

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

NÚCLEO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

**ABORDAGEM FAMILIAR NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
INTERSECÇÕES COM A TERAPIA SISTÊMICA DE CASAL E FAMÍLIA**

São Paulo – SP

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
NÚCLEO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

**ABORDAGEM FAMILIAR NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
INTERSECÇÕES COM A TERAPIA SISTÊMICA FAMILIAR E DE CASAL**

Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Especialista em Terapia Familiar e de Casal do Núcleo de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dra. Rosa Maria Stefanini de Macedo

São Paulo – SP

2021

DEDICATÓRIA

Para meus pacientes, residentes e alunos,
que me motivaram a aprender mais sobre
famílias, redes e cuidado.

AGRADECIMENTOS

A todos os alunos e residentes com que tive a oportunidade de aprender e ensinar, especialmente àqueles que compartilham comigo o entusiasmo pela Terapia Familiar: Tamiris Esteves Nagem e Thiago Morais da Silva.

Aos meus amigos e parceiros de produção intelectual que tentam romper as barreiras da cisheteronormatividade branca nos olhares sobre família: Ademir Lopes Junior, Guilherme Antoniacomi Pereira, Jeanne Tavares Sarchi, Joana Carvalho, Laio Victor Soares Cardoso, Larissa Jatobá, Monique França, Renata Vieira e Rita Helena Borret.

Aos mestres Carmem Fernandes, Hamilton Wagner, Lêda Chaves Dias, João Falk, Olga Falceto e Thiago Trindade, pela gentil acolhida durante o processo de pesquisa deste trabalho e pela generosidade no compartilhamento de fontes e documentos sobre a história da nossa especialidade.

A professora Rosa Maria Stefanini de Macedo, por ser referência e por ter me dado a honra de, ao escolher me orientar neste trabalho, ter me oferecido mesmo a distância, o prazer de sua convivência - serena e com inspiração incentivadora.

Aos colegas e professores da especialização na PUC que vivenciaram as dificuldades de continuarmos, a despeito de uma Pandemia, nossa formação e projetos nos caminhos da Terapia Sistêmica de Casal e família.

Sobrevivemos juntos!

RESUMO

Frente ao desafio de qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, considera-se fundamental a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) que tenham entre suas competências, além de uma sólida formação clínica individual, o domínio da abordagem familiar (AF). Este estudo visa a descrever e analisar criticamente as orientações curriculares e competências sobre abordagem familiar preconizadas institucionalmente pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade (SBMFC) e Ministério da Educação e do Ministério da Educação (MEC) para formação desses especialistas e a partir de suas interseções com a Terapia Sistêmica de Família e Casal, sugerir novos conteúdos temáticos e referenciais teóricos que poderiam ser incorporadas aos currículos. Para tanto, realizou-se uma análise documental, que é uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. As fontes de informação e evidência utilizados foram documentos públicos da SBMFC, legislação concernente à residência médica no âmbito do MEC, as referências bibliográficas do concurso para obtenção do Título de Especialista em MFC. A análise dos dados foi realizada através da técnica da análise de conteúdo. Foram apontadas como limitações das diretrizes atuais da abordagem familiar pela SBMFC e MEC: a ausência de debates relacionados às origens coloniais da família brasileira, a não incorporação de referências nacionais sobre ciclos de vida e de referenciais para aprofundamento sobre como o racismo, desigualdades de gênero, orientação sexual, identidade de gênero afetam as pessoas e famílias. São sugeridos referenciais teóricos que possam contribuir na prática do cuidado às pessoas e famílias.

Palavras chaves: Medicina de Família e Comunidade; Terapia Familiar; Terapia de Casal; Atenção Primária à Saúde

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Evolução do número de vagas de residência médica, ofertadas e ocupadas, nos PRMsMFC. Brasil, 2003 a 2019.

Figura 2. Quando reunir a família segundo Doherty e Baird (1983).

Figura 3. Níveis de envolvimento do Médico com as Famílias (1994).

Figura 4. Níveis de envolvimento do Médico com as Famílias (1984) - continuação.

Figura 5 - Competências em Abordagem Familiar a serem constituídas durante o PRMMFC, Cenários de treinamento e atividades teórico-práticas. Brasil: 2005.

Figura 6 - Competências da área de Abordagem Familiar do Currículo Baseado em Competências da SBMFC. Brasil: 2015.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Documentos da SBMFC que tratam da Abordagem Familiar pelo Médico de Família e Comunidade utilizados, por tipo e período. Brasil: 2005 a 2021.

Quadro 2. Documentos do MEC que tratam dos conteúdos, requisitos mínimos e regulamentações oficiais da Residência Médica em MFC, por tipo e período. Brasil: 1979 a 2017.

Quadro 3. Conteúdos programáticos e referências bibliográficas relacionados à família no segundo concurso para obtenção do TEMFC. Brasil: 2004.

Quadro 4. Comparativo de menções ao trabalho com famílias em normativas da CNRM. Brasil: 1981-2006.

Quadro 5. Competências essenciais em Abordagem Familiar: SBMFC. Brasil: 2015.

Quadro 6. Competências de Abordagem Familiar para o MFC, CNRM. Brasil: 2017.

Quadro 7. Obras referenciadas nos capítulos analisados. Brasil: 2012-2018.

Quadro 8. Obras referenciadas nos capítulos analisados. Brasil: 2012-2018 - Continuação..

LISTA DE SIGLAS

ABEM: Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMB: Associação Médica Brasileira
APS: Atenção Primária à Saúde
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CFM: Conselho Federal de Medicina
CIMF: Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar
CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica
DENEM: Direção Executiva de Estudantes de Medicina
DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF: Estratégia Saúde da Família
EqSF: Equipes de Saúde da Família
IES: Instituições de Ensino Superior
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MGC: Medicina Geral Comunitária
MFC: Medicina de Família e Comunidade
mFC: médicas e médicos de família e comunidade
MEC: Ministério da Educação
MPS: Medicina Preventiva e Social
MS: Ministério da Saúde
PRM: Programa(s) de Residência Médica
PRMMGC: Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária
PRMMFC: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PRMsMGC: Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária
PRMsMFC: Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PSF: Programa Saúde da Família
PUC-SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC: Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária

SF: Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TEMFC: Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

UBS: Unidade(s) Básica(s) de Saúde

WONCA: World Organization of Family Doctors (tradução em português como Organização Mundial dos Médicos de Família)

SUMÁRIO

Trajetória da Autora e Interesse pelo Tema	1
1 Introdução: Terapia Familiar e Medicina de Família e Comunidade: origens e contextos	5
2 Objetivos	16
3 Fundamentação Teórica	17
4 Percurso Metodológico do Estudo	24
4.1 Fontes de Informação	24
4.1.1 Documentos	24
4.2 Análise dos Dados e Referencial Teórico	27
4.3 Implicações da Pesquisadora/Autora.....	27
4.4 Limitações do Estudo	28
4.5 Aspectos Éticos	29
5 Histórico das Relações entre a MFC e TF no Brasil	30
6 Abordagem Familiar pela MFC na atualidade e desafios postos.....	42
7 Contribuições da Autora	52
8 Considerações Finais	54
9 Referências	56

TRAJETÓRIA DA AUTORA E INTERESSE PELO TEMA

A aproximação com a Medicina me marca desde o início da minha vida: no colégio em que cursei o ensino fundamental, as aulas de Ciências utilizavam a pedagogia construtivista e nelas foi despertado meu interesse para a experimentação, pelo corpo humano e para a produção de conhecimento; ainda criança dizia que queria ser médica e pesquisadora.

Entretanto, ao ingressar na graduação em Medicina na Universidade Federal Fluminense, em 2001, fui apresentada às ideias do então “novo” currículo do curso que sustentavam que apesar da prática médica necessitar de uma sólida base biológica, a clínica precisava de uma sustentação que vinha das Ciências Sociais e Humanas, sustentada ali, pelo campo da Saúde Coletiva que visava superar a formação essencialmente Biomédica e transcender para o paradigma Bio-psico-social.

Essas ideias se materializavam principalmente nas práticas na Atenção Primária à Saúde, iniciadas no primeiro período do curso e que se estenderiam até o internato. Passar pelo menos duas manhãs no “postinho de saúde” e nenhum período no Anatômico era realmente perturbador para uma caloura que queria ser cientista!

Apesar da surpresa, logo fui seduzida pela proposta e durante toda a graduação experimentei aprender sobre as queixas, dores e vivências das pessoas que cuidávamos a partir de um olhar ampliado sobre o lugar que ocupavam (ou não) em suas famílias e comunidades, as suas condições de educação, trabalho, moradia, lazer e pude atuar nos módulos do Programa Médico de Família de Niterói, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Policlínicas distribuídas pelo município, ou seja, mais perto de onde elas viviam, muitas vezes indo até seu domicílio.

Outra inovação do currículo da UFF em 2001 era a introdução além de disciplinas como Neuropsiquiatria Infantil no currículo, dois meses de internato obrigatório em Psiquiatria, nos “obrigando” a ter uma formação de excelência numa área que até então ficava restrita à especialidade.

A percepção de que esse ideário de formação de um "outro tipo de médico" - mais humano, com um perfil holístico, gerava muita resistência nas especialidades ditas "focais" e logo entendi que mais do que concretizar o currículo da minha faculdade na prática, era fundamental mudar a educação médica brasileira e preparar o próprio Sistema Único de Saúde para que esse "novo médico" pudesse atuar e que uma mudança não aconteceria sem a outra.

Ao longo do curso militei na entidade nacional representativa dos estudantes de medicina, a DENEM - Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina - sem nunca deixar de me dedicar ao aprendizado clínico e a aprender de cuidar de pessoas e não de doenças, o que me aproximou pouco a pouco da especialidade Medicina de Família e Comunidade.

Ao concluir a graduação em dezembro de 2008, recebi um convite que determinou o início da minha trajetória profissional no Sistema Único de Saúde – SUS, na região do “grande ABCD paulista”: conhecer a rede de saúde da cidade de Diadema (SP), um lugar em que a história continuada de investimentos na saúde permitiu a estruturação de uma Atenção Básica que estava crescendo e precisava ser qualificada.

Aceitei o emprego de médica generalista na equipe de Saúde da Família e tracei um itinerário de formação que me permitisse prestar a prova de Título de Especialista de Medicina de Família e Comunidade. Elaborei um plano de estudos e me debruçava sobre o caso de cada pessoa, cada família, cursando especializações simultaneamente ao trabalho e significando o aprendizado na prática através de abordagens em que utilizava Genograma, Ecomapas e eventualmente, conduzia junto a outros profissionais, reuniões familiares.

Tive os privilégios de atuar num sistema de saúde que valorizava o cuidado prestado pela APS de participar dos congressos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e de compartilhar os desafios e potencialidades dessa escolha com amigos que optaram pelo mesmo caminho, alinhando o trabalho no SUS e meu desejo de me tornar especialista.

Em 2010, fui convidada e passei a supervisionar estudantes de graduação em Fonoaudiologia, Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, como uma atividade a mais e articulada às minhas atribuições assistenciais

no SUS de Diadema. Pouco tempo depois, o convite foi ampliado e passei a ser preceptora do internato médico e logo após completar os 4 anos pré-requisitos para fazer o exame de suficiência do Título de Especialista em MFC fui convidada a coordenar o programa de residência médica em MFC (PRMMFC) da rede SUS municipal de SBC.

Convite aceito, minha atuação profissional nos anos seguintes anos se somou ao exercício da função de assessora técnica da Rede Escola no Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, articulando campos de estágios para graduações em saúde e formação de preceptores.

Em todos esses processos precisei desenvolver propostas curriculares que envolveram aulas, atendimentos e práticas supervisionados que partindo da abordagem individual demandaram também o envolvimento familiar e percebi que gostaria de aprofundar minhas competências relacionadas à abordagem de cuidado à vários membros de uma mesma família simultaneamente.

Simultaneamente, as provocações dos alunos e residentes se tornavam cada vez mais críticas ao modelo apresentado de "família tradicional brasileira" e às definições heteronormativas, brancas e partindo de modelos norte americanos ou europeus de abordagem familiar não dava conta das discussões colocadas e especialmente nos espaços dialogados, como seminários e discussões de casos.

Além de intensificar meus estudos para além dos textos tradicionalmente utilizados, comprar novos livros e busca de artigos "clássicos" para preparar novas aulas, fui impulsionada pelo interesse de dois ex-residentes que se tornaram preceptores, Tamiris e Thiago, que começaram a cursar especializações em Terapia Familiar. Passamos então a aprofundar os conteúdos e a supervisão de casos envolvendo famílias a partir da demanda específica ou da complexidade das situações trazidas pelos residentes.

Foi dessa forma que decidi no ano de 2019, ingressar no curso de especialização da Terapia Familiar e de Casal da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) conciliando com minhas atividades profissionais, o mestrado em andamento e a pós-graduação em Sexualidade . Foi um período de intenso aprendizado, de utilizar técnicas e práticas com famílias e orientações dos residentes e preceptores que estavam sob minha supervisão.

Além de instigante atuar na formação de Médicos de Família e Comunidade no contexto do SUS, foi um período especialmente desafiador em que se misturaram sentimentos contraditórios, pois em parte, vivi o desapontamento de não poder aprofundar questões das famílias atendidas (já que ali eu não estava como terapeuta) e outros momentos, por conta das limitações do próprio sistema de saúde - o "pouco" tempo disponível para cada indivíduo/família, a sobrecarga profissional, os processos de desfinanciamento - ao mesmo tempo que vivi muitos momentos de satisfação, por estar contribuindo com o aprimoramento das competências de abordagem familiar dos alunos de graduação e os residentes que passaram por nós.

De certa forma, esse trabalho apresenta uma síntese dos estudos, leituras e reflexões que fiz-fizemos, ao fazer pontes entre os novos conhecimentos da especialização em Terapia Familiar e de Casal com a minha-nossa prática como Médica de Família e Comunidade e formadora.

Na introdução faço uma breve apresentação das relações entre a Terapia Familiar e especialidade Medicina de Família e Comunidade no país e a seguir, trago os objetivos e delineamento metodológico. Em seguida, descrevo como a temática da abordagem familiar aparece em artigos e documentos históricos, passando à análise das intersecções entre a literatura de referência da MFC e da Terapia de Casal e Família.

1 INTRODUÇÃO

Terapia Familiar e Medicina de Família e Comunidade - origens e contextos

Segundo Nichols e Schwartz (2007), a Terapia Familiar nasceu em 1950 e cresceu nos anos de 1960 e na década de 70, atingiu a vida adulta, e trazer a família para o processo terapêutico no lugar do indivíduo e sua subjetividade como era tradicional significou uma "mudança paradigmática" focando no contexto e relações envolvidas (GRANDESSO, 2009).

Num movimento intenso de produção de novas práticas e conceitos que envolveu assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras, biólogos, pensadores, físicos e outros profissionais, que ao longo do desenvolvimento de conceitos e práticas foram constituindo escolas como a Sistêmica, Estratégica, Estrutural, Boweniana, Experiencial entre outras:

“A onda inicial de entusiasmo por tratar a família como uma unidade foi seguida por uma crescente diversificação de escolas, todas competindo pelo monopólio da verdade e pelo mercado de serviços. Foi uma época de entusiasmo e confiança. Os terapeutas familiares podem ter tido suas diferenças em relação à técnica, mas compartilhavam um senso de otimismo e propósito comum. Desde então, algumas turbulências sacudiram o campo, atingindo esse zelo e essa confiança excessiva. Os modelos pioneiros foram desafiados (tanto em termos clínicos quanto socioculturais), e suas fronteiras ficaram menos nítidas: atualmente, menos terapeutas de família identificam-se exclusivamente com uma escola específica. [...] As tendências dominantes da década passada foram o construcionismo social (a ideia de que a nossa experiência é uma função da nossa maneira de pensar sobre ela), a terapia narrativa, as abordagens integrativas e uma crescente preocupação com questões sociais e políticas.” (NICHOLS e SCHWARTZ, 2007, versão eletrônica).

