, estudantes, profissionais de saúde e cuidadores de idosos.

No âmbito internacional, o *World Organization of National Colleges, Academies and Academic of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) apresenta um grupo de interesses especiais intitulado *Family Violence*, o que evidencia a preocupação e o interesse dessa organização mundial de médicos pelo tema.

De forma geral, assim como os artigos, os cursos e manuais sobre o tema violência intrafamiliar apresentam recortes por gênero ou momento do ciclo de vida como violência contra as mulheres, atenção à violência por parceiro íntimo, violência contra crianças e adolescentes e contra idosos, não sendo possível identificar nos mesmos, uma abordagem à família que se encontra em situação de violência. Além disso, estes cursos parecem ser limitados quanto à inclusão de espaços de reflexão sobre os conceitos e sobre a prática, com poucas ou nenhuma oportunidade para uma participação ativa dos cursistas, onde eles possam problematizar suas questões relacionadas ao tema, suas dúvidas, seus medos. Por tratar-se de tema complexo e que profissionais de saúde apresentam dificuldades de manejo e abordagem, espaços formativos e cursos dirigidos ao tema devem ser, majoritariamente, de caráter dialógico, e com inclusão de espaços de prática e reflexão sobre a prática.

2 JUSTIFICATIVA

A violência intrafamiliar é de elevada prevalência (RODRIGUES *et al*, 2017). Famílias que vivem em situação de violência são atendidas com frequência na Atenção Primária à Saúde.

Considerando a posição privilegiada da APS, a atuação do MFC na abordagem da violência intrafamiliar é entendida como fundamental.

No campo “Fundamentos” do currículo baseado em competências para residências em Medicina de Família e Comunidade, temos a área de competência Abordagem Familiar (SBMFC, 2015). Entende-se que o MFC precisa desenvolver e aplicar tais competências.

Entretanto, estudos mostram que o cuidado às famílias em situação de violência ocorre de forma desarticulada, voltada ao cuidado individual, focado na queixa apresentada, sem estabelecer-se o cuidado na família e nas relações entre seus membros (MOREIRA *et al.*, 2014), (NUNES, 2008), (Kiss *et al*, 2011).

Em adição a esta situação, e talvez como modelo explicativo para ela, estudos mostram que o tema da violência é pouco abordado na graduação em medicina e nas residências em Medicina de Família e Comunidade (ANDERSON *et al*, 2018).

Ademais, os cursos e manuais sobre o tema violência geralmente apresentam a abordagem da temática a partir de um recorte por gênero ou momento do ciclo de vida (SCHENKER; AVANCI; SILVEIRA, 2017).

Considerando a importância do atributo Abordagem Familiar, sua contribuição para a atenção integral das pessoas, a magnitude e transcendência do tema violência intrafamiliar e a dificuldade dos Médicos de Família e Comunidade em abordar o tema, torna-se importante que a abordagem familiar possa ser realizada com qualidade, a fim de aprimorar o cuidado das famílias em situação de violência que são atendidas na APS. Neste contexto, o papel dos preceptores de Programas de Residência em Medicina Família e Comunidade tem relevância e merece ser objeto de atenção.

Esta pesquisa se propõe a colaborar com os estudos sobre o tema da abordagem da violência intrafamiliar na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de preceptores de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade na cidade do Rio de Janeiro. Realiza um estudo exploratório de caráter qualitativo envolvendo estes preceptores, explorando suas percepções e seus conhecimentos sobre o papel, os desafios e as potencialidades da ESF/APS e do MFC na abordagem da violência intrafamiliar. Avalia-se que se pode trazer elementos para uma maior conscientização sobre o tema e um melhor direcionamento do processo ensino-aprendizagem entre os MFC e demais profissionais que atuarão na APS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a perspectiva de Médicos de Família e Comunidade, preceptores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, sobre a Abordagem Familiar em contextos de violência intrafamiliar na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Específicos

Identificar junto aos preceptores de MFC suas percepções sobre:

- a) o conceito e aplicação da Abordagem Familiar no âmbito da APS;
- b) os desafios na aplicação da Abordagem Familiar no âmbito da APS;
- c) o impacto da violência intrafamiliar na saúde da população da sua área adscrita;
- d) o conceito e aplicação da Abordagem Familiar de famílias em situação de violência no âmbito da APS;
- e) o papel da MFC e da APS na abordagem da violência intrafamiliar;
- f) os desafios e as potencialidades de realizar a abordagem familiar a famílias em situação de violência;
- g) os desafios e as potencialidades relativos ao desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem em abordagem familiar a famílias em situação de violência.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, tendo por base a realização de entrevistas semiestruturadas, precedidas por uma enquete.

A pesquisa qualitativa foi escolhida como estratégia por ser um tema ainda pouco explorado no contexto de APS, nos cenários de ensino-aprendizagem de Medicina de Família e Comunidade, e pela necessidade de realizar tal discussão a partir de reflexão sobre a prática. Neste sentido, pareceu relevante, trabalhar no presente estudo, com o universo dos significados, das crenças, valores e atitudes dos preceptores de MFC (MINAYO, 2007) sobre a abordagem familiar e a abordagem de situações de violência. Especialmente, busca-se a interpretação de suas ações na troca com seus pares e com os residentes. Desta forma, foi considerada a necessidade de entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada (no caso, dos preceptores) e, a partir daí, ampliar a visão do contexto e permitir alcançar uma visão empática do processo que implique melhor compreensão do fenômeno (NEVES, 1996).

População e amostra

A população do estudo constou de preceptores dos três Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) existentes na cidade do Rio de Janeiro, a saber: PRMFC UFRJ/ENSP (Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública), PRMFC da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro apresentou, no ano de 2009, o início da reforma da APS, passando de 3,5% para 60% da população com cobertura por equipes da ESF em 2016 (SORANZ, et al, 2016).

Nesse contexto, fez-se necessária a ampliação das vagas existentes de residência de Medicina de Família e Comunidade, por entender-se esta especialidade como a mais adequada e preparada para atuação na APS. Para isso, oferta de vagas nos programas de residência já existentes foram aumentadas e um novo programa foi criado. Em 2010, ano em que foi

planejada a expansão das vagas, a cidade do Rio de Janeiro contava somente com um total de 16 vagas, estas ligadas à UFRJ, ENSP e UERJ.

O PRMFC da SMS da cidade do Rio de Janeiro foi criado em 2011 com 60 vagas para residentes, iniciando a primeira turma em 2012. Atualmente são oferecidas 150 vagas para residentes do primeiro ano.

O PRMFC da UERJ é um dos primeiros programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil. Foi criado em 1976. Em 2010 na elaboração da expansão de oferta de vagas, o programa aumentou inicialmente de 10 para 20 vagas oferecidas e, posteriormente, para 40 vagas. Atualmente, desde 2020, são oferecidas 58 vagas de R1 e 20 de R3.

O PRMFC da UFRJ/ENSP foi criado em 2008 e ambas as instituições atuam em parceria desde então.

Os critérios de inclusão foram: ser especialista em Medicina de Família e Comunidade, através de Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e/ou Prova de Títulos; ter atividade de preceptoria por dois anos ou mais em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFCs); e estar em atuação em um dos três PRMFCs da cidade do Rio de Janeiro no momento da entrevista.

A definição por preceptores de PRMFC, como os elementos a serem entrevistados, deu-se por entender que eles são MFC com competências desenvolvidas na especialidade e pelo seu potencial de atuação no processo ensino-aprendizagem em MFC.

Etapas da pesquisa

A pesquisa dividiu-se em duas etapas.

A primeira etapa constituiu-se de um inquérito sociodemográfico realizado por um questionário on-line, enviado para todos os preceptores dos três programas, após anuência das coordenações dos PRMFC, contabilizados à época como 125, visando a traçar seu perfil.

A segunda etapa foi constituída por uma entrevista individual a uma amostra por conveniência de preceptores realizada pela pesquisadora estabelecida dentre os respondentes do questionário on-line, que considerou a maior diversidade possível a partir de variáveis como gênero, faixa etária, tempo de atuação em PRMFC, área programática (AP) de atuação, e PRMFC no qual atua.

Entrevistas

Considerando as restrições impostas pela pandemia por COVID-19, as entrevistas foram realizadas on-line, via plataforma ZOOM, utilizando um roteiro semiestruturado de catorze perguntas (anexo A). Foram realizadas 15 entrevistas, seguindo orientações para pesquisa em ambiente virtual (VENÂNCIO, 2021). Todos os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado no formato eletrônico, concordando com os procedimentos da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e a seguir, transcritas.

A entrevista buscou explorar o relato dos entrevistados em relação às suas percepções sobre Abordagem Familiar e Abordagem de violência intrafamiliar na APS, em contextos de ensino- aprendizagem.

