

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Psicologia, Famílias e Atenção Básica à Saúde: modelos de atuação em Uberaba/MG.**

WELLINGTON DOUGLAS DE ANDRADE

UBERABA-MG  
2017

WELLINGTON DOUGLAS DE ANDRADE

**Psicologia, Famílias e Atenção Básica à Saúde: modelos de atuação em Uberaba/MG.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Famílias

Orientador: Prof. Dra. Conceição Aparecida Serralha

UBERABA-MG  
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

A571p Andrade, Wellington Douglas de  
Psicologia, famílias e atenção básica à saúde: modelos de atuação em  
Uberaba/MG / Wellington Douglas de Andrade. -- 2017.  
86 f. : il., fig., graf.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017  
Orientadora: Profa. Dra. Conceição Aparecida Serralha

1. Psicólogos. 2. Prática profissional. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Família. I. Serralha, Conceição Aparecida. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 159.9

[Folha de aprovação]

WELLINGTON DOUGLAS DE ANDRADE

**Psicologia, Famílias e Atenção Básica à Saúde: modelos de atuação em Uberaba/MG.**

**Data da aprovação:** 01/08/2017

**Membros Componentes da Banca Examinadora:**

---

**Presidente e Orientador:** Prof. Dra. Conceição Aparecida Serralha  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

**Membro Titular:** Profa. Titular Dra. Dóris Lieth Nunes Peçanha  
Universidade Federal de São Carlos

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Cibele Alves Chapadeiro de Castro Sales  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Local:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

## DEDICATÓRIA

*A Deus.*

*À minha família, em especial à Cássia Maria da  
Silva, que tanto fez e tem feito por mim e à minha  
namorada e companheira para todos os desafios  
Laís Cristina de Souza.*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer:

A minha família, pelo apoio incondicional, e a minha companheira, por serem compreensivas em relação às inúmeras vezes que não pude estar presente;

A minha orientadora, professora Conceição Aparecida Serralha, pelo cuidado ao me guiar pelos caminhos da pesquisa. Como ela diz desde o início desse percurso: ‘Nós nos ganhamos’, e nessa troca, sem dúvida, eu fui o maior beneficiado;

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro;

Aos meus professores e demais pessoas envolvidas na missão de fazer a Pós-Graduação acontecer, que não mediram esforços para oferecerem o seu melhor;

E a CAPES, pela concessão da bolsa de estudos que foi fundamental para minha manutenção.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	<b>08</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>09</b>
<b>Apresentação da Dissertação</b> .....	<b>11</b>
<b>Estudo 1</b> .....	<b>13</b>
Resumo	13
Introdução, justificativa e objetivo	14
Método	17
Resultados e Discussão	22
Considerações Finais	32
Referências	34
<b>Estudo 2</b> .....	<b>38</b>
Resumo	38
Introdução, justificativa e objetivo	40
Material e Método	45
Análise dos Dados	49
Resultados e Discussão	53
Conclusão	71
Referências	75
<b>Considerações Finais da Dissertação</b> .....	<b>78</b>
<b>Referências da Dissertação</b> .....	<b>81</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>85</b>
Anexo A – (Estudo 1) – Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.	85
Anexo 1 – (Estudo 2) – Roteiro de entrevista.	86

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado se trata da reunião de dois estudos, um de revisão e outro empírico. O objetivo desta foi aprofundar o conhecimento sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica em Saúde (ABS) junto às famílias, tomando a ABS do município de Uberaba/MG como região específica para investigação. A literatura aponta que a forma como o profissional entende o que é família influencia na assistência prestada a ela, e que evidenciá-la pode alicerçar reflexões e favorecer a aplicação de ações mais adequadas. O primeiro estudo objetivou compreender como a família vem sendo percebida pelos profissionais da ABS. Com a ferramenta Prática Baseada em Evidência (PBE), o corpus (10 artigos) foi composto por estudos, publicados nos últimos 10 anos, recuperados nas bases BVS, SciELO, MedLine e PsycINFO, seguindo critérios pré-estabelecidos. Constatou-se ser consensual o entendimento de família que supera o modelo nuclear, mas ainda apresentando preconceitos. Notou-se também que a forma como os profissionais pensam as famílias dialoga com o que é preconizado pelo SUS, com possibilidades de ofertar uma assistência satisfatória. O segundo estudo, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a prática psicológica com famílias na ABS do município de Uberaba/MG, pautou-se na crítica que aponta inadequações na atuação do psicólogo na ABS e carência de estratégias e modelos de atuação para esse contexto. Os participantes foram os psicólogos da ABS, que afirmaram trabalhar de forma direta ou não com famílias, excluindo-se aqueles que, eventualmente, estivessem atuando enquanto servidor cedido de outra área. Foram entrevistados 21 profissionais mediante entrevista semiestruturada, gravada em áudio e, após, transcrita integralmente. Analisaram-se os dados com as ferramentas Análise de Conteúdo Temática e da Enunciação de Bardin, e foram identificadas três formas de atuação: focada na família (três profissionais), individual com intervenções na família (nove profissionais) e individual, na qual a família era indiretamente trabalhada (nove profissionais). Na primeira, prevaleceram atuações diretas na família e junto à ESF, sendo atendidos individualmente apenas casos graves e demandas específicas. Na segunda, prevaleceram atendimentos individuais, entretanto, com intervenções nas famílias que, segundo eles, são indispensáveis para efetividade da assistência prestada. Na terceira, reuniram-se atuações estritamente no modelo clínico individual, com a crença de que ocorrem, indiretamente, mudanças na família à medida que mudanças no indivíduo refletem no âmbito familiar. Identificou-se que psicólogos e ESF solicitam-se muito reciprocamente, com exceção dos profissionais que atuam estritamente com o indivíduo, que, em geral, apenas recebem encaminhamentos. Constatou-se que, majoritariamente, a ESF encaminha e solicita o psicólogo para demandas individuais e de cunho curativo, ocasião em que o psicólogo, dependendo da estratégia de atuação que adota, traz a família para o atendimento. As principais estratégias constatadas na prática dos psicólogos foram: realização de visitas domiciliares, grupos, atendimentos domiciliares, orientações às equipes da ABS e às famílias. Embora as atuações em equipe multiprofissional sejam preconizadas pela ABS, prevaleceram ações individualizadas. Apontaram-se entraves para atuação como: falta de material, de transporte, sobrecarga com demandas curativas, judiciais e do Conselho Tutelar. Conclui-se que os psicólogos têm inovado em suas formas de assistência ao trabalhar com grupos, com a comunidade, aplicando seu olhar amplo, atuando de forma multiprofissional, ampliando sua visão para a saúde e se inserindo nas equipes da ESF.

**Palavras-chaves:** Famílias. Psicologia. Atenção Básica em Saúde.

Andrade, W. D. (2017). *Psicologia, Famílias e Atenção Básica à Saúde: modelos de atuação em Uberaba/MG*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais.

## ABSTRACT

This dissertation is the reunion of a literature review study and an empirical study. The main objective was to expand the knowledge on the performance of the psychologist in Primary Health Care (PHC) who attended families, taking as specific focus of investigation the PHC centers of the city of Uberaba (MG, Brazil). Literature points out that, depending on how the professional conceives what a family is, it influences on how they assist the families. Thus, highlighting this conception is a way of consolidating a reflection and promoting actions that are more adequate. The literature review had the objective of understanding how the idea of family is conceived among PHC professionals. Using the Evidence-Based Practice (EBP) as a tool, the corpus (10 papers) was formed by studies retrieved, published in the last 10 years, from the BVS, SciELO, MedLine and PsycINFO databases, with a previously given criteria. It was found to be consensual that the family is understood beyond the limits of a nuclear model, but still there are prejudicial formulations concerning what a family is. Another finding is that there is a consonance between how psychologists conceive the idea of family and what the SUS (Brazilian unified health system) advocates for, which indicates better possibilities of assistance. The empirical study, held in the PHC of Uberaba/MG, was based on the issue of lack of proper strategies and performance models a PHC psychologist should have for attending families in that context. The participants were PHC psychologists who claimed to have worked with families, in a direct or indirect way. Twenty-one professionals were interviewed through a semi-structured script, audio recorded and with full transcript. Using Bardin's Content and Enunciation Analysis, three forms of performance were evident: focused on the family (three professionals), individual, with intervention in the family (nine professionals), and individual, with indirect work upon the family (nine professionals). In the first one, direct actions along with the Family Health Strategy (FHS) prevailed, being attended only severe cases and specific demands. In the second, individual appointments prevailed, with interventions that, according to the interviewees, were imperative to the effectiveness of the assistance. In the third one, there were professionals who attend strictly with the individual clinical model and believe that, indirectly, individual changes happen to reflect upon the familiar context. An important information is that psychologists and the FHS team mutually require each other a lot, except when professionals work strictly with the individual user, and receive only referrals from the team. In addition, the PHC requires the psychologist mostly for individual, curative demands, and then the professional brings the family to attendance, depending on the strategy they adopt. Main strategies identified in those practices were home visiting, groups, in-home attendance, and referrals to the PHC team and the families. Although the PHC advocates for a multiprofessional work, individual actions prevailed. Interviewees pointed some obstacles for an effective performance, such as lack of materials and transportation, and overload of demands concerning the user cure, law issues and the Tutelary Council. The conclusion is that psychologists have innovated their forms of assistant when working in groups and within the community, in a multiprofessional way, broadening their views on health, and inserting themselves in the FHS teams.

**Key words:** Families. Psychology. Primary Health Care.

Andrade, W. D. (2017). *Psychology, Families and Primary Health Care: performance models in Uberaba/MG*. Masters dissertation, Postgraduate Program in Psychology, Federal University of the Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais.

## APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação constitui-se de dois estudos realizados como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (PPGP-UFTM). Foi realizada, como primeiro estudo, uma revisão integrativa de literatura, cujo objetivo foi conhecer como a família vem sendo percebida por apoiadores matriciais e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a ferramenta Prática Baseada em Evidência (PBE), o corpus (10 artigos) foi composto por estudos recuperados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine) e *American Psychological Association* (PsycINFO), seguindo critérios pré-estabelecidos. Os resultados encontrados serviram para orientar decisões importantes quanto aos objetivos, delimitação e ferramentas de coleta e análise de dados do segundo estudo, empírico.

A justificativa que norteou as duas investigações se relacionou à intensa solicitação de atuações do psicólogo na Atenção Básica em Saúde (ABS), em especial na ESF, embora esse profissional não tenha sido incluído na equipe básica dessa estratégia. Ressalta-se, ainda, que esse é um campo de atuação relativamente novo e, sendo assim, são poucas as informações acerca de modelos de atuação para os psicólogos alinhados às propostas de assistência em saúde preconizadas pela ABS.

O segundo estudo, por sua vez, após o contato na revisão de literatura com a crítica à atuação do psicólogo na ABS, em razão de essa atuação se dar prioritariamente por meio de um modelo clínico de atendimento individualizado, voltou-se à investigação da prática psicológica no referido contexto. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o profissional de

Psicologia pode recorrer a esse modelo de atendimento em casos em que não são suficientes as demais ações previstas nessa política.

Tendo em vista que as ações da ABS em acordo com a PNAB devem enfatizar, prioritariamente, a prevenção de doenças e a promoção da saúde, utilizando-se de estratégias em que a ESF é a principal delas, compreendeu-se a importância de um estudo empírico que pudesse aprofundar o conhecimento sobre a prática do psicólogo no campo da ABS com famílias, tomando a ABS do município de Uberaba/MG como contexto específico de investigação. A seguir, portanto, encontram-se os dois estudos realizados.

## ESTUDO 1

### **A família sob a perspectiva de profissionais da ESF e apoiadores matriciais: revisão de literatura**

### **The family from the perspective of ESF professionals and matrix supporters: literature review**

Autores: Wellington Douglas de Andrade; Conceição Aparecida Serralha. Artigo submetido ao periódico 'Pensando Famílias' e aguardando decisão editorial.

**Resumo:** *Na assistência à saúde, tanto os profissionais quanto as famílias desenvolvem sua própria cultura, conceitos e regras, fator que pode interferir na assistência prestada. Estudos que evidenciam a forma como a família é vista podem servir de alicerce para pensar e aplicar ações que atentem para a interação dessas culturas. Este artigo é uma revisão integrativa de literatura cujo objetivo foi compreender como a família vem sendo percebida por apoiadores matriciais e profissionais da ESF. Com a ferramenta Prática Baseada em Evidência (PBE), o corpus (10 artigos) foi composto por estudos, publicados nos últimos 10 anos, recuperados nas bases BVS, SciELO, MedLine e PsycINFO, seguindo critérios pré-estabelecidos. Constatou-se ser consensual o entendimento de família que supera o modelo nuclear, mas ainda apresentando preconceitos. Notou-se também que a forma como os profissionais pensam as famílias dialoga com o que é preconizado pelo SUS, possibilitando ofertar uma assistência mais satisfatória.*

**Palavras-chave:** Família; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Configuração Familiar.

**Abstract:** *In health care, both professionals and families develop their own cultures, conceptions and rules, which can interfere in the assistance provided. Studies that show how the idea of*

*family is conceived may provide foundation to think about and apply actions that attend to the interaction between those two groups. This article is an integrative literature review with the objective of understanding how basic supporters and professionals of the Family Health Strategy (ESF) conceive the idea of family. Through evidence-based practice (EBP) and following pre-established criteria, a corpus of 10 papers was composed, published in the last 10 years, with literature retrieved from BVS, SciELO, MedLine and PsycINFO databases. Analysis show that there is a consensus in understanding the family beyond a nuclear model, although still presenting aspects of prejudice. It is also noteworthy that there is a dialogue between the way professionals conceive the family and what is recommended by the Unified Health System (SUS), which allows the offering of a more satisfactory assistance.*

**Keyword:** Family; Primary Health Care; Health Personnel; Family Configuration.

## **1. INTRODUÇÃO**

A família vem ocupando um lugar de destaque nas políticas de saúde, especialmente após a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, particularmente, dentro da Atenção Básica em Saúde (ABS). A ABS, para a qual o SUS adota um olhar especial, representa o primeiro nível de atenção em saúde, dentre os três existentes, que organizam o funcionamento do sistema (Marina, Werba, & Pichelli, 2013). Dentro da ABS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à mudança assistencial (Gabardo, Jungues & Selli, 2009).

A ESF conta com uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2011). Esta deve desenvolver ações que visem trabalhar, de forma integral e contínua, os problemas mais presentes na população em harmonia com os princípios e diretrizes do SUS, ofertando serviços de promoção, prevenção,

cura e reabilitação (Carvalho, Almeida & Jaime, 2014; Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007; Gabardo et al., 2009; Gorayeb, 2010; Wendt, Aires, Paz, Fengler & Paskulin, 2015). Quando há necessidade de cura e reabilitação que, em geral, demandam atendimento de nível secundário e terciário, as equipes da ESF solicitam profissionais de apoio matricial.

Há o entendimento de que a família é uma organização que evolui de forma a acompanhar as mudanças da sociedade (Mantovani et al., 2014). Como apontam Borba, Paes, Guimarães, Labronici e Maftum (2011) e Moimaz, Fadel, Yarid e Diniz (2011), as constantes mudanças nos contextos demográficos, socioeconômicos, assim como as condições materiais, influenciam as famílias de forma a forçá-las a se ajustarem a esses novos contextos. Propõe-se a leitura de que a família, internamente, também passa por mudanças significativas (como o número de filhos e/ou opção por não os ter) que impactam a sociedade, remetendo a uma influência mútua entre família e sociedade. Pode-se inferir que estes são alguns dos fatores associados à variabilidade de arranjos familiares encontrados atualmente (Gabardo et al., 2009; Mantovani et al., 2014; Saraiva, Rezende, Reis, Inácio & Schucman, 2015; Tavares, Mendonça & Rocha, 2009).

Outra forma de entender a família se relaciona com a sua organização em torno de papéis e funções. Rabelo e Neri (2015b) colocam que papéis e funções definidos, muitas vezes pela hierarquia (seja de idade, sexo ou contribuição financeira), são elementos que norteiam e dão rosto à organização familiar, possibilitando então defini-la. O caráter de suporte (seja instrumental, financeiro, informativo ou emocional) e o de vínculo (Gabardo et al., 2009, Rabelo & Neri, 2015b, Wendt et al., 2015), também são usados como elementos que auxiliam na definição do que vem sendo entendido por família.

Embora existam variadas formas de descrever a unidade familiar, há concordância de que esta vem sofrendo alterações ao longo da história, assim como existe certo consenso de que a família é uma organização que oferece suporte aos seus membros por meio do cuidado e da

proteção (Lèvi-Strauss, 1956; Moimaz et al., 2011; Roudinesco, 2003). Nesse sentido, é entendida como local de troca e de relações. Tais relações são caracterizadas pelo afeto, pelo cuidado e pela proteção, persistindo, no imaginário individual e coletivo, a imagem da família formada por pai, mãe e filhos, conhecida como nuclear (Gabardo et al., 2009).

Em relação à concepção de família no contexto de saúde brasileiro, o SUS adota a compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, a família é entendida sob o viés relacional, ou seja, em sua dinâmica. Trata-se de um entendimento que busca ultrapassar a ideia de família restrita a laços biológicos ou legais, sendo compreendida como grupo no qual as relações são baseadas na confiança e no suporte entre os membros (Hennessy, Gladin, & World Health Organization, 2006). A ESF - enquanto proposta de ação do SUS - compartilha desse entendimento.