Assim, a Terapia Familiar Sistêmica, surgida nos Estados Unidos da América (EUA) pós segunda guerra mundial, teve como influências o progresso da cibernética, a teoria Geral dos Sistemas (GRANDESSO, 2009) e do movimento

feminista, que impactou diretamente no funcionamento familiar e da sociedade (GOODRICH e cols, 1990).

Freeman (2018) afirma que a Medicina Geral e/ou de Familiar - aqui descrita como a Medicina Geral e/ou de Familiar surgida na Europa, Canadá - tem como base epistemológica não só o do perfil de um "médico geral", capaz de atender as pessoas independente da faixa etária, mas que buscavam soluções para cuidar de um grupo de problemas de saúde que "restavam" fora do limites da Biomedicina e da própria Psiquiatria.

Entre essas questões estavam as relações entre a clínica e a psiquê no adoecimento, e nesse sentido, nas décadas de 1950-70, diversos professores se reuniram em departamentos de MFC, produzindo experiências e pesquisas acadêmicas, lançando periódicos e livros textos dedicados tanto à especialidade quanto à APS, incluindo aí a relações além do biológico (FREEMAN, 2002).

Algumas das contribuições destacadas por Freeman (2002) que podem ser compreendidas como interfaces com a Terapia de Casal e Família:

“1. A ênfase na importância de se compreender a experiência subjetiva da doença na pessoa.

2. O foco de atenção no papel desempenhado pelo contexto próximo (como a família e a ocupação) e distante (como a vizinhança e o ambiente) na saúde e na doença.

3. A ênfase das humanidades na medicina. [...] a fim de contrabalancear a abordagem cada vez mais tecnológica ou instrumental aos cuidados em saúde.

4. A medicina de família e comunidade presta atenção ao marginalizado na sociedade. Talvez por trabalharem na comunidade, os médicos dessa área estão mais atentos para os efeitos das necessidades que não são satisfeitas. [...]” (FREEMAN, 2012, p.15).

Grifo da autora

No mesmo período, na década de 1960, nos EUA, ressurge a Medicina Comunitária/Medicina Familiar como resposta dos departamentos de medicina

preventiva à superespecialização médica e à expansão dos serviços privados baseados em tecnologia, e segundo Freeman (2018), não surgiu não como divisão da Medicina Interna (MI), que desde o início do século passado já não assistia à crianças e gestantes, mas também porque a própria MI partir dos anos 1950, se aprofundava dos exames complementares, estando "focada no laboratório e não na observação puramente clínica ou nos estudos comportamentais ou populacionais". .

No Brasil, o surgimento de uma especialidade equivalente - a Medicina Geral Comunitária (MGC) - se deu na segunda metade da década de 1970 a partir de iniciativas locais, com a implantação dos três primeiros Programas de Residência Médica (PRM) em 1976, no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre (RS), no Projeto Vitória, na cidade de Vitória de Santo Antão (PE) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), extinto em 1986 e no Serviço de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (ABATH, 1985).

Desde o surgimento dos primeiros programas na segunda metade da década de 1970, a especialidade MGC foi se configurando como uma quimera entre propostas originais brasileiras, mas também composta por práticas inspiradas em diversos dos modelos internacionais - americano, britânico, canadense, cubano - e ainda incorporando elementos de especialidades brasileiras através de médicos fundadores que eram especialistas em Clínica Médica, Medicina Interna, Psiquiatria e Pediatria; entretanto, se percebe que a orientação da família como unidade primordial de cuidado e a orientação comunitária, era compartilhado com a especialidade internacionalmente como Abath (1984) sintetiza nesse trecho:

“Em alguns programas há tentativa de distinção entre as várias designações da Medicina Geral Comunitária. A expressão Medicina Familiar seria uma Medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares exercida como medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares, exercida como medicina liberal, sem considerar a comunidade como fator prioritário. Seria o modelo copiado dos Estados Unidos da América do Norte. A Medicina Geral seria caracterizada por atendimentos médicos independentes de idade, sexo ou patologia dos pacientes, porém sem preocupações maiores

com a saúde dos núcleos familiares e da comunidade, podendo os atendimentos serem episódicos não propiciadores de uma assistência contínua e personalizada. Em alguns programas ou em alguns setores de alguns programas persiste esta modalidade de atendimento. Em todos os Programas, núcleo familiar é entendido como o conjunto de indivíduos que se consideram como pertencentes a uma mesma família, habitam sob o mesmo teto e comem da mesma mesa, independentemente de laços legais ou de consanguinidade. (ABATH, 1984, p.169)

Para Jairnilson Paim, expoente da Reforma Sanitária Brasileira e crítico a importação desse modelo, o surgimento da Medicina Comunitária/Medicina Familiar americana na “administração Kennedy e sua política de combate à pobreza”, caracterizava-se “por envolver procedimentos preventivos e curativos dirigidos para famílias ou grupos [...] num trabalho multi-institucional e multiprofissional atuando especialmente ao nível dos guetos” (PAIM, 1976 p.9; PAIM, 1985).

Segundo Mello (1979, p. 13) apud Sól (2011):

“O movimento de assistência geral aos pobres visando minorar desigualdades sociais, sob a forma de guerra à pobreza, determinou uma nova estratégia de assistência médica a estas populações. [...] passou-se a enfatizar o estudo da família e seu comportamento para compreensão dos problemas comunitários. [...] Encarando o duplo aspecto, família e comunidade, a prática médica foi obrigada a articular-se com outras disciplinas como a Psicologia, a Ecologia, a Antropologia e a Engenharia Sanitária. A assistência médica a indivíduos foi substituída por uma perspectiva mais ampla, em que os indivíduos e suas queixas devem ser encarados como componente de um meio bio-psicossocial. Estimulando a comunidade a participar na resolução de seus próprios problemas, incluindo os de saúde.” (SÓL, 2011. p.48)

Esse início de vida da especialidade foi "compartilhado" com o surgimento de outra especialidade, a Medicina Preventiva e Social, que representava uma outra

vertente de formação de médicos para APS e apesar de guardarem diferenças ideológicas e de referenciais teóricos - e da resolução sequer citar família ou a abordagem da mesma - a normativa da CNRM colocava a MGC como "equivalente" a MPS em sua primeira menção oficial enquanto especialidade:

“Art.1o. Os Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva ou Social (RMPS) devem ser montados de modo a permitir que o Residente, ao final do estágio, esteja apto a:

- a) planejar, organizar e administrar serviços de saúde;*
- b) executar ações de promoção, proteção, recuperação, e reabilitação a nível primário, de modo contínuo, como integrante de equipe de saúde;*
- c) encaminhar, quando necessário, problemas de saúde à serviços especializados, mantendo continuidade do atendimento;*
- d) conhecer e utilizar métodos e técnicas de educação e participação comunitária em saúde;*
- e) desenvolver programas de preparação e utilização de recursos humanos em saúde - pessoal próprio e em treinamento dentro dos serviços;*
- f) analisar criticamente as características dos processos geradores dos problemas de saúde, suas relações com a organização social (incluídas as instituições de saúde) e as alternativas de solução.*

[...] Art. 9o. - Os programas de Residência médica que apresentem denominações tais como: Saúde Pública, Medicina Comunitária, Saúde Comunitária e outras, cujo conteúdo programático atenda às presentes normas, devem ser considerados equivalentes aos Programas de RMPS” (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 1979) *Grifo da autora*

Apesar dessa equivalência documental, em documentos advindos do movimento da Saúde Coletiva, se encontram críticas de que a MCG organizava serviços para atender aos marginalizados através de uma medicina simplificada e mantendo os trabalhadores em condições mínimas de saúde para serem produtivos e imputando à especialidade uma função de diminuição das tensões sociais (CEBES, 1980), o que configurava uma disputa interna no país por recursos e financiamento para consolidação dos programas já existentes de MGC e MPS e a criação de novos (FALK, 2005).

Esse debate, era antecedido internacionalmente pelas discussões sobre a formação de médicos adequados ao desenvolvimento de cada país e no Brasil, autores ligados, tanto à Medicina Preventiva, quanto à Medicina Comunitária e

Familiar registraram em seus estudos que, apesar de serem correntes de pensamento com orientações distintas originadas nos Estados Unidos da América do norte no século XX, esses movimentos chegaram às Universidades latino americanas simultaneamente, causando uma certa confusão conceitual e uma mescla de suas influências (AROUCA, 1975; ABATH, 1984; DONNANGELO, 1976)

A partir de vários eventos e discussões entre os grupos envolvidos, o nono artigo da resolução de 1979 é revogado, a MGC ganha uma resolução própria, a Resolução CNRM 07 de 1981, a primeira que normatiza a formação na especialidade de forma específica via residência médica e onde a menção à família como unidade do cuidado aparece:

*“Art. 5o. O médico geral comunitário, formado nos programas de Residência Médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase nos grupo materno-infantil, **dentro do conceito de atendimento integrado à família**, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infecto-contagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção específica das deficiências nutricionais.”*
(BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 1981a. p.1) **Grifo da autora**

Com essa resolução, se passou a uma etapa em que se formalizaram os PRMsMGC já existentes no Brasil e no mesmo ano foi fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), com sede em Petrópolis (RJ) (FALK, 2005).

Examinando os documentos que contam a história das ideias que influenciaram a constituição da MGC brasileira também se nota que apesar das diferentes denominações, existia uma espécie de identidade comum, talvez numa tentativa de guardar particularidades relativas às necessidades sócio demográficas brasileira e das disputas com a Medicina Preventiva e Social:

*“As designações **medicina familiar, medicina geral, medicina de assistência primária e medicina geral comunitária** são empregadas como sinônimos ou como expressões de diferenças conceituais imprecisas. A denominação Medicina Geral*

*Comunitária é a mais amplamente aceita tanto por preceptores como residentes e outros profissionais interessados no assunto, para expressar a prática desenvolvida pelo médico geral, generalista, médico de família ou, mais precisamente, pelo médico geral comunitário. Ela consiste em uma prática médica voltada para indivíduos, **núcleos familiares** e comunidade e que, independentemente de idade, sexo ou patologia que o paciente apresente, se propõe prestar uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário referir o paciente e outros níveis de assistência para esclarecimento diagnóstico ou tratamento. [...] (ABATH, 1984, p.168) **Grifo da autora***

Em 1986, atendendo ao pleito da SBMGC, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a MGC como especialidade médica, qualificando-a como representante dos médicos atuantes na área (CFM, 1986a; 1986b).

Apesar do reconhecimento do CFM, a especialidade MGC que tinha sido criada há 10 anos, ainda não havia se consolidado e em 1987, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) interrompeu o financiamento de todas as bolsas de PRMsMGC no país, levando à extinção de grande parte dos PRM (FALK, 2005).

Na década de 1990, a MGC enfrentou, além da falta de financiamento dos seus PRMs, a dificuldade dos egressos dos programas que, desde 1976, vinham tentando se estabelecer no mercado de trabalho enquanto especialistas e serem valorizados pela sua titulação. Esse contexto adverso, inclusive, contribuiu para a desorganização e o enfraquecimento da SBMGC, entidade nacional que representava os médicos gerais e comunitários, sendo desativada e reativada, por duas vezes (FALK, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde em 1988 e a organização da Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF) foi, ao mesmo tempo, uma perspectiva de atuação desses especialistas e, também, uma nova arena de disputas, na qual se prosseguiu a discussão sobre a MGC ser ou não considerada um modelo que merecesse recursos para formação desse profissional e

em que médicos gerais e comunitários participaram em vários momentos da implantação do programa (FARIAS; STEIN; HOFFMAN, 2004; GROSSMAN, 2010).

Mesmo frente à alternância entre períodos promissores e períodos em que prevaleceu a falta de investimento na formação em MGF/MFC no país, alguns autores defendem que a especialidade se sustentou como a melhor alternativa de qualificação de médicos para a APS, pois esteve comprometida com a prestação de serviços de excelência e qualidade clínica, seguindo os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira (ANDERSON et al., 2007; FALK, 2004).

As décadas de 1990 e os primeiros anos dos anos 2000 foram marcados pela expansão da Estratégia Saúde da Família mesmo com a política de formação de especialistas médicos em APS através da residência médica estando estagnada porém foi essa expansão que possibilitou a reaglutinação dos médicos que atuavam na APS incluindo aí, os MGC (OLIVEIRA, 2019).

Em 2000 foi realizado no Rio de Janeiro o I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, e a partir da reunião de médicos de todo país - mGCs, médicos atuantes no PSF e em outros projetos municipais de APS baseados em médicos generalistas - foram aprovadas as propostas de reorganização desses médicos através da reativação da SBMGC (FALK, 2005).

Iniciou-se então um processo que foi concluído em agosto de 2001 após processo de votação entre esses médicos, que escolheram como novo nome Medicina de Família e Comunidade (MFC) e, conseqüentemente, sua entidade representativa passou a se chamar Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e os mGCs, médicos de família e comunidade (mFC) (FALK, 2005).

Em seguida, em 2002, SBMFC obteve sua filiação junto à Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF) e junto à Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) (FALK, 2005).

Assim, a especialidade assumiu uma aproximação internacional com definição do Médico de Família e Comunidade, representada pela síntese da CIMF:

“O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito

individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra” (ARIAS-CASTILLO et al, 2010, p. 1). **Grifo da Autora**

Internacionalmente a MFC é assumida como a especialidade médica da integralidade, estratégica na configuração dos sistemas de saúde e que tem como principal campo de prática a Atenção Primária à Saúde (RAKEL e RAKEL, 2015; FREEMAN, 2018); países que contam com sistemas de saúde majoritariamente públicos e com forte investimento em APS vão ter 30 a 40% de seus especialistas formados em MFC (SANTOS, 2012).

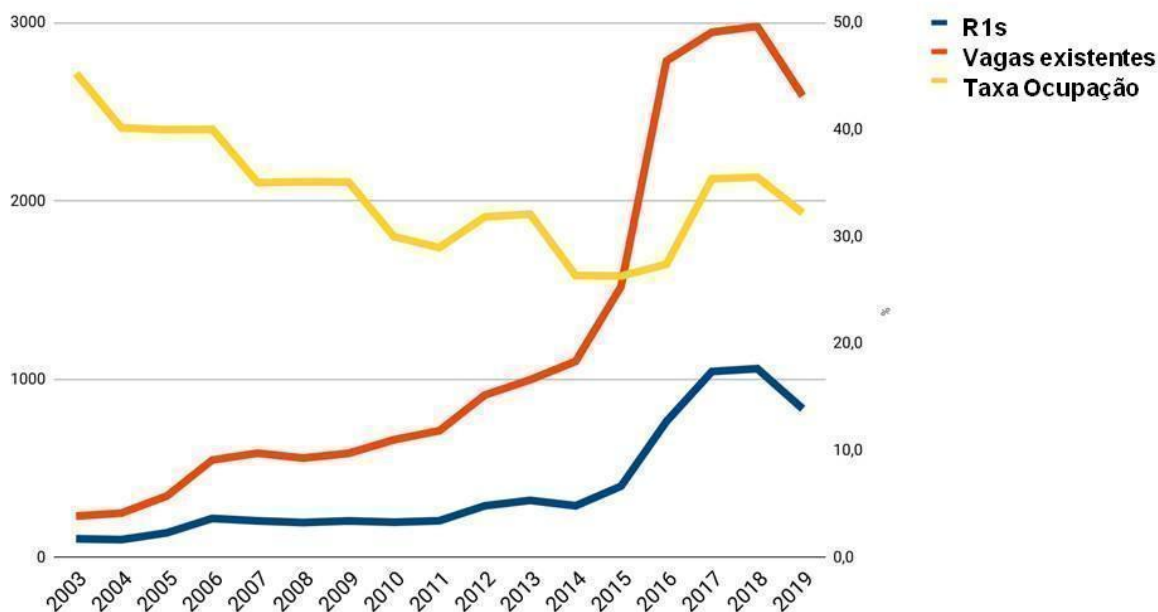
Ainda em 2002 a SBMFC obteve reconhecimento da nova denominação da especialidade pela CNRM e pelo CFM e em 2003, consolidou sua representação com o fim do processo de reconhecimento como a entidade credenciada para certificação de especialistas através do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) perante a Associação Médica Brasileira (AMB) (FALK, 2005).