Análise dos dados

A análise dos dados seguiu os preceitos de análise de conteúdo na modalidade temática de Bardin (2016), que busca captar o relato do entrevistado e classificar o material em categorias que auxiliam a compreensão do que está por trás dele, o conteúdo das falas dos participantes (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Após realização da transcrição das gravações das entrevistas, foi realizada leitura de todo material, avaliando todas as respostas às perguntas como preparação para análise, compreendendo a pré-análise (BARDIN, 2016).

O conteúdo foi sistematizado em categorias iniciais. Após leitura exaustiva do material, foi realizado agrupamento dessas categorias iniciais, e estabeleceram-se as categorias finais para análise.

Na última fase, foi realizado o tratamento dos resultados, compreendendo a interpretação do conteúdo apresentado.

Questões éticas

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto/UERJ e foi aprovado com o número do protocolo CAAE 31784520.5.0000.5259.

Para cada preceptor entrevistado foi dada uma explicação sobre a pesquisa e apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B), solicitando autorização para a gravação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa da pesquisa, o inquérito sociodemográfico realizado através do questionário on-line, obteve-se resposta de 84 (oitenta e quatro) de um total de 125 (cento e vinte e cinco) preceptores dos três programas, representando 67,2% do total de preceptores naquele momento.

Das respostas obtidas, 59,5% dos preceptores são mulheres, 40,5%, homens, 79,8% consideram-se da cor branca, 13%, parda/preta, 1,2%, amarela e 6% preferem não responder. 52% pertencem ao PRMFC SMS Rio, 42% PRMFC UERJ e 6% ao PRMFC UFRJ/ENSP. Segundo a área de atuação, 27% atuam na AP 2.1, 24,2% na AP 2.2, 17,8% na AP 1.0, 15% na AP 3.1, 7% na AP 3.3, 4,7% na AP 4.0, 3,3% na AP 3.2 e 1% na AP 5.2. Segundo o tempo de atuação na preceptoria de PRMFC, 53,5% apresentam menos de 2 anos de atuação, 12% entre 2 e 3 anos, 14,5% entre 3 e 4 anos, 7% entre 4 e 5 anos e 13%, mais de 5 anos de atuação.

Na segunda etapa, foram selecionados para a entrevista quinze Médicos de Família e Comunidade, preceptores de PRMFC da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2020. Destes, oito eram mulheres e sete eram homens. A seleção desses 15 preceptores ocorreu considerando-se uma amostra variada em relação à atuação em diferentes áreas da cidade, gênero, idade e tempo na preceptoria. As idades variaram entre 29 e 41 anos. Atuavam, no momento da entrevista, em diversas áreas programáticas (AP) da cidade do Rio de Janeiro, compreendendo as áreas programáticas 1.0, 2.1, 3.1, 2.2 e 4.0, e o tempo de atuação na preceptoria de PRMFC variou entre 2 e 8 anos. O ANEXO C apresenta o perfil dos entrevistados, utilizando códigos para representar cada um deles.

Os resultados do presente estudo serão apresentados tendo como base as perguntas realizadas nas entrevistas, e serão incluídos tópicos de acordo com a identificação de categorias e subcategorias nas respostas.

5.1 Importância e papel da Abordagem Familiar na prática da MFC e da APS

5.1.1 Abordagem Familiar como eixo estruturante do MFC na APS

A Abordagem Familiar foi apontada como eixo estruturante da atuação do Médico de Família e Comunidade, que auxilia na realização de um cuidado integral e longitudinal, de acordo com os atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002).

“(…)a abordagem familiar é um dos eixos principais da nossa atuação” (E5)
 “(…) se a gente é um médico que não tem a abordagem familiar ou a orientação familiar perpassando a nossa prática, a gente acaba não atuando enquanto médico de família realmente” (E14).
 “(…) é uma das ferramentas que a gente tem como médico de família para levar a integralidade da saúde” (E7).

Segundo Fernandes (2013), a família é eixo estruturante da APS e, de acordo com a visão sistêmica de abordagem dos problemas de saúde, é necessário o conhecimento de técnicas pelos profissionais de saúde para o acompanhamento de famílias.

É possível identificar nas falas dos entrevistados o conceito de Abordagem Familiar como um conjunto de ferramentas que auxilia no cuidado das famílias. Diversas delas foram desenvolvidas para realização de Abordagem Familiar, algumas consideradas fundamentais para prática da abordagem, como o genograma, ecomapa, abordagem do ciclo de vida e entrevista familiar (FERNANDES, 2013).

“(…) uma série de ferramentas e de formas de abordagem que a gente utiliza enquanto instrumento para abordar as pessoas e as famílias” (E14).
 “É um conjunto de ferramentas que a gente utiliza no nosso dia a dia para que a gente possa compreender melhor as famílias com quem a gente lida, quem a gente atende, as famílias que a gente cuida. A gente vai desenvolvendo ao longo do tempo. Para cada família, a gente utiliza uma determinada abordagem; nem sempre a gente utiliza todos os instrumentos para todas as famílias. Mas eu entendo como uma ferramenta para nos auxiliar no cuidado das famílias” (E3).

5.1.2 Visão Sistêmica do Processo Saúde-Adoecimento

Ao abordar famílias, o Médico de Família e Comunidade é capaz de reunir informações sobre as relações que se estabelecem entre os membros dessa família, encontrar padrões de

adoecimento através das gerações e transições nos ciclos de vida, entendendo seu contexto (MCDANIEL; CAMPBELL; HEPWORTH; LORENZ, 2005). Para McWhinney (1975), a saúde dos indivíduos tem influência da vida em família, assim como as famílias se afetam pelas enfermidades e percalços que apresente um dos seus membros. Da mesma forma, a discussão da influência da saúde dos indivíduos e sua relação com a saúde da família é apresentada por Asen *et al* (2012).

Beerenwinkel e Keusen (2014) encontraram na sua pesquisa a percepção por profissionais de saúde no contexto da ESF de que as dinâmicas familiares influenciam o processo de saúde-adoecimento, por um lado apontando a desestruturação familiar como impactante na saúde da pessoa, por outro ressaltando o quanto o apoio familiar pode contribuir para melhora da saúde do indivíduo.

Estes postulados acima e o entendimento do processo saúde-adoecimento apresentado como uma questão diretamente relacionada à família também apareceram no relato dos entrevistados.

“Entender o indivíduo não só como um ser biológico, mas também pertencente a uma sociedade, dentro de uma família, dentro das suas relações. A gente sabe que boa parte do tratamento, da forma de adoecimento, tem muito a ver com a relação com as famílias, então a abordagem familiar é um elemento importantíssimo” (E7).

“(…) para cada sofrimento, para cada adoecimento, para cada situação, a gente precisa sempre levar esse contexto, que é o contexto familiar” (E3).

5.1.3 Potencialidades da Abordagem Familiar

Muitas são as potencialidades da abordagem familiar citadas pelos entrevistados, e justificadas como, por exemplo, uma forma de realizar um cuidado integral, para além do paradigma biomédico e ampliando a efetividade das intervenções, assim como possibilidade do fortalecimento do vínculo do profissional com a família, e também como oportunidade de realização de ações de prevenção e promoção da saúde.

“(…) não só no sentido de efetividade imediata, de desfechos, mas de fortalecimento de relação, de estabelecimento de vínculo(…)” (E3)

“Entender contextos que dificultem o tratamento ou até o diagnóstico daquela doença, daquela situação (...) Poder, diretamente, conseguir o apoio da família (...)”. (E4)

Estudo de Silva, Silva e Bousso (2011) buscou explorar as relações familiares no contexto de cuidado de idoso dependente e encontrou que, ao aplicar o enfoque sistêmico, a equipe de ESF foi capaz de interagir com a família e propor estratégias com a parceria da família, ampliando seu alcance na abordagem do sofrimento familiar.

5.1.4 Desafios para a prática da Abordagem Familiar

5.1.4.1 Processo de trabalho da APS

O processo de trabalho na APS e aspectos relacionados à pressão assistencial, equipes volumosas, grande rotatividade dos profissionais de saúde, o não-entendimento e a não-valorização dos profissionais da equipe e gestão sobre a realização de Abordagem Familiar pelo MFC são apresentados como desafios nessa prática. A baixa fixação de profissionais, as precárias condições de trabalho, desde a estrutura física, a grande demanda, rede de saúde ineficiente, cobranças e exigências dificultam a prática dos profissionais em geral, e também o exercício da Abordagem Familiar.

“(…) a questão das condições de trabalho e a elevada pressão assistencial. A nossa pressão assistencial, hoje, para as equipes que se dispõem a garantir acesso, ela é muito alta aqui no Rio, então a gente se vê muito nesse desafio (...) saber que eu vou ter meia hora para a pessoa ser ouvida, para a pessoa poder falar, que é algo que é importante, é terapêutico (...) e a minha agenda não estar para daqui a dois meses”.(E1)

“A baixa fixação dos profissionais de saúde impede a conexão com a família, o vínculo estabelecido com ela, apontando o atributo da longitudinalidade como fundamental na realização da abordagem familiar”. (E13)

O modelo biomédico, que foca na doença e não nas pessoas, também aparece como um fator que dificulta a abordagem familiar, que tem por base uma visão sistêmica do processo saúde-adoecimento.