O profissional de saúde, ao atuar com as famílias, deve estar capacitado para esse trabalho, haja vista a complexidade que cada família apresenta em sua estrutura, organização, relações e, em especial, no que concerne às suas demandas em saúde. Nesse sentido, Mantovani et al. (2014) apontam que o profissional deve acompanhar as famílias de perto para que a assistência prestada aconteça de forma satisfatória. Ele deve desenvolver a capacidade de acompanhar as mudanças pelas quais o grupo familiar vem passando ao longo do tempo.

Como apontam Gabardo et al. (2009), a forma como o profissional encara a família determina a sua atuação. Destacam ainda que, tanto as famílias quanto as profissões de saúde têm sua própria cultura, conceitos, regras e sua organização social. No que concerne ao profissional de saúde, isso pode implicar em ele ter uma perspectiva de vida e de mundo diferente das apresentadas por seus pacientes. Por conseguinte, pode haver interferência dessa perspectiva na assistência à saúde prestada pelo profissional e na relação dele com o usuário, nesse caso, as famílias (Gabardo et al., 2009). Mantovani et al. (2014), no estudo que investigou as

representações sociais da família por profissionais da ESF, apontaram a necessidade de incrementar, na assistência às famílias, ações que possibilitem a interação de suas culturas pessoal e profissional com as dos usuários de seus serviços, corroborando as conclusões de Gabardo et al. (2009).

Para pensar estratégias que visem melhorar as ações em saúde, é necessário compreender como os profissionais da área pensam os fenômenos com os quais trabalham. A posse dessa informação pode subsidiar reflexões, por exemplo, sobre políticas de educação continuada mais direcionadas. A Prática Baseada em Evidência (PBE) tem adquirido grande relevância na saúde, na medida em que se apresenta como uma abordagem de solução de problema, para a tomada de decisão, e que incorpora a busca mais recente de evidência científica. Nessa perspectiva, a PBE pode ser usada como ferramenta para identificação e avaliação de conceitos, possibilitando a elaboração de práticas em saúde mais bem fundamentadas.

Contudo, como apontado por Mendes, Silveira e Galvão (2008), na PBE há a necessidade de métodos seguros de revisão de literatura, sendo um destes a revisão integrativa. Esta se refere a um método que, ao seguir um passo-a-passo sistemático e organizado, visa reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, apresentando bons resultados quando direcionada, dentre outras finalidades, para a definição de conceitos (Mendes et al., 2008).

Desse modo, este estudo almejou conhecer, na literatura científica do campo da saúde, a família sob a perspectiva dos profissionais da ESF e dos apoiadores matriciais. Busca-se, dessa forma, oferecer elementos que subsidiem novas práticas ao profissional de saúde.

## **2. MÉTODO E PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este estudo é um trabalho de revisão integrativa da literatura realizada recuperando estudos publicados nos últimos 10 anos, com característica teórico-qualitativa, e teve como base a seguinte questão: frente à variedade de arranjos familiares existentes, qual a perspectiva de família é apresentada pelos profissionais que compõem a ESF e por aqueles que prestam apoio matricial? Por adequações metodológicas, a fim de atingir os objetivos do estudo, optou-se pela seguinte redação da pergunta de pesquisa: *Quais (o) as composições familiares consideradas (i) nas intervenções/propostas desenvolvidas pelos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família ou prestam apoio matricial (p)?* Foram realizadas buscas em quatro bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, MEDLINE e PsycINFO, no mês de Junho de 2016 e na primeira semana de Julho do mesmo ano. As bases foram escolhidas mediante a representatividade destas frente ao tema em estudo. Todas as buscas foram realizadas de terminais pertencentes a uma universidade pública por possibilitarem acesso a trabalhos restritos.

Foram incluídos apenas artigos científicos, publicados nos últimos 10 anos, cujo conteúdo apresentou ou possibilitou conhecer a perspectiva de família por parte de profissionais da ESF e/ou de Unidades Matriciais de Saúde, no contexto brasileiro. Justifica-se a opção apenas por artigos científicos, em razão de passarem por avaliação rigorosa antes de sua publicação, o que aumenta a confiabilidade em seus conteúdos. O volume expressivo de outras formas de publicação, como teses e dissertações, também justifica a não inclusão destas. O recorte possibilita um maior aprofundamento.

Já os critérios para exclusão foram: artigos repetidos, estudos de revisão de literatura, artigos cujos dados não se referiam ao contexto brasileiro. Também foram excluídos artigos que, após leitura prévia, não apresentaram dados que auxiliassem a atingir o objetivo desta revisão.

Para acessar as melhores evidências científicas sobre a temática, foi utilizada a ferramenta Estratégia PICO. Trata-se de uma ferramenta que possibilita, ao pesquisador, definir

adequadamente a sua pergunta de pesquisa de forma a criar uma estrutura lógica para pesquisar, na bibliografia, as evidências relacionadas ao fenômeno estudado (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007). Por sua vez, a utilização da ferramenta oferece maior confiabilidade aos dados obtidos com a pesquisa (Pedrolo et al., 2009).

Com relação ao acrônimo PICO, este representa os itens Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho). De acordo com Santos et al. (2007), na busca por evidências bibliográficas, estes são os quatro elementos fundamentais tanto da questão de pesquisa quanto da construção da pergunta. Entretanto, para este estudo não se aplica o item Comparação. Portanto, considera-se PIO conforme pode ser verificado na pergunta de pesquisa citada.

Da pergunta de pesquisa apresentada sob a forma da Estratégia PIO foram retiradas as palavras-chaves que nortearam a busca pelos seus respectivos descritores. Adotaram-se, para esta revisão, os descritores padronizados e disponibilizados pela BVS. Destacaram-se os termos: composições familiares, profissionais que compõem a ESF e que prestam apoio matricial e ESF como itens chaves para atingir os objetivos.

Em seguida, procedeu-se com a busca dos descritores por meio de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde/ *Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para o termo *composições familiares*, a base indicou como descritores em português, inglês e espanhol, respectivamente, os termos: Características da Família / Family Characteristics / Composición Familiar. Para o termo *profissionais que compõem a ESF e que prestam apoio matricial*, os descritores: Pessoal de Saúde / Health Personnel / Personal de Salud. Por fim, para o termo *Estratégia Saúde da Família* foi encontrado como descritor em português, inglês e espanhol, respectivamente: Estratégia Saúde da Família /Family Health Strategy / Estrategia de Salud Familiar.

Na PsycInfo, para o termo *características da família*, foram encontrados os descritores Family Members e Family Structure. Para o termo *profissionais que compõem a ESF e que prestam apoio matricial*, a base indicou o descritor Health Personnel, e, para o termo *Estratégia Saúde da Família*, foi apresentado o descritor Health Promotion. Destaca-se que a PsycInfo é uma base de dados norte-americana que utiliza sua própria padronização de descritores e que possibilita buscas apenas na língua inglesa. Por essa razão, na PsycInfo foram utilizados os descritores padronizados da própria base e apenas na língua inglesa.

A busca pelos artigos que integraram o *corpus* do estudo das evidências se deu por etapas. De posse dos descritores, na primeira etapa, as evidências foram buscadas nas bases de dados BSV, no SciELO, na Medline e na PsycInfo, considerando os seguintes filtros: texto completo, assunto principal (utilizando os próprios descritores), país/região como assunto (sempre selecionando Brasil), idioma (sempre português, inglês e espanhol), ano de publicação (marcando todos os anos disponibilizados na base desde 2006 a 2016), tipo de documento (selecionando apenas artigos) e país de afiliação (selecionando sempre *Brasil*).

Procedeu-se com buscas isoladas e combinadas, em todas as bases de dados e com cada um dos descritores nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram encontrados 7.882 artigos dos quais 4.420 foram recuperados na PsycInfo. Constatou-se, mediante os filtros *país de afiliação* e *país/região como assunto*, que nenhum dos estudos da PsycInfo auxiliavam atingir o objetivo, por não retratarem o contexto brasileiro. Desse modo, foram selecionados para a próxima etapa 3.462 artigos. Nessa etapa, portanto, houve a exclusão de todos os artigos encontrados na PsycInfo.

Na segunda etapa, os artigos encontrados foram analisados utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão. Buscou-se identificar se os descritores estavam presentes nos itens título, palavras-chave ou no resumo. Neste, o conteúdo deveria apontar que o estudo trouxe a

descrição/caracterização do grupo familiar por profissionais da ESF ou dos órgãos que prestam apoio matricial. Estudos cujas informações não ficaram evidentes no resumo foram incluídos para leitura na íntegra. Ao final, restaram 60 artigos para serem lidos integralmente.

Assim, na terceira etapa, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra para averiguação da sua pertinência em contribuir com a revisão. Dentre os 60 artigos, pelos critérios de exclusão foram retirados 50 artigos. Destes, 34 por estarem repetidos, 15 por não tratarem do tema (discutiam a percepção de usuários sobre a ESF, perfil socioeconômico dos idosos, arranjo familiar de idosos e rede de apoio familiar, dentre outros) ou por não trazerem a perspectiva de família por parte dos profissionais. Por fim, um artigo foi excluído por se tratar de um estudo de revisão de literatura. Na quarta etapa, após a leitura na íntegra, chegou-se ao total de 10 artigos que foram utilizados na revisão.

Tabela 1 – artigos recuperados que compuseram o *corpus* do estudo.

<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>
<b>2014</b>	Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família	Mantovani et al..
<b>2009</b>	Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família	Gabardo, Junges & Selli
<b>2014</b>	Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família	Mantovani et al..
<b>2009</b>	Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família	Gabardo, Junges & Selli
<b>2015</b>	Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos	Rabelo & Neri
<b>2011</b>	Atuação profissional da Atenção Básica de Saúde face à identificação e Notificação da violência infanto-juvenil	Lima et al..
<b>2015</b>	Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil	Wendt et al..
<b>2007</b>	Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família	Ferriolli, Marturano & Puntel

---

<b>2014</b>	Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde	Carvalho, Almeida e Jaime
<b>2006</b>	Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de Idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil	Souza, Morais & Barth

---

A análise dos artigos procedeu-se da seguinte forma: primeiro, foi realizada uma leitura flutuante de todos os estudos. Nela, foi possível identificar dois perfis gerais de estudos. Estudos cujos dados estavam relacionados diretamente aos objetivos desta revisão (dois artigos) e trabalhos que dialogavam tangencialmente com estes (oito artigos). A partir dos que abordavam diretamente o tema, foram construídas duas categorias sobre como o profissional da ESF ou apoiador matricial percebe a família: *Família como unidade que oferece condições para o desenvolvimento dos sujeitos* e *Família enquanto local de refúgio*. Quanto aos estudos que abordaram o tema de forma tangencial, a categoria estabelecida foi: *Família entendida segundo as prerrogativas do SUS*.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A quantidade de estudos localizados, excluídos, incluídos e o panorama geral dos trabalhos que constituíram o *corpus* desta revisão podem ser verificados na Figura 1 (Anexo A). Dentre os 10 estudos incluídos, cinco eram quantitativos e cinco qualitativos. Com relação à pertinência em auxiliar para que os objetivos dessa revisão fossem atingidos, apenas dois responderam de forma direta à pergunta de pesquisa. Oito possibilitaram responder à pergunta, entretanto, não apresentaram, de forma explícita, a perspectiva de família por parte dos profissionais da ESF e apoiadores matriciais.

Dentre os quantitativos, no que concerne às temáticas, destacaram-se estudos interessados em famílias de idosos (três estudos). Com relação aos estudos qualitativos, não houve prevalência de temáticas. Abordaram desde representações sociais de famílias até arranjos familiares de idosos, passando por temas como condicionalidades em saúde, práticas em saúde e implicações dos arranjos familiares à saúde.

Quanto ao perfil dos autores, a maior parte eram mestres e doutores ligados a instituições de ensino superior. Destaca-se, ainda, que quase a totalidade dessas instituições é pública e a maior parte dos estudos se deu dentro de programas de pós-graduação existentes nessas universidades. Outro traço marcante foi o fato de terem sido realizados em conjunto por pesquisadores de diferentes instituições.

No tocante à atualidade dos estudos que tiveram os idosos como foco, esta pode ser percebida por duas perspectivas. Uma relacionada ao tempo cronológico e a outra à relevância do tema estudado. Na primeira, enfatiza-se que metade dos trabalhos foram publicados nos últimos cinco anos, sendo quatro de 2015 e apenas um de 2014. Com relação aos demais, as publicações variaram entre 2006 e 2011. Quanto à relevância do tema, se faz atual por ser o aumento da expectativa de vida uma realidade, o que implica na necessidade de se desenvolver estudos que visem compreender a pessoa em seu contexto e o processo de envelhecimento, além dos impactos que isso pode ter.

Avalia-se que o volume de estudos tendo o idoso, suas relações e necessidades como foco, encontra ressonância no contexto brasileiro atual. Como apontam Wendt et al. (2015), Souza, de Moraes & Barth (2006), há alguns anos tem aumentado a expectativa de vida dos brasileiros. Em vista disso, é natural que pesquisadores do envelhecimento humano, assim como da área de saúde pública, invistam mais em estudos tendo esse público como foco.

De forma geral, os estudos com o público idoso têm apontado que apesar da idade avançada há um grande número de idosos que, embora aposentados, ainda estão inseridos no mercado de trabalho e ocupam o lugar de chefes e de provedores de suas famílias (Rabelo & Neri, 2015a). Os estudos também evidenciaram que grande parte dos arranjos familiares dos idosos são famílias estendidas (Rabelo & Neri, 2015a, Rabelo & Neri, 2015b), ou seja, famílias constituídas por membros com outros graus de parentesco além de pai, mãe e filhos. Um dado importante, também apontado por Rabelo e Neri (2015b), é que, no nordeste brasileiro, dentre essas famílias é mais comum que os filhos adultos necessitem da ajuda dos pais idosos do que o inverso.

Outra demanda dos idosos e sua família está relacionada à necessidade de criar e oferecer mais estratégias de qualificação dos profissionais de saúde para atuarem com esse público (Wendt et al., 2015). Por outro lado, Rabelo e Neri, (2015b) apontam que um dos grandes desafios atuais, no campo da saúde, é preparar os profissionais para trabalhar com famílias.

Desse modo, considerando ser comum famílias de idosos se encontrarem em uma condição um pouco mais agravada (pela frequência com que os idosos adoecem, pela cronicidade das doenças que apresentam, por demandarem mais cuidados, por muitas vezes serem dependentes fisicamente), destaca-se a necessidade não só de capacitar o profissional de saúde para atuar junto às famílias, mas, com famílias de idosos. Tal constatação dialoga com a afirmação de Wendt et al. (2015) da necessidade de se efetivar as políticas relacionadas aos idosos, assim como o fortalecimento da rede de atenção ao idoso nos municípios.

O significativo número de estudos que foram excluídos é atribuído aos critérios de inclusão e exclusão, especialmente pela especificidade do objetivo do estudo. Destaca-se a exclusão de todos os artigos da base de dados PsycInfo. Como o objetivo geral da pesquisa foi compreender a perspectiva de família por parte dos profissionais da ESF e apoiadores matriciais, apenas os estudos cujos participantes foram profissionais atuantes na ABS e em Unidades Matriciais de

Saúde no Brasil foram relevantes para os objetivos deste estudo. Desse modo, embora a busca em tal base tenha apresentado um volume considerável de estudos, nenhum atendeu à especificidade do objetivo.

Em relação aos dois estudos que abordaram de forma direta a temática desta revisão, ambos são de abordagem qualitativa. O estudo de Mantovani et al. (2014) utilizou, como amostra, 58 profissionais que atuavam em UBS de nove distritos sanitários da cidade de Curitiba/PR. A maior parte eram enfermeiros (17 profissionais) e auxiliares de enfermagem (28 profissionais), sendo o restante dividido entre médicos, odontólogos, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal. A coleta de dados se deu mediante entrevista semiestruturada que foi gravada e transcrita. Já a análise dos dados se deu por meio da técnica de análise categorial de Bardin.

Já o estudo de Gabardo et al. (2009), contou com uma amostra composta por 12 profissionais de um Programa Saúde da Família, atual ESF, de uma cidade no Estado do Rio Grande do Sul/RS. A equipe era formada por médicos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram usados Grupos Focais, observação e um roteiro para coleta de dados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, utilizando-se da ferramenta análise temática de dados de Bardin e Minayo.

Dentre os estudos que não abordaram de forma direta a temática desta revisão, prevaleceram os quantitativos (seis deles). Outro aspecto de destaque nesses estudos foi a temática idoso. Metade deles tinha o público idoso como foco de discussão. Quanto às ferramentas utilizadas para coleta de dados, prevaleceram as escalas e os inventários. No tocante à análise dos dados, prevaleceu a análise estatística por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e o teste Qui-Quadrado *Wald*.

Cabe chamar a atenção para os estudos de Rabelo e Neri (2015a) e Rabelo e Neri (2015b). Embora sejam artigos diferentes, o estudo que gerou os dados foi o mesmo. Esse dado evidencia

a quantidade modesta de estudos sobre a temática da perspectiva de família por parte de profissionais de saúde.

### ***Família como unidade que oferece condições para o desenvolvimento dos sujeitos***

Esta categoria busca mostrar a perspectiva de família enquanto instituição que vai nutrir o sujeito com suas necessidades fundamentais para o seu desenvolvimento. Em relação à organização familiar, os resultados encontrados por Gabardo et al. (2009) e Mantovani et al. (2014) foram unânimes em apontar que, para os profissionais da ESF, não existe um tipo de família, mas sim, variados arranjos. Tal constatação vai ao encontro da afirmação de Roudinesco (2003) de que as famílias não se resumem em uma única descrição, havendo coexistência de várias.