Além da formação pela residência, é pré-requisito obrigatório para um médico obter o TEMFC, a comprovação de experiência prática na área incluindo atendimento a todos os ciclos de vida por no mínimo 40 horas por semana por 4 anos (ou carga proporcional de horas) e conseguir pontuação mínima nas provas escrita e curricular como previsto em edital que regula o exame de suficiência dessa sociedade científica (AUGUSTO et al., 2018; FALK, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021).

Desde 2003 tem-se notado esforços consistentes dos Ministério da Saúde e da Educação assim como da própria SBMFC no sentido de fomentar a criação de PRMsMFC, visando aumentar o número de centros formadores e atrair estudantes de Medicina com a qualificação dessa formação e que junto aos incentivos financeiros governamentais, como complementação das bolsas básicas dos residentes e oferta de bolsas para preceptores, o fez aumentar progressivamente a

oferta de vagas e o número de programas e de ingressos nesses programas (OLIVEIRA, 2019) (Figura 1).

Figura 1. Evolução do número de vagas de residência médica, ofertadas e ocupadas, nos PRMsMFC. Brasil, 2003 a 2019.



Fonte: CRNM, MEC (KNUPP, 2019).

Lopes e Dias (2018) afirmam que considerando a amplitude da prática do médico de família e comunidade e a conseqüente necessidade de conhecimentos para desenvolver suas ações:

*"A MFC tem-se desenvolvido, no mundo todo, como a opção mais eficaz para promover a mudança na abordagem aos problemas de saúde das pessoas (nível individual), **das famílias (nível familiar)**, em grupos, em instituições e nas comunidades (nível coletivo). É um campo do conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática médica tradicional, centrada na doença, enfrentando efetivamente as dificuldades na prestação do cuidado à saúde dispensado hoje"* (LOPES e DIAS, 2018, p.4-5).

Como o escopo da especialidade - não de forma exclusiva, mas como fundamento da sua *expertise* - inclui ser o primeiro contato através de acesso facilitado, cuidado abrangente, longitudinal e coordenado, levando em conta seu contexto **familiar** e comunitário (ANDERSON et al., 2005), entende-se que:

“A MFC possui um conjunto fundamental de conhecimentos que é próprio dela, o que a torna uma disciplina, e compartilha conteúdos e conhecimento com outras especialidades, incorporando esse compartilhamento para usá-lo na prática em cuidados primários à saúde, compondo, assim, seu portfólio de atuação. (LOPES e DIAS, 2018, p.1-2).

Nesse sentido, o médico de família e comunidade deve ter competências no campo do desenvolvimento humano, das famílias e de outros sistemas sociais para aprimorar uma abordagem ampla no manejo dos problemas trazidos pela pessoa, e que podem envolver sua dinâmica familiar e comunitária (LOPES e DIAS, 2018).

Nessa prática, reside uma interface com a Psicologia e mais especificamente, com a Terapia Sistêmica Familiar e de Casal, visto que a abordagem sistêmica é apresentada tradicionalmente dentro da MFC como uma teoria que permite uma melhor compreensão do sofrimento humano e que deve ser aplicada em associação com práticas da medicina baseada em evidências (FREEMAN, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e descrever as competências sobre abordagem familiar preconizadas institucionalmente pela SBMFC e pela CNRM/MEC para formação de Médicos de Família e Comunidade e suas possíveis interseções com a Terapia Sistêmica de Família e Casal;

2.2. Objetivos Específicos

Traçar os antecedentes históricos da relação da disciplina Medicina de Família e Comunidade com a Terapia Sistêmica de Família e Casal a partir de sua fundamentação teórica;

Sugerir conteúdos temáticos, referenciais teóricos e de abordagens que possam ser inseridos nos currículos para formação desses especialistas a partir de suas interseções com a Terapia Sistêmica de Família e Casal.

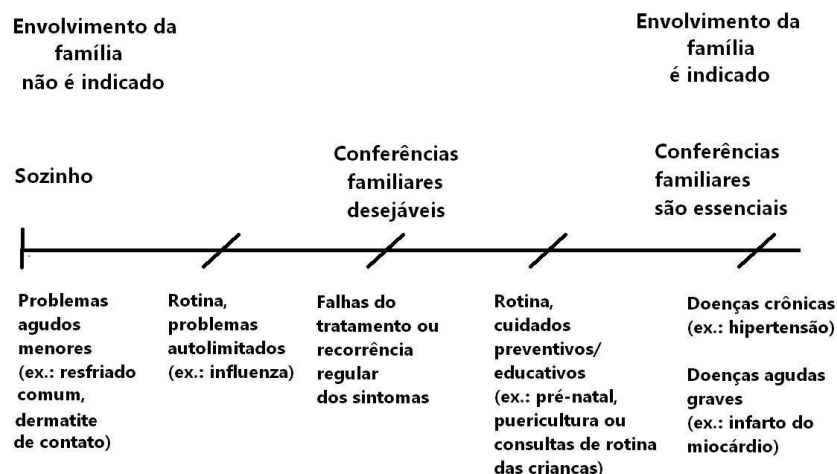
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos anos finais da década de 1970 nos EUA, o terapeuta de família William J. Doherty, da Universidade de Iowa, e o médico da família, Macaran A. Baird, em Minnessota, iniciaram uma colaboração que visava a aproximação da Medicina Familiar com a Terapia Familiar, e em 1980 enviaram o primeiro resumo para Conferência da Associação Americana de Terapia de Casal e Família (American Association for Marriage and Family Therapy) que foi aceito e apresentado em uma *workshop* em Toronto (DOHERTY e BAIRD, 1983).

A *Society of Teachers in Family Medicine* em 1981 promoveu uma conferência sobre "A Família na Medicina Familiar" que depois se tornou um evento anual e em 1983 foi iniciada a publicação do periódico *Family Systems Medicine* (McDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994).

Doherty e Baird em 1983 publicaram em seu livro *Family Therapy and Family Medicine - Toward the primary care of families*, uma proposta sobre quando estariam indicadas a realização de reuniões entre médico, paciente(s) e família(s) (figura 2).

Figura 2 - Quando reunir a família segundo Doherty e Baird (1983)



Fonte: Doherty e Hepworth. p72. (1983). Arte e tradução e pela própria autora a partir do original *Family Therapy and Family Medicine - Toward the primary care of families*. New York: Guilford, 1983.

Outros médicos e terapeutas produziram diversos artigos relevantes nos anos seguintes como Janet Seely, que publicou em 1984 o texto *Working with the Family in Primary Care* e atuou junto com na Universidade McGill em Montreal com Yves Talbot, um pediatra que se tornou médico de família e veio ao Brasil entre 1995-2004 treinar médicos e equipes brasileiras em ferramentas para trabalho com famílias (DOHERTY e BAIRD, 1983; LOPES, 2005).

Na origem desses debates, apesar dessas iniciativas entusiasmada, também houve resistências e autores como Merkel (1983) questionavam se apesar da ênfase na família pela especialidade ter sido "politicamente útil" como forma de diferenciar o "novo" médico de família do antigo clínico geral, haviam obstáculos consideráveis para a efetivação na prática que envolvesse médicos familiares e as famílias.

No seu artigo *"The family and family medicine: should this marriage be saved?"*, Merkel elencou como obstáculos poucos professores de medicina familiar terem sido treinados para compreender as famílias, da maior demanda com problemas práticos relativos a tempo, espaço e aumento de gastos quando se saía do atendimento individual para o atendimento das famílias, além de "difícil mudança epistemológica necessária para aplicar a teoria dos sistemas" configurando um cenário que chamou de "relacionamento bem-intencionado, mas imprudente, entre a família e a medicina de família" (MERKEL, 1983).

Com o acúmulo das práticas de atendimento, formulações e pesquisas, Doherty e Baird (1987) descreveram no seu livro *Family Centered Medical Care*, casos clínicos classificados em níveis de envolvimento do médico com as famílias, detalhando a base de conhecimentos, atitudes (desenvolvimento pessoal) e habilidades necessárias que vão de uma prática com ênfase mínimo nas famílias até avaliações sistemáticas e intervenções planejadas (figuras 3 e 4) mas que nunca foi traduzido em sua íntegra no Brasil.

Esse modelo foi amplamente divulgado e utilizado em programas de formação de médicos de família, principalmente nos EUA e Canadá, sendo considerado um marco na relação das duas disciplinas consolidando uma

compreensão de que o médico não atuaria como um terapeuta familiar, a não ser que desenvolvesse competências e habilidades específicas, mas que por outro lado, poderia incorporar no seu dia-a-dia o trabalho direcionado para demandas dos pacientes e suas famílias (MARVEL e cols ,1994).

No sentido "contrário", McDaniel, Hepworth e Doherty produziram um livro destinados a terapeutas com contribuições para compreensões sobre questões tradicionalmente (bio)médicas - as doenças - em *Medical Family Therapy - A Biopsychosocial Approach to Families with Health Problems*, traduzido em português em 1994 como *Terapia Familiar Médica - um enfoque biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde*, essa diferenciação é colocada:

“Este é o primeiro livro para terapeutas que descreve uma abordagem familiar sistêmica para uma ampla faixa de questões médicas que ocorrem na interligação entre a biologia e a dinâmica familiar”. (McDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994, p. xvii).

Além dos já citados referencias teóricos clássicos, se destacam na revisão da literatura os trabalhos da psicóloga Susan McDaniel, o médico de família Thomas Campbell e terapeuta de família David Seaburn, relativos à aproximação da medicina, incluindo outras especialidades médicas como a Pediatria e Psiquiatria, sendo o livro *Family-Oriented Primary Care (Atenção Primária orientada para a Família)*, publicado pela primeira vez em 1990, um manual prático, baseado nas habilidades, para profissionais da APS (McDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994) e relançado em sua última edição de 2009 por McDaniel, Campbell e Jerri Hepworth e Alan Lorenz.

Apesar de decorridos mais de 2 décadas desde esses trabalhos iniciais, o modelo de Doherty e Baird persiste como a principal referência orientadora da prática dos médicos de família até o presente momento, sendo citados nos livros textos mais tradicionais como o *Manual de Medicina Familiar* de MacWhinney (FREEMAN, 2018).

Figura 3 - Níveis de envolvimento do Médico com as Famílias.

TABELA 2.1
Níveis de Envolvimento do Médico com as Famílias

Nível Um: Ênfase Mínima Sobre a Família	Nível Dois: Médicos Contínuos Informações e Conselhos	Nível Três: Sentimentos e Apoio
<p>Este nível básico de envolvimento consiste em lidar com famílias apenas o necessário por razões práticas e médico-legais, mas sem ver a comunicação com as famílias como parte integrante ao papel de médico ou como envolvendo habilidades que devem ser desenvolvidas pelo médico. Este nível presumivelmente caracteriza a maior parte do treinamento nas escolas de medicina, nas quais as questões biomédicas são o único foco consciente do atendimento ao paciente.</p>	<p><i>Base de conhecimentos :</i> Primariamente médicos, mais conscientização da dimensão triangular do relacionamento médico-paciente.</p> <hr/> <p><i>Desenvolvimento pessoal :</i> Disposição para engajar pacientes e famílias de uma forma cooperativa.</p> <hr/> <p><i>Habilidades :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar regular e claramente achados médicos e opções de tratamento aos membros da família. 2. Indagar questões aos membros da família que façam surgir informações diagnósticas e de tratamento relevantes. 3. Escutar atentamente as dúvidas e preocupações dos membros da família. 4. Aconselhar as famílias sobre como lidar com as necessidades médicas e de reabilitação dos pacientes. 5. Para famílias grandes ou que exigem muito, saber como canalizar a comunicação através de um ou dois membros-chave. 6. Identificar ampla disfunção familiar que interfere com o tratamento médico e encaminhar a família a um terapeuta. 	<p><i>Base de conhecimentos :</i> Desenvolvimento familiar normal e reações ao estresse.</p> <hr/> <p><i>Desenvolvimento pessoal :</i> Conscientização dos próprios sentimentos no relacionamento com paciente e família.</p> <hr/> <p><i>Habilidades :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indagar questões que façam surgir as expressões de preocupação dos membros e sentimentos relacionados à condição do paciente e seus efeitos sobre a família. 2. Escutar empaticamente as preocupações e sentimentos dos membros da família e informá-los sobre a normalidade da situação, quando apropriado. 3. Formar uma avaliação preliminar do nível de funcionamento da família, à medida que se relaciona com os problemas da mesma. 4. Encorajar os membros da família em seus esforços de enfrentarem a situação como uma família. 5. Adaptar os conselhos médicos às necessidades, preocupações e sentimentos da família. 6. Identificar a disfunção familiar e adaptar uma recomendação de encaminhamento à situação particular da família.

Fonte: Doherty, Hepworth e McDaniel, 1994. p22. Tradução do original W.J. Doherty, M.A. Baird. *Family centered medical care: a clinical casebook*. New York: Guilford, 1987.

Figura 4 - Níveis de envolvimento do Médico com as Famílias - continuação.

TABELA 2.1 (continuação)	
<i>Níveis de Envolvimento do Médico com as Famílias</i>	
Nível Quatro: Avaliação Sistemática e Intervenção Planejada	Nível Cinco: Terapia Familiar
<i>Base de conhecimentos</i> : sistema familiar.	<i>Base de conhecimento</i> : Sistema familiar e padrões pelo qual as famílias disfuncionais interagem com profissionais e outros sistemas de cuidado à saúde.
<i>Desenvolvimento pessoal</i> : Consciência da própria participação no sistema, incluindo o triângulo terapêutico, o sistema médico, o próprio sistema familiar e os sistemas comunitários mais amplos.	<i>Desenvolvimento pessoal</i> : Capacidade para lidar com intensas emoções nas famílias e em si mesmo e para manter o próprio equilíbrio em face da forte pressão dos membros da família ou outros profissionais.
<i>Habilidades</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Engajar os membros da família, incluindo aqueles relutantes, em uma conferência familiar planejada ou uma série de conferências. 2. Estruturar uma conferência com uma família com uma comunicação até mesmo fraca, de tal modo que todos os membros tenham uma oportunidade de expressão. 3. Avaliar sistematicamente o nível de funcionamento da família. 4. Apoiar os membros individuais, evitando, ao mesmo tempo, conluios. 5. Redefinir o que a família entende como o "seu" problema de forma que o torne mais resolvível. 6. Ajudar os membros da família a verem sua dificuldade como a exigir novas formas de esforço cooperativo. 7. Ajudar os membros da família a gerarem modos alternativos e mutuamente aceitáveis de lidar com suas dificuldades. 8. Ajudar a família a equilibrar seus esforços, calibrando seus vários papéis de um modo que permita o apoio sem o sacrifício da autonomia de qualquer um. 9. Identificar a disfunção familiar que jaz além do tratamento primário e orquestrar um encaminhamento, educando a família e o terapeuta acerca do que esperar um do outro. 	<i>Habilidades</i> : A lista seguinte não é exaustiva de habilidades da terapia familiar, mas é uma relação de várias habilidades fundamentais que diferenciam o nível cinco de envolvimento de atendimento primário com as famílias. <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistar famílias ou membros da família que são bastante difíceis de ser engajados. 2. Gerar eficientemente e testar hipóteses sobre as dificuldades e padrões internacionais da família. 3. Ampliar o conflito na família a fim de romper um impasse familiar. 4. Aliar-se, temporariamente, a um membro da família contra um outro. 5. Lidar, construtivamente, com a forte resistência da família à mudança. 6. Negociar relacionamentos cooperativos com outros profissionais e outros sistemas que estão trabalhando com a família, mesmo quando esses grupos mantêm hostilidade uns com os outros.