“Tem uma questão da gente ainda ter uma pressão muito assistencialista, doença centrada, médico centrado. A gente é atropelado por algumas demandas e algumas pressões pela gestão, demandas da gestão. É sempre um cabo de guerra porque quer tirar a gente desse lugar” (E2)

Vale destacar que os documentos e publicações do Ministério da Saúde que norteiam as ações em saúde da ESF no Brasil apresentam recomendações, normatizações relativas ao trabalho com as famílias, porém não há informações sobre como essas ações devem ser conduzidas pelos profissionais que atuam na ESF (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

5.1.4.2 Formação insuficiente e/ou falta de formação para o MFC

As competências em Abordagem Familiar estão apresentadas no currículo baseado em competências publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015), que considera como competências essenciais vários aspectos dessa abordagem, entendendo que o MFC deva estar competente para realizar essa abordagem de forma eficaz e inserida na sua prática. Contudo, a formação em Abordagem Familiar é apontada como insuficiente por alguns dos entrevistados. A falta de conhecimento das técnicas, das ferramentas, falta de experiência são apontadas como determinantes, o que se pode ver registrado no depoimento abaixo.

“(…) muito mais natural de se fazer com o tempo e com a prática e com a experiência. (...) quando a gente não tem essa prática, esse domínio, essa experiência, o que a gente vê é que a gente tem dificuldade de gerir uma consulta para conseguir trazer essas questões à tona sem gerar angústia de ‘o que eu faço com isso agora?’ porque não alimento essa expectativa ou essa responsabilidade que eu que vou dar resposta para as questões que vêm à tona”. (E1)

A percepção da falta ou insuficiência da formação em Abordagem Familiar pelo MFC é entendida como um dos principais desafios.

“(…) me salta muito aos olhos com relação à dificuldade, é a dificuldade técnica no sentido da teoria em si (...) pode ser que me ajudaria a melhorar o meu conhecimento técnico com relação ao uso das ferramentas de abordagem familiar”. (E10)

"Acho que a formação que nós temos enquanto médicos ou profissionais de saúde não privilegia ou não reforça isso, então, uma das dificuldades é na nossa formação de base. A gente sai das graduações, tanto médico quanto enfermeiro, baseados num cuidado individual, que não existe, porque a gente acaba vendo pacientes dentro do... Internados no hospital, mas não leva em conta os familiares.” (E9)

“Sinto muita falta de ter mais conhecimento sobre as técnicas, principalmente de entrevista familiar, pra poder conseguir, às vezes, ajudar”.(E4)

Essa insuficiência da formação, carência no conhecimento da forma de abordar famílias é apontada como um problema que envolve todos os profissionais de saúde que atuam na ESF no país (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

5.1.4.3 Relação com as famílias

Ao realizar abordagem familiar, a aproximação com a família, o contato com sua intimidade é apontado como um desafio.

“Eu acho que lidar com a intimidade, lidar com coisas tão especiais, tão específicas de cada família. Porque cada família é única. E quando a gente entra, quando a gente consegue abordar questões, a gente vê o quanto que isso é desafiador”. (E3)

A dificuldade das pessoas em envolver a família no cuidado aparece em algumas das falas, também:

“E a gente sente resistência das pessoas em levar a família no seu cuidado de saúde. O porquê dessa resistência, isso é complexo, difícil de entender. Eu acho que as próprias pessoas não entendem que o seu adoecimento está relacionado à sua família”.(E5)

O papel dos profissionais de saúde ao abordar as questões relacionadas à família é apresentado no estudo de Beerenwinkel e Keusen (2014), no qual os profissionais da Estratégia Saúde da Família acreditam que há um limite entre o que se pode fazer e o desejo da família ser ajudada e uma difícil delimitação entre o que pode ser tratado como público e o que é de ordem do privado.

Tal limite na abordagem não é apresentado pelos entrevistados, mas sim a reflexão da complexidade em abordar as relações familiares, a dinâmica dessas relações, na lógica de um cuidado como um processo contínuo.

5.1.5 Necessidade de desenvolvimento de competências em abordagem familiar como atividade de preceptoria

A partir do que foi explorado a respeito da abordagem familiar pelo Médico de Família e Comunidade, quando destacado o contexto de ensino-aprendizagem de Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, os preceptores entrevistados, ao se autoanalisarem em relação às competências adquiridas nesse campo, demonstram aspectos positivos como a oportunidade de aprendizado contínuo:

“então tenho anualmente a chance de rever, reestudar, reler, pensar, pensar nos casos que atendo, aplicar as ferramentas de novo, que às vezes você está apropriado delas, mas pela multiplicidade de ferramentas elas ficam guardadas na nossa maleta, e aí a gente resgata em algum momento... E estudar constantemente também te faz resgatar com maior frequência” (E13).

Por outro lado, as dificuldades em acessar as famílias e a função de preceptor são apresentadas como um desafio no ensino e na assistência, uma vez que o preceptor geralmente se distancia do cuidado longitudinal às famílias. Essa falta de longitudinalidade do preceptor com as famílias, condição imprescindível para garantir um cuidado a partir dos preceitos da MFC e dos atributos da APS, ocorre por diversos fatores como alta rotatividade dos profissionais e alta pressão assistencial, que acaba exigindo que o preceptor desempenhe outras funções na unidade de saúde.

“na posição de preceptora, em que eu não estou atuando tão diretamente na assistência, eu me sinto um pouco afastada de explorar as ferramentas de abordagem familiar” (E6)

As deficiências de formação com MFC nas competências de Abordagem Familiar e questões relacionadas ao processo de trabalho e frágeis condições de trabalho são retomadas quando proposta a reflexão sobre o processo ensino aprendizagem e apontadas como fatores envolvidos nesse desafio.

5.2 Abordagem Familiar por Médicos de Família e Comunidade em situações de violência intrafamiliar

5.2.1 Violência como questão de saúde

A relação da violência e seus impactos na saúde são amplamente discutidos e identificados nas entrevistas. A violência estrutural é apontada como o contexto maior no qual as pessoas estão inseridas e são impactadas pela violência de forma crônica. Da mesma forma, em um contexto mais próximo, no contexto familiar, esses impactos também são observados.

“A violência institucionalizada, a violência estrutural, a repressão do Estado, assim, é algo que é crônico, as pessoas vão se adaptando àquilo e vão vivendo, convivendo com aquele estímulo muito ruim” (E7).

“É difícil pensar em saúde quando a gente está exposto a tanta violência, seja nas questões intrafamiliares, em que questões ligadas ao sexo, ligadas ao gênero, ligadas ao poder” (E3).

Os determinantes sociais de saúde são fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais e comportamentais relacionados com a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Apesar da dificuldade de se abrir espaço para o entendimento de que um problema de origem social provoque impactos tão significativos na saúde a partir de uma racionalidade biomédica (MINAYO; ASSIS, 2017), observa-se que entre os entrevistados há a percepção dessa relação direta entre violência e saúde.

“(…) no nosso contexto, eu acho que é [a violência] um principal determinante social” (E11).

“Se a gente pensa no conceito de saúde como num conceito de bem-estar, de projeto de vida e felicidade, de pertencimento, não só da presença ou não de doença, eu acho que [a violência] é um fator com influência direta” (E3).

Nesse sentido, foi possível observar nas entrevistas que a violência e seus impactos na saúde foram tratados como fenômeno complexo e multifacetado e que deveria, segundo Minayo (2006), ser discutido conjuntamente com problemas que relacionam saúde e condições de vida.

Entender a violência como uma questão de saúde, seus impactos e a necessidade de oferecer cuidados também foi algo identificado nos relatos ao se trazer a reflexão sobre experiências vivenciadas de situações de violência na trajetória pessoal ou profissional dos entrevistados:

“Então, eu acho que... Acho que cada situação de violência que a gente vive, que a gente vê na nossa prática, mexe com a gente, traz um sofrimento, mas ajuda a gente a ampliar o olhar e perceber que as pessoas precisam cada vez mais ser ouvidas e ser cuidadas. E, da mesma maneira, a violência que a gente sofre, a gente... Com tantos mais privilégios, gostaria de um cuidado, imagina quem vive numa situação de extrema vulnerabilidade, que vivencia violência desde sempre em todos os aspectos da vida, como essa pessoa precisa de cuidado.” (E6)

5.2.2 A violência oculta

A prevalência da violência intrafamiliar é sabidamente elevada; entretanto, a sua não-identificação ou subidentificação pela sociedade, sobretudo pelos profissionais de saúde, evidencia a necessidade da compreensão dos fatores envolvidos na ocultação deste fenômeno.