Foram relatados diversos arranjos familiares (Gabardo et al., 2009; Tavares et al., 2009; Rabelo e Neri, 2015a; Rabelo e Neri, 2015b; Wendt et al., 2015). Famílias de casal de homossexuais com filhos, famílias extensas, famílias reconstituídas, famílias de idosos vivendo com parceiros mais jovens, família de mulheres com filhos residindo em prostíbulos, famílias nucleares. Esses dados são compatíveis com o último senso realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, apontando uma diversidade de arranjos funcionais na família brasileira (IBGE, 2015).

Vale retomar que essa diversidade de arranjos domiciliares foi retratada em apenas dois estudos. Entretanto, diversos pesquisadores (Goldani, 1994; Saraiva et al., 2015) têm sugerido que o padrão família nuclear já não é o representativo da família brasileira. Desse modo, é bastante provável que os arranjos domiciliares apresentados por aqueles estudos sejam mesmo os recorrentes no país.

Os arranjos familiares não tradicionais são bastante estigmatizados, embora tenha havido certa mudança nos últimos anos. Com frequência, eles são apontados como os responsáveis pelo surgimento de problemas, sendo-lhes atribuído, por exemplo, o adjetivo *desestruturado*, ou família desestruturada. Saraiva et al. (2015) apontam que há certa associação entre os dois fenômenos, como nos casos em que a inexistência de uma dada função parental pode resultar na dificuldade de um indivíduo se inserir socialmente. Entretanto, é um equívoco responsabilizar os arranjos familiares por todos os problemas que o indivíduo venha a enfrentar, ou mesmo ser o centro do problema, como no caso de envolvimento com violência e criminalidade. É possível que esses problemas estejam mais relacionados à inexistência ou dificuldades no exercício de certas funções parentais, e não, exclusivamente, à presença ou ausência concreta daquele que tradicionalmente é responsável por exercer determinada função.

Há uma interferência mútua entre as famílias, seus membros e o meio. Deste modo, a sociedade – em permanente transformação, refletindo as constantes mudanças econômicas, sociais e políticas (Rabelo e Neri, 2015a; Rabelo e Neri, 2015b; Wendt et al., 2015) – que produz e faz a manutenção de valores, oferecendo condições (ou não) de a família exercer sua função formadora e cuidadora (Saraiva et al., 2015), também vem moldando as famílias.

Depreende-se de forma bastante clara, a partir das informações extraídas dos estudos analisados, que a família, em geral, é sim concebida pelos profissionais da ESF e apoiadores matriciais de uma maneira que supera a visão de família nuclear. Como pôde ser identificado nos estudos, são encontrados variados arranjos, para os quais, em grande parte, já foram criadas denominações tais como famílias homoparentais, extensas, reconstituídas, monoparentais, famílias de idosos vivendo com parceiros mais jovens, dentre outras.

Por outro lado, os estudos identificaram que as práticas em saúde por esses profissionais são, por vezes, perpassadas por preconceitos em relação aos arranjos familiares que fogem ao modelo

nuclear. Essa constatação é mais evidente no estudo de Gabardo et al. (2009), nas referências a famílias homoparentais e a famílias formadas por mulheres com filhos que residiam em prostíbulos. Nos relatos, houve queixas dos profissionais de terem que encarar como natural algo que há pouco tempo seria um escândalo para a sociedade. Desse modo, os dados suscitam que, ao entrar em contato com uma configuração familiar pouco comum, a forma como o profissional irá se dirigir a ela está sujeita a interferências que podem (ou não) ser negativas.

Os vários arranjos familiares possibilitam perceber a família como um fenômeno bastante instável (Silva Meireles & Teixeira, 2014), respondendo à dinamicidade das relações que são construídas e desconstruídas constantemente (Silva Meireles & Teixeira, 2014; Lessa, 2012; Moimaz et al., 2011). Desse modo, torna-se relevante pensar a família mais do que conceitualmente. Requer um aprofundamento maior e reflexões mais apuradas, como apontam De Oliveira Júnior, Moraes e Coimbra (2015), que podem ser estabelecidas no sentido de compreender o que é oferecido nos diversos arranjos.

Nesse sentido, Gabardo et al. (2009) constataram ainda que a perspectiva de família enquanto aquela que oferece identidade, privacidade e condições essenciais para a manifestação do cuidado também esteve presente nas falas dos profissionais da ESF. Mantovani et al. (2014), da mesma forma, encontraram dados que se aproximam dos resultados de Gabardo et al. (2009), identificando falas dos profissionais que remetem à família como aquela que oferece condições para que o indivíduo se desenvolva, fornecendo a base para a formação de seu caráter.

Assim, possibilitam o entendimento de que, para os profissionais da ESF, a família oferece orientação, educação e apoio pedagógico. Isso se dá por meio da prescrição de comportamentos, de práticas, definição de regras, e apontamento do que é certo e o que é errado. Essa constatação ganha força ao ser demonstrado tanto por Mantovani et al. (2014) quanto por Gabardo et al.

(2009) que o discurso dos profissionais também descreveu a família como aquela que tem função de arrimo e sustentação de seus membros.

### ***Família enquanto local de abrigo e aprendizados***

Essa categoria busca trazer a perspectiva por parte dos profissionais da ESF de que a família é um local onde os membros podem contar com variados suportes, assim como com ensinamentos para o convívio social. Gabardo et al. (2009) constataram que os profissionais entendem a família como um local, um espaço de escuta, de respeito, de divisão de responsabilidade e que momentos bons e ruins podem ser compartilhados. Nesse mesmo sentido, os dados encontrados por Mantovani et al. (2014) apontam que os profissionais entendem a família como um local de refúgio e segurança para onde as pessoas acorrem em momentos de dificuldade na vida.

Embora os resultados tenham apontado que os próprios profissionais identificam variados arranjos familiares e que a família é um local de compartilhamentos, Gabardo et al. (2009) também constataram que valores morais e preconceituosos perpassam as falas desses profissionais, especialmente em relação às famílias homoparentais. Por outro lado, os autores identificaram uma tentativa, por parte dos profissionais, de tentar não julgar o modo como a família assistida se organizava.

Na avaliação de Gabardo et al. (2009), tais dados sugerem uma postura favorável dos profissionais na missão de desenvolver práticas mais satisfatórias em saúde. Os autores justificam tal conclusão afirmando que o modo como os profissionais pensam os diferentes arranjos familiares determina sua atuação frente a essas famílias. Isto se dá, segundo eles, porque tanto as famílias quanto os profissionais que a ela prestam assistência, desenvolvem sua própria cultura, suas regras e conceitos. Nesse sentido, constatar que os profissionais em suas práticas têm o

cuidado de adotar uma postura de não julgamento, mesmo apresentando falas preconceituosas, propicia práticas mais eficazes.

Houve o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que a família está fundamentada nas ligações entre seus membros. Nesse sentido, percebe-se que independentemente dos arranjos, as famílias apresentam um traço comum que possibilita entendê-las como tal. Isso remete ao que Gabardo et al. (2009) chamou de sentido antropológico da família, como união, suporte, proteção, segurança, raízes e sustentação. Sintetizando as categorias elencadas para esses dois estudos, é possível afirmar que os profissionais da ESF entendem a família como espaço de escuta, de respeito e de divisão de responsabilidades.

### ***Família entendida segundo as prerrogativas do SUS***

Esta terceira categoria, relativa aos estudos que não abordaram de forma direta a temática desta revisão, ao buscar recuperar a perspectiva de família por parte dos profissionais da ESF, essa perspectiva se apresentou diluída nos relatos dos estudos. Nesse sentido, faz-se necessário resgatar o procedimento utilizado para coletar os dados, evidenciando a forma como pôde ser percebida essa perspectiva.

No estudo de Tavares et al. (2009) os participantes foram tanto os profissionais da ESF e da USF quanto os usuários. Para coleta de dados foram utilizados Grupos Focais e um roteiro. Neste, havia uma questão que instigou os participantes a expor como definem uma família. Embora tenha havido predominância da família convencional (família nuclear), os resultados também apontaram que os profissionais reconhecem famílias do tipo reconstituídas, matrifocais (famílias em que a figura materna é a central, em geral, formadas por mãe e filho/os) e estendidas. Isso possibilitou inferir que, nesse estudo, não só o grau de parentesco é considerado

pelos profissionais da USF e da ESF em sua perspectiva de família, mas também os diversos vínculos do âmbito familiar, como os que ocorrem em famílias reconstituídas.

Grande parte dos estudos utilizou o cadastro de famílias realizado pelos profissionais da ESF. Dentre esses estudos estão os de Rabelo e Neri (2015a), Rabelo e Neri (2015b), Wendt et al. (2015), Ferriolli et al. (2007) e Carvalho et al. (2014). O cadastramento de famílias é uma prática em que esses profissionais fazem um levantamento das famílias de um determinado território atendido e de suas demandas em saúde. Por meio dele é que medidas da ABS, como de promoção e prevenção em saúde, são tomadas. Desse modo, parte-se do pressuposto de que, ao acessar esses cadastros, os estudos também entraram em contato com grupos domiciliares, por outro lado, não é possível afirmar se os profissionais os compreenderam como famílias.

Já o estudo de Souza, Morais e Barth (2006) foi um pouco diferente. Ao trabalhar com idosos cadastrados por profissionais de um Programa Saúde da família (PSF), o estudo teve, por consequência, acesso às famílias de idosos cadastrados no programa. As famílias encontradas foram assim classificadas: idoso morando sozinho, idoso mais uma outra pessoa, idoso com duas pessoas e idoso com mais de três pessoas morando com ele. Ao identificar o parentesco consanguíneo ou não entre o idoso e essas pessoas, o estudo buscou apontar variados arranjos nessas famílias. Tais arranjos variaram de famílias nucleares a estendidas. Desse modo, foi possível depreender que a concepção de família para os profissionais desse programa é perpassada pelas prerrogativas do SUS.

Ao contrário dos estudos que trabalharam de forma aprofundada a temática desta revisão, esses trabalhos não possibilitaram resgatar a percepção direta dos profissionais sobre famílias. Entretanto, possibilitaram identificar que os profissionais compreendem ou compartilham da perspectiva de família contida nos documentos oficiais do SUS. Entretanto, destaca-se que esse

compartilhamento não necessariamente reflete a perspectiva de uma cultura profissional individual sobre família, mas sim de um conjunto de culturas profissionais distintas.

Frente à importância de conhecer a perspectiva de família do profissional, tendo em vista que a maneira como ele a percebe influencia na assistência que irá prestar a ela, avalia-se que os estudos ofereceram sua contribuição, mas que ainda vale a produção de novos estudos que tragam essa perspectiva manifestada pela categoria profissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.). Embora os estudos que abordaram de forma aprofundada a temática tenham acessado a percepção do próprio profissional, os estudos apresentaram o entendimento de família que retratou o conjunto de profissionais (da ESF e de apoiadores matriciais), o que impossibilita refletir sobre a influência da cultura de uma profissão específica sobre a assistência em saúde prestada.

Sendo assim, as categorias *Família como unidade que oferece condições para o desenvolvimento dos sujeitos* e *Família enquanto local de abrigo e aprendizados* trouxeram a própria concepção de família dos profissionais. Já a categoria *Família entendida segundo as prerrogativas do SUS* trouxe a concepção de família dos profissionais da ESF diluída em informações outras, como: famílias cadastradas na UBS por esses profissionais da ESF.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Avalia-se que a família vem sendo entendida pelos profissionais da ESF e apoiadores matriciais como uma instituição dinâmica, na medida em que reflete as mudanças da sociedade. Nesse sentido, ela própria não é estática e é dessa forma que aparece para os profissionais que com ela trabalha. Desse modo, como síntese do conhecimento ofertado pelos estudos analisados, pode-se apontar a perspectiva de família enquanto grupo de pessoas que vai além dos laços consanguíneos, por parte dos profissionais da ESF e apoiadores matriciais.

Foi percebido, ainda, que os profissionais buscam adotar uma postura flexível frente às variadas formas de organização familiar, tentando não julgar os arranjos familiares. Embora haja essa postura, os estudos apontam a existência ainda de preconceitos em relação a essas famílias, especialmente às famílias com arranjos homoparentais. Por outro lado, essa postura é avaliada positivamente, tendo em vista que ela se apresenta pertinente frente às prerrogativas do SUS, possibilitando que seja ofertada uma assistência mais satisfatória.

Apesar de haver resistência a determinados arranjos familiares, nos estudos é possível afirmar a existência de consenso quanto ao entendimento de família. Isso se dá pela unanimidade do reconhecimento da família, independente de como se organiza, como instituição que detém os elementos necessários para o desenvolvimento integral dos indivíduos. Ou seja, a família como um local de proteção, trocas, de escuta e, também, como uma unidade que oferece formação e preparação para inserção de seus membros no convívio social.

Por base no volume de estudos encontrados para o *corpus* desta revisão, cabe ressaltar a especificidade dos seus objetivos. É possível que o baixo número de estudos recuperados reflita esse detalhe. Por outro lado, vale ressaltar que dentre os estudos recuperados, apenas 20% abordaram de forma aprofundada a temática desta revisão. Desse modo, sugere-se que futuros estudos se atentem não apenas para o entendimento da equipe de saúde sobre a família, mas que considerem, também, a influência que a cultura das profissões exerce sobre tal entendimento, tendo em vista que grande parte da assistência prestada se dá na díade profissional e usuário.

Esta constatação diz da limitação deste estudo, no sentido de este não apontar e identificar como, individualmente, cada categoria profissional da ESF ou apoiador matricial concebe a família. Outra limitação a ser apontada é referente às bases de dados utilizadas. Dessa maneira, sugere-se que novos estudos sejam realizados utilizando bases de dados diferentes daquelas utilizadas para este estudo.

Frente às contribuições ofertadas pelos estudos analisados, sugere-se ao poder público que invista, por exemplo, na oferta de educação continuada mais direcionadas. Isto é, que abarquem as reais demandas tanto dos profissionais quanto dos usuários de determinado território. Outro aspecto relevante é que estas trabalhem problemáticas que, na prática, estejam afetando a assistência em saúde prestada. Uma possibilidade bastante pertinente seria propor espaços de reflexão para a equipe de saúde. Neles poderiam ser discutidas, por exemplo, as mudanças que a família brasileira vem sofrendo, a implicação disto no que diz respeito a ações em saúde e como tais mudanças podem ressoar na assistência prestada pelos profissionais. Os resultados desta revisão também podem auxiliar novos estudos, especialmente no que tange à família na visão de profissionais da ESF e à importância de se compreender como o profissional pensa essas famílias quando de sua assistência.

## 5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011.
- Carvalho, A. T., Almeida, E. R., & Jaime, P. C. (2014). Condicionais em saúde do programa Bolsa Família–Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1370-1382.
- de Oliveira Júnior, I. B., de Moraes, D. A. F., & Coimbra, R. M. (2015). Família “margarina”: as estereotípias de famílias na indústria cultural e a des/re/construção de conceitos docentes. *Revista HISTEDBR On-line*, 15(64).

- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Gabardo, R. M., Junges, J. R., & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91-97.
- Goldani, A.M. (1994). As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cad. Pesq.*, n.91, p.7-22.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(25ANOS), 115-122.
- Hennessy, D., Gladin, L., & World Health Organization. (2006). Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study.
- IBGE. (2015). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro, 137p., Recuperado em 12 de janeiro, 2016, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Lessa, S. (2012). Abaixo a família monogâmica. *São Paulo: Instituto Lukács*, 112.
- Leví-Strauss, C. (1956). La Familia. En: Leví-Strauss, C.; Spiro, M. E. & Gouch, K. *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama, 1956.
- Mantovani, M. D. F., Mazza, V. D. A., Moreira, R. C., Silva, D. I. D., Jesus, J. K. F. D., & Oliveira, V. B. C. A. D. (2014). Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 22(6), 846-850.
- Marina, F., Werba, A. A., & Pichelli, S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 758-764.

- Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Yarid, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 965-972.
- Oliveira Borba, L., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M. D., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare enferm*, 14(4), 760-3.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 18(3), 507-519.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad. saúde pública*, 31(4), 874-884.
- Roudinesco, E. (2003). (Org.) *A Fam'lia em Desordem*. Zahar.
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3).
- Saraiva, L. F. O., Rezende, J. C. O., Reis, J. V. S., Inácio, M. D., & Schucman, L. V. (2015). A "nova classe média": repercussões psicossociais em famílias brasileiras. *Psicologia USP*, 26(1), 52-61. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140008>
- Silva Meireles, F., & Teixeira, S. M. (2014). AS DIVERSAS FACES DA FAMÍLIA CONTEMPORÃNEA: conceitos e novas configurações. *econômico*, 16(31), 38.
- Souza, L. M., de Moraes, E. P., & Barth, Q. C. M. (2006). Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 901-906.

Tavares, M. D. F. L., Mendonça, M. H. M. D., & Rocha, R. M. D. (2009). Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. saúde pública*, 25(5), 1054-1062.

Wendt, C. J. K., Aires, M., Paz, A. A., Fengler, F. L., & Paskulin, L. M. G. (2015). Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no sul do Brasil. *Revista brasileira de enfermagem. Brasília. Vol. 68, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 406-413.*

## ESTUDO 2

### **Psicologia, Famílias e Atenção Básica à Saúde: modelos de atuação em Uberaba/MG.**

### **Psychology, Families and Primary Health Care: performance models in Uberaba/MG.**

Autores: Wellington Douglas de Andrade; Conceição Aparecida Serralha.