Além disso, apesar de ser uma possibilidade que mFCs se formem e também atuem como terapeutas familiares, se torna relevante ainda mencionar que se por um lado existem evidente interface entre a MFC e a Terapia Familiar é necessário atentar para as diferenças nas práticas e que não se advoga que todo mFC seja um terapeuta, como explica Freeman:

"Eventualmente, surge uma confusão entre medicina de família e terapia de família. Na terapia de família, o médico pode dar curso a uma terapia planejada para uma família disfuncional. O médico precisa ter o entendimento e a habilidade necessários para intervir de forma a mudar o funcionamento da família. Os poucos médicos de família e comunidade que atuam dessa forma são especializados em terapia de família e acumulam os papéis de médico e terapeuta, alguns recebendo pessoas encaminhadas por outros médicos de família e comunidade.

A meta do terapeuta é mudar a forma como a família funciona. Em geral, ele não tem o compromisso contínuo de garantir a manutenção da saúde dos integrantes da família individualmente. Se a mudança na família é contra os interesses de um de seus integrantes, então as necessidades da família podem preceder às do indivíduo.

Há outras diferenças entre o terapeuta de família e o médico de família e comunidade. Os terapeutas que começam a trabalhar com uma família geralmente não estão influenciados por relacionamentos anteriores com integrantes individuais da família. Começam como observadores neutros e distanciados. Os médicos de família e comunidade, no entanto, muitas vezes serão o objeto de sentimentos variados por parte de diferentes membros de uma mesma família. O médico pode ser visto, por exemplo, como um aliado pela esposa, como um inimigo pelo marido e como um pai autoritário pelos filhos. Da mesma forma, é difícil para o médico evitar o viés a favor ou contra um ou outro integrante da família. O terapeuta de família não tem outro compromisso com os integrantes da família além da responsabilidade de conduzir a terapia. O médico de família e comunidade, mesmo quando tenta ajudar uma família a

*mudar, precisa tratar da infecção urinária da mãe, da infecção respiratória dos filhos ou da depressão do marido. Ao fim da terapia, o terapeuta de família provavelmente não tenha mais nenhuma responsabilidade em relação à família. A responsabilidade do médico de família e comunidade em relação a cada um dos integrantes individualmente não tem um fim determinado. O contexto no qual o médico de família e comunidade trabalha está muito distante do contexto de trabalho de um terapeuta de família. Não significa, porém, que os médicos de família e comunidade não ajudem as famílias a mudar: significa que fazem isso de sua própria maneira, que é adequada a seu contexto. **O fracasso em entender essa diferença tem causado desapontamentos em psiquiatras e cientistas comportamentais que tentam ensinar terapia de família para médicos de família e comunidade, e em médicos de família e comunidade que não entendem bem sua missão. Esse é ainda outro exemplo de que os métodos clínicos não podem ser transferidos de um contexto para outro sem nenhuma modificação** (FREEMAN, 2018, p.48) grifo da autora*

4 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenhado como uma pesquisa de natureza aplicada, qualitativa e descritiva, na modalidade de Análise Documental, já que essa se aplica ao objetivo de permitir perceber o processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, comportamentos, e práticas, entre outros. (CELLARD, 2008).

Guba e Lincoln (1981) afirmam que como os documentos constituem fonte vasta e estável em que o pesquisador busca evidências que vão alicerçar suas impressões, em que a análise se configura numa técnica de baixo custo uma vez que podem ser realizadas consultas repetidas, dependendo da disponibilidade do pesquisador. Lüdke e André (1986), lembram que documentos se originam num contexto específico e por isso, nos dão informações sobre esse mesmo contexto (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 39).

4.1 Fontes de Informação

Neste estudo, as fontes de informação foram basicamente duas: documentos oficiais da SBMFC e da Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação.

Sobre a seleção de documentos ressalta-se na literatura que:

"O documento a ser utilizado na pesquisa dependerá do objeto de estudo, do problema a que se busca uma resposta. Neste sentido, ao pesquisador cabe a tarefa de encontrar, selecionar e analisar os documentos que servirão de base aos seus estudos" (KRIPKA, SCHELLER e BONOTTO, 2015, p.57).

4.1.1 Documentos

Foram selecionadas para este estudo, publicações oficiais da CNRM do MEC e da SBMFC por serem no âmbito da especialidade, os órgãos que em última

instância, normatizam os processos de formação de especialistas em MFC, respectivamente no âmbito da residência e da titulação.

Foram incluídos como documentos da SBMFC publicações relacionados ao contexto do estudo, ou seja, os que tratam das competências do MFC e as referências bibliográficas chanceladas oficialmente pela entidade e que tem foco na Abordagem Familiar/Família pelo Médico de Família e Comunidade (**Quadro 1**).

Quadro 1. Documentos que tratam da Abordagem Familiar pelo Médico de Família e Comunidade utilizados, por tipo e período. Brasil: 2005 a 2021.

NOME DO DOCUMENTO	Tipo	Autor e Ano de publicação
"Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade"	Documento da entidade	ANDERSON e cols, 2005
"Ferramentas de Abordagem Familiar "	Capítulo do PROMEF	FERNANDES E CURRA, 2006
"Manual da Oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade - capítulo 15: Abordagem Familiar"	Capítulo de Manual	FERNANDES e cols, 2009
"Ferramentas de abordagem familiar: FIRO e PRACTICE"	Capítulo do PROMEF	WAGNER, 2012
Capítulo 10 "Abordagem Familiar" do livro Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária baseada em Evidências" - 4a. edição	Capítulo de livro referência do TEMFC	FERNANDES, FALCETO e WARTCHOW, 2013
Currículo Baseado em Competências da SBMFC	Documento da entidade	SBMFC, 2015

"Ferramentas da Prática do Médico de Família e Comunidade"	Capítulo do PROMEF	FERNANDES E CURRA, 2015
Capítulo 35 "Abordagem Familiar" do Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2a. edição	Capítulo de livro referência do TEMFC	DIAS, 2019
Edital do TEMFC 2021 e anexos	Edital	SBMFC, 2021

Organização: própria autora

Quadro 2. Documentos que tratam dos conteúdos, requisitos mínimos e regulamentações oficiais da Residência Médica em MFC, por tipo e período. Brasil: 1979 a 2017.

TIPO DE DOCUMENTO	Ano	Assunto	Vigência
Resolução CNRM 08	1979	Instrui sobre os Programas de Residência Médica em MPS	revogada
Resolução CNRM 07	1981	Inclui a MGC entre as Especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM e revoga os artigos 2º e 9º da Resolução CNRM nº 8//79.	revogada
Resolução CNRM 01	2002	Revoga as resoluções CNRM nº 5/79, 1/81, 7/81, 16/81, 4/83, 1/86 e dispõe sobre os Conteúdos Básicos de Programas de Residência Médica: Acesso Direto e com Pré-Requisito.	revogada
Resolução CNRM 02	2006	Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.	revogada
Resolução CNRM 01	2015	Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em MFC - R1 e R2 e dá outras providências	vigente
Resolução CNRM 09	2021	Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade	vigente

Organização: própria autora

4.2 Análise dos Dados e Referencial Teórico

Os dados coletados foram analisados tendo como referencial teórico-metodológico a técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Nesse sentido, em uma primeira etapa, os documentos selecionados e o material transcrito foram lidos, de forma 'flutuante', seguido da identificação de trechos selecionados e destacados por temas e/ou categorias. Em uma segunda etapa, foi realizada a exploração dos trechos pré-selecionados, com nova classificação e recorte dos trechos destacados, com análise e interpretação do material disponível (GIL, 2008).

Segundo Lüdke e André (1986), o pesquisador aumenta o campo de informações procurando itens emergentes que devem ser mais aprofundados e seguindo a técnica proposta pelos autores, após a definição preliminar das categorias

Assim, seguiu-se com o enriquecimento do sistema a partir do aprofundamento, ligação e ampliação e ao reexame do que foi produzido buscando ampliar os olhares da autora, perceber novos ângulos e conseqüentemente, conhecimentos, explorando as ligações existentes, estabelecendo associações e relações, combinando, separando ou reorganizando elementos.

Por último passou-se a uma nova avaliação das categorias quanto à sua abrangência e delimitação até que a saturação como proposto pelos autores:

"Quando não há mais documentos para analisar, quando a exploração de novas fontes leva à redundância de informação ou a um acréscimo muito pequeno, em vista do esforço despendido, e quando há um sentido de integração na informação já obtida, é um bom sinal para concluir o estudo" (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.44).

4.3 Implicações da Pesquisadora/Autora

Na perspectiva da escolha do tema e desenvolvimento do trabalho, como pesquisadora, reconheço como Lourau (1975, p. 85) que *"estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que*

eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias.”

Em relação ao percurso metodológico:

“O desafio a esta técnica de pesquisa é a capacidade que o pesquisador tem de selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte. Quando isso acontece há um incremento de detalhes à pesquisa e os dados coletados tornam-se mais significativos.” (KRIPKA, SCHELLER e BONOTTO, 2015, p.57)

Como pesquisadora, me vi impelida a entender que não assumia o lugar confortável apenas de observadora, mas de ser uma participante do processo de construção das intersecções entre a MFC e a TFC e vivenciar os conflitos de tecer críticas justas ao que foi produzido e está expresso na elaboração dos documentos apresentados, inclusive por ter feito parte de processos institucionais como a revisão do Currículo Baseado em Competências da SBMFC e das últimas 3 diretorias da entidade, representando a mesma em discussões sobre a matriz de competências junto a CNRM.

4.4 Limitações do Estudo

Devido à pandemia de Covid-19 o trabalho foi limitado pela impossibilidade da pesquisadora se dedicar ao trabalho de campo e gerar dados que poderiam ser utilizados na triangulação de fontes, mas devido às medidas preventivas à Covid-19, não foi possível a execução de técnicas como grupos focais e entrevistas com médicos de família e comunidade inicialmente planejados para serem realizados presencialmente durante o XVII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, previsto para julho de 2020 mas que só foi realizado de forma remota em 3 etapas, entre agosto e outubro de 2021.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo proposto respeitou as diretrizes da Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde sobre ética em pesquisa com pessoas no SUS (BRASIL.MS.CNS, 2012) e da Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) pois não envolveu seres humanos nas suas fases e utilizou o apenas dados de domínio público, sem precisar de apreciação e autorização por Comitê de Ética em Pesquisa.

5 Histórico das Relações entre a MFC e TF no Brasil

Entre os documentos seminais que contam a história da MGC no país (ABATH, 1985; BUSNELLO, 1976; BUSNELLO, 2010; GROSMANN, 2010; RODRIGUES, 2007, SÓL, 2007)), o que mais se destacou durante a análise documental pelo detalhamento da proposta de trabalho com as famílias, foi a tese de livre docência do professor que descreve a integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária concomitante a criação da Residência em MGC num formato multiprofissional.

Busnello (1976) através do relato e debate do caso de dez famílias utilizando os registros integrais dos atendimentos num formato de prontuário de família, adaptado do modelo de prontuário orientado para solução de problemas (WEED, 1971):

“Na procura de um prontuário que correspondesse às finalidades do Sistema, [...] tentou-se uma adaptação local do método de Weed, aplicando-o ao grupo familiar de forma a permitir que a família como um todo fosse o objeto do registro. Problemas físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos e do grupo familiar deveriam estar nitidamente identificados para todos os que manuseassem o prontuário, a fim de poupar, tanto à família quanto aos pacientes, reinvestigações desnecessárias, preservar tarefas de saúde já complementadas e reiniciar atendimentos que por acaso tivessem sido descontinuados.

Em geral, os prontuários de família são uma coleção de fichas individuais agrupadas numa única pasta (COHN e SCHMIDT, 1975). O prontuário de família fornece dados gerais sobre a mesma e enseja o acompanhamento de todo o grupo familiar de forma sistemática, registrando toda a evolução da família e de seus membros, é uma inovação e tem despertado a curiosidade de técnicos em administração de serviços de saúde em todo o mundo (COHN e SCHMIDT, 1975)”. (BUSNELLO, 1976, p.79)

Nesse documento, Busnello (1976) ainda sistematiza o atendimento de três tipos principais de problemas: alcoolismo, desnutrição, mau rendimento escolar e as

psicoses e no anexo 1, apresenta a definição de famílias de risco sendo que as que apresentam um ou mais dos seguintes problemas, detalhados nos subitens: "1. Criança a risco 2. Gestante a risco 3. Tuberculose 4. Alcoolismo 5. Problema socioeconômico 6. Problema mental 7. Problema de desenvolvimento infantil 8. Problema odontológico 9. Problema de saneamento" (p.239).

Já na década de 80, Abath (1986) em trabalho que através de entrevistas e questionários, levantou as principais características dos 10 programas de MGC existentes no Brasil e que a essa altura já também eram identificados como Medicina Familiar, (assim como nos EUA) registrou que o atendimento a famílias nesses programas, de forma geral se dava através da participação dos residentes em atividades como:

"- delimitação de área e cadastramento das famílias;

- visitas domiciliares para entrevista com seus moradores e observação dos aspectos físicos da casa;

- visitas domiciliares para controle de prioridades e de doenças transmissíveis;

- educação para a saúde e saúde escolar;

- estudo de remédios caseiros através de visitas domiciliares;

- reuniões com grupos de hipertensos, doentes mentais, diabéticos e clube de mães:

- reunião nos postos com grupos comunitários para discussão sobre os serviços de saúde e reivindicações da comunidade;

- inquéritos de morbidez, a domicílio ou nos Postos de Saúde."
(ABATH, 1985, p.61)

Apesar de intensa pesquisa de revisão, não foram encontrados relatos das propostas curriculares sobre como se dava a abordagem familiar nesses programas nem dos referenciais teóricos nas décadas de 80, sendo em geral, citadas a característica geral de promoverem atendimentos a indivíduos de uma mesma família em contextos de alcoolismo/drogadição e pobreza/miséria nem serem localizados artigos sobre o uso de ferramentas específicas na década de 80

(ABATH, 1985; BUSNELLO, 1976; BUSNELLO, 2010; GROSMANN, 2010; RODRIGUES, 2007, SÓL, 2007).

A primeira citação localizada do encontro entre a MGC e a Terapia Familiar e os referenciais teóricos internacionais já descritos estão registrados na dissertação de mestrado do MFC José Mauro Ceratti Lopes (2005), que foi residente da primeira turma do PRM do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre em 1981.

Nessa mesma cidade havia um grupo de profissionais pioneiro na formação de Terapeutas de Família no Brasil desde os 1980 (FALCETO, 2012), como David Epelbaum Zimmermann, Paulo Sergio Rosa Guedes, Alberto Stein e José Ovídio Valdemar, psiquiatras e terapeutas de família, dentre os precursores da Terapia de Família e fundadores do Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA).

Em sua dissertação, Lopes (2005) conta que:

"O SSC-GHC tem dentro de suas raízes históricas e princípios uma preocupação fundamental na relação do médico com as pessoas sob sua responsabilidade, representada dentre tantas atividades pela utilização dos "grupos Balint" sob coordenação do Dr. David Zimmermann (1980-1981) e Dr. Paulo Sérgio Rosa Guedes; por ensinar aos médicos de família uma abordagem familiar com supervisão dos Drs. Alberto Stein e José Ovídio Valdemar (1985-1987); pelos intercâmbios com a Inglaterra (Drs. Cecil Helman e Andrew Heines); e na realização de curso para formação de professores em Medicina de Família com professores canadenses Yves Talbot e Walter Rosser, que apresentou o método clínico centrado no paciente e reforçou a necessidade de uma abordagem familiar aos problemas de saúde". (LOPES, 2015, p.22). **Grifo da Autora**

Das experiências relatadas, duas se destacam no impacto que tiveram no ganho de novas ferramentas que se somaram ao prontuário familiar, por contribuição da aproximação da MGC com a disciplina da Terapia Familiar, sendo a primeira, a incorporação dessa discussão ao currículo do programa de residência do Grupo Hospitalar Conceição inicialmente pela discussão de casos com Alberto Stein,

continuada pela formação de outros egressas de programas em MGC que se tornaram preceptoras.