A relação com a violência no território e a subnotificação das situações de violência aparecem nas falas, assim como o despreparo dos profissionais de saúde é apontado como um outro fator associado:

“(...) as violências intradomiciliares, às vezes elas ficam um pouco ocultas, pela dificuldade, pelo medo de que as coisas apareçam na comunidade” (E3)

“Muitas vezes, a dificuldade também de saber o que eu faço com essa informação quando aparecer, também é uma outra questão que pode ser que faça com que a gente não seja afeito ao tema e não vá direto procurar isso” (E10)

A dificuldade em reconhecer as situações de violência no contexto familiar pelo profissional de saúde e das famílias envolvidas na situação de violência, decorrente do fato de frequentemente as situações estarem envolvidas em tabus, é entendida como uma barreira no enfrentamento da violência. Este fato é discutido no estudo que aborda os gestores de saúde da cidade do Rio de Janeiro sobre o tema, e reforça a necessidade de ações de educação em saúde (CASTRO; MOURA; RAFAEL, 2016). Sendo assim, muitas vezes, a pessoa que busca cuidados não entende a situação de violência como um assunto relacionado à saúde e, dessa forma, a existência da violência só poderá ser percebida nas entrelinhas do seu relato, como

agenda oculta, a ser descoberta a partir das demandas reconhecidas por ela como demandas de saúde.

“(…) aparece muito como algum tipo de demanda oculta no cuidado, ao explorar, com o vínculo, aparece, então, de uma forma mais ativa, ou de uma forma um pouco mais no subtexto, mais subliminar” (E13).

Há muitos fatores associados ao fato da não-identificação de uma situação da violência intrafamiliar pelas pessoas envolvidas, como sua banalização e o fato de ser entendida como uma “situação normal” ou inevitável, o que, por outro lado, denuncia a iniquidade na estrutura e na dinâmica familiar (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2019). As dificuldades e limitações nesse reconhecimento, tanto das pessoas que vivenciam a violência quanto dos profissionais que prestam cuidados a elas, são refletidas na pesquisa realizada em São Paulo (SCHRAIBER *et al*, 2007), na qual se buscou avaliar a prevalência de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo e o registro. Destacou-se a diferença entre prevalência de violência e registro em prontuários de serviços de saúde e do reconhecimento de pessoas que sofreram algum tipo de violência.

A última pergunta feita aos entrevistados - *Você já vivenciou alguma situação de violência que tenha marcado sua trajetória pessoal ou profissional? Fale um pouco sobre como isso afetou você e sua vida profissional* – desencadeou várias reflexões especialmente sobre como essas experiências impactaram na abordagem da violência no papel de profissionais de saúde.

Foram muitos relatos, e a proposta de debater esse impacto na relação médico-pessoa e na abordagem de qualquer situação de violência trouxe vários aspectos interessantes.

A percepção, identificação, estar mais sensível a essas situações, assim como o entendimento da sua complexidade foram aspectos levantados pelos entrevistados e servem como reflexões para o debate sobre a dificuldade de identificação das situações de violência.

“E, para mim, foi muito importante para eu perceber o quanto é complexo. O quanto essa noção simplória, assim, da violência, como algo muito óbvio ou muito... Ou necessariamente só muito grave. As pessoas só perceberem em violência física... Enfim, foi algo que me ajudou mesmo a ter mais atenção e mais curiosidade, a estar mais aberta a aprender sobre outras formas de violência e relações abusivas. Uma sociedade machista e racista, e o quanto disso se coloca sobre a mulher (...) e não sou negra, não vivo todas essas violências, mas me ajudou muito a abrir o meu olhar para todas essas situações de violência muito estruturais na nossa sociedade, muito naturalizadas”. (E1)

Ao aproximar-se de quem vivenciou ou vivencia situações de violência, ao refletir sobre violências vivenciadas na vida pessoal, ao entender situações passadas como situações de violência após anos de ocorridas, põe-se em xeque a não-legitimação de quaisquer formas de violência,

“Mas, hoje em dia, ela serve para eu legitimar qualquer tipo de violência com qualquer pessoa. Me ajuda a identificar as situações e a explicar... Tentar sensibilizar as pessoas, os pacientes, as famílias e até os profissionais que trabalham comigo de que qualquer tipo de violência tem impactos muito grandes na vida das pessoas.” (E5),

ampliando a capacidade de empatia apontada pelos entrevistados.

“E eu acho que te torna um pouco mais empático com quem sofre violência. Você não precisa mais se colocar no lugar do outro; você está no lugar do outro, também. Então, isso te aproxima” (E4)

Ao permitir essa aproximação, há a percepção da necessidade de entender o contexto do outro e suas demandas, sem julgamento.

“Como que o sofrimento, ele é extremamente diverso dependendo de onde a gente está olhando. A gente precisa rever muito, muitas coisas dentro da gente, e não impor, né, aquilo que a gente pensa, aquilo que a gente considera como felicidade, como uma situação familiar ideal. Então, essa é uma das situações, assim, que eu carrego pra vida, sabe? Como um exemplo de vida para que a gente reveja os nossos conceitos” (E3)

5.2.3 A abordagem da violência intrafamiliar pelo Médico de Família e Comunidade

O papel do Médico de Família e Comunidade na abordagem da violência intrafamiliar é destacado pelos entrevistados em diversos pontos das entrevistas. A identificação das situações de violência intrafamiliar e a oferta do acesso encontram-se entre as atribuições fundamentais do MFC, considerando a posição de primeiro contato de pessoas em situação de violência e o fato de trabalhar com foco na abordagem de famílias (GUIMARÃES; MENDES, 2019).

“Eu acho que o primeiro papel é de diagnóstico, entendo que a violência é um problema de saúde pública, ele precisa identificar. Então essa questão da gente identificar não só pelo que é falado, mas também pelos silêncios. Eu acho que a gente tem uma grande chance de identificar algum problema precocemente” (E15)

“A gente é a porta de entrada do sistema de saúde e, muitas vezes, do sistema, do Estado” (E6)

“...que a gente possa estar atento pra isso, e que a gente possa intervir e trazer isso para a discussão durante as nossas consultas, os nossos encontros” (E3)

A posição privilegiada em que se encontram os profissionais que atuam na APS no Brasil, decorrentes da sua proximidade e responsabilidades com o território adscrito e do cuidado longitudinal às famílias e vínculos construídos nessa relação, é destacada como um potencial para abordagem das famílias em situação de violência (BRUM; LOURENÇO; GEBARA; RONZANI, 2013), e a atuação do MFC na comunidade é apresentada como fundamental na abordagem da violência:

“Eu acho que a primeira questão é trabalhar isso de maneira ampla, de maneira comunitária (...), estar no território, desenvolver atividades quanto a isso, e também de dentro da unidade de saúde, ter uma ambiência que favoreça isso, também” (E11)

“Ao conhecer as pessoas, as famílias e a comunidade, a gente vai conseguir identificar as situações de violência que nunca ninguém jamais reconheceria. Nem o Estado, que é super ausente e que não tem recursos pra isso... E, nessa situação, o Estado é a gente. A gente consegue ter uma capilaridade que outras instituições não conseguem. E a gente, médico de família, é uma capilaridade incrível, porque a gente vai à casa das pessoas, conversa com as pessoas, tem um sigilo de conseguir informações” (E5).

A capacidade de identificar fatores de vulnerabilidade e proteção das famílias que estão inseridas em determinado território contribui para a abordagem da situação, através da mobilização de recursos locais e empoderamento das pessoas e comunidades (CASTRO; MOURA; RAFAEL, 2016). Sob essa perspectiva, é possível refletir sobre a atuação do MFC na prevenção da violência.

“(...) de prevenir, de mostrar situações que podem piorar muito, situações que podem levar à violência, situações de violência mais branda que podem virar uma violência mais grave” (E5)

“(...) no grupo de puericultura, é ótimo porque você consegue problematizar e passar um recado para um monte de gente no grupo, ele é muito potente. E aí, a gente conversa sobre várias coisas – fralda, pomada... Até que a gente tem que entrar em situações delicadas, porque fazem parte. E aí, tem que entrar na situação de criação. Tem que problematizar como criar nossos filhos. Vamos passar, agora, do ponto de vista de relação a castigo ou a punição, ou a condutas inadequadas” (E5)

A abordagem da violência intrafamiliar deve ter como princípio a ideia de que a violência se estabelece como uma forma de dinâmica e comunicação da família; dessa forma, não pode ser analisada de forma simplista, responsabilizando o agressor, criminalizando a pobreza ou reduzindo à questão de segurança pública, mas sim buscando uma forma de interromper o ciclo, evitando sua perpetuação ao longo das gerações

(SCHENKER, CAVALCANTE, 2007). A preocupação com o cuidado do agressor é observada nas falas dos entrevistados:

“ (...) prestar o cuidado ao agressor também é papel da gente. Então, quando a gente pensa na violência intrafamiliar, eu acho que eu tenho o papel de olhar para todo mundo ali. Aquela família, aquele agressor também está sofrendo. Então, talvez eu tenha o papel de ajudar... A tirar esse estigma e também promover algum tipo de cuidado para essa pessoa” (E2)

“É entender que aquele paciente que está causando a violência também é seu paciente, e não olhar ele de uma maneira negativa” (E4)

“Como se cuida do agressor e da vítima? Como eu, como mulher, me coloco ali, como eu não negligencio o cuidado desse cara, que intimamente também traz uma relação transferencial” (E13)

“E a pessoa que, digamos assim, perpetua a violência, que está fazendo a violência. Entendendo que ela também é uma pessoa que está em algum outro sofrimento. Então também precisa ser olhada” (E14)

Recomenda-se que a abordagem das situações de violência intrafamiliar seja realizada com membros da família envolvidos em tais situações, uma vez que se observa mudança de papéis de quem está nessa posição de agressor; dessa forma, devem-se considerar esses papéis de vítima e agressor de modo não cristalizado (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007).