**Resumo:** Na atuação do psicólogo na Atenção Básica em Saúde (ABS) – campo relativamente novo para a profissão, mas que muito tem solicitado sua contribuição –, a carência de modelos de atuação alinhados ao que preconiza a ABS tem se destacado. Essa escassez é ainda maior na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal equipamento de ação da ABS e que tem a família como alvo prioritário de intervenção. Assim, estudos como este são importantes por auxiliarem na identificação de estratégias apropriadas e no desenvolvimento de modelos de atuação alinhados a esse contexto. O estudo, de caráter empírico, buscou aprofundar o conhecimento sobre a atuação do psicólogo no campo da ABS com famílias, tomando a ABS do município de Uberaba/MG como região específica para investigação. Foram incluídos apenas psicólogos da ABS e que afirmaram trabalhar de forma direta ou não com famílias, excluindo-se aqueles que, eventualmente, estivessem atuando enquanto servidor cedido de outra área. Entrevistou-se 21 profissionais por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio e transcrita integralmente. Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática e da Enunciação, de Bardin, para a análise dos dados, tendo sido identificada três formas de atuação junto às famílias: atuação com foco na família (três profissionais), atuação individual com intervenções na família (nove profissionais) e atuações individuais em que a família é indiretamente trabalhada (nove profissionais). Na primeira, prevaleceram atuações diretas na família e junto à ESF, sendo atendidos individualmente apenas casos graves e demandas específicas. Na segunda, prevaleceram atendimentos individuais, entretanto, com intervenções nas famílias que, segundo eles, são indispensáveis para efetividade da assistência prestada. Na terceira estão os profissionais com atuações estritamente no modelo clínico individual. Contudo, estes entendem que a família, enquanto contexto relacional, e o indivíduo, influenciam-se mutuamente. Desse modo, a intervenção indireta na família se dá à medida que mudanças alcançadas com o indivíduo refletem no âmbito familiar. Identificou-se que psicólogos e equipes da ESF solicitam-se muito um ao outro, com exceção dos profissionais que atuam com o usuário individualmente, que, em geral, apenas recebem encaminhamentos. Constatou-se, também, que, majoritariamente, a ESF encaminha e solicita o psicólogo para demandas individuais e de cunho curativo, ocasião em que é o psicólogo, dado a estratégia de atuação que adota, quem traz a família para o contexto de atendimento. Destaca-se que as principais estratégias de atuação utilizadas são: realização de visitas domiciliares, grupos, atendimentos domiciliares, de orientações às equipes da ABS e às famílias. Embora as atuações em equipe multiprofissional sejam preconizadas pela ABS, prevaleceram ações individualizadas. Apontaram-se entraves para a atuação: falta de material, de transporte, sobrecarga com demandas curativas, judiciais e do Conselho Tutelar. Conclui-se que os psicólogos têm inovado suas formas de assistência ao trabalhar com grupos, com a comunidade, aplicando seu olhar amplo, atuando de forma multiprofissional, ampliando sua visão para a saúde e se inserindo nas equipes da ESF.

**Palavras-chave:** Famílias. Psicologia. Atenção Básica em Saúde.

**Abstract:** Primary Health Care (PHC) is a relatively new career field for the psychologist, and, even though there is a large demand on this professional's work, there is a lack of performance models compatible with what the PHC advocates. This lack is even more evident in Family Health Strategy (FHS), a branch of the PHC that has the family as the main intervention target. Thus, studies such as this one are relevant to promote identification of appropriate strategies and to develop new performance models for the referred context. This empirical study expands knowledge on the psychologist's performance in the field of PHC with families, having as specific focus of investigation the PHC center of the city of Uberaba (MG, Brazil). Only PHC psychologists who claimed to work with families, in a direct or indirect way, were included in this research. The ones who were temporary employees from other areas were not included. Twenty-one professionals were interviewed through a semi-structured script, audio recorded and with full transcript. Using Bardin's Content and Enunciation Analysis, three forms of performance with the families were evident: performance with focus on the family (three professionals), individual performance with intervention in the family (nine professionals), and individual performance with indirect work upon the family (nine professionals). In the first one, direct actions along with the Family Health Strategy (FHS) prevailed, being attended only severe cases and specific demands. In the second, individual appointments prevailed, with interventions that, according to the interviewees, were imperative to the effectiveness of the assistance. In the third group, there were the professionals who strictly perform with the individual clinical model. However, those professionals claimed to understand that family and individual mutually influence each other. Hence, the indirect intervention happens as the individual changes reflect on the family environment. It was found that psychologists and the FHS staff intensively require each other's services, except the professionals that attend the user individually, who generally receive referrals from the team. Another finding is that, mostly, the FHS team requires a psychologist to perform an individual, curative attendance, and then the psychologist themselves brings the family to the context of attendance. The main performance strategies are home visiting, groups, in-home attendance, referrals to the PHC team and the families. Although the PHC advocates for a multi-professional work, individual actions prevail. Some obstacles for the performance were pointed: lack of materials and transportation, and overload of demands concerning the user cure, law issues and the Tutelary Council. The conclusion points that psychologists have been innovating their forms of assistance as they work in groups, with the community, adopting a more open perspective of working with other types of professionals, understanding health in a broader way, and inserting themselves in the FHS teams.

**Key words:** Family. Psychology. Primary Health Care.

## 1. INTRODUÇÃO

As discussões sobre a família e sua importância para os indivíduos, especialmente em relação à formação e preparação destes para serem inseridos na sociedade, têm sido frequentes, tornando-a alvo de intervenções por parte do poder público (Borba, Paes, Guimarães, Labronici, & Maftum, 2011). Em resposta à complexidade das organizações familiares e o que as envolve, como as implicações sociais, políticas e econômicas relacionadas, e suas demandas, houve o reconhecimento da necessidade de profissionais de diferentes áreas intervirem nesse grupo, dentre eles o psicólogo, para que essas demandas pudessem ser sanadas (Borba et al., 2011; Freire, & Pichelli, 2013; Gorayeb, 2012; Moimaz, Fadel, Yarid, & Diniz, 2011).

Um conceito de família que permita uma generalização ainda não foi observado (Lèvi-Strauss, 1956; Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012; Moimaz et al., 2011; Roudinesco, 2003). Isso ocorre porque as entidades familiares, segundo Roudinesco (2003), não se resumem a uma única descrição, havendo coexistência de várias. Trata-se então de um fenômeno extremamente dinâmico, que responde à dinamicidade das relações que são construídas e desconstruídas constantemente e que passa por transformações em decorrência de modificações nos panoramas sociais, políticos, culturais, econômicos e biológicos (Borba, Paes, Guimarães, Labronici & Maftum, 2011; Lessa, 2012; Moimaz et al., 2011; Oliveira Júnior, Moraes & Coimbra, 2015; Silva Meireles & Teixeira, 2014).

Diante de variadas organizações familiares, estudiosos do assunto reconhecem que existem dentro delas elementos e características comuns, que possibilitam apreendê-las e as tratar como famílias. Algumas dessas características são: o estabelecimento de vínculos duradouros, relações de cuidado, além de proteção e suporte para as necessidades básicas de desenvolvimento dos indivíduos até que estes adquiram autonomia (Paulo, 2006). Assim, a família vem sendo definida como um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e

da proteção integral dos filhos e demais membros, seja qual for o arranjo ou a forma como ela se estrutura (Martins et al., 2012). Além disso, é um espaço que propicia relações e ligações entre seus entes, não podendo ser tomada apenas como um conjunto de pessoas (Mantovani, Mazza, Moreira, Jesus & Oliveira, 2014).

Em relação ao termo estrutura familiar, para Lèvi-Strauss (1956), não são os elementos pai, mãe e filhos que, definitivamente, sintetizam o que vem a ser uma estrutura familiar, mas sim as relações estabelecidas entre tais elementos e que vêm, ao longo do tempo, exercendo funções. As estruturas familiares apresentam a particularidade de serem mais ou menos estáticas, de ser um sistema bem especificado de relações, ou de leis, que descrevem o funcionamento do fenômeno representado por um modelo (Lèvi-Strauss, 2011). No que se referem às funções exercidas nas relações, estas podem ser chamadas de papéis sociais, que serão desempenhados no interior do grupo familiar, como afirmam Silva e Teixeira (2014). Em relação à concepção de família no contexto de saúde brasileiro, observa-se o viés relacional, que a compreende como grupo no qual as relações são baseadas na confiança e no suporte entre os membros, ultrapassando a ideia de família restrita a laços biológicos ou legais (Moimaz et al., 2011).

## **1.2. O psicólogo na Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil**

A inserção do psicólogo brasileiro na ABS se deu em meio ao movimento da reforma sanitária que trazia um novo modelo de atenção à saúde, assim como a evolução de conceitos importantes para esse contexto, como o de saúde, doença, e processo saúde-doença. De acordo com Campos (2006), esses são conceitos complexos e multifacetários e que, por tais particularidades, cada vez mais têm demandado múltiplos olhares e compreensões de diferentes profissionais, dentre eles o psicólogo, apresentando coerência com as diretrizes vigentes do SUS. Conforme Scliar (2007), a saúde vem sendo compreendida como “o estado do mais completo

bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” e colocada como um direito que deve ser da obrigação do Estado prover (Sobrosa, Zappe, Patias, Fiorin, & Dias, 2014).

A Atenção Básica é considerada o primeiro nível de atenção em saúde, visto que é a porta de entrada dos usuários no SUS (Freire et al., 2013). As ações e objetivos desse nível de atenção visam trabalhar os problemas mais presentes na população, em harmonia com os princípios e diretrizes desse sistema, ofertando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, que potencializam a saúde e o bem-estar (Gorayeb, 2010). Para tanto, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), que conta com uma equipe básica de profissionais e que se tornou o principal equipamento desse nível de atenção.

A literatura tem apontado que a Psicologia, que adentrou no campo da saúde coletiva por restrição do mercado privado de atendimentos (até então a principal área de trabalho dos psicólogos brasileiros), ainda hoje carrega uma tradição em atuação clínica, privada, e norteadas por influências do modelo curativo e assistencialista amplamente criticado (Böing, Crepaldi, & Moré, 2009; Dimenstein, 1998; Dimenstein, 2000; Gorayeb, 2012; Rasera & Rocha, 2010). Com a criação do SUS, a atuação clínica tradicional que, para Dimenstein (2001), é o paradigma hegemônico da profissão, vem sendo substituída por um novo modelo mais articulado às prerrogativas desse sistema. A Psicologia, assim, tanto por uma demanda própria quanto por um anseio alheio, tem sido chamada a contribuir em diversos seguimentos dentro da sociedade (Böing et al., 2010).

Na contramão da ampla solicitação pela atuação do psicólogo no âmbito da ABS, inúmeros estudos realizados desde a década de 1980 apontam embaraços na inserção desse profissional e de suas práticas, no contexto da saúde pública, em razão das críticas já mencionadas (Dimenstein, 1998; Dimenstein, 2000; Gorayeb, 2012; Rasera & Rocha, 2010).

Entretanto, Böing et al., (2010) afirmam que a Psicologia tem potencial significativo para contribuir com os serviços da atenção básica, uma vez que os fatores significativos de morbimortalidade contemporânea estão diretamente atrelados ao modo de vida das pessoas. Mesmo assim, no Brasil, a Psicologia não faz parte da equipe que compõe a ESF e, sim, da equipe matricial, que, na prática, oferece apoio técnico/secundário à equipe primária, o que pressupõe uma relação horizontal e compartilhada entre os profissionais. Dessa maneira, a Psicologia, nessa estratégia, não tem uma ação direta com os usuários (Fragelli & Shimizu, 2015; Souza, Menandro, Couto, Schimith, & Lima, 2012; Böing, & Crepaldi, 2010; Böing et al., 2009).

### **1.3. O trabalho do psicólogo com as famílias na ABS no Brasil**

Um estudo recente sobre o trabalho do psicólogo na ABS, no Brasil, visando conhecer as práticas desse profissional, foi o realizado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Federal de Psicologia (CREPOP/CFP), intitulado *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (Conselho Federal de Psicologia, 2010). No tocante ao trabalho junto às famílias, o estudo apontou várias práticas inovadoras. Na maioria das vezes, foram atividades realizadas em grupos, a exemplo dos grupos de pais, visitas domiciliares e trabalhos junto à ESF, atividades de prevenção e promoção de saúde, diagnóstico psicossocial, programas de saúde mental etc. (CFP, 2010). Entretanto, também foi constatado que a atuação do psicólogo ainda permanece bastante vinculada ao enfoque e à abordagem clínica de consultório, o que distancia de ações norteadas pelo viés da promoção e prevenção em saúde e que estabeleçam um bom vínculo com a comunidade, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, e outras (Dimenstein, 1998; Goya & Rasera, 2007; Spink, Bernardes, Santos, & Gamba, 2007; Gorayeb, 2012; CFP, 2010).

A partir desse levantamento, este estudo buscou contribuir para o conhecimento dos modelos de atuação utilizados pelos psicólogos na sua atuação com as famílias, na ABS do município de Uberaba/MG, com vistas a identificar modelos que possam ser considerados inovadores. Para a realização do estudo, adotou-se, como público específico, os profissionais de Psicologia que atuam nas UBS do município de Uberaba/MG, assim como nas Unidades Matriciais de Saúde (UMS) que prestam apoio técnico especializado às UBS e Unidades Saúde da Família (USF).

Especificamente, buscou-se identificar o entendimento de família que tem prevalecido dentre os psicólogos; as áreas de atuação com as famílias; a atuação do psicólogo no tocante ao processo saúde-doença; a formação dos profissionais para atuar na ABS; o modelo de atuação com as famílias (se em equipe ou individualizado); a sua atuação na ESF; a percepção do profissional sobre a própria atuação com as famílias; e, por fim, possíveis proposições para o trabalho do psicólogo com as famílias.

Dada a importância de a Psicologia atuar cada vez mais em contextos diversos, como serviços de saúde, junto às famílias e à comunidade, contextos que implicam na necessidade de o psicólogo conhecer amplamente o território em que atua e visitar pessoalmente as famílias em suas residências, este estudo se justifica (Dimenstein, 2001; Gorayeb, 2012; Santos, De Paula, Crispim, Bordoni, Soares, Silva & Outeiro, 2015; Sobrosa, Zappe, Patias, Fiorin., & Dias, 2014). De acordo com Sobrosa et al. (2014) e Böing et al. (2010), existe a necessidade de produção de conhecimento relativo à atuação dos psicólogos com famílias e na ABS, frente à tentativa de sanar a necessidade apontada por Gorayeb (2012) de ampliação da discussão, pela Psicologia, sobre os modelos de atenção em saúde que não se restrinjam ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. Outro ponto importante deste estudo é que ele será realizado em um município de médio porte, o que, muitas vezes, reúne pontos positivos e negativos tanto de

idades grandes quanto de cidades pequenas. De favorável pode ser citada a viabilidade da adoção de amostragem por exaustão, o que possibilita uma compreensão do todo. Por outro lado, não é possível ter uma variabilidade grande de profissionais, assim como de contextos, uma vez que aumenta a probabilidade destes apresentarem realidades bastante próximas, resultando em uma amostragem com potencial limitado, diante da busca por identificar novas estratégias e modelos de atuação.

## **2. MATERIAL E MÉTODO**

### **2.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, de caráter empírico, realizado com psicólogos atuantes na rede de saúde do município de Uberaba/MG. Destaca-se que foram entrevistados apenas psicólogos atuantes na ABS do município.

### **2.2. Participantes/critério de inclusão e exclusão**

Foram convidados a participar desse estudo todos os psicólogos da rede pública de saúde de Uberaba/MG, cadastrados na rede de Atenção Básica do município, tendo sido incluídos apenas os profissionais que atuavam na ABS e que afirmaram trabalhar com famílias, de forma direta ou não. Dentre os pré-selecionados, previu-se excluir aqueles que estivessem atuando de forma provisória na ABS, tendo em vista que, com frequência, servidores são cedidos de um setor ao outro dentro da administração pública.

Foram solicitadas as autorizações necessárias para a condução do estudo: da Secretaria de Saúde do Município de Uberaba/MG à qual pertencem todas as unidades participantes e do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia Aplicada (CEPPA), para a utilização de suas dependências. De posse das autorizações, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da UFTM. Após a liberação (número - 1.824.361), com o auxílio do diretor da Atenção Psicossocial, foram acessados os cadastros de todos os psicólogos atuantes na ABS do município em suas respectivas Unidades de Saúde, com endereços e telefones para contato.

