

**FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO**

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR NO CONTEXTO DO  
ENVELHECIMENTO SOB A PERSPECTIVA SISTÊMICA**

**Juliana Amorim Moreira**

**Orientadora Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi**

**2015**

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR NO CONTEXTO DO  
ENVELHECIMENTO SOB A PERSPECTIVA SISTÊMICA**

**Trabalho apresentado ao Familiare  
Instituto Sistêmico como requisito parcial  
para a conclusão do Curso de  
Especialização em Terapia Relacional  
Sistêmica.**

**JULIANA AMORIM MOREIRA**

**Profa. Dra. MARIA APARECIDA CREPALDI**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, quem me deu a base e assim me ajudou a fazer escolhas, as quais me conduziram até aqui. Em especial à minha mãe, muito cuidadosa, me mostrou com seu trabalho a dedicação aos idosos.

Ao meu noivo, pela compreensão em tantos momentos de renúncias, pelo incentivo para seguir com meus projetos profissionais e pelo companheirismo de tantos anos nesta trajetória ao meu lado.

Ao Familiare Instituto Sistêmico, por representar uma “grande mãe”, referência por acolher em diferentes demandas – teórica, prática e social – dando inúmeras ferramentas para formação profissional e pessoal.

Aos meus colegas do Familiare, destaco as duas turmas as quais integrei nesta formação, a T11 e, em especial, a T12, agradeço pelo companheirismo, apoio mútuo, carinho, amizade e risadas, pessoas que ficarão eternizadas como algumas das melhores lembranças sistêmicas.

Aos meus grandes mestres, que me mostraram aonde eu queria chegar e quais os caminhos desta jornada, agradeço pelas aulas, psicoterapia, supervisões, orientações e belos exemplos, contribuindo para quem sou hoje e fomentando quem ainda quero ser!

Muito obrigada!

## RESUMO

O aumento do número de pessoas idosas na população brasileira é expressivo e demandando a criação e expansão de serviços em saúde que contemplem as condições de saúde deste momento do ciclo de vida. O tema tratado neste trabalho é o atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento sob o olhar da perspectiva sistêmica. Tem como objetivo descrever o processo de atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento sob a perspectiva sistêmica. Para tanto, foi feita uma descrição do Programa de atendimento domiciliar de um plano de saúde, do qual a psicóloga autora integra como membro da equipe interdisciplinar. Será apresentado o processo de atendimento psicológico, que envolve o encaminhamento para a psicoterapia, a construção da demanda e identificação dos personagens envolvidos na terapia. Dentre os envolvidos no atendimento psicológico no contexto do envelhecimento, destaca-se o paciente e aqueles presentes nos cuidados, como os familiares e cuidadores-domésticos, cada qual com demandas específicas. Elementos do ambiente domiciliar também integram o atendimento psicológico, discutidos nas suas especificidades e significados para os sujeitos da terapia. Este trabalho buscou contribuir com reflexões desta modalidade recente de atuação da psicologia, com referência ao pensamento sistêmico como uma ferramenta possível de ser adotada, diante da instabilidade e complexidade da atuação na esfera domiciliar. Desafios quanto ao *setting* e ética do profissional podem ser melhor desenvolvidos, adequando a tal modelo de assistência. Dado o envelhecimento populacional, percebe-se como necessário o incentivo e expansão deste tipo de serviço, ampliando o acesso a serviços de saúde ao idoso, alargando, inclusive, as possibilidades de intervenção do psicólogo.

Palavras-chave: programa de atendimento domiciliar, velhice, teoria sistêmica.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. O PROCESSO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR.....	9
2.1 Características gerais do programa de atendimento domiciliar .....	9
2.2 Processo de atendimento psicológico domiciliar .....	14
2.3 Os personagens do processo terapêutico .....	18
2.4 Elementos do ambiente de trabalho .....	22
2.5 Planejamento de alta .....	24
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
5. ANEXO I .....	30

## 1. INTRODUÇÃO

Os registros a respeito dos cuidados de saúde na esfera domiciliar remontam de um período ainda anterior a Cristo, quando o ambiente familiar era visto como favorável para êxito no tratamento de enfermidades. No Brasil, o primeiro sistema de assistência domiciliar oficial é datado de 1967. Nesta época, devido à escassez de leitos hospitalares, muitos pacientes crônicos mantiveram seus tratamentos sob assistência domiciliar (AMARAL, CUNHA, LABRONICI, OLIVEIRA & GABBAI, 2001; TAVOLARI, FERNANDES & MEDINA, 2000).