“O mártir, a pessoa que sempre vai ser a culpada de tudo na família. Então, às vezes, você vai perceber que por mais que as outras pessoas não sejam percebidas como agressores à primeira vista, às vezes elas contribuem para uma dinâmica familiar ou para um ambiente de... Hostil para aquela pessoa... Ou entender que aquela situação de violência é uma situação que se perpetua, por gerações, e faz parte da dinâmica daquela família ao longo do tempo” (E14)

A utilização da Abordagem Familiar e seus instrumentos são apresentados como uma forma potente de abordar famílias em situação de violência. Ao realizar a abordagem familiar, o MFC tem o papel de provocar reflexão e problematizar a situação apresentada. Essas reflexões precisam envolver questões relacionadas com os papéis de pais, diferenciação nos papéis do homem e da mulher e no cuidado de idosos (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007).

“Entendo melhor as questões, utilizando os instrumentos de abordagem familiar, para eles próprios conseguirem fazer essa reflexão de identificar esses problemas e propor as soluções”. (E3)

“A gente tem um papel de trazer essa reflexão do usuário de que esses assuntos são necessários de serem falados e que tenha um espaço seguro para isso. Me sinto na responsabilidade de estar atento e problematizar ela. E verificar se a pessoa está segura ou não” (E2)

“ (...) [utilizar] os nossos princípios e ferramentas, procurar estabelecer um diálogo que faça ela pensar, refletir e entender o que ela sente e vive e fazer as conexões que

possam justificar um ou outro sintoma, um ou outro pensamento ou qualquer coisa do tipo” (E6)

“Eu acho que a abordagem familiar, do ponto de vista da entrevista familiar, se você conseguir algum pequeno pacto que já diminua a violência, mesmo que seja às vezes uma redução de danos, é... Eu acho que essa é uma grande potencialidade” (E8)

Escuta sem julgamento, de forma empática, entendendo os diferentes pontos de vista e contexto da família em situação de violência (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2019), também foram atitudes destacadas pelos entrevistados.

“A gente precisa respeitar isso também. Os diversos pontos de vista e como as pessoas lidam com aquela situação” (E3)

“A gente não vai decidir nada pela pessoa, mas a gente vai 'lidar' com o que ela está pensando ou ajudar a pensar no que é fundamental para ela. Especialmente na situação de violência para, inclusive, reforçar que ela não está sozinha mesmo” (E6)

“Uma mulher que sofreu violência, ela pode querer fazer tudo o que ela tem direito, ela pode não querer fazer nada, ela pode... Querer sair da consulta e voltar para casa para viver, continuar com a pessoa de quem ela sofreu violência, é... Ela pode querer ser abrigada, enfim. A gente precisa também ter, ter esse conhecimento” (E1)

Ao identificar e fortalecer os fatores protetores naquela família, explorar seu potencial de resiliência e procurar descobrir novos significados e dinâmica das relações (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007), foi possível observar nas falas dos entrevistados a busca pela ressignificação e reflexão da situação vivenciada, utilizando recursos próprios e apoiando nas atitudes.

“De forma geral, é uma atuação para tentar empoderar a vítima, para a vítima se mexer e conseguir fazer o que ela bem entender em relação à própria situação” (E8)

Entendendo a violência como um fenômeno complexo e multifacetado, as situações exigem um compartilhamento com outros profissionais, sejam profissionais de saúde da própria equipe de ESF ou profissionais que apoiam essas equipes como o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), bem como o acionamento da rede intersetorial. Cabe ao MFC, assim como os demais membros da equipe, conhecer a rede intersetorial local e estabelecer uma boa relação com seus equipamentos, tais como Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Delegacia de Defesa da Mulher, Delegacia do Idoso, Organizações não governamentais (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2019), assim como outros recursos da própria comunidade (MS, 2002). A mobilização da rede social da família (amigos, familiares, colegas de trabalho) é apresentada também como fundamental na abordagem da violência intrafamiliar.

“ (...) acho que é uma ferramenta, a gente tem em um NASF saúde mental que apoia, então, nesses casos, principalmente nos casos de mais difícil condução que me tocam de alguma maneira, aciono também, não tanto pelo grau de dificuldade, mas para ter um suporte meu também como cuidadora, assim, dos casos que me mobilizam, mas esses casos de violência intrafamiliar têm esses recursos” (E13)

“E também acionar a rede. Em caso de violência, o enfrentamento dessa situação, ele costuma ser multiprofissional” (E15)

“Ver se essa pessoa tem uma rede familiar mais expandida tem a opção de buscar ajuda de outras pessoas da família pra sair de casa” (E14)

“ (...) tentar romper o ciclo de violência, de tentar formar rede de apoio, rede de segurança para quando a violência acontecer” (E11)

“A gente tem um papel de apresentar a rede, de dizer que a pessoa não está sozinha, existe o CIAM, existe a Delegacia da Mulher, existe a Sala Lilás” (E8)

“(...) papel de acionar outros equipamentos sociais quando necessário. Enfim, depende, aí é muito particular de cada situação, mas equipamentos de assistência social, por exemplo, orientar sobre a possibilidade de ir à Delegacia da Mulher, de outros equipamentos sociais que possam ajudar essas pessoas também, de acionar essas instituições e também de orientar sobre elas para as pessoas” (E14)

Diversos estudos que buscaram analisar as percepções de profissionais da saúde da APS mostram que os profissionais não entendiam como seu papel a abordagem das situações de violência intrafamiliar, muitas vezes restringindo essa prática a questões biomédicas como avaliação de Infecções Sexualmente Transmissíveis e tratamento medicamentoso quando necessário (KISS *et al*, 2011; MOREIRA *et al*, 2014). Entretanto, no presente estudo, é possível perceber que os entrevistados trazem uma percepção de que sua atuação em situações de violência intrafamiliar deva ser de forma integral.

“Primeiro, um papel que é de identificar essas situações. Então, de estar atento para identificar pessoas que estão em situação de violência intradomiciliar. Um segundo papel: de oferecer cuidado para essas pessoas. Entendendo que as pessoas envolvidas estão adoecidas, a pessoa que sofre a violência diretamente e as outras pessoas do convívio familiar, que também presenciam essa violência, também, é claro, são afetadas. Terceiro papel de acionar outros equipamentos sociais quando necessário, aí é muito particular de cada situação. Mas equipamentos de assistência social, de orientar sobre a possibilidade de ir em delegacia da mulher, de saídas, de outros equipamentos sociais que possam ajudar essas pessoas também, de acionar essas instituições e também de orientar sobre elas para as pessoas” (E14)

Compartilhar a situação de violência com a equipe de saúde é algo apontado pelos entrevistados em algumas falas. Algumas situações, sobretudo quando se trata de envolvimento com situações em que o sigilo é necessário, como em contextos de territórios violentos, onde há tráfico de drogas, esse compartilhamento com a equipe se restringe a alguns membros dela.

“Mas, na maior parte das vezes, acolhe o profissional que recebe essa, essa situação, acolhe a pessoa e a gente discute na reunião de equipe. Quando é alguma coisa sensível demais, a gente trabalha em uma área de milícia. Então, como eram situações muito sensíveis e que precisavam de poucas pessoas saberem, a gente não discutia na reunião de equipe”. (E6)

5.2.4 Desafios da abordagem familiar em situações de violência intrafamiliar

As fragilidades e desafios no enfrentamento de situações de violência intrafamiliar pelos Médicos de Família e Comunidade foram discutidos nas entrevistas. As más condições de trabalho, desde equipes volumosas, alta pressão assistencial, alta rotatividade de profissionais, não-entendimento e valorização da gestão local e de outros profissionais da equipe da necessidade dessa abordagem, influenciam na existência de espaço e possibilidades de abordagem dessas situações.