Olga Garcia Falceto, psiquiatra e terapeuta familiar, uma das fundadoras do INFAPA e uma responsáveis pela discussão de casos, junto com Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts, médica Geral e Comunitária formada em 1985, foram autoras dos capítulos "Estrutura e dinâmica familiar" e "O médico e a família" na edição de lançamento do livro "Medicina Ambulatorial - Diretrizes Clínicas em Atenção Primária à Saúde" em 1990 (DUNCAN, SCHIMIDT e GIUGLIANI, 1990).

Nesses capítulos se introduziram os conceitos de Abordagem Familiar a partir da Teoria Sistêmica, Arranjos Familiares, Ciclo Vital e Entrevista Familiar, sendo as principais referências bibliográficas os trabalhos dos psiquiatras J. Lewis e R. Skynner (FALCETO e AERTS, 1990).

Na próxima edição, lançada em 1996, se juntaram a Olga e Denise na autoria do capítulo "O Médico, o Paciente e sua Família" Elisabeth Susana Wartchow que concluiu sua residência no Centro de Saúde Murialdo em 1983 e Carmem Luiza Corrêa Fernandes, formada em 1985 no GHC. Ambas concluíram sua especialização em Terapia Familiar no Centro de Estudos Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA) em 1994 e já vinham atuando como mGCs e preceptores no PRMMGC do GHC (DUNCAN, SCHIMIDT e GIUGLIANI, 1996).

A segunda experiência que marcou a história da MGC foi a vinda de Yves Talbot e Walter Rosser ao Brasil no início dos anos 90 através de uma parceria entre o Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, do Canadá e a secretaria municipal de Saúde de Curitiba para capacitar equipes de Saúde da Família nesta cidade realizando diversos cursos para formação de profissionais multiplicadores (MOYSÉS, 2010) e posteriormente para outras cidades do Brasil e no Chile (TALBOT e cols, 2009).

A parceria se estendeu para Porto Alegre com o GHC e lá o curso teve como foco a formação de professores em MGC na oficina "Ensinando a Aprender Medicina Geral Comunitária" em que foram participantes Leda, Carmem, Elisabeth entre outros mGCs (LOPES, 2006; GROSSMAN, 2010; MOYSÉS, 2010).

Em Curitiba, um desses profissionais multiplicadores foi o médico Hamilton Lima Wagner, especialista em Ginecologia e Obstetrícia que se efetivou como médico do PSF em Curitiba e concluiu sua formação em Terapia Familiar em 1995, mesmo ano em que foi da primeira turma do Curso com Talbot, se tornou instrutor do protagonizou a formação em série de outros profissionais entre 1995 e 2004 (WAGNER, sem data; TALBOT e cols, 2009).

Esse curso trabalhava a temática da abordagem familiar a partir de casos orientadores que apresentavam como conceitos e ferramentas de trabalho com as famílias: as teoria de Ciclo de Vida; o *Fundamental Interpersonal Relations Orientation* (FIRO), ferramenta que auxilia na avaliação de grupos ou família, nas dimensões de inclusão, controle e intimidade e PRACTICE (uma acróstico pedagógico, desenvolvido na Universidade McGill-Canadá em 1984, que tem como objetivo facilitar que pessoas em treinamento cubram todas as áreas-chave da abordagem familiar). (WAGNER, sem data).

O material do curso foi amplamente disseminado pelo país a partir de trocas em trocas entre os próprios profissionais e gestores interessados em organizar iniciativas semelhantes e foi reproduzido em oficinas e capacitações da estratégia Saúde da Família, influenciando notavelmente a organização do "Curso Introdutório de PSF" que tinha entre seus conteúdos mínimos obrigatórios "ciclo vital individual e familiar" e "instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias" de forma oficial pelo Ministério da Saúde em .(BRASIL.MS, 2006).

Hamilton além de ser facilitador do curso, traduziu o livro "Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes" (WILSON, 1996) e publicou diversos artigos relatando experiências de trabalho com famílias no PSF (WAGNER, 2001), incluindo o arquivo "Aplicação do Pensamento Sistêmico no Trabalho em Saúde da Família" na primeira edição da revista científica da SBMFC, a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), editada a partir de 2004, ano em que ele também obteve a titulação como MFC.

Neste mesmo ano, o livro Medicina Ambulatorial foi reeditado sendo atualizado o subtítulo para "Conduas de Atenção Primária Baseadas em

Evidências" e prefaciado pelo Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva. Exemplos dessa 3.ª edição foram distribuídos pelo MS para todas as Unidades Básicas de Saúde e do Programa Saúde da Família. Nesta edição o capítulo "O Médico, o Paciente e sua Família" incorporou os conceitos de Níveis de Funcionamento Familiar e referências como Salvador Minuchin (DUNCAN, SCHIMIDT e GIUGLIANI, 2004).

Ainda em 2004 se realizaram as duas primeiras edições do concurso para obtenção do TEMFC: a primeira contou apenas como análise curricular e tinha como critério principal a demonstração de experiência e *expertise* na área, já a segunda constou de duas etapas, a primeira, uma primeira prova de suficiência que teve como conteúdos programáticos e referências bibliográficas relacionados a família, além de todo o livro de Medicina Ambulatorial, um livro do terapeuta Salvador Minuchin, consagrando definitivamente a incorporação oficial pela MFC da produção científica da Terapia Sistêmica Familiar (Quadro 3)

Quadro 3: Conteúdos programáticos e referências bibliográficas relacionados à família no 2.º concurso para obtenção do TEMFC. Brasil: 2004

Conteúdos programáticos relacionados a família	Referências bibliográficas da Área Temática III - Abordagem Familiar
<p>15. Conhecimento sobre o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar.</p> <p>16. Reconhecimento e abordagem às crises familiares, evolutivas e não evolutivas, às disfunções familiares no âmbito da Medicina de Família e Comunidade.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAKEL, R. E. <i>Textbook of family practice</i>. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. 2. MINUCHIN, Salvador. <i>Famílias; funcionamento & tratamento</i>. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. 238p. 3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. <i>Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço</i>. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 96p. Série Cadernos de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 8, 131).

Fonte: SBMFC (2004)

Organização: própria pela Autora

Como já relatado na introdução, a reorganização legal-administrativa da MGC e sua conversão em MFC teve início no ano 2001 e foi acompanhada de um processo de atualização do marco legal da formação da especialidade na CNRM através da revogação, 21 anos depois, da resolução de criação da MGC de 1981, e sendo a MFC adicionada à lista de especialidades médicas, com um novo escopo de conteúdos que deveria nortear a formação desse através da resolução CNRM 01/2002 (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2002).

Em 2006, os requisitos mínimos previstos para PRMMFC foram revistos e detalhou os seus objetivos de programas de formação de mFCs:

“O Programa de Residência Médica (PRM) na área de Medicina de Família e Comunidade, tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo.

*Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, **das famílias** e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais. (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2002 p. s/n) **Grifo da autora***

Em relação houve uma ampliação considerável em relação aos conteúdos específicos de trabalho com as famílias, passando-se de uma compreensão genérica de "atendimento integrado à família" a uma lista de conhecimentos e/ou atividades conforme sistematizado no Quadro 4.

Quadro 04: Comparativo de menções ao trabalho com famílias em normativas da CNRM. Brasil: 1981-2006.

Resolução CNRM 7/1981	Resolução CNRM 01/2002	Resolução CNRM 02/2006
<p>[...]</p> <p><i>"Art. 5o. O médico geral comunitário, formado nos programas de Residência Médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase nos grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infecto-contagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção específica das deficiências nutricionais."</i></p> <p>(BRASIL.MEC.CNRM, 1981a. p.1) Grifo da autora</p>	<p>[...]</p> <p><i>c) comunidades: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer: mínimo de 10% da carga horária anual.</i></p> <p>1. conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;</p> <p>2. reconhecer e assistir às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;</p> <p>3. assistir às disfunções familiares;</p> <p>[...]</p> <p>8. realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares;</p> <p>(BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2001 p.) Grifo da autora *FALAR DA ESCALA DE COELHO?</p>	<p>[...] <i>As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades para: [...]</i></p> <p>2. Em nível familiar e coletivo:</p> <p>a) Conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;</p> <p>b) Reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;</p> <p>c) Reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;</p> <p>[...]</p> <p>h) Realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares</p> <p>(BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2002 p.s/n) Grifo da autora</p>

Fonte: MEC (1981-2006)

Organização: própria autora

Outras iniciativas se deram na área acadêmica com a SBMFC passando a organizar em parceria com a editora Artmed um Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF), editado de forma contínua até o presente momento e que em sua primeira edição lançada em 2006, trazia como tema do primeiro capítulo, "Ferramentas de Abordagem Familiar" (FERNANDES e CURRA, 2006).

Esse capítulo trouxe além dos conceitos de níveis de interação do médico com seu paciente e família, o detalhamento de ferramentas como genograma, ecomapa e ciclos de vida a partir de referências de Betty Carter, Monica McGoldrick, Susan McDaniel, Salvador Minuchin e William Dohertt, inclusive algumas já traduzidas publicadas no Brasil na década de 1990 pela editora gaúcha Artes Médicas.

Face à necessidade de expansão e melhoria da qualidade da ESF utilizando como estratégia a formação de especialistas em MFC pela residência médica, a SBMFC e o MS estabeleceram parceria para ampliar a oferta de vagas nos programas desde 2004. Resultados dessa parceria incluíram a criação de programas de incentivo a formação de preceptores em MFC, a discussão sobre a inserção de práticas em MFC na graduação médica e o fomento à criação de novos programas de residência médica na especialidade (ANDERSON et al., 2007).

A SBMFC propôs no documento "Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade" um conjunto de critérios e recomendações sintonizadas com as normativas vigentes da CNRM relativas à organização dos PRM, à distribuição temporal das atividades e às competências básicas que deverão ser desenvolvidas ao longo do programa de formação (ANDERSON et al., 2007).

O documento traz as competências relacionadas à abordagem da família, detalhadas em objetivos gerais, atitudes, habilidades e conhecimentos que deveriam ser desenvolvidos em ações de Treinamento em serviço e Atividades teórico/práticas também descritas no documento (Figura 5).

Figura 5 - Competências em Abordagem Familiar a serem constituídas durante o PRMMFC, Cenários de treinamento e atividades teórico-práticas. Brasil: 2005.



III - Competências a serem constituídas durante o PRM/MFC, Cenários de treinamento e Atividades teórico/práticas

Abordagem Sistemática da Família						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em serviço	Atividades teórico/práticas
Abordagem da Família	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível familiar, visando o desenvolvimento pleno da função como locus primário de acolhimento, proteção, subsistência e desenvolvimento social, na perspectiva da constituição e formação de indivíduos e cidadãos providos de afeto saudável e solidariedade, com capacidade para o exercício otimizado da autonomia e da independência considerando o processo histórico da construção de uma sociedade justa e equânime. Identificar situações de risco de adoecimento familiar, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico – família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes ao ciclo vital, as crises vitais e acidentais, a estrutura e a dinâmica familiar, de forma a permitir a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à família e à sua função social e familiar.	Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas à abordagem familiar. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde no nível familiar e da relação médico – família. Dominar e executar técnicas de anamnese e terapia familiar que permitam identificar e acompanhar famílias em respeito ao seu ciclo vital, as crises vitais e acidentais, ao reconhecimento das demandas e necessidades no nível da saúde familiar, e que considerem a estrutura e dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, com o objetivo de promoção e proteção à saúde familiar e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária; Conhecer, diagnosticar e abordar clinicamente as os transtornos familiares, em especial aqueles relacionados às famílias funcionais até moderadamente disfuncionais. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Papel e funções da família ; Ciclo vital, estrutura e dinâmica familiar. Fundamentos terapêuticos da relação médico— família. Educação em saúde no nível familiar; Diagnóstico e Abordagem clínica, da família, das crises vitais e acidentais das famílias funcionais daquelas que apresentam quadros agudos ou crônicos de disfunções moderadas; Diagnóstico e abordagem clínica dos fatores de promoção da saúde e dos fatores de risco de adoecimento familiar, seja por comprometimento da função e da saúde de um de seus membros, seja por transtornos relacionados à esfera sócio-ambiental; - Disfunções da autonomia e da independência familiar; - Disfunções da afetividade e da sexualidade no âmbito familiar; - Violência familiar;	Acompanhamento e atendimento ambulatorial de famílias, pelo período de dois anos, de, no mínimo, 20 famílias que apresentem situações de risco de adoecimento familiar ou que estejam vivenciando crises normativas ou paranormativas com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes relacionadas nas colunas ao lado. Realização e utilização de familogramas como instrumento de auxílio ao diagnóstico e tratamento; Visitas domiciliares; Consulta familiar e/ou com cuidadores de membros de uma família. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo direcionados à questões familiares OBS: caso a unidade docente e/ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infra-estrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em abordagem familiar.	Cursos, Discussão de casos e temas clínicos que englobem: - a função social da família e seu papel na recuperação e manutenção de valores sociais mais dignos para a sociedade; - o familograma e sua utilização clínica ; - o ciclo vital familiar e as principais necessidades de re- adaptação e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem a família e suas repercussões na vida individual, familiar e social . - as crises vitais e acidentais; - a estrutura e a dinâmica familiar; - famílias funcionais e disfuncionais: classificação, abordagem e princípios de intervenção; - a afetividade e a sexualidade; - a violência, e seus impactos na vida familiar.

17

Fonte: SBMFC (2005). Reprodução do original.

Nessa mesma época começaram a ser realizadas eventos de formação de preceptores especializados em MFC organizados como uma "Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade", elaborada por José Mauro Ceratti Lopes, Luís Felipe Cunha Mattos, Carmem Luiza Corrêa Fernandes e Lêda Chaves Dias as duas últimas, além de MFCs, terapeutas familiares. (FERNANDES e cols., 2007; LOPES e cols, 2009).

Além da oficina presencial, foram produzidos Manuais impressos e mídias digitais que continham capítulos e referências, sendo realizadas entre 2007 e 2015, 52 oficinas em todas as regiões do país e alcançando mais de 1200 profissionais que atuavam na formação na graduação e residência médica em MFC (LOPES e cols, 2009).

Um dos módulos dessa oficina se destinava a "Abordagem Familiar pelo Médico de Família e Comunidade" e tinha como principais referências bibliográficas

o já citado capítulo inaugural do PROMEF, o livro "Famílias e Terapeutas: construindo caminhos, de Luiz Carlos Prado (1996), Mudanças no Ciclo de Vida Familiar" de McGoldrick e cols (1995) ; "Terapia Familiar: conceitos e métodos" de Michael Nichols (1998)" (LOPES e cols, 2009).

Esse capítulo contava com um texto de apoio sobre "Entrevista Familiar", de Lêda Chaves Dias, trazendo como ferramentas chave para a abordagem familiar, o genograma e a teoria dos ciclos de vida.

Em 2010 foram traduzidos para o português e publicados com a chancela da SBMFC os livros canadenses Medicina Centrada na Pessoa (STWEART e cols, 2010) e Manual de Medicina de Família e Comunidade em sua terceira edição (McWHINNEY e FREEMAN, 2010) inovando no mercado editorial da especialidade, que só contava até então com tradução em português de um único livro da área - o Tratado de Medicina de Família do professor americano Robert Rakel (RAKEL, 1997).

A tímida produção acadêmica na área da MFC ganhou maior vulto em 2012 quando foi publicada a primeira edição do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, sob a chancela da SBMFC (LOPES e GUSSO, 2012), contando com um capítulo dedicado a Abordagem Familiar, escrito por Lêda Chaves Dias.

Assim, o Tratado se somou como principal referência da MFC junto com a quarta edição do livro "Medicina Ambulatorial" lançada em 2013, edição na qual o capítulo sobre famílias que passou a se também se chamar "Abordagem Familiar" (FERNANDES, FALCETO, e WARTCHOW, 2013).