Com o passar do tempo, a assistência domiciliar foi ficando complexa, abrangendo ações de visitas, atendimentos e internações domiciliares. Em sua revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento do *Home Care Health* no Brasil, Tavolari, Fernandes & Medina (2000) definem atendimento domiciliar como aquele semelhante ao ocorrido em consultório, de baixa e média complexidade, podendo ou não ser multiprofissional. Esta prática profissional pode ser preventiva ou terapêutica, para promoção de saúde e evitando agravos no estado de saúde.

No Brasil, o atendimento domiciliar foi estabelecido pela Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde. Esta preconiza a atenção domiciliar como básica para o atendimento da população adstrita no território de ação dos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A Política Nacional de Humanização, uma política transversal do sistema de saúde brasileiro (SUS), estabelece como algumas de suas diretrizes: Acolhimento, uma atitude ética de compromisso e vínculo com o outro, considerando-o em sua totalidade, dentro de seu espaço e modo de vida; Clínica Ampliada, que permite a superação da visão fragmentada, ao buscar a intersetorialidade para ajudar a solucionar problemas, compreendendo a pessoa de modo ampliado – física, psicológica e socialmente – em construção conjunta dos objetivos de saúde sob o ponto de vista do profissional e da pessoa; e Ambiência, ou seja, a construção de espaços acolhedores e saudáveis, com respeito à privacidade e ao desenvolvimento dos sujeitos neste espaço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; 2013a).

A residência dos usuários pode ser considerada um contexto importante de desenvolvimento psicossocial. Bronfenbrenner (1996) através da compreensão bioecológica do desenvolvimento humano analisa o ambiente de desenvolvimento como

um sistema de nichos ecológicos, desde esferas mais imediatas de interação, até as mais distantes, como as crenças e a cultura. Um ambiente é um local para realização de uma atividade, exercício de um papel e construção de interação interpessoal (BRONFENBRENNER, 1996). A casa pode ser considerada um microssistema, um espaço nuclear para interação recíproca, sendo produto daqueles que ali residem, e o lar recursivamente também participa do processo de construção dos sujeitos. Vale ressaltar que “igual importância é atribuída às conexões entre as pessoas presentes no ambiente, à natureza desses vínculos e à sua influência direta e indireta sobre a pessoa em desenvolvimento” (HADDAD, p 36-37, 1997).

Grande parte do público beneficiado com o atendimento ocorrido em ambiente domiciliar é idoso, fato associado geralmente à redução da mobilidade e outras alterações funcionais inerentes ao envelhecimento natural, que acarretam “maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes” (SILVIA, GALERA & MORENO, p. 398, 2007), além da inevitável proximidade da morte. Alguns estudos (FABRÍCIO, WEHBE, NASSUR & ANDRADE, 2004; FLORIANI & SCHRAMM, 2004; ZEM-MASCARENHAS & BARROS, 2009) apontam a maior satisfação no tratamento quando há a possibilidade de cuidados na esfera doméstica, visto que permite maior conforto para aquele que adoce, maior proximidade e envolvimento da família, oportuniza ao enfermo preservar algumas atividades da sua rotina, estendendo os benefícios também para quem cuida.

A velhice reserva momentos específicos do desenvolvimento, com mudanças físicas, psicossociais, econômicas e funcionais, ganhando ênfase como uma etapa concisa do ciclo de vida, com aumento dos desafios para garantir longevidade e qualidade de vida. Para tanto, a Associação Americana de Psicologia (APA) criou em 2004, orientações que consideram especificidades deste momento do ciclo vital, dirigidas para atuação prática do psicólogo, elencadas em seis domínios (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2004; FERREIRA-ALVES, 2010) (Anexo I, p. 30): a) Atitudes: sugere-se ao profissional estar atento às suas atitudes e crenças sobre o envelhecimento; b) Conhecimento geral sobre o desenvolvimento do adulto, envelhecimento e pessoas idosas: estimula os profissionais a conhecerem as dinâmicas psicológicas e sociais do envelhecimento, os fatores que influenciam na vivência desta etapa do ciclo de vida, incluindo aspectos biológicos e de saúde; c) Assuntos clínicos:

indica aos psicólogos buscarem conhecimento sobre psicopatologia e mudanças cognitivas dos idosos; d) Avaliação: orienta a capacitação teórica, investigativa e prática dos métodos adequados de avaliação, assim como sua interpretação; e) Intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços: ressalta a importância de conhecer diferentes modelos de intervenção psicoterapêuticas com pessoas idosas e suas famílias, fornecer serviços de prevenção e promoção de saúde, inclusive em interface com equipes interdisciplinares; e f) Formação ou Educação do próprio profissional: orienta o psicólogo a estar em formação e supervisão continuada.