“(…) equipe desmontada, demissões, a instabilidade da equipe” (E1)

“De repente, seja pelo fato da gente se perder na correria do dia a dia, da quantidade de coisas que precisam ser feitas, também de ter que misturar aí papel de médico com papel de preceptor ao mesmo tempo, faz com que, às vezes, a gente acabe deixando determinadas situações de lado” (E10)

“O tempo disponível para isso, a sobrecarga assistencial” (E13)

“Às vezes, os agentes de saúde ou o restante da equipe não entendem isso como uma prioridade – uma prioridade de agenda, uma prioridade de visita, uma prioridade de abordagem” (E5)

Pesquisas apontam a relação desses fatores apresentados pelos entrevistados com a identificação de situações de violência na família e a qualidade de abordagem. Segundo estudo de Moura e Reichenheim (2005), a baixa detecção de situações de violência envolvendo crianças e suas famílias em serviço de saúde se relaciona à prática baseada em cuidados curativos, com alta pressão assistencial. Da mesma forma, Schek et al (2017) associa a grande demanda por atendimento em um serviço de saúde à baixa qualidade da atenção aos casos de violência.

A articulação intersetorial envolvendo elementos da rede da unidade de saúde de APS é fundamental ao enfrentarem-se situações de violência intrafamiliar (D'OLIVEIRA;

SCHRAIBER, 2019). As dificuldades que envolvem essa articulação são colocadas como importante fator envolvido nos desafios da abordagem.

“Acho que tem uma dificuldade de articulação intersetorial. De quando a gente pensa que são situações em que vai ser necessário que a gente envolva outros cenários, outros recursos de rede, de proteção, de apoio, de acompanhamento... E nem sempre isso é fácil, nem simples, nem ajuda. Eu passei esses anos todos com o conselho tutelar, que era bastante inócuo, e que a gente, às vezes, até tinha receio de fazer notificações de algumas situações de criança que não eram de violência física, situações que tinham a ver com algo de negligência. Mas, aí, a gente também fica muito preocupado com o debate de criminalização das condições de vida das famílias pobres.” (E1)

“(…) suporte de outros níveis de atenção de outras instituições que não a saúde” (E9)

Segundo Machado *et al* (2014), a falta de credibilidade e de uma articulação mais efetiva com outros elementos da rede intersetorial, como órgãos de proteção e assistência às famílias em situação de violência, é observada nos discursos de profissionais de saúde da ESF. Isso foi constatado por Jaqueline *et al* (2017) ao entrevistar profissionais de saúde da APS no Rio Grande do Sul, mostrando a percepção desses profissionais da dificuldade na articulação com outros setores, da baixa resolutividade e da não integração dos setores que compõem a rede.

Uma insuficiente capacidade técnica e falta de apoio para os MFCs abordarem situações de violência também foram comentadas nas entrevistas.

“... faltam competência necessária pra isso, experiência, suporte. Treinamento, sem dúvida. Como um todo, acho que a gente acaba fugindo do que a gente não sabe abordar. É muito comum os médicos de família ou os médicos de atenção primária tratarem só hipertensão, diabetes, pré-natal, puericultura, porque não estão abertos a identificar esses casos” (E9)

“Mas o desafio maior é que não é algo que a gente tá seguro pra fazer, não é algo que a gente faz com muita rotina”. (E7)

“(…) não sou tão seguro. Eu acho que falta capacitação e falta praticar mais” (E8)

Ao pesquisar a percepção de MFCs e outros profissionais de saúde que atuam na APS em países ibero-americanos, Anderson *et al* (2018) encontraram que 92% dos profissionais consideram não ter treinamento suficiente para enfrentamento de situações de violência na sua prática; quando se considera a violência no contexto familiar, 43% dos profissionais não se consideram capacitados.

Outros estudos também evidenciam o limitado preparo dos profissionais de saúde em lidar com situações de violência, incluindo sua percepção sobre violência e suas causas, ações de enfrentamento e relação com as famílias (MOREIRA *et al*, 2014).

A violência presente no território é apresentada como desafio na abordagem da violência intrafamiliar. Famílias inseridas em um contexto mais amplo de violência, relacionados a questões estruturais como desproteções sociais, privações de condições básicas de vida, desemprego, falta de saneamento básico, escassez de lazer e segurança, estão em condição de maior vulnerabilidade a vivenciar situações de violência (SANTOS; SILVA; BRANCO, 2017). Os desafios relacionados à atuação dos profissionais de saúde inseridos em cenários violentos são descritos como a dificuldade de acesso às famílias, ao receio do risco da sua própria segurança.

"A gente tem questões no território, questões comunitárias que, às vezes, nos impedem de fazer uma abordagem familiar um pouco mais adequada. Às vezes, tem membros daquela família que são vinculados a outras questões do território, de violência no território e que, às vezes, fica muito difícil pra gente abordar esse tipo de questão" (E3)

" (...) essas questões também de sigilo e riscos relacionados a tráfico, também, eu acho que são desafios" (E6)

"O desafio muitas vezes é o medo de com quem a gente está lidando ali, de saber se é possível entrar, até que ponto também a gente pode também enfrentar" (E12)

O quadro seguinte apresenta as principais dimensões exploradas nas entrevistas sobre as oportunidades/potencialidades e obstáculos e desafios da Abordagem Familiar e Abordagem da Violência por MFC na APS.

Quadro 1 - Dimensões da Abordagem Familiar/Abordagem da Violência – Potencialidades e Desafios

Oportunidades e Potencialidades da Abordagem Familiar/Abordagem da Violência na APS por MFC	Óbices e Desafios da Abordagem Familiar/ Abordagem da violência na APS por MFC
Fortalecimento do vínculo do profissional e família	Falhas na formação médica e falta de experiência
Ampliação dos recursos terapêuticos	A violência silenciada e o medo de abordar as situações de violência intrafamiliar
Ampliação da efetividade das intervenções	Falta de diretrizes específicas para profissionais de saúde da APS
Cuidado integral	Condições de trabalho: equipes volumosas, alta pressão assistencial
Articulação da rede intersetorial e rede de apoio	Dificuldades na articulação da rede intersetorial
Promoção de reflexão e autocuidado das famílias	Não-valorização da gestão sobre a importância da abordagem

5.3 Abordagem Familiar em situações de violência intrafamiliar no contexto de ensino-aprendizagem

Uma vez identificadas fragilidades e dificuldades na abordagem de situações de violência intrafamiliar por profissionais de saúde da APS, sobretudo MFCs também preceptores de PRMFC, foco desta pesquisa, faz-se necessária a discussão do aprendizado do tema tanto na graduação de medicina quanto nos programas de residência. A ausência ou insuficiência da abordagem do tema nos espaços de formação são apresentadas, de acordo com estudos em que

se avalia a presença da discussão do tema violência na graduação de medicina (MARGARIDO, 2017; PEDROSA, 2011). Da mesma forma, Anderson et al, 2018 encontrou que 80% dos profissionais avaliados consideraram que o tema não foi abordado ou foi abordado de forma insuficiente durante a graduação de medicina.

“Apesar de ser muito prevalente, então a gente tem uma lacuna na formação da graduação médica acerca desse assunto”(E15)

“(...) porque na graduação, pelo menos de onde eu vim, isso não tinha, era uma coisa que eu não fazia nem noção de que pudesse existir” (E12)

Por se tratar de situações prevalentes e impactantes na saúde, entendendo a APS como porta de entrada e o MFC como profissional que deveria alcançar competências para tal abordagem, há na fala dos entrevistados a reflexão sobre o processo de aprendizado de residentes em MFC. São apontadas como situações complexas que oportunizam um entendimento para além do paradigma biomédico, assim como oportunidade de aplicar ferramentas de Abordagem Familiar e fundamentos do Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART *et al*, 2017).

“Presenciar isso, aprender essas ferramentas, aprender a abordar violência usando ferramentas de abordagem familiar... Vai ajudar esses residentes a saberem lidar melhor com essas situações no futuro. Entendendo que usando a abordagem familiar nessas situações, a gente consegue uma abordagem melhor. E, segundo, pensando que a abordagem familiar nos ajuda a entender de uma forma mais completa e mais aprofundada o problema, vai ajudar os residentes a entender também que essas situações são mais complexas do que eles imaginam à primeira vista” (E14)

“A outra vantagem e potencialidade da abordagem familiar no ensino da residência ou até mesmo da graduação é você permitir que haja entendimento que o processo de saúde-adoecimento está para além do processo de ausência ou presença de doença e dos determinantes sociais, principalmente. É saber que eles têm outras formas de você compreender e entender, que não precisa ser terapeuta de família, psicólogo para você poder usar essas ferramentas” (E12)

“De desenvolvimento de habilidades frente a um contexto complexo, com amplas possibilidades... Então eu acho que esse seria o principal potencial” (E10)

“ Eu acho que o tema, ele tem uma complexidade muito grande. Essa complexidade, ela traz muita responsabilidade, mas ela permite a gente a usar muita criatividade. Para a violência, eu não consigo fazer o entendimento biomédico. O assunto da violência, ao contrário de ICC [insuficiência cardíaca congestiva], que eu tenho a receita de bolo da American Heart Association muito clara..., a questão da violência, ela não tem alguma receita de bolo, mas eu posso agir, eu tenho um agir mais criativo e mais livre, e... E aí, esse processo terapêutico, na hora que você vai fazer um procedimento terapêutico singular, multidisciplinar etc., a gente tem uma liberdade de criação maior, e eu acho que isso é muito bom para o residente” (E8)