Ao final de 2013, com o crescimento e fortalecimento da especialidade, inclusive com novos e inovadores PRMsMFC em cidades como Florianópolis, Rio de Janeiro e São Bernardo do Campo (OLIVEIRA, 2019) o país já contava com mais de 100 programas de residência em MFC que disponibilizavam em torno de 1600 vagas de residência.

Outro evento marcante que ocorreu em 2013 foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) pelo o Governo Federal, como uma resposta a demanda da Frente Nacional de Prefeitos que havia lançado no início daquele ano a campanha "Cadê o Médico?" e pressionado pelas manifestações de junho daquele ano (BRASIL.CASA CIVIL, 2013a; FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2014).

No pronunciamento oficial em resposta aos protestos de junho daquele ano, a presidenta Dilma Rousseff apresentou uma proposta para solucionar parte das reivindicações relacionadas à Saúde, a opção do governo federal de emergencialmente *“trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do SUS”* (BRASIL.Presidência, 2013).

Esses médicos importantes através de um plano posterior, seriam gradativamente ser substituídos por profissionais médicos que tivessem formação voltada para o SUS, especialmente em Medicina de Família e Comunidade, prevendo uma nova expansão no número de PRMsMFC (BRASIL.Casal Civil, 2013).

Autores avaliam que o PMM *“inseriu a residência em Medicina de Família e Comunidade como o caminho desejável para uma formação sólida do futuro médico especialista na Atenção Básica [...] e posicionou o país “como outros países que entenderam que a regulação da formação de recursos humanos é um tema sensível para quem defende sistemas universais de saúde”* (STORTI et al., 2017, p.1309) sendo previstas a partir do PMM, a criação de *“12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e áreas prioritárias para o SUS”* (CYRINO et al., 2015).

Todos esses eventos, junto com a realização periódica de Congressos Brasileiros de Medicina de Família e Comunidade, a continuidade da publicação da RBMFC foram signos de uma nova fase para a MFC brasileira - mais robusta e com bases de conhecidos mais delineadas, inclusive no que concerne às possibilidades de trabalho com as famílias, e permitindo a partir de todas essas iniciativas, que se disseminasse com mais facilidade dos berços de origem da MGC e pudessem ser criados novos PRMMFC em todo o país.

6 Abordagem Familiar pela MFC na atualidade e desafios postos

Neste capítulo, se faz a análise dos documentos produzidos nos últimos sete anos, considerando que em 2014 se iniciou um novo ciclo de expansão da especialidade no Brasil e em que o protagonismo da SBMFC em relação a produção de diretrizes para formação de mFCs produziu documentos que até o presente momento orientam na formação na especialidade, inclusive na colaboração com a CNRM/MEC.

Em 2014, a diretoria da SBMFC em parceria com o PRMMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e *"baseando-se nas melhores experiências internacionais quanto à formação de especialistas em MFC, produziu o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade com a participação de dezenas de especialistas com experiência no tema no Brasil e no exterior"* (SBMFC, 2015, p.7).

O documento define as competências essenciais para a formação do MFC, as competências desejáveis e quais as "avançadas", apontando um padrão de excelência para aperfeiçoamento das matriz curriculares dos PRMsMFC (Figura 6).

Figura 6 - Competências em Abordagem Familiar do Currículo Baseado em Competências da SBMFC. Brasil: 2015.

1.2.2 Abordagem Familiar				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Conhece conceitos de abordagem familiar e as várias tipologias familiares.	Aplica conceitos, funções e tipologia familiar.		
2	Conhece os ciclos vitais familiares.	Maneja os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar.		
3	Conhece aspectos da violência familiar.	Identifica casos de violência familiar e maneja casos com menor complexidade.	Maneja situações complexas de violência familiar.	
4	Conhece os níveis de intervenção familiar.	Realiza entrevista familiar.	Realiza conferência familiar.	Realiza terapia familiar.
5		Maneja o papel da família no processo saúde-doença.		
6		Demonstra conhecimento sobre resiliência familiar.		
7		Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais.		
8		Identifica as estratégias familiares de suporte ao paciente.		
9		Identifica papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro.		
10		Realiza visita domiciliar de modo adequado.		
11		Dispensa cuidados paliativos no domicílio de modo adequado.		
12		Utiliza instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhece os demais instrumentos de abordagem familiar.	Utiliza os demais instrumentos de abordagem familiar, como, por exemplo, o P.R.A.C.T.I.C.E.	

Fonte: SBMFC (2015). Reprodução do original.

Destaque-se que o processo de fortalecimento da especialidade também teve impactos na graduação em medicina e a partir da relação como Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a SBMFC já havia publicado diretrizes para o ensino da APS na graduação. (ANDERSON, DEMARZO e RODRIGUES, 2007)

Essas diretrizes já apontavam para a necessidade de que os egressos fossem expostos nos estágios e disciplinas de APS durante a faculdade, à conhecimentos básicos sobre a especialidade e que no documento foram classificados no nível de *“Pré-requisito: O que se espera em termos de competência de um profissional antes de entrar na residência”* (SBMFC, 2015 p.9).

Conhecimentos como conceitos sobre tipologias familiares, ciclos de vida, aspectos de violência familiar e níveis de intervenção familiar foram considerados pré-requisitos e na literatura já há diversas contribuições sobre a inserção dessa temática na graduação.

O trabalho de mFCs e também Terapeutas Familiares formados no NUFAC da PUC-SP, como César Augusto Inoue, formado no programa de pós graduação *Lato sensu*, e Sandra de Azevedo Pinheiro, que desenvolveu seu pós-doutorado no mesmo núcleo apresentaram propostas curriculares de cunho teórico e com desdobramento em atividades práticas de abordagem familiar na graduação em medicina e outras áreas da saúde (MOURA, J. C.; 2017; PINHEIRO, 2012).

Em relação à formação de especialistas em MFC, onze competências essenciais, "as que se esperam para todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista", foram elencadas onze competências (Quadro 6).

Comparativamente o documento de 2005, se mantiveram os conceitos e ferramentas do trabalho com famílias que já vinham sendo incorporadas no cotidiano do trabalho dos mFCs pelo trabalho pioneiro de Terapeutas Familiares, como genograma, ecomapa e círculo familiar e outras como o conceito de Resiliência Familiar (WALSH, 2006).

Somadas a essas competências, houve a menção a um único instrumento brasileiro utilizado no cadastramento e estabelecimento do perfil de saúde de grupos familiares no trabalho da Estratégia Saúde da Família e que não tem com base

epistemológica sistêmica, a Escala de Coelho, elaborada para com base no risco familiar para orientar a priorização das visitas domiciliares (COELHO e SAVASSI, 2004).

Quadro 5. Competências essenciais em Abordagem Familiar: SBMFC. Brasil: 2015.

- Aplica conceitos, funções e tipologia familiar.
- Maneja os ciclos familiares, como crises vitais, considerando uma funcionalidade familiar.
- Identifica casos de violência familiar e maneja casos com menor complexidade. Realiza entrevista familiar.
- Maneja o papel da família no processo de saúde- doença.
- Demonstra conhecimento sobre resiliência familiar.
- Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais.
- Identifica como familiares de suporte ao paciente.
- Identifica papéis de cada membro da família e sua participação no processo de saúde e adoecimento de cada membro.
- Realiza visita domiciliar de modo adequado.
- Dispensa cuidados paliativos no domicílio de modo adequado.
- Utiliza instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhece os demais instrumentos de abordagem familiar.

Fonte: SBMFC (2015).

Organização: própria autora.

O documento da SBMFC aponta ainda competências desejáveis - "*o que se espera de um residente diferenciado que consiga avançar para além das competências essenciais*" e avançadas, "*o que se espera de um profissional que tenha adquirido uma proficiência em uma área de atuação específica dentro do campo de atuação de um MFC.*" (SBMFC, 2015 p.9)

No caso das competências de trabalho de mFC com famílias, a realização da Terapia Familiar foi colocada como uma competência avançada, reconhecendo a necessidade de um aprofundamento nesse campo de conhecimento, através da pós graduação *Lato sensu* já que "*são competências a serem alcançadas usualmente após o término da residência e muitas vezes demandam outras formações específicas.*" (SBMFC, 2015 p.9)

A CNRM em 2015 iniciou a revisão dos requisitos mínimos para MFC publicados que já haviam sido publicados há quase uma década e utilizou como ponto de partida as propostas que a sociedade vinha trabalhando em torno de um

novo marco legal orientador em seus fóruns nacionais de residentes e preceptores preceptores, incluindo o Currículo Baseado em Competências recém publicado.

A publicação de uma nova resolução ocorreu maio de 2015 e trouxe uma atualização relevante ao afirmar em seu primeiro artigo que:

"Art. 1 A Medicina Geral de Família e Comunidade é a especialidade médica que engloba a prestação de cuidados personalizados e continuados a indivíduos e famílias de uma determinada população, independentemente de idade, sexo ou problema de saúde [...]"

Art. 4º A Medicina Geral de Família e Comunidade deve atuar de maneira próxima do contexto de vida das pessoas, com vistas a:

§1º **Atuar invariavelmente junto aos indivíduos, sua família e comunidade/coletividade, para compreender a relação entre o contexto local, o adoecimento e a produção social do binômio saúde-doença.**" (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2015) **grifos da autora.**

A resolução se debruçou por inúmeros aspectos administrativos, esmiuçando cenários de práticas, atividades e normatizações que até então eram pouco aprofundadas mas em relação aos detalhamento de conteúdos temáticos, só indicava que seriam publicadas como anexo posteriormente em uma matriz de competências (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2015)

Se seguiu um processo de discussão que foi interrompido algumas vezes por conta de mudanças administrativas na CNRM e fez parte de um processo organizativo maior, em que não só a matriz de competências da MFC teve que ser elaborada mas de todas as especialidades médicas por conta do Decreto N. 8516 de 2015 (BRASIL.SECRETARIA GERAL.SUBCHEFIA, 2015).

A aprovação da matriz de competência no *site* do MEC só aconteceu em após reuniões em dezembro de 2017 em que foram debatidas na plenária da CNRM e decidiu-se por utilizar quase que integralmente as competências essenciais do Currículo da SBMFC, separando-as por ano de curso de residência (BRASIL.MEC.SESU.CNRM, 2020) (QUADRO 6).

Quadro 6. Competências de Abordagem Familiar para o MFC, CNRM. Brasil: 2017.

ANO 1	ANO 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimar os conceitos, funções e tipologia familiar. 2. Valorizar o papel da família no processo saúde doença. 3. Demonstrar conhecimento sobre resiliência familiar. 4. Demonstrar atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais. 5. Dominar a realização de visita domiciliar. 6. Dominar a utilização de instrumentos de abordagem familiar: genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho e conhecer os demais instrumentos de abordagem familiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizar os ciclos vitais familiares. Dominar o manejo dos ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar. 2. Avaliar os aspectos da violência familiar. Identificar casos de violência familiar e conduzir casos com menor complexidade. 3. Compreender o manejo de situações complexas de violência familiar. 4. Analisar os níveis de intervenção familiar. Realizar entrevista familiar. Realizar conferência familiar. Compreender a realização de terapia familiar. 5. Identificar as estratégias familiares de suporte ao paciente. Avaliar papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro. 6. Contribuir na realização de cuidados paliativos no domicílio.

Fonte: BRASIL.MEC.SESU.CNRM (2017).

Organização: própria autora.

Para a execução do ensino e da prática de mFCs, são considerados como marcos teóricos atualmente indicados para preparação dos candidatos ao TEMFC, os capítulos que constam na bibliografia indicada no 30. edital (SBMFC, 2021), Abordagem Familiar do livro Medicina Ambulatorial (DUNCAN e cols, 2013) e Abordagem Familiar, do Tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO, LOPES e DIAS, 2018).

Apesar de não constarem na bibliografia do Edital do TEMFC, foram considerados como referências por serem organizadas e canceladas pela SBMFC,

os capítulos mais recentes sobre a temática que foram publicados nos últimos 10 anos do PROMEF: "Ferramentas de abordagem familiar: FIRO e PRACTICE" (WAGNER, 2012) e "Ferramentas da Prática do Médico de Família e Comunidade" (FERNANDES e DIAS) de 2012.

Em primeira análise, esses quatro capítulos discutem todas as temáticas apresentadas nas normatizações da CNRM e no Currículo Baseado em Competência da SBMFC na área de abordagem familiar e as referências bibliográficas utilizadas em suas elaborações foram organizadas e analisadas pela autora (Quadros 7 e 8).

Todos os quatro capítulos apresentam a Teoria Sistêmica como a mais apropriada à prática de mFC mas sem detalhar outros paradigmas que sustentam esse Pensamento. É perceptível que a partir da experiência dos MFCs autores, ao longo dos anos, houve a incorporação de um número cada vez maior de referências para além dos clássicos da relação entre MFC e Terapia familiar.

Essas referências têm notável abrangência e apresentam as ferramentas de trabalho com as famílias, sua forma de utilização de casos clínicos, porém não se contextualizam as potencialidades nem as dificuldades para abordagem de famílias no contexto do SUS e aos recursos necessários como tempo, disponibilidade de espaço apropriado (com privacidade e segurança) e a uma prática que muitas vezes se limita a intervenções pontuais por não poder ampliar os cuidados nos casos em que se indicaria a Terapia Familiar.

Pereira (2019), demonstrou através de estudo observacional descritivo quantitativo realizado com residentes de PRMsMFC no Rio de Janeiro, que apesar da percepção que o domínio da abordagem família pelos futuros mFC ter melhorado ao longo dos anos em relação ao uso de ferramentas, a pressão assistencial e falta de automatismo são os fatores mais comuns para piores desempenhos em abordagem familiar.

Outro ponto sensível não debatido parece ser a necessidade de formação de preceptores no processo de ensino-aprendizagem da abordagem familiar (PEREIRA, 2019).

Quadro 7. Obras referenciadas nos capítulos analisados. Brasil: 2012-2018.

PROMEF (2012)	Medicina Ambulatorial (2013)	PROMEF (2015)	Tratado de MFC (2019)
<p>1. Grassano S. coordenador. Abordagem sistêmica integrativa. Curitiba: Clínica de Terapia Integrada; 1996.</p> <p>2. Christie-Seely J. The family system. In: Christie-Seely J. editor. Working with the family in primary care. Westport: Praeger; 1984. p. 4-22.</p> <p>3. Wagner HL. Trabalhando com famílias em saúde da família. Rev APS. 2001 Jun-Nov;3(8):10-14.</p> <p>4. Schutz WC. Firo: a three-dimensional theory of interpersonal behavior. New York: Holt-Rinehart; 1958.</p> <p>5. Doherty WJ, Colangelo N. The family Firo model: a modest proposal for organizing family treatment. J Marital Fam Ther. 1984 Jan;10(1):19-29.</p> <p>6. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.</p> <p>7. Wilson L, Talbot Y, Librach L. The family Firo model. In: Wilson L. Working with families, a resident's workbook. Toronto: University of Toronto; 1991. p. 77-82.</p> <p>8. Minuchin S. Famílias funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1990. p. 11-24.</p> <p>9. Barrier D, Bybel M, Christie-Seely J, Whitaker Y. Practice: a family assessment tool for family medicine. In: Christie-Seely, J. Working with the family in primary care. Westport: Praeger; 1984. p. 214-34.</p>	<p>1. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde. Porto Alegre: Artmed; 1994.</p> <p>2. Hartmann M, Bázner E, Wild B, Eisler I, Herzog W. Efeitos de intervenções envolvendo a família no tratamento de pacientes adultos com doenças físicas crônicas: uma meta-análise. Psychother Psychosom. 2010; 79 (3): 136-48.</p> <p>3. Fernandes CLC, Curra LCD. Ferramentas de abordagem da família. PROMEF. 2006; 1 (1): 11-41.</p> <p>4. Librach SL, Talbot Y. Entendendo pacientes moribundos e suas famílias: usando o modelo FIRO da família. Can Fam Physician. 1991; 37: 404-9.</p> <p>5. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com as famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde Soc. 2009; 18 (3): 515-24.</p> <p>6. Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Dez minutos para a família: intervenções sistêmicas na atenção primária. Abingdon: Routledge; 2004.</p> <p>7. Thomson PR. Genogramas na prática geral. J R Soc Med. 1985; 78 Suppl 8: 34-9.</p> <p>8. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genograms: avaliação e intervenção. 3ª ed. Nova York: W.W. Norton & Company; 2008.</p> <p>9. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. Port Clin Geral. 2007; 23: 309-17.</p>	<p>1. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.</p> <p>2. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Basic premises of family-oriented primary care in: McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family – oriented primary care. 2nd ed. New York: Springer; 2005. p. 1-15.</p> <p>3. Dias LC. Abordagem familiar. In: Gusso G, Lopes JM, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 221-32.</p> <p>4. Minuchin S, Lee WY, Simon GM. Dominando a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.</p> <p>5. Osório LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2002.</p> <p>6. Mialgoli Togliatti M, Telfener U, a cura di Dall'individuo al sistema: manuale di psicopatologia relazionale. Torino: Bollati-Boringhieri; 1992.</p> <p>7. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.</p> <p>8. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a</p>	<p>1. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-oriented primary care. 2nd ed. New York: Springer; 2005.</p> <p>2. Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Ten minutes for the family: systemic interventions in primary care. New York: Routledge; 2004.</p> <p>3. Osório LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2002.</p> <p>4. Rakei RE. Textbook of family medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2007.</p> <p>5. Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre: Artmed; 1999.]</p> <p>6. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy: a biopsychosocial approach to families with health problems. New York: Basic Books; 1992.</p> <p>7. Freeman T. Manual de Medicina de família e comunidade de McWhinney. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.</p> <p>8. Nichols MP, Schwartz RC. Terapia familiar: conceitos e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.</p> <p>9. Andolfi M. A linguagem do encontro terapêutico. Porto Alegre: Artmed; 1996.</p>

Organização: própria autora.