Embora estas propostas da APA delimitem o envelhecimento como uma etapa do ciclo vital com necessidades específicas para a psicologia clínica abarcar, o construcionismo social, uma abordagem com emergente destaque na psicologia pós-moderna problematiza a ideia de um curso provável do desenvolvimento humano, pautando-se nos pressupostos da realidade como construída socialmente, e provocando, conseqüentemente, a singularidade do funcionamento psicológico ao longo da trajetória vital (HOFFMAN, 1998). Assim, sob essa abordagem teórica, cabe ao olhar do terapeuta um “despir-se” de suas ideias pré-concebidas, em busca da compreensão única daquilo que seu cliente experencia.

Sabe-se que para aquele que envelhece, assistir às suas perdas coloca-o em contato constante com o luto. Viorst (1986) reforça o momento da velhice como aquele vivido com um peso de profundas perdas “da saúde, das pessoas que amamos, de um lar que foi nosso refúgio e nosso orgulho, de um lugar na comunidade familiar, de trabalho, status, propósito e segurança financeira, do controle e das escolhas” (VIORST, p. 292, 1986).

Carter & McGoldrick (1995) apontam, como consequência do envelhecimento, o abalo emocional vivido no sistema familiar pela condição de dependência do idoso, com aumento de responsabilidades por parte daqueles mais saudáveis, necessidade de reorganização de tarefas e medo da morte. Respostas emocionais geralmente vistas em tais famílias são o aumento do estresse, ansiedade, episódios depressivos e, em alguns casos, o surgimento de conflitos (CARTER & MCGOLDRICK, 1995). Portanto, a família vê-se diante da necessidade de adaptação, aceitação, flexibilidade e



permeabilidade de suas fronteiras, inclusive caso haja a necessidade de entrada de um profissional cuidador.

Para melhor compreender o contexto do envelhecimento, a intervenção psicoterapêutica deve abarcar a singularidade da dinâmica psicológica e social do envelhecimento, considerando o arranjo familiar, as condições de moradia, contexto socioeconômico, condições de saúde, sob o enfoque interdisciplinar. Considerando o que fora exposto, a partir da vivência como psicóloga de uma equipe de atendimento domiciliar, este trabalho tem como objetivo descrever o processo de atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento sob a perspectiva sistêmica.

## **2. O PROCESSO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR**

Para consecução do objetivo, procedeu-se uma descrição do trabalho que é realizado em um Programa de Atendimento Domiciliar que inclui o trabalho do psicólogo. Para tanto, descreveu-se as características gerais do programa de atendimento e como se dá o processo de atendimento psicológico realizado. Considerando esta organização, serão relacionados, também, os personagens do processo terapêutico, os elementos do trabalho realizado e o planejamento para alta. A descrição dos itens será acompanhada por afirmações de autores que auxiliaram na discussão de cada tema. Para finalizar, serão assinaladas as considerações finais do trabalho.

A seguir serão apresentados cada um desses pontos.

### **2.1 Características gerais do programa de atendimento domiciliar**

O serviço de atendimento domiciliar descrito no presente trabalho refere-se ao Programa de Gerenciamento de Casos - PGC, oferecido por um plano de saúde de abrangência nacional, com atuação em uma cidade de Santa Catarina, no qual a área da Psicologia integra a atuação de uma equipe interdisciplinar. Os atendimentos desta equipe ocorrem exclusivamente em domicílio, com foco nos pacientes com doenças específicas e/ou condição de dependência, que limitam, assim, o deslocamento em busca de serviços na rede de saúde.

Com base nas Regulamentações ao Prestador 2007, 2009 e 2015, serão descritas abaixo as regulamentações do Programa.

As ações têm caráter assistencial e preventivo, considerando o paciente em sua totalidade e têm como objetivos:

- a) educação em saúde e orientação de cuidados;
- b) incentivo à autonomia;
- c) reabilitação funcional;
- d) ações de vigilância e assistência para diminuir a instalação de enfermidades, prevenindo complicações e reduzindo o número e tempo de internações hospitalares;
- e) acompanhamento do tratamento e evolução do quadro clínico, interagindo com família e/ou cuidador.