Destaca-se que todos os gestores das Unidades foram informados previamente, via e-mail, sobre a autorização, objetivo e início da realização do estudo. Posteriormente, foi realizado um primeiro contato com os psicólogos, via telefone, para apresentação da pesquisa e de seus objetivos. Nesse contato, foi realizado também o convite para a participação de forma voluntária. Os profissionais não encontrados via telefonema foram procurados pessoalmente pelo pesquisador na própria Unidade. Aos que concordaram em participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado previamente, assim como do Termo de Autorização para a realização de uma observação em campo da atuação do profissional com as famílias, segundo o que preconiza a técnica da observação participativa, a fim de se obter uma melhor compreensão do fenômeno estudado (Fernandes & Moreira, 2013). Contudo, esse instrumento, que seria realizado durante a atuação do profissional fora das dependências da Unidade onde trabalhava, não foi utilizado. Vale destacar que a maior parte dos profissionais que realizam esse tipo de atividade, pratica-a com finalidade curativa e, sendo assim, distancia-se da forma de assistência que esse estudo pretendeu compreender. Em geral, realizam atendimentos e não visitas domiciliares. Isto é, a assistência é dirigida a um indivíduo adoecido e à sua doença específica, uma vez que o abatimento do paciente impossibilita o seu deslocamento até a Unidade de Saúde para receber os cuidados necessários. A observação da atividade dos psicólogos que realizam visitas domiciliares, cuja assistência visa, primeiramente, a prevenção e a promoção da saúde, não foi possível, porque essa forma de atuação fica subordinada à programação de trabalhos da equipe da ESF. Isto é, como o psicólogo não faz parte

da ESF, não é disponibilizado a ele, por exemplo, o transporte para levá-lo até as famílias, impelindo-o a realizar visitas somente em datas e às famílias predefinidas pela equipe da ESF.

Todos os profissionais participantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro (ANEXO 1), cuja questão disparadora foi: *Considerando que você é um profissional da psicologia e que trabalha na Atenção Básica em Saúde (ABS), fale um pouco sobre como é sua atuação com as famílias nessa área aqui.*

Utilizando-se a técnica de amostragem por exaustão (em que todos os indivíduos disponíveis são incluídos), todos os psicólogos, que concordaram em participar do estudo e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, compuseram a amostra (21 no total). Destaca-se que não houve necessidade de as entrevistas acontecerem fora das Unidades.

### **2.3. Número de participantes da pesquisa**

No cadastro da Secretaria Municipal de Saúde, constavam 29 psicólogos atuando na ABS do município. Desses, nove profissionais não participaram do estudo: dois, ao serem procurados pessoalmente, não se dispuseram a contribuir com o estudo; um se aposentou; dois relataram não ter horário para atender o pesquisador naquele período; três não foram encontrados e não deram retorno às solicitações de contato deixadas na secretaria da Unidade em que atuavam; e um estava de licença para acompanhar familiar adoecido.

Destaca-se que, em uma das Unidades visitadas, atuava um profissional que não constava no cadastro obtido. Embora não cadastrado, conforme previam os critérios de inclusão, o profissional atendia a todos os outros critérios para inclusão. Por esta razão, decidiu-se por incluí-lo na amostra. Desse modo, dentre os 29 profissionais que constavam no cadastro da Secretaria Municipal de Saúde, 20 foram entrevistados e incluídos, mais o profissional que não constava nos

registros. Assim, a amostra foi fechada com 21 participantes. Para assegurar o sigilo, eles foram nomeados aleatoriamente com as siglas P01, P02, e assim sucessivamente, até o P21.

#### **2.4. Caracterização da amostra**

Dentre os 21 participantes, houve prevalência de profissionais do sexo feminino, sendo então 19 mulheres e dois homens. O menor e maior tempo de conclusão do curso de graduação dos profissionais foi de, respectivamente, cinco e 34 anos, com uma média de 21,59 anos de formação e desvio padrão de aproximadamente 9,72 anos. Apenas um profissional tinha mestrado e doutorado e os demais, além da graduação, eram especialistas. No geral, as especializações eram em Saúde Mental, Terapia Comunitária, Saúde Pública, Terapia de Casal e Familiar, Terapia Cognitiva Comportamental e Psicanálise. Em relação ao tempo de atuação no serviço público, o mais recente ingressou há um ano e meio e o veterano há 30 anos, com uma média de aproximadamente 17,21 anos e desvio padrão de aproximadamente 10,05 anos. Com relação à média de atuação especificamente na ABS, essa foi de 12,8 anos com desvio padrão de 11,27 anos, tendo em vista que grande parte dos profissionais também atuou na atenção secundária, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Ambulatório de Saúde Mental que existiu no serviço municipal de saúde.

#### **2.5. Tratamento dos dados**

Os dados áudio-gravados obtidos nas entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados com a utilização da Análise de Conteúdo Temática (ACT) e da Enunciação. A ACT pode ser entendida, segundo Silva e Fossá (2015), Almeida (2014) e Bardin (2009), como um conjunto de instrumentos metodológicos, que estão em constante processo de aperfeiçoamento, com a proposta de analisar diferentes fontes de conteúdos verbais ou não verbais. Já a técnica de

Enunciação, de acordo com Bardin (2009), pretende analisar a produção da palavra, o trabalho e o sentido que operam transformações. Dessa maneira, o discurso é visto como um processo de elaboração no qual entram em confronto motivações, desejos e investimentos da pessoa com questões impostas pelo código linguístico e suas condições de produção. Frente a tais peculiaridades do discurso, o melhor caminho para se alcançar o que se procura é a enunciação (Bardin, 2009).

### **3. ANÁLISE DOS DADOS**

#### **3.1. Organização da Análise**

Destaca-se que a organização da análise se deu em três polos, conforme Bardin (2009). São eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise, como aponta Bardin (2009), compreende três missões. A primeira é a reunião dos documentos que serão analisados, a segunda é a formulação de hipóteses e dos objetivos e, por fim, a última diz respeito à elaboração de indicadores. Salienta-se que o *corpus* desse estudo, ou seja, o conjunto de documentos que foi submetido aos procedimentos analíticos, foi composto por vinte e uma (21) entrevistas na íntegra e que respeitou as regras de composição (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência). Em seguida, procedeu-se à leitura flutuante e preparação do material. Este último consistiu em referenciar os índices e elaborar os indicadores.

#### **3.2. A codificação e a categorização**

Como aponta Bardin (2009), codificar é transformar o dado bruto. Essa transformação deve ser organizada e realizada seguindo critérios, que são a escolha do recorte (ou seja, escolha das unidades), da enumeração (isto é, escolha das regras de contagem que o analista vai utilizar –

neste estudo foi utilizada a frequência simples) e, por fim, a escolha da classificação e da agregação (na prática, são as escolhas das categorias finais).

Segundo Bardin (2009), categorizar é classificar os elementos que constituem um dado conjunto (que podem ser palavras, proposições, unidades de registro, dentre outros), utilizando-se da diferenciação e, posteriormente, do reagrupamento de tais elementos segundo o gênero, ou seja, conforme analogia, respeitando critérios previamente definidos. Ao fazer uso da categorização, este estudo utilizou como critério a categorização semântica, também chamada de categoria temática, isto é, que considera o significado expresso daquela unidade.

### 3.3. Agrupamento dos participantes segundo sua forma de atuação

A fim de favorecer a organização dos dados frente ao objetivo principal deste estudo, organizaram-se os 21 profissionais em três grupos, definidos segundo a forma de atuação prevalente deles junto às famílias: Atuação com foco na família (três profissionais); Atuação individual com intervenções na família (nove profissionais); e Atuações com os indivíduos (nove profissionais), como aponta a tabela 1.

***Tabela 1 – Agrupamento dos participantes de acordo com sua forma de atuação***

	<b>Atuação com foco na família</b>	<b>Atuação individual com intervenções na família</b>	<b>Atuação individual</b>
<b>Participantes</b>	P09, P11 e P20	P02, P05, P07, P13, P14, P15, P16, P17 e P21	P01, P03, P04, P06, P08, P10, P12, P18 e P19

Incluíram-se, no primeiro grupo, os profissionais cuja intervenção na família é a principal ação da assistência prestada. Por entenderem que o indivíduo é parte de um contexto, no caso a família, e que, concomitantemente, tanto influencia quanto é influenciado por ela, para esses

profissionais ele não deve ser assistido de forma isolada, sendo a família o principal alvo de modificações. Havia apenas casos esporádicos em que a intervenção se limitava ao atendimento clínico individual. Assim, junto às demandas individuais que chegavam à Unidade, os profissionais buscavam trazer a família para o contexto de atendimento, ainda que esta fosse representada pela figura de somente um cuidador ou responsável etc.

Cabe destacar algumas particularidades dos profissionais desse grupo, tendo em vista que estas irão impactar os resultados. Dentre os 21 participantes, P11 foi o único que se inseriu na equipe da ESF e foi reconhecido por esta como um de seus membros. Ainda que o vínculo institucional de P11 estivesse acordado à legislação vigente (salário, lotação etc.), ele ampliou sua forma de atuar, conseguindo mostrar às equipes que sua atuação gerava bons resultados, como, por exemplo, atraindo a comunidade para dentro da Unidade de Saúde (resultado de um processo e não de uma decisão em assembleia). Dessa maneira, o profissional foi inserido na equipe da ESF da Unidade onde atuava.

Com relação a P09, por motivos de adoecimento no trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde transferiu o profissional de Unidade e diminuiu o volume de atividades que desenvolvia, por exemplo, grupos, visitas domiciliares, articulações com a Rede (CRAS, CAPS, escolas, etc.). Desse modo, à época da coleta, P09 realizava atendimentos clínicos individualizados e atuava junto à equipe de matriciamento em saúde mental do município. Quanto a P20, a particularidade relacionou-se mais à Unidade do que à profissional. As equipes da ESF, ligadas à Unidade na qual atuava, desfizeram-se e a gestão não repôs os profissionais. Por consequência, algumas análises em relação a P20, que este estudo se propôs a realizar, não puderam ser feitas, por exemplo, a verificação de sua forma de atuação junto às equipes da ESF.

No segundo grupo, atuação individual com intervenção na família, incluíram-se os profissionais que, embora atuassem dentro do modelo clínico individual, consideraram que a

efetividade de suas intervenções estava atrelada às mudanças que precisavam ocorrer, também, no âmbito domiciliar. Desse modo, eles lançavam mão de estratégias para promover mudanças, também, nas famílias, por exemplo, por meio de orientação aos cuidadores diretos e indicação de mudanças necessárias na dinâmica familiar.

No terceiro grupo, atuações com os indivíduos, foram incluídos os profissionais cuja forma de atuar seguia o modelo clínico tradicional, ocorrendo, assim, com o indivíduo. Esses profissionais entendiam que, à medida que o indivíduo passava por mudanças, fossem elas por decorrência do processo de tratamento psicoterapêutico ou não, necessariamente, o seu contexto relacional também iria se modificar. Assim, para esses profissionais, as mudanças conquistadas com o indivíduo em atendimento refletiriam no contexto familiar e fariam com que este também se ajustasse às mudanças.

### **3.4. Categorias finais**

Como aponta Bardin (2009), a análise da enunciação é um complemento de uma análise temática realizada previamente. Após a pré-análise, a codificação e a categorização, na qual os dados de cada uma das entrevistas foram agrupados em categorias, que emergiram dos objetivos específicos do estudo, dentro de cada categoria, procedeu-se à análise da enunciação realizada, separadamente, sobre os conteúdos discursivos dos grupos. Assim sendo, as categorias finais foram: *Entendimento de família pelos psicólogos; Formas de atuação com as famílias; Formação para atuar na ABS; Modelos de atuação com famílias; Atuação na ABS e na ESF; Avaliação da própria atuação com famílias e Propostas de atuações para a Psicologia.*

### **3.5. Análises realizadas para acessar a enunciação**

Para se chegar à análise da enunciação propriamente dita, realizaram-se quatro diferentes análises em cada categoria final, conforme descreve Bardin (2009). Foram elas: análise da lógica do discurso, análise das sequências, análise estilística e análise dos elementos atípicos. Ao confrontar os resultados da análise lógica somados aos da análise das sequências e, posteriormente, com os resultados da análise estilística e da análise dos elementos atípicos, foi possível compreender a conexão do conteúdo dos 21 discursos com os temas abordados pelo estudo. Ou seja, foi possível responder aos objetivos desse estudo.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

##### ***Categoria A - Entendimento de família pelos psicólogos***

Nessa categoria foi possível identificar dois aspectos que sintetizam a forma como os psicólogos apreendem uma família. São eles: *família enquanto lugar* e *família enquanto instituição formadora dos indivíduos*, sendo essa apreensão bastante condizente com a literatura revisada.

No primeiro caso, a família é entendida como espaço coabitado por pessoas que compartilham propósitos e interagem entre si, de tal forma, que se influenciam mutuamente, ou seja, é mais que um conjunto de pessoas, como defendido por Mantovani, Mazza, Moreira, Jesus e Oliveira (2014). É um lugar de acolhida, de segurança, de partilha e de cumplicidade. É um local de troca em que necessidades pessoais podem ser supridas pelos familiares, havendo a presença de laços e vínculos afetivos.

Destaca-se que tais vínculos, de acordo com os participantes, independem do caráter consanguíneo ou legal, derrubando a ideia de que família se reduz ao núcleo domiciliar formado por pai, mãe e filhos biológicos. Isso, por sua vez, reafirma o que foi apontado por Levì-Strauss

(1956), sobre o caráter estrutural da família ligado à relação estabelecida dentro dela e não à organização dos membros, como pai, mãe e filhos. A família também foi abordada como um lugar em que está presente o exercício de papéis e funções parentais. Ou seja, na família existem aqueles que assumem papéis e funções que vão garantir aos outros membros as condições necessárias para se desenvolverem enquanto família, conforme Silva Meireles e Teixeira (2014). O caráter de formadora dos indivíduos também foi atribuído à família enquanto característica que a identifica, indo ao encontro da afirmação de Borba, Paes, Guimarães, Labronici e Maftum (2011) de que a importância da família se dá no seu papel de formar e preparar o indivíduo para ser inserido na sociedade, por meio de sua relação de cuidado e de preocupação dos membros uns com os outros. Nesse sentido, à família é atribuída a responsabilidade de formar os indivíduos, aconselhar, cuidar, estabelecer regras e limites, assim como ensinar valores.

A análise da enunciação possibilitou identificar que, as novas formas de a família se organizar entram em conflito com os valores defendidos por alguns profissionais, podendo influenciar diretamente a assistência que esses profissionais prestam, como apontam Gabardo et al. (2009). O principal julgamento feito em relação às famílias foi direcionado às mulheres e seu número de filhos, associando-o à condição econômica e que pôde ser percebido nas falas de P01 e P20: *‘(...) família cuja mãe teve cinco homens e com cada homem ela teve um filho. Aí, você vai me falar: ‘ah, mas isso não tem problema!’.* Tem! (P.20);

*(...) hoje em dia está perdendo isso de família. Esses bairros de nossa abrangência são muito precários. Então, é muito difícil você ter uma família mesmo, com mãe, com pai, com filho. Geralmente, é uma mãe que tem muitos filhos e cada um de um pai ou filho que cada hora ‘tá’ ‘numa’ casa e não sabe onde que é a casa dele. Ou, então, em uma casa tem umas regras, em outra casa tem outras, outras nem regras têm (P.01)’.*

Apesar dessas falas, notou-se, entre a maioria dos participantes, que é consensual o entendimento da família mais atrelado ao aspecto relacional do que à forma como os membros se organizam. Assim, a família entendida como grupo de indivíduos que estabelece relações de

cuidado, de afeto, etc., compreende a variedade de arranjos familiares considerados pelos profissionais, como o nuclear, o monoparental, o homoafetivo, casais sem filhos, dialogando com Roudinesco (2003), que aponta a não redução da família a uma única descrição, havendo coexistência de várias.

### ***Categoria B - Formas de atuação do psicólogo com as famílias***

#### **Grupo: Atuação com Foco na Família**

Durante a análise dessa categoria surgiram duas subcategorias. A primeira é *visita domiciliar como forma de atuação* e a segunda *atuação direcionada à família*.

##### *Visita domiciliar como forma de atuação*

Inicialmente, torna-se importante diferenciar o uso dos termos visita domiciliar e atendimento domiciliar pelos profissionais. Visita domiciliar pressupõe que o profissional adota uma postura de abertura, a fim de receber e considerar as diversidades que envolvem o processo saúde-doença ao se deslocar até a família. Assim, em geral, a visita tem por finalidade obter um diagnóstico social, ambiental e relacional daquela família, para compreender melhor as demandas que existem naquele contexto. Trata-se de uma estratégia que possibilita ao profissional elaborar e colocar em prática ações de prevenção e promoção da saúde naquela família, como também entrar com medidas curativas se identificada a necessidade. Já no atendimento domiciliar, tem-se um indivíduo adoecido, ou seja, com demanda já instalada, que, por razões diversas, não pode se deslocar até a unidade de saúde, necessitando, portanto, de uma intervenção curativa e não preventiva.

Os participantes P09 e P11 afirmaram que a realização de visitas domiciliares é uma estratégia importante em suas atuações, embora P09 (pela questão do adoecimento no trabalho) tenha sido afastada desse tipo de atividade; apenas P20 disse não realizar visitas domiciliares enquanto

estratégia de atuação, justificando-se por dois fatores. O primeiro, a grande fila de espera, somada à gravidade das demandas curativas que têm chegado à ABS, que, juntas, têm sobrecarregado a Unidade, tornando inviável a realização de visitas domiciliares. O segundo, o caráter invasivo das visitas domiciliares, quando realizadas pelo mesmo profissional que assiste o indivíduo ambulatorialmente. Relatou também realizar visitas apenas em casos excepcionais, por exemplo, a pacientes acamados, o que se aproxima mais de um atendimento e não de uma visita domiciliar.