Quadro 8. Obras referenciadas nos capítulos analisados. Brasil: 2012-2018 -
Continuação.

<p>10. Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p. 11-20.</p> <p>11. Christie-Seely J, Talbot Y. Establishing a working relationship with the family. In: Christie-Seely J. Working with the family in primary care. Wepport: Praeger; 1984. p. 179-91.</p> <p>12. Carter B, editor. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.</p> <p>13. Fernandes CLC, Curra LCD. Ferramentas de abordagem da família (PROMEF, Ciclo 1, Módulo 1). Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2006. p. 11-41.</p> <p>14. Talbot YR. Family system medicine. Toronto: Publicola Reg'd; 1991.</p> <p>15. Doherty WJ, Baird M. Princípios fundamentais da terapia familiar médica. In: McDaniel SH. Terapia familiar médica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 11-34.</p> <p>16. Waters I. Practice: a family assessment tool. In: Wilson L. Working with families, a resident's workbook. Toronto: University of Toronto; 1991. p. 83-6</p>	<p>10. Jensen K, Cornelison BM. Eco-mapas: uma ferramenta de sistema para médicos de família. Can Fam Physician. 1987; 33: 172-7.</p> <p>11. Agostinho M. Ecomapa. Rev Port Clin Familiar. 2007; 23: 327-30.</p> <p>12. Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MA. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001.</p> <p>13. McGoldrick M, Carter E. As mudanças no ciclo da vida familiar: uma estrutura para terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1995.</p> <p>14. Prado LC. Famílias e terapias: construindo caminhos. Porto Alegre: Artmed; 1996.</p> <p>15. Falceto OG, Fernandes CL, Baratojo C, Giugliani ERJ. Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados com o bebê. Rev Saúde Pública. 2008; 42 (6): 1034-40</p>	<p>9. Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. 10 Minutos para a família: intervenções sistêmicas em atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.</p> <p>10. Fernandes CL, Falceto O, Wartchow ES. Abordagem familiar. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan M, Giugliani C, organizadores. Medicina ambulatorial: consulta em atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013.p 86-98.</p> <p>11. Lopes JMC, Fernandes CLC, Dias LC, Mattos LFC. Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade. Florianópolis: SBMFC; 2009.</p> <p>12. Minuchin S, Fishman SC. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.</p> <p>13. Wilson L, editor. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes [internet]. [acesso em 2015 out 16]. Disponível em: http://pt.scribd.com/doc/59082654/Trabalhando-com-Familias-1#scribd.</p> <p>14. Wagner HL. Ferramentas de abordagem familiar: Firo e Practice. PROMEF. 2012;7(2):143-62.</p> <p>15. Barrier D, Bybel M, Christie-Seely J, Whitaker Y. Practice: a family assessment tool for family medicine. In: Christie-Seely J,</p>	<p>10. Minuchin S, Lee WY, Simon GM. Dominando a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.</p> <p>11. Cibanal Juan L. Introducción a la sistémica y terapia familiar [Internet]. San Miguel de Salinas: Club Universitario; 2008 [capturado em 15 abr. 2018]. Disponível em: https://www.editorial-club-universita-rio.es.pdf/575.pdf.</p> <p>12. Carter B, McGoldrick M, organizadores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia de família. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.</p> <p>13. Fishman HC. Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem da terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 1996.</p> <p>14. Gottman J, Silver N. Sete princípios para o casamento dar certo. Rio de Janeiro: Objetiva; 1999.</p> <p>15. Andolfi M. Manual de psicologia relacional: la dimensión familiar. Colombia: Corporación Andolfi Gonzalez Accademia di Psicoterapia della Famiglia; 2003.</p> <p>16. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genograms: assessment and intervention. 3rd ed. New York: Norton; 2007.</p> <p>17. Agostinho M. Ecomapa: dossier família. Rev Port Clin Geral. 2007;23(3):327-330.</p>
--	---	---	--

Organização: própria autora.

Segundo Pereira (2019) menos de 10% dos residentes afirmaram terem bom apoio da preceptoria sobre esse assunto. e metade acredita que isso ocorra pela não valorização do preceptor do abordagem familiar na discussão de casos e por no treinamento teórico, não serem apresentadas correlações com a prática diária que levem em consideração o tempo disponível em consulta (PEREIRA, 2019).

Apesar de nos últimos 10 anos outras iniciativas educacionais para formadores como os Cursos de Aprimoramento e Especialização em Preceptoria ofertados pelo MS incluírem módulos sobre trabalho com famílias (FIGUEIREDO, 2019), o desenvolvimento de competências desejáveis e avançadas carece ainda se dá de forma pessoal e no âmbito particular, sendo as pós graduações em Terapia Familiar através de cursos pagos, ofertadas em Instituições privadas e as práticas de supervisão não são ofertadas nos próprios serviços de saúde, ficando a cargo de cada profissional (SANTOS e BOING, 2019; NAGEM e NEGOZIO, 2021).

Além da pressão assistencial, nota-se empiricamente que o desenvolvimento das competências em abordagem familiar se dá na residência de forma muito variável entre os PRMsMFC e é dependente do interesse e disponibilidade de preceptores que sejam capacitados para tal, obtendo destaque as iniciativas que conseguem ter profissionais com essa qualificação em seus quadros como por exemplo no GHC (CASTRO e cols, 2014).

Por outro lado, a prática de uma Abordagem Familiar menos instrumental e na qual o profissional se envolve de fato, guarda particularidades que como já colocado por Freeman (2018) tem impacto nos resultados obtidos, e neste sentido, vale destacar a contribuição de Fernandes, Falceto e Wartchow (2013) tomando emprestadas suas palavras:

"É essencial concluir este capítulo que discute uma abordagem sistêmica do paciente falando das tensões que o profissional da saúde enfrenta em seu trabalho. A resolução dessas tensões tem efeito direto sobre a qualidade do cuidado que o cuidador é capaz de oferecer. O profissional de saúde trabalha com as hipóteses mais delicadas da vida humana, com nascimentos e com morte, compartilha muitas tristezas mas também tem acesso à intimidade dos pacientes em momentos de grande alegria. Esta intensidade

emocional que é própria de seu trabalho exige um alto conhecimento de sua própria pessoa, suas capacidades e limitações. Deve ser capaz de pedir ajuda (consultoria a colegas da equipe ou fora dela) quando uma situação excede sua capacidade momentânea seja por desconhecimento do quadro, seja pelo impacto emocional que lhe causa.

Somadas às dificuldades próprias da tarefa, há ainda como particularidades das instituições de saúde e também a frequente limitação de recursos. Há hipóteses em que o médico fica "entre uma espada e uma parede" quando o paciente precisa e o sistema de saúde não oferecido serviço ou vai demorar muito para poder ter acesso a ele. Essas tensões diárias que o profissional vive precisam ser compartilhadas na equipe para não se tornarem tóxicas para cada pessoa. Idealmente, as equipes devem ter reuniões pelo menos semânticas para discutir casos e suas reações pessoais a eles em um ambiente de compreensão e apoio (Fernandes, Falceto e Wartchow, 2013. p 98)

7 Contribuições da Autora

Na análise da autora, em face sua formação como Terapeuta Sistêmica de Família e Casal, a prática da MFC no âmbito do trabalho com famílias apresenta lacunas em relação a temas que não estão presentes nos documentos oficiais da SBMFC e do MEC. Sugere-se a incorporação:

1. de estudos sobre as origens históricas da(s) famílias(s) brasileira(s) e à produção de desigualdades decorrentes da estruturação dessa sociedade - especialmente de gênero e raça;
2. de debates contemporâneos sobre Gênero, como os trazidos por Macedo (2003) em Questões de gênero na terapia de família e de casal;
3. da contextualização da teoria de ciclos vitais da famílias entretanto sem contextualizar o momento social e as origens das pesquisas que estabelecem os marcos nos ciclos vitais de famílias de classe média e populares norte americanas, utilizando referências críticas como *Novas Abordagens da Terapia Familiar: Raça, Cultura e Gênero na prática Clínica* (McGoldrick, 2003);
4. da inclusão autores brasileiros e brasileiras que produziram adaptações transculturais e/ou pesquisas inseridas no contexto sócio cultural brasileiro, como Ceneide Maria de Oliveira Cerveny e Cristiana Mercadante Esper Berthoud, que produzem pesquisas sobre o Ciclo Vital da família brasileira desde os 2000 (CERVENY e BERTHOUD, 1997; CERVENY e BERTHOUD, 2002);
5. maior atenção a temas que têm emergido no cenário da Terapia Sistêmica de Casal e Família e ampliação do referencial em torno da diversidade, seja nas variedades de tipologias e funcionamento familiares, como processos familiares em cuidados por parentes e adoção, como discutido em *Processos Normativos da Família* (WALSH, 2016);
6. reconhecimento da legitimidade e relevância de questões advindas das vivências e das teorias sobre orientações sexuais, identidades de gênero, estresse de minorias e perspectivas interseccionais, incorporando produções

no campo da MFC como os capítulos "Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias" (BORRET e cols, 2021) e "Abordagem familiar e psicossocial" do livro "Abordagem da Saúde Sexual de pessoas LGBTQIA+" (CIASCA, HERCOWITZ e LOPES JUNIOR, 2021)

7. incorporação das questões raciais e/ou étnicas, mencionando explicitamente o racismo em suas mais diferentes expressões, destacadamente o racismo institucional e a necessidade de consolidar mecanismos políticos de promoção de equidade racial, como previstos na lei que cria o Estatuto de Igualdade Racial (BRASIL.CASA CIVIL 2010) e na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL.MS, 2010). Especificamente sobre racismo e família, recomenda-se a inclusão de referências sobre famílias negras brasileiras como "Famílias inter-raciais: tensões entre cor e amor" (SCHUCMAN, 2018), "Mulher negra: afetividade e solidão" (PACHECO, 2013) e "A cor do Amor: Características raciais, estigma e socialização em Famílias Negras Brasileiras" (HORDGE-FREEMAN, 2019)

8 Considerações finais

Sobre a prática clínica do terapeuta, Macedo, Kublikowski, e Moré (2018) alertam que:

*"Ao entrar no campo da Clínica tanto para atender à demanda em contextos públicos ou privados, ou para pesquisar aspectos da vida da população com vistas à promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida, o profissional clínico deve estar convencido que vai trabalhar: com a instabilidade, intersubjetividade e a imprevisibilidade das situações vividas como defende o paradigma científico da pós-modernidade. O ponto central do trabalho é a crença na mudança, com as incertezas de que mudanças surgirão a partir das inter-relações estabelecidas no encontro Clínico, muito embora não se possa prever que mudanças serão possíveis em função das experiências de vida do cliente. **Desse ponto de vista é importante ressaltar a competência do profissional no respeito à diversidade, sua responsabilidade ética na construção conjunta da realidade.** (MACEDO e cols. 2018, p. 21) grifo da autora*

No transporte da teoria Sistêmica como referência teórica conceitual da abordagem familiar pela MFC, espera-se que a prática desses especialistas seja orientada pelos princípios da complexidade - levando em conta a multiplicidade de variáveis e o(s) contexto(s) ao apreciar um fenômeno/acontecimento; instabilidade - admitindo que tudo está em constante transformação e da intersubjetividade - reconhecendo a dependência da realidade em relação ao observador como seu coconstrutor (VASCONCELLOS, 2002) e:

"Considerando a influência do contexto em que raça, classe social, gênero, religião, cultura, fase de vida e idade são fatores intervenientes na construção do significado atribuído às ações de cada um, só se justifica uma postura profissional com flexibilidade

para considerar cada situação, com a relatividade que lhe cabe."
(MACEDO, 2009, p. 67)

Nesse sentido, já há um movimento interno a SBMFC de valorização de temáticas através da criação de Grupos de Trabalho em Saúde da População Negra (SBMFC.GTSPN, 2017) e em Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos (VIEIRA e cols, 2019), que junto ao recém criado grupo de Abordagem Familiar, propor aprofundamentos e produções específicas nessas temáticas.

Dessa forma, espera-se que entre as competências de mFCs sejam incorporados debates contemporâneos que aumentem seu repertório e ampliem sua capacidade de atuar junto as situações de desigualdade, violência, racismo e LGBTIQfobia, que se manifestam nas relações (internas e externas) às pessoas e famílias que atendem e influenciam suas práticas de cuidado.

9 REFERÊNCIAS

ABATH, G.M. Medicina Geral e Comunitária no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica** [s.l.], v. 8 n.3, pp.166-76, 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v8.3-003> Acesso em: 10 nov. 2021.

ABATH, G.M. Medicina Familiar no Brasil. **Educ. Med Salud.** [s.l.] Vol 19, n. 1 1985. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3232/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(19\),%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3232/Educacion%20medica%20y%20salud%20(19),%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 10 nov. 2021.

ANDERSON, M.I.P. et al. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 3, n. 11, p. 180-198, nov. 2007. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/336>. Acesso em: 10 nov. 2021.

ANDERSON, M.I.P.; DEMARZO, M.M.P.; RODRIGUES, R.D.. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 3, n. 11, p. 157-172, nov. 2007. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334/221>. Acesso em: 10 nov. 2021.

ANDERSON M.I.P.; GUSSO G., CASTRO FILHO E.D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**; Juiz de Fora, v8, n.1, p61-67 jan-jun. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf> > Acesso em 04 Nov. 2021.

ARIAS-CASTILLO, L.; TORO, C.B.; FREIFER, S. FERNÁNDEZ, M.A. **Perfil do médico de família e comunidade: definição Iberoamericana**. Colômbia: CIMF-WONCA, 2010.

AROUCA, A.S.S.A. **O Dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 261 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível

em:

<http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/311321/1/Arouca_AntonioSergiodaSilva_D.pdf >. Acesso em: 10 nov. 2021.

AUGUSTO, D.K. O papel de regulação da residência médica nos sistemas de saúde e a evolução das vagas de residência em MFC no Brasil. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, 15., 2019. Cuiabá. Cuiabá: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2019.

AUGUSTO, D.K. et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–4, 2018.