O Programa de acompanhamento tem a proposta de agir “sobre os aspectos físicos e psicológicos da dor, com a finalidade de proporcionar melhor adaptação às condições biopsicossociais geradas pela doença e/ou intercorrência, e de contribuir para a reinserção do beneficiário<sup>1</sup> no meio familiar e social” (Manual do Prestador, 2009).

São pacientes elegíveis ao programa de atendimento domiciliar do plano de saúde aqueles que apresentam uma ou mais das seguintes condições:

- a) beneficiários em tratamento de câncer, com doenças crônicas, degenerativas e graves, sem deambulação, com alto índice de utilização dos serviços de saúde ou reinternações frequentes, exceto doentes psiquiátricos, etilistas e drogadictos;
- b) beneficiários com alguma deficiência, que apresentaram doença ou seqüela de agravos, foram tratados, mas sofreram lesão permanente, com incapacidade, tais como: tetraplégicos, paraplégicos, seqüela de Acidente Vascular Cerebral e amputados;

---

<sup>1</sup> O termo “beneficiário” será utilizado em referência exclusiva ao paciente que foi admitido no Programa de Gerenciamento de Casos, ainda que, pela compreensão do plano de saúde, a expressão refere-se a todos os participantes titulares, dependentes e pensionistas assistidos pelo convênio.

c) beneficiários que apresentaram alguma doença ou sequela de agravos, ou realizaram cirurgia de grande porte, foram tratados e adquiriram estabilidade clínica, mas sofreram complicações que provocaram longa recuperação;

d) beneficiários terminais, fora de possibilidades terapêuticas, quando não há mais chances de se evitar o óbito, mas que necessitam de cuidados gerais e alívio dos sintomas, tais como: pulmonares crônicos, renais crônicos e que vivem com Aids, desde que o próprio beneficiário e/ou a família aceite a desospitalização (Manual do Prestador, 2009).

Com tais critérios de elegibilidade, a grande maioria dos pacientes atendidos é idosa, sendo baixa a procura por pacientes adultos que tenham alguma deficiência congênita ou adquirida. Para admissão do paciente no Programa, após a verificação dos critérios supracitados é realizada visita domiciliar pela equipe gerenciadora de casos (médico e enfermeiro), momento em que se faz a avaliação clínico-admissional, com análise detalhada da demanda por meio do protocolo clínico assistencial. É feita anamnese e exame do prontuário médico, com reconhecimento do diagnóstico já estabelecido, identificando-se as especificidades do caso. Para cada paciente é eleito um responsável, que pode ser familiar, cuidador ou membro da equipe de cuidadores de casa de repouso.

A admissão no programa é concluída com elaboração do plano de cuidados, prescrevendo-se quais áreas de terapias, realizada pela equipe complementar, e com qual frequência o paciente necessita. Portanto, é função do médico e enfermeiro identificar a demanda daquele paciente, cuidadores e/ou familiares que justifique a psicoterapia, sendo que alguns casos a solicitação para inclusão deste tipo de terapia parte da família.

Dentre as atribuições do médico e enfermeiro gerenciadores de casos, estão: atuar como clínico geral e avaliar, quando necessário, encaminhando o beneficiário à rede de serviços especializados; e avaliar e coordenar o desempenho dos membros da equipe complementar.

A equipe complementar de prestadores de serviços é formada por técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e

nutricionista. A frequência de visitas dos profissionais varia de acordo com a necessidade de cada caso. Segue abaixo Tabela 1 referente ao número de sessões por mês realizadas por especialidade.

Tabela 1: Número de sessões por especialidade

<b>Área</b>	<b>Quantidade sessões/mês</b>
Médico	1
Enfermeiro	1
Técnico de Enfermagem	Até 22
Nutricionista	Até 2
Psicoterapia	Até 5
Fonoaudiologia	Até 15
Terapia Ocupacional	Até 8
Fisioterapia	Até 15

São atribuições gerais dos profissionais que atuam como Técnico de Enfermagem, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta:

- a) realizar planejamento, implementação, controle e execução de ações básicas de saúde, dentro de cada área;
- b) executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, no nível de sua competência;
- c) prescrever e orientar autocuidado, supervisionando o paciente, familiar ou cuidador;
- d) promover suporte e apoio psicológico ao beneficiário, familiares e cuidadores.

Considerar a assistência em saúde do idoso de modo interdisciplinar, conforme sugerem as premissas do referido Programa de atendimento domiciliar, vai ao encontro da orientação de número 18 feita pela APA (2004), que reconhece “a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referências a outras disciplinas ou a trabalhar com elas em equipes colaborativas” (FERREIRA-ALVES, p.18, 2010).