Por outro lado, P20 reconhece e até recorre, de forma indireta, às visitas domiciliares, como pôde ser percebido na fala *'(...) mas, considero valiosas as informações que os outros profissionais que fazem visita me trazem sobre o âmbito familiar. Então, é uma estratégia bastante importante de ser utilizada na ABS'*. Desse modo, tem-se que, consideradas as particularidades, a visita domiciliar é uma estratégia de atuação relevante para esse grupo de profissionais e apontada como inovadora pelo CFP (2010).

#### *Atuação direcionada às famílias*

Embora haja diferenças nas estratégias de atuação com as famílias, o que é desejável quando estas se mostram pertinentes ao trabalho da ABS, o entendimento de que o âmbito familiar deve ser o principal alvo de ações foi unânime nesse grupo:

*'(...) Eu vou [no sentido de intervir] lá na família, por que eu preciso que a família esteja bem, entendeu? (...) Por que não adianta você ir numa terapia e chegar na sua casa e tá tudo uma bagunça!. E não 'tô' falando uma bagunça de cadeira, não (ÊNFASE)! É de gente! (P20)'*

Trata-se, portanto, de uma atuação que vai ao encontro da proposta de Sobrosa, Zappe, Patias, Fiorin e Dias (2014) de que o psicólogo, na ABS, deve buscar atuar em contextos diferentes da clínica privada, assim como a proposta de Dimenstein (2001), quando afirma que essas atuações precisam ser condizentes com as demandas da ABS.

### **Grupo: Atuação Individualizada com Intervenções na Família**

Na atuação desse grupo de profissionais (o maior deles, com 10 profissionais), prevaleceu a atuação individualizada. Entretanto, ainda que adotem tal forma de atuação, esses profissionais relataram ser indispensável que mudanças também sejam promovidas na família, para que a assistência prestada seja efetiva. As falas de P02 e P05 refletem bastante esse aspecto: *'(...) os PSF's, né? Eles encaminham direto pra mim e geralmente inicia no atendimento individual, né? (...) mas eu entendo que se mexer com um membro, a família toda se mexe. Né? Então eu acompanho a família também (P05)'*. Entende-se que ao buscar trazer a família para o atendimento, esse grupo de profissional também cuida para que suas ações se deem a partir de uma compreensão mais contextualizada e integral do indivíduo e das famílias da comunidade, o que reflete a ideia defendida tanto por Sobrosa et al. (2014) quanto por Böing et al. (2010).

Assim como os psicólogos do primeiro grupo, os do segundo também utilizam as visitas domiciliares como estratégias de ação, entretanto, seu uso é pontual. Em geral, são utilizadas quando o profissional identifica, no contexto de atendimento clínico, a necessidade de acessar a família. Usualmente, o intuito dessas visitas é sensibilizar a família para que compreenda a importância do seu papel no tratamento do indivíduo e que realize as modificações necessárias em sua própria dinâmica que, por sua vez, irá favorecer o tratamento do indivíduo, assim como a manutenção de um funcionamento favorável frente aos problemas de saúde enfrentados pelo grupo familiar. Destaca-se aqui, portanto, outra importante diferença desse segundo grupo em relação ao primeiro, uma vez que, para o primeiro, a intervenção na família é a ação a ser realizada, enquanto que, para o segundo, é suporte para o atendimento individual.

### **Grupo: Atuações com os Indivíduos**

Para esse grupo, a família é atingida de forma indireta à medida que o indivíduo passa por mudanças, o que faz com que os demais membros e suas relações se ajustem às mudanças: ‘ (...) *Eu entendo que, indiretamente, a minha atuação com o indivíduo impacta na família à medida que o paciente modifica algumas atitudes, (...) o relacionamento dele* (P19). Diferentemente dos demais, os profissionais desse grupo, no geral, não utilizam intervenções diretas na família, ou mesmo junto à ESF. Eles relataram atuação junto às famílias quando solicitados pela ESF, pelos mandados judiciais e Conselho Tutelar, para uma intervenção pontual e em caráter de atendimento, não de visita domiciliar.

Entende-se que o atendimento individual lança mão de ações que possibilitam a cura e a reabilitação, que são também preconizadas pela ABS, conforme Gorayeb (2010). De acordo com a literatura (Dimenstein, 1998; Goya & Rasera, 2007; Spink, Bernardes, Santos, & Gamba, 2007; Gorayeb, 2012; CFP, 2010), a cura e a reabilitação são objetivos de um conjunto de ações às quais o profissional de saúde pode recorrer para garantir a finalidade da ABS, que é a prestação de assistência de forma integral e contínua aos problemas mais presentes na população, em harmonia com o SUS. Assim, avalia-se que a prevalência do atendimento individual adotado por parte dos profissionais, deixa a desejar, por limitar o alcance da assistência a ser prestada na ABS. Vale ressaltar que essa falha não se reduz a uma falha do profissional, ainda que o tema deste estudo seja a sua forma de atuar individualizada. Além do fato de que equipes multiprofissionais é que devem possibilitar o atendimento integral aos indivíduos, há uma falha do sistema, uma vez que este não atende à demanda do serviço que se propõe a oferecer aos usuários, que requer um número maior de profissionais (caso contrário, contribui para que o trabalho de promoção e prevenção não seja satisfatório, refletindo em demandas de cunho curativo e cada vez mais grave), e não possibilita a construção dessas equipes com número suficiente de profissionais para o cumprimento de todas as ações propostas.

***Categoria C - Formação para atuar na ABS.***

Nessa categoria foi possível identificar duas subcategorias. São elas: *Nenhuma formação para atuar na ABS e Pós-graduações.*

*Nenhuma formação em graduação para atuar na ABS*

Buscou-se levantar junto aos profissionais como foi sua formação durante o curso de graduação e após sua conclusão para atuar na ABS. Tomando por base o ano em que efetivamente foi sistematizada a ABS, 1990, e também o ano de criação do Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, dezembro de 1993, tem-se que há 27 anos foi sistematizada a ABS e há 23 anos foi criada a ESF.

***Tabela 2 – Tempo de formação, de atuação serviço público e na ABS***

<b>Graduação em anos</b>	<b>Participante</b>	<b>Graduação (em anos)</b>	<b>Atuação no serviço público (em anos)</b>	<b>Atuação na ABS (em anos)</b>
<b>Igual ou superior a 27 anos</b>	P.03	30	22	19
	P.06	34	23	20
	P.09	33	23	14
	P.11	30	16	8
	P.15	31	29	29
	P.18	32	30	20
	P.19	30	23	22
<b>Entre 23 e 27 anos</b>	P.08	26	18	15
	P.10	26	22	19
	P.14	25	25	10
	P.17	24	24	24
	P.20	25	21	21
	P.21	25	22	21
<b>Menos que 23 anos</b>	P.01	5	1,5	1,5
	P.02	6,5	3,5	3,5
	P.04	6	5	5
	P.05	6	3	3
	P.07	14	3	3
	P.12	9	5	2
	P.13	17	15	5
	P.16	16	15	4

Destaca-se que, sete dos 21 profissionais se formaram antes da sistematização e efetivação da ABS, que se deu por meio da implantação do SUS. Se considerada a data de criação da ESF, esse número sobe para 13. Portanto, tem-se que a maior parte dos psicólogos da ABS do município de Uberaba/MG se formou antes mesmo de se materializar o que hoje se conhece por ESF. Esse é um dado que justifica o volume expressivo de relatos do não contato ou muito pouco contato com conceitos relacionados ao SUS, à ABS e a modelos de atuação do psicólogo nesse contexto.

Essa constatação aponta para uma falha na própria implantação do SUS, na medida em que grande parte dos profissionais da saúde, à época, não conheciam suficientemente ou mesmo desconheciam conceitos importantes para o SUS e para que este viesse a funcionar adequadamente. Ainda relacionada a esse dado, está a falha referente à educação continuada oferecida aos profissionais da ESF, uma vez que esta foi implantada há mais de 20 anos e, como apontado pelos participantes desse estudo, ainda se destaca a não apropriação, por parte dos profissionais de saúde da ABS, de conceitos fundamentais para o funcionamento do SUS. Por fim, foi unânime a afirmação, entre esses participantes, de que em nenhum momento durante a própria graduação lhes foram apresentadas formas de atuação do psicólogo na ABS, ou mesmo, a ABS como um campo de atuação possível para esse profissional.

Já entre os profissionais formados após a efetivação da ESF, poucos relataram não terem cursado disciplinas na graduação que discutissem sobre o SUS e a ABS. Entretanto, também foram marcantes as afirmações de não existência de discussão sobre a atuação do psicólogo nesses contextos. Em geral, relataram contato, de forma pouco aprofundada, com os principais conceitos relacionados ao SUS.

Em relação à formação obtida pelos profissionais, todos afirmaram que os cursos de Psicologia que lhes foram ofertados direcionavam para a formação de psicólogos para atuar em consultório. Apenas os profissionais com menor tempo de formação afirmaram a oportunidade de

contato com uma formação mais generalista. Ainda assim, afirmaram haver uma atribuição de peso maior para a formação clínica, o que não quer dizer em consultório. Entende-se que, se, na seleção dos profissionais, por meio de concursos públicos ou contratações, não é feita uma exigência rigorosa de que os selecionados tenham conhecimento sobre a prática em ABS, será dever das gestões formar esses selecionados para essa atuação.

### *Pós-graduação*

Quanto à formação em caráter de pós-graduação, todos os profissionais têm ao menos uma especialização. Apenas um profissional relatou ter mestrado e doutorado. As principais especializações realizadas pelos profissionais são: especialização em Terapia Familiar e de Casal, Psicodrama, Terapia Cognitiva Comportamental, Psicanálise, Terapia Comunitária. A formação por meio de cursos rápidos oferecidos pela prefeitura do município também foi bastante citada, mas esse tipo de curso pode ser considerado insuficiente, uma vez que os profissionais sentem que têm pouco aprofundamento nos conceitos do SUS, o que necessariamente pode influenciar em uma não incorporação dos princípios e objetivos deste.

### ***Categoria D - Modelos de atuação do psicólogo com famílias***

As particularidades das condições de atuação de cada profissional justificam a sua inclusão ou não nas subcategorias descritas dentro dessa categoria. Por exemplo, P09 atualmente não atua de forma direta com as famílias, entretanto, essa é uma forma de atuar que é própria ao profissional e que, por motivo de saúde, como apontado anteriormente, no momento não está sendo colocada em prática. Desse modo, foi possível organizar os resultados em duas subcategorias. A primeira remete à *atuação em equipe*, ou seja, a equipe multiprofissional intervém na família. Já a segunda diz respeito à *atuação individualizada com apoio da equipe*, ou seja, o profissional, de forma

isolada, faz intervenções na família, mas frequentemente recorre ao apoio oferecido pela equipe multiprofissional.

#### *Atuação em equipe*

Nessa subcategoria, insere-se apenas o grupo de profissionais que, em forma de equipe multiprofissional, atua diretamente com a família, a exceção de P20. O que caracteriza esses profissionais é a prevalência da atuação em equipe, mesmo que essa não seja a única forma utilizada por eles. Ainda que P20 adote intervenções que visam diretamente à família por meio de um atendimento individualizado, ele é um profissional que se identifica muito com trabalho em grupos e em equipe multiprofissional. De acordo com P20, frente às demandas individuais que lhe chegam, utiliza a estratégia de esclarecer para a família que a melhora do indivíduo está condicionada à participação ativa de todos no tratamento. Por meio dessa estratégia, P20 consegue manter a família envolvida nos atendimentos e intervir diretamente nela, por exemplo, solicitando modificações na sua dinâmica. Em relação às intervenções realizadas, no geral, os profissionais buscam sensibilizar a família (para que esta compreenda sua própria importância para o sucesso do tratamento proposto), conhecer sua dinâmica, o seu funcionamento, fazendo orientações, e trabalhando as relações e o fortalecimento de vínculos.

#### *Individualizado com apoio da equipe*

Nessa subcategoria, estão os profissionais que, isoladamente, intervêm na família, seja de forma direta ou indireta. O que os identifica é a prevalência de atuações individualizadas (ou seja, um atendimento que não se dá por meio de equipes) e com os indivíduos (isto é, não se dá realizando grupos ou atendendo a família diretamente). Entretanto, são profissionais que consideram essencial que sejam promovidas modificações na família para que a demanda do indivíduo seja sanada. Assim, essa subcategoria se refere tanto aos profissionais do primeiro grupo, quanto do segundo, por serem profissionais que lançam mão de uma atuação

individualizada junto às famílias, mas, por outro lado, com frequência recorrem aos profissionais da ABS ou mesmo à equipe da ESF para somar forças, visando a uma assistência mais efetiva.

Uma vez que a pretensão dessa categoria é compreender a atuação do profissional junto às famílias (se esta se dá de forma individualizada ou em equipe), destaca-se que nela o grupo com atuação estritamente individual não foi inserido por não lançar mão de nenhuma estratégia de intervenção visando impactar o âmbito familiar. Tal grupo apenas sustenta que qualquer mudança do indivíduo impele o seu contexto relacional, dentre eles a família, a se ajustar a elas e, nessa perspectiva, entendem que suas atuações estritamente individuais impactam, de forma indireta, no âmbito familiar.

### ***Categoria E - Atuação do psicólogo na ABS e na ESF***

#### **Grupo: Atuação com Foco na Família**

Todos os profissionais, independentemente da forma prevalente de atuação que adotam, relataram ter que cumprir atividades que lhes são atribuídas de forma verticalizada: *‘Lógico que tem alguns protocolos. Você precisa preencher aquelas fichas, atualizar prontuário, lançar dados no E-SUS, coordenar o grupo de tabagismo e aquilo tudo’* (P11). É consensual entre eles, que essas atividades não lhes retiram a autonomia relativa à organização de suas atuações conforme julguem pertinentes, por exemplo, decidindo pela realização ou não de grupos, de visitas domiciliares, dentre outras.

Apenas P11 relatou atuar de forma direta junto à ESF, assim como junto às famílias. P09 disse se identificar com essa atuação e a colocou em prática a maior parte do tempo em que esteve na ABS, antes de ser afastado dessas atividades por questão de saúde. P11 relatou buscar identificar as situações problema e o que subjaz ao que o paciente, a família e o grupo trazem, por meio da escuta atenta. Essa postura está de acordo com o que a literatura vem apontando como sendo uma

das principais contribuições da psicologia no trabalho na ABS, que é a escuta psicológica, possibilitando, ao usuário, momentos em que pode expor suas questões (Dias & Silva, 2016; Rocha, Conz, Barcinski, Paiva, & Pizzinato, 2017). Uma vez identificada a demanda, P11 intervém, atendendo individualmente os casos graves, sendo que os demais, atende em diferentes grupos que realiza no território, recurso apontado pelo CFP (2010) como estratégia importante e condizente com as demandas da ABS.

### **Grupo: Atuação Individualizada com Intervenções na Família e Atuações com os Indivíduos**

Notou-se que, por adotarem, prioritariamente, a forma de atuação individualizada, os participantes desses grupos não atuam diretamente na ESF. Ao contrário dos profissionais do grupo anterior, que realizam visitas domiciliares em conjunto com a ESF, nas ações dos profissionais dos dois últimos grupos prevaleceu a prestação de apoio especializado à ESF. Este se dá, basicamente, acolhendo aqueles indivíduos que buscam ajuda na Unidade, sejam encaminhados pela ESF ou mesmo por demanda espontânea, dando andamento aos procedimentos necessários para que sejam assistidos. Assim, embora sejam atuações preconizadas pela ABS, conforme Carvalho, Almeida e Jaime, (2014), Gabardo et al. (2009), Gorayeb, (2010) e Wendt, Aires, Paz, Fengler & Paskulin, (2015), entende-se que os serviços oferecidos por esses profissionais serão mais bem aproveitados se estes adotarem ações conjuntas com a ESF, uma vez que, assim, poderiam contribuir para oferecer uma assistência mais integral aos indivíduos.

Cabe ressaltar que tanto as equipes da ESF quanto os profissionais das Unidades de Saúde, frequentemente realizam encaminhamentos de usuários para o serviço de Psicologia, confirmando os dados encontrados na literatura de que essa solicitação é intensa (Souza,

Menandro, Couto, Schimith, & Lima, 2012; Böing, & Crepaldi, 2010). Entretanto, grande parte dos psicólogos que atuam de forma prioritariamente individual relataram ser baixa a procura por parte dos usuários que receberam encaminhamento, assim como a adesão ao tratamento proposto. Assim, trata-se de um ponto importante de ser sistematicamente estudado, especialmente, a identificação dos motivos relacionados à não procura da assistência em saúde e à baixa adesão, para que haja otimização dos serviços de saúde. Esse dado pode indicar que os encaminhamentos podem ser mais eficientes se, antes, for realizado um trabalho de aproximação tanto dos profissionais da ESF aos profissionais das Unidades, quanto das equipes aos usuários.

#### ***Categoria F - Avaliação da própria atuação com famílias***

Foi possível identificar grande uniformidade nos relatos dos profissionais. Todos eles avaliaram que suas atuações junto às famílias são positivas, uma vez que obtêm sucesso com a assistência que lhes prestam. Entretanto, destacaram que suas atuações poderiam ser ainda mais efetivas se houvesse maior atenção a alguns pontos, especialmente, da parte dos gestores dos serviços de saúde.

Foram apontados fatores que têm favorecido e outros que têm dificultado a atuação do psicólogo na ABS e também na ESF. Eles serão descritos separadamente e, na sequência, mostrarão se relacionarem às sugestões de melhorias apontadas pelos profissionais.