“Sendo tão frequente a questão da violência e sendo tão impactante para a saúde e adoecimento das pessoas que estão em situação de violência, acho que é extremamente importante e positivo o contato e a ampliação do uso de ferramentas de abordagem familiar nesses casos” (E6)

“(...) a prática de ver algumas ferramentas, alguns instrumentos serem usados de forma prática, então eles ganham essa habitualidade. Para o processo de ensino, a potencialidade é enorme. Porque numa abordagem familiar saem muitas coisas. Eles aprendem sobre a aplicar o M CCP” (E5)

O paradigma sistêmico, discutido anteriormente na abordagem familiar e na abordagem de famílias em situação de violência, pode ser utilizado também na discussão sobre o processo de ensino-aprendizagem. O compartilhamento de situações, a reflexão sobre a prática e o entendimento do papel do preceptor como mediador de um processo, sobretudo da abordagem de situações com tal complexidade, mostram o quanto essa relação preceptor e residente deve ser estabelecida numa perspectiva de educação como prática libertadora, problematizadora e contextualizada (FREIRE, 1986).

“aprender que as situações são únicas e que a gente vai aprender recursos que vão nos dar ferramentas, e nos dar instrumentos, e nos dar conhecimento de como atuar. Eu acho que a gente pode estudar bastante, pode teorizar bastante, mas se a gente tiver, de fato, a vivência, o aprendizado é significativo. A diferença de aprendizado de você aprender com um caso que é seu, com uma família que é sua responsabilidade cuidar. O quanto isso é muito mais potente e significativo para se aprender e para se mobilizar”. (E1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Abordagem Familiar e a Abordagem da Violência na Atenção Primária à Saúde são discutidas por preceptores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade da cidade do Rio de Janeiro.

A percepção sobre a prática da Abordagem Familiar no cuidado às famílias e o entendimento da influência da família no processo saúde-adoecimento foram identificados como fundamentais para todos os entrevistados.

A Abordagem Familiar é reconhecida por suas potencialidades em identificar o contexto das relações, o sofrimento e os adoecimentos nas famílias, levando a um aumento da efetividade do cuidado, ampliando recursos terapêuticos e fortalecendo o vínculo do Médico de Família e Comunidade com a família.

Entretanto, são identificados desafios que precisam ser considerados para a aplicação da Abordagem Familiar. Assim como apontado em outros estudos, há dificuldade de os profissionais que atuam na APS realizarem uma abordagem na perspectiva familiar e no cuidado integral, decorrente de desafios nessa prática (BEERENWINKEL, KEUSEN, 2014). Fatores relacionados às condições e ao processo de trabalho, como equipes volumosas, alta pressão assistencial, não-entendimento e não-valorização da gestão e de outros membros da equipe foram identificados pelos entrevistados, neste contexto. Para além destes desafios, foram também relacionadas as falhas na formação e a pouca experiência na prática.

Em relação à Abordagem Familiar em situações de violência intrafamiliar, apresentam-se importantes discussões envolvendo a relação de violência e saúde e seus impactos.

O entendimento da relação entre violência e saúde, amplamente discutido na literatura, foi identificado pelos preceptores de PRMFC participantes do estudo. Dentre eles, destacamos: as formas da apresentação da violência, pouco explicitada e muitas vezes “escondida” nas entrelinhas dos atendimentos em saúde; a dificuldade de reconhecimento da existência da violência pelas próprias pessoas envolvidas em situações de violência; e as formas mais amplas de violência como a violência estrutural. Esses fatores são apontados como envolvidos nessa invisibilização da violência.

O papel do MFC na abordagem da violência intrafamiliar é identificado como fundamental pelos entrevistados, diferentemente do que é mostrado em diversos estudos, nos quais profissionais da saúde da APS no Brasil, sobretudo médicos, não se envolvem no cuidado

ou não entendem como papel do setor saúde atuar nessas situações (MOREIRA *et al*, 2014; BRUM *et al*, 2013; MACHADO *et al*, 2014).

Destaca-se a posição privilegiada da APS no Brasil, especialmente através das Estratégia Saúde da Família, atuando como porta de entrada do sistema e tendo o vínculo, a inserção e a proximidade com o território, além da orientação familiar e comunitária, como elementos estruturantes das ações em saúde.

A Abordagem Familiar é considerada a forma mais eficaz de abordagem de famílias em situação de violência, uma vez que possibilita a abordagem através da perspectiva sistêmica, entendendo a violência como uma forma de comunicação, de dinâmica estabelecida nas relações entre os membros da família (SCHENKER, CAVALCANTE, 2007).

Muitos desafios na realização da abordagem de famílias em situação de violência são explorados. Ao observar as falhas na formação médica, as dificuldades de enfrentamento dessas situações relacionadas com a articulação intersetorial são fundamentais, já que se trata de um fenômeno complexo e multifacetado, decorrente de fatores de cunho social, cultural, econômico.

O contexto de ensino-aprendizagem de residência de Medicina de Família e Comunidade é explorado, e as potencialidades e desafios são discutidos. Um dos fatores envolvidos na dificuldade da aplicação da Abordagem Familiar pelo MFC, mais evidente nas situações que envolvem violência, é a falta ou pouco espaço dedicado ao tema na formação médica.

A falta de diretrizes específicas para profissionais que atuam na APS e da articulação intersetorial é apresentada nas entrevistas.

O relato de experiências vividas e relacionadas com a violência pelos profissionais respondentes, tanto em âmbito profissional quanto pessoal, desencadeou diversas reflexões, incluindo a forma como essas experiências sensibilizaram e impactaram na abordagem de situações de violência às famílias às quais prestam cuidado. A ampliação da capacidade de empatia e reconhecimento da violência como impactante na saúde foram aspectos destacados pelos profissionais.

Fica evidente a necessidade de se ampliar a discussão sobre a inserção sistemática de conteúdos teóricos e práticos sobre Abordagem Familiar na prática cotidiana do MFC, sobretudo ao se tratar de situações de violência intrafamiliar. Nesse sentido, deve-se considerar a potencialidade do processo ensino-aprendizagem dos PRMFC na formação de MFC para atuarem sob uma perspectiva sistêmica, bem como a potencialidade no desenvolvimento de

diretrizes capazes de auxiliar os profissionais de saúde da APS no enfrentamento e cuidado às famílias em situação de violência.

A partir das percepções de preceptores de PRMFC apresentadas no presente estudo, e entendendo a potencialidade do processo ensino-aprendizagem, será possível elaborar tais diretrizes que, além de apoiarem os profissionais de saúde no contexto do APS, também poderão contribuir para elaboração de estratégias pedagógicas para a inclusão da prática da abordagem da violência intrafamiliar por Médicos de Família e Comunidade.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, M. I. P. et al. *Medicina Familiar, Atención Primaria y Violencia: formación y acción en Iberoamérica*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 13(Supl.1), p. 9-28, out. 2018.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. *O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade*. Revista Científica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 242-252, 2016.
- ANDRADE, E. M. et al. *A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo*. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, mar. 2011.
- ARBOIT, J. et al. *Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 51, p. 1-7, 2017.
- ASEN, E.; TOMSON, D.; YOUNG, V.; TOMSON, P. Ingredientes da abordagem sistêmica, *In: Dez minutos para a família*. Intervenções Sistêmicas em Atenção Primária à Saúde. Artmed, Porto Alegre, p. 36-59, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BEERENWINKEL, A.; KEUSEN, A. L.. *A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família*. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 771-782, dez. 2014.
- BRONFRENBERNER, U. *Toward an experimental ecology of human development*. American Psychologist, Washington, DC: American Psychological Association, n.32, p. 513-531, 1977
- BRUM, C. R. S.; LOURENÇO, L. M.; GEBARA, C. F. de P. ; RONZANI, T. M.. *Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde*. Psicologia em Pesquisa, [s. l], v. 2, n. 7, p. 242-250, jul. 2013.
- BURNETT, L. B.. *Domestic Violence*. Medscape, jul. 2018.
- BUSS, P. M. ; PELLEGRINI FILHO, A. . *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.
- CAMPBELL, J. et al. *Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences*. Archives of Internal Medicine, v. 162, p. 1157-1163, maio 2002.
- CASTRO, A. A.; MOURA, A. T. M. S. de; RAFAEL, R. de M. R. . *A Violência Familiar Sob a Ótica da Promoção da Saúde: A Trajetória do Município do Rio de Janeiro*. Revista APS, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 115-121, jan. 2016.