Oferecer uma atenção ao idoso de modo interprofissional é priorizar um olhar sistêmico sobre o sujeito, garantindo que ele seja compreendido nas suas especificidades.

Em cada visita, o profissional realiza breve relato descritivo na ficha de evolução, constando a conduta, estado geral de saúde de paciente, prescrições feitas e/ou informações necessárias aos demais colegas referente a sua área. Este prontuário é mantido na casa do paciente, a que os profissionais têm fácil acesso, o que permite ter visão geral do quadro de saúde do paciente, com possibilidade de comunicação interdisciplinar.

O Programa de atendimento domiciliar oferece três níveis de assistência, conforme avaliação de protocolo médico, de acordo com a gravidade do caso:

- a) Nível I – Monitoramento Contínuo: ocorre atendimento por quatro ou mais áreas de terapias complementares (técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista), médico e enfermeiro gerenciador de casos.
- b) Nível II – Monitoramento Continuado: considera-se que o paciente já atingiu certo grau de estabilidade, porém ainda necessita de até três terapias complementares, além de médico e enfermeiro.
- c) Nível III – Manutenção: o paciente precisa apenas da visita de médico e enfermeiro.

Com frequência bimestral ocorrem reuniões da equipe complementar de terapeutas, enfermeiro e médico gerenciador, e enfermeiros auditores que trabalham na Unidade Central do plano de saúde, para alinhamento da conduta e discussão da evolução de cada beneficiário. Tais encontros, além de estreitar os laços de união da equipe, colaboram para garantir convergência nas ações e abrem espaço para diálogo sobre situações envolvendo os atendimentos e possíveis dificuldades que os profissionais vivenciam.

Compete apenas ao médico a efetivação da alta, sob o ponto de vista administrativo, ocorrendo após avaliação conjunta da equipe complementar, médico e enfermeiro, com a devida consideração da conduta e percepção de cada profissional sobre o estado de saúde do paciente na sua área de atuação. A alta pode ocorrer por melhora/estabilidade clínica; piora e necessidade de hospitalização; indisciplina, ou

seja, não cumprimento das normas previstas; mudança de domicílio; evasão; óbito ou a pedido. Após a alta deste programa, o paciente pode migrar para outros programas de atendimento dentro do convênio, com menor nível de complexidade.

Geralmente a alta do programa é precedida por um período de um mês de “preparação para alta”, que envolve a comunicação ao paciente e ao responsável, e o planejamento terapêutico por parte da equipe de terapeutas, visando a melhor condução do caso até o encerramento das visitas.

## **2.2 Processo de atendimento psicológico domiciliar**

No presente trabalho serão apresentados aspectos do atendimento psicológico com foco nos atendimentos ocorridos exclusivamente em domicílio, desconsiderando aqui as experiências tidas com pacientes residentes em casas de repouso.

Conforme descrito pela regulamentação do Programa, são atribuições do psicólogo realizar avaliação e diagnóstico psicológico, visando prevenção e tratamento de questões emocionais; realizar atendimento psicológico individual e/ou familiar; preparar o paciente para hospitalização; e trabalhar em situação de agravamento físico e emocional, inclusive na terminalidade, mediando decisões em relação à conduta da equipe.

A atuação do psicólogo dentro da equipe tem como especificidades oferecer apoio psicológico a pacientes, familiares e/ou cuidadores, auxiliando no enfrentamento do processo de perdas relativas ao envelhecimento e condições adversas de saúde, assim como auxiliar na reorganização da dinâmica familiar frente às novas demandas de cuidado.

De acordo com a regulamentação institucional, o encaminhamento para psicoterapia é feito geralmente a partir da avaliação admissional do médico e enfermeiro, sendo raros os casos em que o pedido parte do paciente e/ou família. Todavia, Tilmans-Ostyn (2000) reitera que, quando a busca pela terapia parte de um encaminhamento (neste caso, do médico), este não configura, por si só, como uma demanda para atendimento psicológico. Para tanto, é importante investigar e, sobretudo, construir, no início do processo terapêutico, junto dos personagens envolvidos, a demanda para o atendimento psicológico.