Os pontos negativos destacados foram: grande fila de espera em todas as Unidades; a Psicologia não fazer parte da ESF; a lógica produtivista que atravessa os serviços de saúde, como, por exemplo, o cumprimento de metas pelas equipes da ESF, implicando em uma assistência, muitas vezes, oferecida de forma superficial e generalista; falta de recursos para o psicólogo trabalhar, a ponto de muitos custearem o próprio material de trabalho, como brinquedos para atendimento de crianças e testes psicológicos.

Foram apontados, também, alguns fatores que inserem o psicólogo em uma rotina que limita sua atuação com as famílias, como: prevalência de demandas curativas na ABS; burocracias com documentos a preencher, como o E-SUS; falta de equipamentos de informática; falta de transporte para realização de visitas domiciliares; população acostumada com atendimento individual, vista por parte dos participantes do estudo como dominada pela cultura curativista e não adeptas aos grupos; pouca adesão e envolvimento das famílias com o tratamento; rotatividade de profissionais por serem contratados e não concursados, somada à frequente troca de profissionais entre as Unidades a cada nova gestão (o que pode estar relacionado à baixa adesão); encaminhamentos para a ABS de casos que são para atendimento em CAPS por não haver vagas na atenção especializada, o que torna evidente a falta de recursos humanos.

Outros fatores negativos de destaque foram: relatos, por grande parte dos profissionais, de terem que atender, na ABS, demandas judiciais e do Conselho Tutelar que, segundo eles, são demandas, em geral, relacionadas a problemas sociais e não emocionais ou de saúde mental; adoecimento do profissional por sobrecarga no trabalho com demandas desgastantes e que não são da ABS, somadas a cobranças de resultados sem respaldo da Secretaria de Saúde (na avaliação dos participantes, tais demandas deveriam ser sanadas pelos profissionais do próprio judiciário e acionando as instituições da rede adequadas, uma vez que a ABS é a porta de entrada do SUS e que, segundo P18, por ela, está entrando tudo); o cargo de gerente de Unidade ser um cargo político e não haver a exigência de formação na área da saúde para ocupar o cargo, o que, grande parte das vezes, leva o gestor a adotar medidas incoerentes com a realidade do campo da saúde.

Já de positivo, todos relataram ter êxito em suas atuações com as famílias. Além disso, foram apontados alguns fatores específicos de cada Unidade, como: espaço físico bom (embora, a maioria tenha criticado esse aspecto, tendo em vista que o espaço avaliado positivamente se trata

de Unidade Matricial de Saúde, UMS, administrada por uma universidade do município, o que, de certo modo, isenta essa UMS de problemas enfrentados por Unidades administradas pelo poder público municipal); em algumas Unidades, ter sala só para a Psicologia; em outras, o aspecto positivo foi relacionado à possibilidade de desenvolver trabalhos fora da Unidade, o que favorece o entendimento do contexto de relações dos usuários.

Como sugestões de melhoria das condições de atuação dos profissionais, foram apontadas tanto soluções locais, no sentido de serem específicas para a realidade da Unidade onde o profissional atua, bem como propostas de soluções mais abrangentes. As locais foram: realizar e fazer parte de grupos; desenvolver estratégias para que a família seja trabalhada de forma mais aprofundada, como, por exemplo, por meio de intervenções na dinâmica familiar. Em relação às propostas mais abrangentes, estas foram: aumentar o número de profissionais, tendo em vista que a fila de espera para atendimento curativo é grande em todas as Unidades, o que tem impossibilitado ao psicólogo realizar ações de prevenção e promoção da saúde; e, relacionadas à formação dos psicólogos, com proposta de o profissional já sair diferente da faculdade, no sentido de ter uma visão mais ampliada que favoreça que este identifique outros campos de atuação, diferentes da clínica tradicional, e que esteja minimamente instrumentalizado para desenvolver trabalhos nesses contextos. A ABS e as famílias são alguns desses, uma vez que são contextos que, para além de uma atuação mais alinhada ao modelo da psicologia clínica tradicional, exigem do profissional estratégias e modelos de atuação adequados à realidade desses contextos.

### ***Categoria G – Propostas de atuações para a Psicologia***

Prevaleceram as proposições de inserção do psicólogo na ESF, tendo em vista o quanto ele é solicitado pelas equipes da ESF e por se tratar de um profissional com um olhar para a atuação

com grupos. Além disso, é capacitado para a identificação de fatores que impactam na saúde emocional e mental dos indivíduos (possibilitando entrar com ações de prevenção e promoção da saúde) e que, em médio e longo prazo, podem implicar na instalação de demandas graves.

*'Nossa... eu acho assim, que é um absurdo (ÊNFASE) imaginar que a gente não tá num corpo do PSF, dentro da equipe mínima. (...) Você senta com médicos, você senta com dentistas, você senta com psiquiatra, você senta com gerente, você senta com todo mundo. Todo mundo fala que o maior problema de qualquer família é o problema emocional, como que não põe o psicólogo? (P09)'*

Entretanto, frente aos outros problemas apontados, como a questão da formação e da necessidade de haver uma identificação do psicólogo com a ABS e a ESF como campo de atuação, prevaleceram as falas que defendem que, a inserção do psicólogo na ESF não necessariamente seja a solução, mas trata-se de um passo importante. Esse apontamento se dá pelo fato de se verificar que a própria equipe da ESF tem problemas, como o não funcionamento multiprofissional. Ou seja, os profissionais criticam o fato de as ações e práticas não serem estruturadas a partir da equipe, assim como não haver ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, sendo essa uma ideia sobre equipe multiprofissional defendida pela literatura (Marquesa, 2014; Pereira, Cristina, Uribe Rivera & Artmann, 2013).

As falas apontaram, também, que é próprio de cada profissional, atuar ou não de forma bastante alinhada ao trabalho da ESF, o que sugere a existência de um perfil mais adequado para atuar na ABS e na ESF. Esse perfil parece ser resultado da confluência de aspectos da constituição pessoal do profissional, de sua formação e aquisição de conhecimentos, e de identificação com o trabalho nesse campo. Assim, houve apontamentos de que a atuação do psicólogo na ESF exige que este vá em direção e intervenha nas relações estabelecidas pelos indivíduos ainda nos contextos onde as demandas são formadas e não o contrário. Ou seja, o psicólogo, enquanto um profissional de saúde, não deve esperar, de forma passiva, dentro da Unidade de Saúde, a chegada do indivíduo já com um comprometimento (por exemplo, relações

e vínculos familiares muito fragilizados, desenvolvimento de algum transtorno de humor ou ansioso) que demandam ações mais curativas. Ao invés disso, os participantes defendem que o psicólogo na ABS deve agir antecipadamente, adotando estratégias em campo para impedir a instalação do adoecimento no indivíduo e nas famílias ou mesmo reduzir seus agravos. Portanto, não se pode deixar de considerar também a responsabilidade do próprio psicólogo pela proatividade apresentada em relação a se apropriar de outros espaços e formas de atuação.

Foi apontada também, como sugestão, a criação de locais que ofereçam atendimentos exclusivamente clínicos pelo psicólogo e que estes não se restrinjam às questões relacionadas à saúde mental, mas, que também se voltem para questões como as emocionais, relacionais e de autoconhecimento. Os participantes argumentaram que o atendimento clínico psicológico, na ABS, é um viés de assistência que foi introduzido em meio a diversos outros, o que, portanto, evidencia a inexistência de um local, no setor público, onde esse serviço seja oferecido de forma prioritária, a exceção dos ‘serviços escola’, que são ligados às universidades e conveniados ao SUS. P16, por exemplo, sustenta que a ABS ficaria menos sobrecarregada se houvesse esse local.

Críticas direcionadas a profissionais que delimitam, por faixa etária, o público que vão assistir esteve bastante presente. Tais críticas foram realizadas por alguns participantes do estudo que argumentam que essa atitude limita as possibilidades de atuação do psicólogo na ABS, ao excluir as famílias dos atendimentos, uma vez que idade é atribuída ao indivíduo e não ao grupo familiar, não favorecendo o bom funcionamento do serviço de saúde. Por essa mesma razão, também foi sugerido, a fim de assistir as famílias, assim como as crianças (cuja ausência de atendimento é um problema grave na ABS do município), que haja a absorção de psicólogos generalistas.

Como formas de atuação com caráter inovador houve algumas indicações. Entretanto, cabe destacar que, tais apontamentos realizados pelos profissionais, muitas vezes, foram tomados

como inovadores frente às possibilidades de sua realidade atual. Portanto, não necessariamente são atuações que não possam ser verificadas em outros locais.

Assim sendo, destacaram-se as diversas sugestões de utilização de grupos na ABS como possibilidade de acessar as famílias, ainda que de forma indireta, sugestões que vão ao encontro do que a literatura tem apontado como estratégias de atuação para o psicólogo na ABS (Böing, Crepaldi, & Moré, 2009; CFP, 2010; Dimenstein, 1998). Trabalhar a comunidade e com a comunidade, criando vínculos, foi entendido como algo bastante promissor. Atrelada a esse trabalho está a sugestão do desenvolvimento de estratégias que sensibilizem os usuários para estarem em grupo, diminuindo, assim, a percepção da comunidade de que apenas o atendimento individual é resolutivo, entendimento que os participantes denominaram cultura do atendimento individual.

Notou-se que, embora a atuação multiprofissional seja preconizada pela ABS, a efetivação de um trabalho junto à ESF com estabelecimento e manutenção de contato entre o psicólogo e os outros profissionais da ABS, também foi apontado como inovador. Essa relação mais próxima entre profissionais de diferentes áreas dialoga com outra sugestão de atuação inovadora apresentada pelos participantes que é a utilização do olhar amplo do psicólogo, que enxerga para além do corpo, do indivíduo, alcançando as relações e possibilitando que o profissional possa atuar nas famílias, conforme Böing et al. (2010). Assim, também foi apontada como promissora a ampliação da visão do psicólogo para a saúde, entendida para além da ausência de doença. Destaca-se que não se trata de a psicologia clínica ser deixada de lado, mas que o profissional seja capaz de atuar de outras formas antes que a demanda advinda de um adoecimento venha a se instalar no indivíduo. Contudo, para isso se efetivar, não depende apenas da formação do psicólogo, mas de que haja um contingente de psicólogos suficiente para as diferentes demandas

de um território, desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até o tratamento daquelas já instaladas.

## **5. CONCLUSÃO**

Com relação às formas de atuação do psicólogo com as famílias, foi possível identificar que estas estão relacionadas à forma de atuação adotada como prioritária pelos profissionais, ou seja, direta ou indireta. Para aqueles que têm a atuação direta como principal forma de assistir às famílias, as formas são bastante amplas abrangendo desde visitas domiciliares junto à ESF, grupos, até mesmo intervenções na família no contexto de atendimento clínico. Já para os demais, essa forma de atuação se torna mais restrita, ocasião em que as atuações indiretas se apresentam com mais frequência.

De modo geral, a atuação dos psicólogos no processo saúde-doença das famílias tem enfrentado barreiras que podem ser consideradas importantes. Com exceção dos profissionais que adotavam exclusivamente a forma individualizada de atuação, todos apresentaram inclinações para a adoção de intervenções, diretas ou não, nos diferentes contextos relacionais nos quais as famílias e os indivíduos estão inseridos. Ou seja, além de atenderem às demandas mais urgentes trazidas para o contexto de atendimento, utilizavam estratégias que beneficiavam ao atendimento integral favorecendo a intervenção no processo saúde-doença e não apenas no indivíduo adoecido. É importante destacar que, se por um lado a Análise da Enunciação possibilitou apreender a forma como os profissionais percebem a atuação do psicólogo, por meio da identificação do processo de produção do discurso e do sentido que o participante do estudo quis atribuir ao conteúdo que proferiu, por outro, as informações obtidas não necessariamente refletem, de forma atualizada, o verdadeiro estágio de desenvolvimento de determinados conceitos e entendimentos de alguns constructos. Destaca-se, aqui, o entendimento de atuação

clínica e de suas potencialidades. Embora as críticas ao atendimento clínico venham sugerir que esse modelo de atuação não possibilita a prevenção e a promoção da saúde, isto não é uma verdade, uma vez que a saúde se dá em um processo, portanto, não sendo algo dado e acabado. Deste modo, ainda que a intervenção se dê com um indivíduo adoecido, é, sim, possível, e muito válido, desenvolver um trabalho de prevenção e promoção da saúde no contexto de atendimento clínico individual.

Constatou-se, assim, na ABS de Uberaba/MG, que o problema de não atuar oferecendo um atendimento integralizado às famílias e aos indivíduos nem sempre estava no profissional. Grande parte das vezes, a dificuldade estava relacionada à imensa fila de espera (que indica a falta de recursos humanos e a possibilidade de as ações de prevenção e promoção da equipe da ESF não serem efetivas), à grande quantidade de demandas curativas bastante graves, à falta de estrutura física, à falta de recursos materiais, impossibilitando a realização de visitas (falta de transporte), de grupos (falta de salas nas Unidades), de atendimentos com crianças (falta de material lúdico, por exemplo).

Este estudo também constatou que a formação dos profissionais mesmo quando não específica favorece, ou não, a adoção de práticas consideradas alinhadas às demandas da ABS. Houve muitas críticas à formação de psicólogos para atuarem apenas em consultórios no modelo clínico tradicional. Entretanto, cabe pontuar que os profissionais tiveram o cuidado de deixar claro que não se trata de excluir a perspectiva clínica do psicólogo da ABS. Sugere-se que seja somada, à perspectiva clínica, outra que venha instrumentalizar esse profissional para que consiga atuar promovendo e prevenindo em saúde não só junto às famílias ou indivíduos que já buscaram ajuda profissional, mas que este profissional também previna doenças e promova a saúde destes no seu contexto relacional, de modo a impedir a instalação do adoecimento ou mesmo de agravos.

Pôde-se constatar que a concepção dos participantes sobre uma família abarca as relações, na maior parte das vezes, as funções e os papéis independentemente de sua configuração. Por outro lado, o estudo também se deparou com verbalizações de cunho preconceituoso em relação às famílias formadas por mães solteiras e mães com filhos de diferentes pais. Além disso, famílias de bairros 'precários' foram consideradas perdendo a essência que garante a elas o *status* de família funcional ou estruturada por não ter a configuração da tradicional família nuclear.

Diversos modelos de atuação com as famílias foram apontados. Destaca-se que a forma de atuação em equipe, prioritariamente, foi exclusiva dos profissionais com atuação direta. Os demais mesclam o atendimento em equipe e o individualizado, e aqueles que não o fazem e atuam apenas com atendimento individual, reconhecem a atuação na família relevante para a saúde dos indivíduos.

Os profissionais foram bastante incisivos em avaliar positivamente suas atuações junto às famílias, em razão do sucesso das intervenções, embora considerem que ainda estão longe de conseguir uma atuação satisfatória. Isso tem por base as dificuldades enfrentadas na ABS para por em prática o que é preconizado no papel, especialmente no que tange à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Destaca-se o volume grande de demandas judiciais e do Conselho Tutelar (que os profissionais afirmam não serem da ABS, embora não tenham serviços que possam absorvê-los e, também, não se pode dizer, antes de uma avaliação criteriosa, que esses casos não estejam previstos para atendimento nas UBS e UMS), a intensa demanda curativa, a pouca adesão da comunidade aos grupos, a falta de estrutura material e física das Unidades e, essencialmente, a falta de psicólogos.

Entre as proposições dos psicólogos como formas de atuação na ABS que possam ser inovadoras, prevalece a sugestão de inserção de psicólogos na ESF. Entretanto, pontuam que não deve retirar o psicólogo do apoio secundário. Portanto, a sugestão é de uma ampliação do campo

de atuação e não de uma realocação do psicólogo na ABS, o que faz imprescindível o aumento do número de psicólogos em atuação.

Em relação à formação para atuarem na ABS, prevaleceram os relatos de que os cursos de Psicologia formavam e ainda formam psicólogos para ocupar o mercado privado de atendimentos. Poucos apontaram discussões sobre a reforma sanitária durante suas graduações, uma vez que o movimento estava em pleno ápice à época e, mesmo entre os mais novos, não lhes foi apresentada a atuação do psicólogo na ABS.

De modo geral, conclui-se que, talvez, seja um equívoco falar em modelos de atuação do psicólogo para a ABS e para a ESF, uma vez que isso sugere estabilidade, constância e padrões a se repetirem em diferentes locais ao longo do tempo. Sugere-se que o mais ajustado, em relação às atuações na ABS e na ESF, seja uma apropriação por parte do profissional da dinamicidade da realidade própria a esses serviços, além da dinâmica das próprias famílias.

Vale apontar, como limitação do estudo, a delimitação da ABS de uma cidade específica para a coleta dos dados. Isso implica na impossibilidade de realizar generalizações, tendo por base apenas os resultados desse estudo. Por outro lado, tal limitação justifica a sugestão da realização de mais estudos em diferentes locais do país, a fim de captar as particularidades locais e informações que favoreçam avanços nessa área.

Como ampliação proporcionada por este estudo, tem-se a constatação de que uma atuação adequada não depende só do profissional e de sua formação, mas, também, com igual peso, de um bom funcionamento do sistema. Isso implica em uma boa gestão, na garantia, em especial, de recursos humanos, além de estrutura física, de materiais essenciais para desenvolver o trabalho, etc. Outro avanço foi a constatação de que o simples fato de o psicólogo saber da existência de estratégias e modelos de atuação da sua profissão, na ABS e na ESF, não garante que estas sejam utilizadas, relacionando-se à apropriação, por parte do psicólogo, dos conceitos do SUS (em

especial a concepção ampliada de saúde e de família, de promoção e prevenção em saúde) e a identificação dele com o trabalho a ser desenvolvido na ABS e na ESF, que demonstraram ter maior potencial para contribuir para uma atuação mais condizente do que o conhecimento de estratégias e modelos de atuação.