BORRET, R.H.; OLIVEIRA, D.O.P.S.; AMORIM, A.L.T.; BANIWA, B. A. **Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias**. Em: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (editores.). SAÚDE LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana da Parnaíba-SP: Manole, 2021.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 Out 2013. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 12.288, de 20 de julho 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de julho de 2010 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n° 08/79 sobre Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva ou Social (RMPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 de outubro de 1979, Seção I, páginas 15084-5. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3365332/pg-44-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-15-10-1979> Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n° 07/81: Inclui o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as Especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM revoga os artigos 2° e 9° da Resolução CNRM no. 8, de 15/10/79. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de junho de 1981a, p.11.436. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM0781.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n° 16/81: Revoga a Resolução CNRM no. 8, de 15/10/79, dispõe sobre normas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de outubro de 1981b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/95371-resolucao-16-1981/file>> Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n° 01, de 14 de maio de 2002: Revoga as resoluções CNRM n° 5/79, 1/81, 7/81, 16/81, 4/83, 1/86 e dispõe sobre os Conteúdos Básicos de Programas de Residência Médica: Acesso Direto e com

Pré-Requisito. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de maio de 2002, Seção 1, p. 11-14. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=95491-resolucao-1-2002&category_slug=setembro-2018-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de maio de 2002, Seção 1, p. 23-26. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=95491-resolucao-1-2002&category_slug=setembro-2018-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução No 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 25 maio 2015. Seção 1, p.11-12. 2015a. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução No 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Diário Oficial da União**; Brasília, DF, 04 de janeiro de 2021. Seção 1, p.46. 2021. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resoluçãO-cnrm-nº-9-de-30-de-dezembro-de-2020> Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. **Ata da 12ª Sessão Ordinária da CNRM**. Brasília, DF, 14 de

janeiro de 2021. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=81141-ata-12-sessao-ordinaria-cnrm-pdf&category_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192
Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em 06 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidenta. (2011-2016: Dilma Vana Rousseff). **Pronunciamento da Presidente Dilma Rousseff**. Brasília, 21 de junho. 2013. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/06/130621_discurso_dilma_lk .
Acesso em: 06 de julho de 2019.

BRASIL. SECRETARIA GERAL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Decreto N° 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do

Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de setembro de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8516.htm Acesso em: 10 nov. 2021.

BUSNELLO, E. D'A. **A integração da saúde mental num Sistema de Saúde Comunitária**. Tese (Habilitação à livre docência em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/193250/000160491.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 10 nov. 2021.

BUSNELLO, E. D'A. Medicina de Família e comunidade no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**; V.80. n1: pp.93-100. Jan-Abr, 2010 Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1088/1045> Acesso em: 10 nov. 2021.

CASTRO, R. C. L. de; DIERCKS, M. L. M. S.; CORRÊA, F. A.; GYRÃO, N. B.; PEKELMAN, R.; UMPIERRE, R. N. O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 33, p. 375–383, 2014. DOI: 10.5712/rbmfc9(33)855. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/855>. Acesso em: 14 nov. 2021.

CEBES CAMPINAS. Atenção primária à Saúde. **Rev Saúde em Debate**. S/V, n.9; pp.14-20, Jan/Fev/Mar, 1980 Disponível em: <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp> Acesso em: 10 nov. 2021.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CERVENY, C.M.O., BERTHOUD, C.M.E. (Organizadoras). **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CERVENY, C.M.O., BERTHOUD, C.M.E. (Organizadoras). **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (editores.). **SAÚDE LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar**. Santana da Parnaíba-SP: Manole, 2021. Cap.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. DOI: 10.5712/rbmfc1(2)104. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 14 dez. 2021. Acesso em: 10 nov. 2021.

COHN, H., SCHMIDT. W.M. The practice of family health care: a descriptive study . **Am. J. Psychiat.**, 6.5 (4): p375-83 , Apr. 1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1775780/pdf/amjph00791-0041.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo Consulta CFM 29/86**. Brasília, 11 de Julho de 1986 a. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1986/29_1986.htm> Acesso em: 10 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. **Diário Oficial da União**: Brasília, 23 de outubro de 1986, página 15.949. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1986/29_1986.htm> Acesso em: 10 nov. 2021.

CYRINO, E.G., PINTO, H.A., OLIVEIRA, F.P.; FIGUEIREDO, A.M.. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 5-6, mar. 2015.

DIAS, L. C. **Abordagem Familiar**. In: GUSSO, G.; DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DOHERTY, W.J., BAIRD M.A.. **Family therapy and family medicine: Toward the primary care of families**. New York, NY: Guilford Press, 1983.

DOHERTY, W.J., BAIRD, M.A. (editores). **Family Centered Medical Care: a clinical casebook**. New York: Guilford, 1987.

DONNANGELLO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. Duas cidades. São Paulo, SP, 1976.

DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J. (organizadores). **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas de Atenção Primária**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1990.

DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J.; (organizadores) **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas de Atenção Primária**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

DUNCAN B.B.; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, (organizadores). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FALCETO, O. G. e cols. O ensino da psicoterapia de orientação sistêmico-integrativa no Instituto da Família de Porto Alegre. **Rev. Bras. Psicoter. (Online)** ; v.14, n2 pp. 75-85, 2012. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=96 Acesso em: 10 nov. 2021.

FALCETO, O. G; AERTS, D. **Estrutura e Dinâmica Familiar**. Capítulo 5. em: DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J. organizadores. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas de Atenção Primária**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1990a.

FALCETO, O.G.; AERTS, D. R. G. C. **O médico e a Família**. Capítulo 6. em: DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J. organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas de Atenção Primária. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1990a.

FALK, J.W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; v.1, n.1, p. 5-10 2004. Disponível em < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2/87>> Acesso em: 10 nov. 2021.

FALK, J. W. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FARIAS, E.R., STEIN, A.T., HOFFMAN, J.E. Onde Estão e o que Fazem os Egressos da Residência de Medicina Família e Comunidade do Centro de Saúde Escola Murialdo. **Boletim da Saúde de Porto Alegre**, V. 18, n. 1, jan-jun 2004. p99-111. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521092248v18n1_10egressosresidencia.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FERNANDES, C. L. O.; CURRA, L. C. D. **Ferramentas de Abordagem da Família**. Em: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. FILHO E.D.C., ANDERSON, M.I.P., organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2006. p.11-40. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

FERNANDES, C. L. O.; CURRA, L. C. D. ; MATTOS, LFC ; LOPES, José Mauro. C.. Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia para qualificar a formação em MFC e a Assistência em APS. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 3, p. 173-173, 2007. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/335/223> Acesso em: 10 nov. 2021.

FERNANDES, C.L.C., FALCETO, O. e WARTCHOW, E.S. **Abordagem Familiar**. Capítulo 10. Em: DUNCAN B.B.; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C (organizadores). Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, C. L. O.; CURRA, L. C. D. **Ferramentas da prática do médico de família e comunidade: abordagem familiar**. Em: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. AUGUSTO DK, UMPIERRE, RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.9-60. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

FIGUEIREDO, T.A.T. **O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade** (mestrado) 2019. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Disponível

em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/tatiana_argolo_toscano_fgu_eiredo.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

FREEMAN, T.R. Family medicine's academic contributions. **Turk Aile Hek Derg** 16(4):181–198. 2012. Disponível em:

https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_16_4_181_198.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

FREEMAN, T.R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Relatório de Gestão 2013-2014**. Brasília: 2015. Disponível em:

http://multimidia.fnp.org.br/biblioteca/documentos/item/download/75_1f3d2b3e2dbe4c8f216be61f3dcbd617 Acesso em: 10 nov. 2021.

GOODRICH T., RAMPAGE, C., ELLMAN, B., HALSTEAD, K. **Terapia Feminista da Família**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

GRANDESSO, M. A. **Desenvolvimentos em Terapia Familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias.** In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Eds.), *Manual de Terapia Familiar* (pp. 104-118). Porto Alegre: Artmed, 2009.

GROSSMAN, C. C. **A nova cara da saúde no Brasil – a medicina de família e comunidade.** Em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: MS; 2010. p. 41-45. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C.. **Tratado de medicina de família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Effective evaluation.** San Francisco, Jossey-Bass, 1981.

HORDGE-FREEMAN, E. **A cor do Amor: Características raciais, estigma e socialização em Famílias Negras Brasileiras.** São Carlos: EdUFSCar; 2019.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación*, v. 2, p. 243-247, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/322589335.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde** / José Mauro Ceratti Lopes. - Porto Alegre, 2005. 222 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, UFRGS, 2005. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5873> Acesso em: 10 nov. 2021.

LOPES, J. M. C.; FERNANDES, C. L. O.; CURRA, L. C. D. ; MATTOS, LFC **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.** Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

Disponível em:
http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/manualoficina/manual_oficina.pdf 184 p. Acesso em: 10 nov. 2021.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Princípios da medicina de família e comunidade**. In: GUSSO, G.; DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 1-10.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes; 1975.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

McDANIEL, S.H., HEPWORTH, J e DOHERTY, W.J. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

McGOLDRICK, M. **Abordagens da Terapia Familiar: Raça, Cultura e Gênero na prática Clínica**. São Paulo: Roca, 2003.

McWHINNEY, I.R., FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3.a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

MACEDO, R.M.S. **Questões de gênero na terapia de família e de casal**. EM: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Organizadores). **Manual de Terapia Familiar** (pp. 58- 73). Porto Alegre: Artmed, 2003.

MACEDO, R.M S., KUBLIKOWSKI, I; MORE, C.L.O.O (Organizadores) **Pesquisa Qualitativa no Contexto da Família e Comunidade: experiências, desafios e reflexões**. Curitiba: CRV EDUC, 2018.

MARVEL, M.K., SCHILLING, R.; DOHERTY, W., BARID, M.A. Levels of Physician Involvement with Patients and Their Families - A Model for Teaching and Research. **The Journal of Family Practice**, Vol. 39, No. 6, p. 535-41, Dez, 1994. Disponível em:

https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1994-volume_38-39/JFP

[_1994-12_v39_i6_levels-of-physician-involvement-with-pat.pdf](#) Acesso em: 10 nov. 2021.

MERKEL, W.T. **The family and family medicine: should this marriage be saved?** J Fam Pract v.17 n.5 p.857-62. Nov 1983 Disponível em: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1983-volume_16-17/JFP_1983-11_v17_i5_the-family-and-family-medicine-should-th.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

MELLO, A. R. **Medicina comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões: um estudo de caso.** 1979. 122 p. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Ciências Sociais, UNICAMP, Campinas, 1979. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312118>>. Acesso em: 17 nov. 2021. Acesso em: 10 nov. 2021.

MOURA, J. C.; INOUE, C. A.; ELIAS, L. M.; BRANDAO, B.R. **Ensino-aprendizagem de competências de abordagem familiar na graduação médica.** In: 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2017, Porto Alegre. Anais 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2017. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/07/55-COBEM-COM-CAPA.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

MOYSES, S.J. **Saúde é mudança!** Em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS; 2010. p. 37-40. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf Acesso em: 10 nov. 2021.

NAGEM, Tamiris Esteves; NEGOZIO, Simone Bambini. Do método clínico centrado na pessoa à terapia de família relacional sistêmica: diálogos possíveis. **Nova perspect. sist.**, São Paulo , v. 30, n. 70, p. 64-76, ago. 2021 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412021000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2021.

NICHOLS, M.P., SCHWARTZ, RC. **Terapia familiar** [recurso eletrônico]: conceitos e métodos. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

OLIVEIRA, DPSO. **Implantação de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) de um município de grande porte da região metropolitana de São Paulo**. 2019. 207p. (mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo Santos, SP.

PACHECO, A.C.L. Mulher negra : afetividade e solidão. Salvador : ÉDUFBA, 2013. 382 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16794> Acesso em: 10 dez. 2021.

PAIM, J.S. Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica. **Saúde em Debate**, v.1, (numero unico) pp.9-12. out-dez 1976. Disponível em: <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp> Acesso em: 10 nov. 2021.

PAIM, J.S. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v.9, n.3 pp.207-15, set-dez, 1985.

PEREIRA, L.B.C. Domínio da abordagem familiar por residentes de Medicina de Família e Comunidade. In: ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019, Cuiabá. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/dominio-da-abordagem-familiar-por-residentes-de-medicina-de-familia-e-comunidade>> Acesso em: 10 dez. 2021.

PINHEIRO, S. A. MACEDO, R. M. S. X Congresso Brasileiro de Terapia Familiar. **Comunicação Oral: Contribuição da Terapia Familiar para a Educação Médica**. 2012.

RAKEL, R.E., RAKEL, D.P. **Textbook of family medicine**. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2015.

SANTOS, K.P.B.; BOING, E.A. Atuação sistêmica do médico de família: uma visão segundo o modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Saúde em Debate**

[online]. v.43, n.121, 2019, pp. 614-625. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912125>>.

SANTOS, M.A.S. Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas. **Rev Med (São Paulo)**. V. 91(ed esp) p.39-44, 2012. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59008/61996>> Acesso em

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Editais SBMFC TEMFC N. 02 - Edital do Exame de Suficiência para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Anexos 4 e 5**. Mimeo: Rio de Janeiro: SBMFC, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Mimeo: Rio de Janeiro, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Oficina para Capacitar Preceptores em MFC**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015a. Disponível em:

<<https://www.sbmfc.org.br/noticias/oficina-de-capacitacao-de-preceptores-em-mfc/>>

Acesso em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade** Rio de Janeiro: SBMFC, 2015b. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%200Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%200Competencias(1).pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. **Ata da fundação e eixos/objetivo do Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra**. Curitiba, SBMFC, 2017. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/GT%20SPN%20-%20Ata%20alterada%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/GT%20SPN%20-%20Ata%20alterada%20(2).pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Edital SBMFC TEMFC N. 30 - Edital do Exame de Suficiência para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2021a. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/10/EDITAL-TEMFC-30.pdf>> Acesso em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Anexo 2 do Edital SBMFC TEMFC N. 30 - Edital do Exame de Suficiência para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Bibliografia para o TEMFC**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2021b. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-2-do-EDITAL-TEMFC-N.pdf>> Acesso em:

SÓL, N. A. A.. **A medicina geral comunitária no Brasil = uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos**. 2011. 221 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312118>>. Acesso em: 17 nov. 2021

STEWART, M. e cols. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2.a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

STORTI, M.M.T.; OLIVEIRA, F.P.; XAVIER, A.L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1301.pdf> > Acesso em 04 abr 2018

SCHUCMAN, L.V. **Famílias inter-raciais: tensões entre cor e amor**. Salvador: ÉDUFBA, 2018

RODRIGUES, R. D. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. **Revista Brasileira de**

Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 149–156, 2007.

DOI: 10.5712/rbmfc3(11)333. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/333>. Acesso em: 5 dez. 2021.

TALBOT, Y.; TAKEDA, S.; RIURTORT, M. e BHATTACHARYYA, O. Capacity-building in family health: Innovative in-service training program for teams in Latin America.

Canadian Family Physician, v. 55, n. 6, p.613-3.e1–6. 2009. Disponível em:

<https://www.cfp.ca/content/cfp/55/6/613.full.pdf>

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

VIEIRA, R. C.; TEIXEIRA, D. S.; BORRET, R.; ORNELAS, D.; SARNO, M. M.; JUNIOR, A. L. Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: Memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1821, 2019. DOI:

10.5712/rbmfc14(41)1821. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1821>. Acesso em: 14 dez. 2021.

WAGNER, H. L. et al. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-4, jun./nov. 2001.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; TALBOT, Y. R. Aplicação do Pensamento Sistêmico no Trabalho em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 29–35, 2004. DOI:

10.5712/rbmfc1(1)8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/8>. Acesso em: 5 dez. 2021.

WAGNER, H. L. **Ferramentas de abordagem familiar: FIRO e PRACTICE**. Em: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. AUGUSTO DK, UMPIERRE, RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 07, Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2012. p.143-162. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2)

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2006.

WALSH, F. **Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade.**

Porto Alegre: Artmed, 2016.

WEED, L.L. The problem oriented record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. **Ann Clin Res**, 3(3):131-4, Jun. 1971.

WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.**

Curitiba: SMS, 1996.