- CERQUEIRA, D. et al. *Atlas da Violência*. IPEA, Brasília, 2019.
- CRONHOLM, P. F. et al. *Trends in Violence Education in Family Medicine Residency Curricula*. Family Medicine, v. 46, n. 8, p. 620-625, set. 2014.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. *Violência: um problema de saúde pública*. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. P. 1163-1178, 2007.
- DOHERTY, W. J.; CAMPBELL, T. L.; *Families and Health* (Sage Family Studies Series). 1. ed. Beverly Hills, CA: SAGE Publications, p. 0-164, 1988.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. *Abordagem à violência doméstica*. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 1-938, 2019.
- FERNANDES, C.L.C., FALCETO, O.G, WARTCHOW, E.S. *Abordagem Familiar*. Livro: DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Cap.10, p.86, Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1986
- CAVALCANTE, F. G.; SCHENKER, M. *Famílias que se comunicam através da violência*. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 205-221.
- GUIMARÃES, F. G.; MENDES, A. O. *Abuso infantil*. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1-2388.
- KISS, L. B.; SCHRAIBER, L.B. *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V.16, n.3, p.1943-1952, 2011.
- KRUG, E. G. (ED.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002
- SBMFC. *Currículo Baseado em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, p. 1-69, dez. 2015.
- LUDERMIR, A. B. et al. *Violence against women by their intimate partner and common mental disorders*. Social Science and Medicine, v. 66, p. 1008-1018, 2008.
- MACHADO, J. C. et al. *Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família*. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol.23, n.3, pp.828-840, 2014.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. D. F. M. D. *Evolution of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002*. Journal of epidemiology and community health, v. 60, p. 13-9, jan. 2006.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. *Primary Care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil*. The Journal of ambulatory care management, v. 32, p. 115-122, dez. 2005.

MARGARIDO, A.; PRÓSPERO, E. N. S.; GRILLO, L. P. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos*. Psicologia Argumento, [S.l.], v. 31, n. 74, nov. 2017.

MCDANIEL, S. H.; CAMPBELL, T. L.; HEPWORTH, J.; LORENZ, A. (org.). *Family-Oriented Primary Care*. 2. ed. Estados Unidos da América: Springer, 2005. 477 p.

MCWHINNEY, I. R. *Family Medicine in perspective*. The New England Journal Of Medicine, [s. l.], v. 293, n. 4, p. 176-181, jul. 1975.

MINAYO, M. C. de S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006. 132 p.

MINAYO, M. C. de S., *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde*. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 21-42.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio da Pesquisa Social*. In: MINAYO, M. C. de S (Org). *Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes, 25o edição, 2007. P9-29

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: Editora MS; 2002. 96 p. (Cadernos de atenção básica).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Por uma cultura da paz e promoção da saúde e prevenção da violência*. Brasília, DF, 2009.

MOREIRA, T. das N. F. et al. *A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família*. Saúde soc., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, set. 2014.

MOURA, A. T. M.de S.; REICHENHEIM, M. E. *Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, ag. 2005

NEVES, J. L. *Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades*. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, nº 3, p.1-5, 1996.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. da S. *Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 136-141, fev. 2008.

PAULA, C. S. et al. *Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 42, n. 3, p. 524-528, 2008.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. *A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica*. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, mar. 2011.

- ROCHA, R.; SOARES, R. R. *Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program*. Health Economics, v. 19, Número, p. 126-158, maio 2010.
- RODRIGUES, N. C. P. et al. *The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2873-2880, set. 2017.
- SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. *Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*. Saúde soc., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, julho 2001.
- SANTOS, M. da S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. de O. *O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 2, n. 30, p. 229-238, jun. 2017
- SANTOS, N. C. dos. *Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F. G. *Violência, família e sociedade*. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 57-77.
- SCHENKER, M; AVANCI, J.C.; SILVEIRA, L.M.B. *Violência Intrafamiliar da Perspectiva Sistêmica*. In: *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 595 p.
- SCHEK, G. et al. *Organização das práticas profissionais frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no contexto institucional*. Revista Latino-americana de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 1-7, junho 2017.
- SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, junho 2007.
- 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*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, out. 2011
- SORANZ, D.; PINTO, L.P.; PENNA, G.O. *Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. Ver. Saúde e Ciência Coletiva, Rio de Janeiro, v.21. n. 5, pp. 1327-1338, 2016.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. p.
- STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. O.; TALBOT, Y. R. *Aplicação do Pensamento Sistêmico no Trabalho em Saúde da Família*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 1, n. 1, p. 29-35, 17 nov. 2004.

ANEXO A - Roteiro para entrevista semiestruturada

Nome:

Idade:

Sexo/gênero:

Raça/cor:

Ano de formação em MFC:

Local da preceptoria em PRMFC:

Tempo de atuação na preceptoria de PRMFC:

Data da entrevista:

- 1) O que é para você Abordagem Familiar no contexto da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde?
- 2) Considerando as atividades do Médico de Família e Comunidade, como você avaliaria, de zero a dez, a importância da Abordagem Familiar na sua prática? Justifique.
- 3) Quais as potencialidades e desafios para prática da Abordagem Familiar no cotidiano da APS?
- 4) Como você avaliaria suas competências para a prática da abordagem familiar no dia a dia da Medicina de Família e Comunidade e de preceptoria de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade?
- 5) Qual você pensa ser a frequência / prevalência da violência intrafamiliar na sua população adscrita à sua equipe/unidade de saúde?
- 6) Na sua perspectiva, qual a relação entre violência e saúde?
- 7) Como você entende o papel do Médico de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde na abordagem da violência intrafamiliar?
- 8) Como você avalia suas competências para abordar famílias em situação de violência intrafamiliar?
- 9) Você participou de algum processo formativo de abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde? Se sim, qual influência teve na sua prática?
- 10) Como são abordadas as situações de violência intrafamiliar na prática da Medicina de Família e Comunidade e de preceptor (a) de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade?
- 11) Na sua perspectiva, quais seriam as potencialidades para a realização da abordagem de famílias em situações de violência na Atenção Primária à Saúde?

- 12) Na sua perspectiva, quais são os desafios para realização da abordagem de famílias em situações de violência na Atenção Primária à Saúde?
- 13) Quais seriam as vantagens ou potencialidades para o processo de ensino-aprendizagem de residentes de Medicina de Família e Comunidade sobre a abordagem de famílias em situação de violência na Atenção Primária à Saúde?
- 14) Você já vivenciou alguma situação de violência que tenha marcado sua trajetória pessoal ou profissional? Fale um pouco sobre como isso afetou você e sua vida profissional.

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para entrevista semiestruturada



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “ABORDAGEM FAMILIAR POR MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA”, que tem como objetivo contribuir para o aprimoramento da Abordagem Familiar dos Médicos de Família e Comunidade em contextos de violência intrafamiliar na Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa tem previsão de duração de oito meses, com previsão de término para dezembro de 2020.

Sua participação não é obrigatória, e consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretarão prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

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

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será a possibilidade de contribuir para o aperfeiçoamento da prática e processo de aprendizagem em Abordagem Familiar para Médicos de Família e Comunidade com famílias em situação de violência. Há a intenção de se desenvolverem diretrizes pedagógicas a partir dos resultados desta pesquisa.

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

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

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

Renata Chaves

Pesquisadora responsável

E-mail: renata.chvs@gmail.com

Cel.: (21) 979506464

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante: _____

ANEXO C – Perfil dos entrevistados

CÓDIGO	IDADE	SEXO/ GÊNERO	RAÇA/ COR	ANO DE FORMAÇÃO EM MFC	PRMFC	AP DE ATUAÇÃO	TEMPO NA PRECEPTORIA
E1	32	feminino	branca	2014	PRMFC SMS RIO	2.1	6 anos
E2	41	masculino	branco	2014	PRMFC SMS RIO	2.1	6 anos
E3	39	feminino	branca	2007	PRMFC SMS RIO	4.0	7 anos
E4	31	feminino	parda	2017	PRMFC SMS RIO	1.0	3 anos
E5	34	feminino	branca	2015	PRMFC UERJ	1.1	4 anos
E6	31	feminino	branca	2014	PRMFC SMS RIO	2.1	5 anos
E7	29	masculino	branco	2018	PRMFC UFRJ/ENSP	3.1	2 anos
E8	32	masculino	branco	2017	PRMFC UERJ	2.2	2 anos
E9	38	masculino	branco	2011	PRMFC SMS RIO	2.1	8 anos
E10	31	masculino	branco	2017	PRMFC SMS RIO	4.0	3 anos
E11	30	feminino	branca	2017	PRMFC SMS RIO	3.1	2 anos
E12	37	masculino	branco	2014	PRMFC UERJ	1.0	5 anos
E13	32	feminino	branca	2017	PRMFC UFRJ/ENSP	3.1	3 anos
E14	35	masculino	branco	2015	PRMFC SMS RIO	3.1	5 anos

E15	39	feminino	branca	2010	PRMFC UERJ	2.2	8 anos
-----	----	----------	--------	------	---------------	-----	--------