## 6. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Böing, E. & Crepaldi, M. A. (2010). O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras I. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(3), 634-649.
- Böing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2009). A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(4), 828-845.
- Campos, G. W. D. S., Minayo, M. C. D. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. D. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In *Saúde em debate* (Vol. 170, pp. 53-92). Hucitec; Fiocruz.
- Carvalho, A. T., Almeida, E. R., & Jaime, P. C. (2014). Condicionais em saúde do programa Bolsa Família–Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1370-1382.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (CFP) (2010). Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde, 76.
- Dias, F. X., & Silva, L. C. A. D. (2016). Perceptions of Other Professionals about the Work of Psychologists in Health Basic Units. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 534-545.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M.D.B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.
- Fragelli, T. B. O., & Shimizu, H. E. (2015). Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de APS*, 17(3).
- Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2).

- Freitas, J. L. (2016). A Noção de Estrutura na Gestaltpsychologie e na Epistemologia Genética: Usos e implicações para a psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 443-449.
- Gabardo, R. M., Junges, J. R., & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91-97.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(25ANOS), 115-122.
- Gorayeb, R., Borges, C. D., & Oliveira, C. M. D. (2012). Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 674-685.
- Goya, A. C. A., Rasera, E. F. (2007). A Atuação do psicólogo nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde em UberlândiaMG. *Horizonte Científico*. 7.
- Lessa, S. (2012). Abaixo a família monogâmica. *São Paulo: Instituto Lukács*, 112.
- Lévi-Strauss, C. (2011). *Estruturas elementares do parentesco (1982)*. Mariano Ferreira (trad.). 6ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Levi-Strauss, C. (1956). La Familia. En: Levi-Strauss, C.; Spiro, M. E. & Gouch, K. *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama, 1956.
- Mantovani, M. D. F., Mazza, V. D. A., Moreira, R. C., Silva, D. I. D., Jesus, J. K. F. D., & Oliveira, V. B. C. A. D. (2014). Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 22(6), 846-850.
- Marina, F., Werba, A. A., & Pichelli, S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173.
- Martins, M. M., Fernandes, S. & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-690.
- Marquesa, J. B. (2014). Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(2), 246.
- Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Yarid, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 965-972.
- Oliveira Borba, L., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449.

- Oliveira Júnior, I. B., de Moraes, D. A. F., & Coimbra, R. M. (2015). Família “margarina”: as estereotípias de famílias na indústria cultural e a des/re/construção de conceitos docentes. *Revista HISTEDBR On-line*, 15(64).
- Paulo, B. M. (2006). Novas configurações familiares e seus vínculos sócio-afetivos. (Dissertação, Mestrado). Departamento de Psicologia – PUC. *Rio de Janeiro*.
- Pereira, A., Cristina, R., Uribe Rivera, F. J., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45).
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Rocha, K. B., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 170-185.
- Roudinesco, E. (2003). (Org.) *A Fam'lia em Desordem*. Zahar.
- Santos, V. A., de Paula, C., Crispim, F., Bordoni, J. P., Soares, R., Silva, R. S., ... & Outeiro, L. (2015). O papel do psicólogo no CRAS com a criança e sua família em situação de vulnerabilidade. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, (1).
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis*, 17(1), 29-41.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1).
- Silva Meireles, F., & Teixeira, S. M. (2014). As diversas faces da família contemporânea: conceitos e novas configurações. *Econômico*, 16(31), 38.
- Sobrosa, G. M. R., Zappe, J. G., Patias, N. D., Fiorin, P. C., & Dias, A. C. G. (2014). O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 4-9.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (2012). Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4).
- Spink, M. J. et al. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Casa do Psicólogo, p. 53-79.
- Wendt, C. J. K., Aires, M., Paz, A. A., Fengler, F. L., & Paskulin, L. M. G. (2015). Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no sul do Brasil. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília. Vol. 68, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 406-413.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Ao considerar o objetivo geral dessa dissertação, que foi contribuir para o conhecimento dos modelos de atuação utilizados pelos psicólogos na sua atuação com as famílias, na ABS do município de Uberaba/MG, avaliou-se, durante a construção desta, ser importante compreender, previamente, como o campo da saúde tem entendido o que é família, uma vez que essa compreensão impacta na forma de assistir as famílias. Deste modo, o primeiro estudo (de revisão integrativa da literatura) possibilitou identificar que o entendimento de família vem sendo ampliado, fato que pôde ser confirmado com o segundo estudo. Em ambos os estudos, a família foi caracterizada como uma instituição dinâmica e que, mais do que laços de parentesco, são as relações de cuidado, de afeto, as funções e papéis de formadora dos indivíduos que a têm caracterizado, o que coloca a família como a principal detentora dos elementos necessários para o desenvolvimento integral dos indivíduos.

Tanto no estudo de revisão quanto no empírico, foi possível identificar que diversos arranjos domiciliares são reconhecidos como famílias (famílias reconstituídas, homoafetivas, monoparentais, de casal sem filhos, dentre outras). Tem-se que o reconhecimento, por parte dos profissionais, de diferentes arranjos domiciliares como sendo famílias é bastante positivo para o trabalho na ABS, por favorecer a prestação de assistência mais ajustada aos princípios do SUS, como o da integralidade, uma vez que contribui para que as diferentes famílias e indivíduos dos territórios sejam assistidos em seus contextos relacionais.

Este estudo, de modo geral, identificou que a promoção da saúde e prevenção de doenças é uma forma de assistência que tem enfrentado muitas barreiras, como a imensa demanda curativa e a lógica produtivista que permeia as unidades de saúde, tendo em vista que esta interfere em toda a assistência prestada. A importância dessa constatação se dá na medida em que, frente à

forte crítica realizada sobre a atuação do psicólogo na ABS, torna-se evidente que a pertinência dessa atuação não depende somente do profissional, mesmo que ele tenha sua parte de responsabilidade sobre ela. Refletir sobre a atuação deste é muito importante, contudo, pensar sobre fatores externos ao profissional que limitam ou mesmo impedem um trabalho preventivo é tão relevante quanto.

No tocante à criação de estratégias e modelos de atuação alinhados à proposta da ABS, e a identificação de tais ferramentas já colocadas em prática, o estudo constatou que estas têm sido utilizadas pelos psicólogos da ABS de Uberaba/MG. Assim, tais estratégias, como as visitas domiciliares, atendimentos domiciliares, os grupos, os trabalhos de orientações e instrumentalização dos agentes comunitários de saúde para que identifiquem mais facilmente demandas que são da alçada da psicologia, a busca, por parte do psicólogo, de um lugar em que pode ser mais ativo na equipe da ESF ou mesmo como membro dela (mesmo que não reconhecido legalmente), são formas de atuações inovadoras. Assim, cabe esclarecer que este estudo tem limitações. Destaca-se, aqui, a delimitação da área investigada que, por sua vez, impossibilita que sejam realizadas generalizações dos resultados.

Como avanços desse estudo, identificou-se que, mais importante do que buscar identificar e desenvolver modelos e estratégias de atuação, se faz necessário reconhecer que há um perfil de profissional que se mostrou mais alinhado ao trabalho da ABS. Detectou-se, também, que a realidade de cada Unidade de Saúde (possibilidades de atuação viabilizadas pelo gestor da Unidade de Saúde, aspectos sociais e culturais dos usuários, dentre outros) determina quais estratégias de atuação estão sendo colocadas em prática e quais se apresentarão como inovadoras para aquele contexto. Assim, este estudo possibilitou avançar na compreensão do que é considerado inovador em termos de estratégias de atuação, ao identificar que mesmo estratégias

já identificadas e registradas pela literatura, portanto, que não são originais, podem ser inovadoras para alguns contextos.

Por fim, sugere-se que estudos como este sejam desenvolvidos em outros locais do país, a fim de compreender as especificidades de cada região a respeito da atuação do psicólogo na ABS. Acredita-se que tais estudos possam contribuir para que a atuação do psicólogo na ABS seja melhor alicerçada e, assim, favoreça a comunidade, ao possibilitar a esta o acesso à assistência em saúde ofertada pelo psicólogo. Sugerem-se, ainda, o desenvolvimento de novos estudos que se dediquem a compreender melhor os aspectos relacionados ao perfil dos profissionais cuja forma de atuação se mostra mais alinhada ao que preconiza a ABS, assim como de que se dediquem a aprofundar o conhecimento sobre fatores externos ao profissional que favorecem, ou não, a prestação de uma assistência alinhada ao que preconiza a ABS. Informações mais aprofundadas sobre esses aspectos podem subsidiar o desenvolvimento de melhores estratégias de identificação e seleção de profissionais para a ABS, assim como de estratégias de gestão mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde, favorecendo uma melhor prestação de assistência aos usuários.

## 8. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Böing, E. & Crepaldi, M. A. (2010). O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras1. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(3), 634-649.
- Böing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2009). A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(4), 828-845.
- BRASIL. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011.
- Campos, G. W. D. S., Minayo, M. C. D. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. D. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In *Saúde em debate* (Vol. 170, pp. 53-92). Hucitec; Fiocruz.
- Carvalho, A. T., Almeida, E. R., & Jaime, P. C. (2014). Condicionais em saúde do programa Bolsa Família–Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1370-1382.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (CFP) (2010). Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde, 76.
- Dias, F. X., & Silva, L. C. A. D. (2016). Perceptions of Other Professionals about the Work of Psychologists in Health Basic Units. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 534-545.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M.D.B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.
- Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2).
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Fragelli, T. B. O., & Shimizu, H. E. (2015). Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de APS*, 17(3).

- Freitas, J. L. (2016). A Noção de Estrutura na Gestaltpsychologie e na Epistemologia Genética: Usos e implicações para a psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 443-449.
- Gabardo, R. M., Junges, J. R., & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91-97.
- Goldani, A.M. (1994). As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cad. Pesq.*, n.91, p.7-22.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(25ANOS), 115-122.
- Gorayeb, R., Borges, C. D., & Oliveira, C. M. D. (2012). Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 674-685.
- Goya, A. C. A., Rasesa, E. F. (2007). A Atuação do psicólogo nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde em UberlândiaMG. *Horizonte Científico*. 7.
- IBGE. (2015). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro, 137p., Recuperado em 12 de janeiro, 2016, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Lessa, S. (2012). Abaixo a família monogâmica. *São Paulo: Instituto Lukács*, 112.
- Levi-Strauss, C. (1956). La Familia. En: Levi-Strauss, C.; Spiro, M. E. & Gouch, K. *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama, 1956.
- Lévi-Strauss, C. (2011). *Estruturas elementares do parentesco (1982)*. Mariano Ferreira (trad.). 6ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Mantovani, M. D. F., Mazza, V. D. A., Moreira, R. C., Silva, D. I. D., Jesus, J. K. F. D., & Oliveira, V. B. C. A. D. (2014). Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 22(6), 846-850.
- Marina, F., Werba, A. A., & Pichelli, S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173.
- Martins, M. M., Fernandes, S. & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-690.
- Marquesa, J. B. (2014). Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(2), 246.

- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Yarid, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 965-972.
- Oliveira Borba, L., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449.
- Oliveira Júnior, I. B., de Moraes, D. A. F., & Coimbra, R. M. (2015). Família “margarina”: as estereotípias de famílias na indústria cultural e a des/re/construção de conceitos docentes. *Revista HISTEDBR On-line*, 15(64).
- Paulo, B. M. (2006). Novas configurações familiares e seus vínculos sócio-afetivos. (Dissertação, Mestrado). Departamento de Psicologia – PUC. *Rio de Janeiro*.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M. D., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare enferm*, 14(4), 760-3.
- Pereira, A., Cristina, R., Uribe Rivera, F. J., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45).
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 18(3), 507-519.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad. saúde pública*, 31(4), 874-884.
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Rocha, K. B., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 170-185.
- Roudinesco, E. (2003). (Org.) *A Fam'lia em Desordem*. Zahar.
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3).
- Santos, V. A., de Paula, C., Crispim, F., Bordoni, J. P., Soares, R., Silva, R. S., ... & Outeiro, L. (2015). O papel do psicólogo no CRAS com a criança e sua família em situação de vulnerabilidade. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, (1).

- Saraiva, L. F. O., Rezende, J. C. O., Reis, J. V. S., Inácio, M. D., & Schucman, L. V. (2015). A "nova classe média": repercussões psicossociais em famílias brasileiras. *Psicologia USP*, 26(1), 52-61. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140008>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis*, 17(1), 29-41.
- Silva Meireles, F., & Teixeira, S. M. (2014). As diversas faces da família contemporânea: conceitos e novas configurações. *Econômico*, 16(31), 38.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1).
- Sobrosa, G. M. R., Zappe, J. G., Patias, N. D., Fiorin, P. C., & Dias, A. C. G. (2014). O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 4-9.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (2012). Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4).
- Souza, L. M., de Moraes, E. P., & Barth, Q. C. M. (2006). Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 901-906.
- Spink, M. J. et al. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Casa do Psicólogo, p. 53-79.
- Tavares, M. D. F. L., Mendonça, M. H. M. D., & Rocha, R. M. D. (2009). Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. saúde pública*, 25(5), 1054-1062.
- Wendt, C. J. K., Aires, M., Paz, A. A., Fengler, F. L., & Paskulin, L. M. G. (2015). Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no sul do Brasil. *Revista brasileira de enfermagem. Brasília*. Vol. 68, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 406-413.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo A (Estudo 1) - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

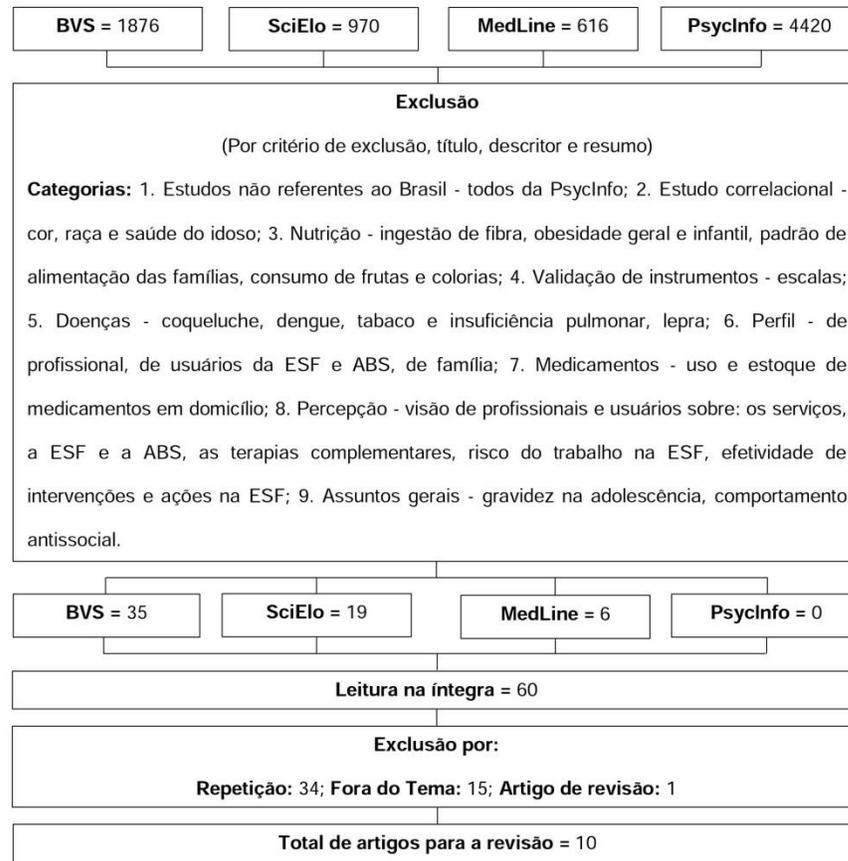


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

## 9.2. Anexo 1 (Estudo 2) – Roteiro de entrevista.

### Roteiro de Entrevista.

#### Pergunta disparadora.

Considerando que você é um(a) profissional da psicologia e que trabalha de forma direta ou não com a Atenção Básica em Saúde (ABS), fale um pouco sobre como é a sua atuação com as famílias nessa área no município de Uberaba/MG.

#### Perguntas norteadoras.

- a) Qual o âmbito de sua atuação com famílias (se faz visitas domiciliares; se atua apenas com as famílias que chegam até a UBS ou na UMS)?;
- b) Relate um pouco como é a sua atuação na ABS (se desenvolve trabalhos junto à equipe da ESF, se segue algum protocolo; é uma atuação direta, é indireta)?;
- c) Você que atua na ABS, qual a concepção de família você percebe que prevalece na ABS?
- d) Como você atua com as famílias em seu trabalho (se é em equipe ou individualizado)? O que, em geral, é trabalhado?;
- e) Dentro das possibilidades que tem de atuação, como você avalia sua própria atuação com as famílias? O que você aponta de positivo e o que poderia ser melhorado? E como poderia haver essa melhora?;
- f) O que você tem a propor como possibilidade de atuação dos psicólogos junto às famílias na ABS? O que poderia ser inserido como inovador/como novo nessa área?;

g) Fale um pouco sobre sua formação, durante e após a graduação, para atuar na ABS.

Caso tenha sido preparado(a) para atuar nessa área, relate um pouco como se deu essa formação.