O atendimento psicológico domiciliar tem início com breve apresentação descritiva do caso por parte do médico e/ou enfermeiro após visita admissional, quando é repassada a demanda psicológica identificada. O contato inicia-se com ligação telefônica para agendamento da primeira visita, quando solicita-se presença de um ou mais familiares e/ou cuidador, além do beneficiário, para compreensão das condições de saúde e recursos - emocionais e cognitivos - do paciente. Esta conduta parte das diretrizes propostas por Tom Andersen, que considera fundamental para o terapeuta, ao entrar em um sistema paralisado<sup>2</sup>, possibilitar um encontro com as pessoas consideradas importantes envolvidas no “problema”, para assim ter uma conversa significativa (ANDERSEN, 2002).

O primeiro encontro representa um amplo “cartão de visitas” do caso. Questões como o bairro; a residência – a disposição dos cômodos, os objetos decorativos, as cores, a organização; o número de pessoas presentes e como se relacionam entre si; o cômodo onde o paciente, o cuidador e/ou familiar escolhem para ocorrer a conversa, já comunicam características fundamentais a serem consideradas, que permeiam todo o processo de atendimento e que podem representar recursos/ferramentas terapêuticas. Mostram-se como indícios de quais são as dinâmicas psicológicas e sociais relativas ao envelhecimento, quais fatores se constituem dentro da esfera sociocultural, considerando também as condições de moradia, e como tais fatores se expressam na saúde do idoso e da família, tendo como referência alguns dos critérios sugeridos pela APA para serem considerados na prática do psicólogo com pacientes idosos (APA, 2004).

A aproximação de um paciente e o modo como realizar a escuta decorre de um acolhimento e interesse genuínos. De modo semelhante, a APA considera fundamental reconhecer a diversidade da experiência que é envelhecer:

“Os psicólogos esforçam-se por compreender a diversidade no processo de envelhecimento, particularmente como os fatores socioculturais, o gênero, a etnia, o estatuto socioeconômico, a orientação sexual, o estatuto de incapacidade, a residência urbana/rural podem influenciar a experiência e a expressão de saúde e os problemas psicológicos da população idosa” (FERREIRA-ALVES, p. 11, 2010).

---

<sup>2</sup> Sistemas paralisados, segundo Andersen (2002), são sistemas familiares imobilizados com uma percepção enrijecida da realidade e do modo como descrevem o problema.

Neste primeiro contato também é possível identificar quais sujeitos serão colaborativos na construção do atendimento psicológico. O atendimento psicológico ocorre geralmente com familiares e profissionais envolvidos no cuidado do paciente, além dele, diferente de outras terapias do Programa, nas quais o terapeuta atende exclusivamente o paciente e realiza breve contato com a família e/ou cuidadores domésticos. Assim, desde o início, faz-se necessário colocar questões éticas da atuação do psicólogo, como o papel de escuta, porém, resguardada pelo sigilo.

Nesta primeira visita, prioriza-se conhecer o beneficiário com a presença de familiar e/ou cuidador e em conjunto resgatar o histórico médico, com a seguinte pergunta condutora: quais motivos fazem com que o paciente seja atendido pelo Programa? Esta conduta é adotada considerando o contexto de saúde adverso como imperativo, inicialmente, sobre o modo como as relações vem se estabelecendo no sistema familiar. Porém, relatos alternativos vão emergindo de modo dinâmico nas temáticas dos atendimentos.

Com o princípio de estimular a independência e apropriação da sua história, enfatiza-se a escuta ao discurso do beneficiário, quando o mesmo mostra-se apto, partindo para o relato dos familiares ou cuidadores disponíveis como alternativas para tal relato.

É conversado sobre o papel do psicólogo dentro do Programa, a frequência semanal de visitas, tempo de sessão de aproximadamente 40min-50min e a construção gradativa do atendimento de acordo com a demanda, de modo a não delimitar o beneficiário como único sujeito da terapia. Considera-se, assim, a possibilidade ao longo do processo, de sessões de terapia familiar, assim como a disponibilidade do psicólogo acolher individualmente aqueles envolvidos nos cuidados do paciente.

O *setting* do atendimento psicológico domiciliar é algo que merece destaque, diante de particularidades do atendimento psicológico que cabem ser consideradas quando transposto para a esfera domiciliar. Zimerman (1999) define *setting* como o conjunto de procedimentos fundamentais para organizar e normatizar o processo terapêutico a serem estabelecidos num primeiro contato, como as regras quanto ao local, horário e frequência dos atendimentos, e limites desta conversação e dos papéis que competem a cada membro desta relação. Tal autor aborda o *setting* com o rigor



necessário para abarcar as especificidades do processo analítico, abordagem diferente daquela utilizada neste trabalho. Porém, cabe aqui citá-lo, pela relevância e abrangência do constructo, embora no atendimento domiciliar faz-se necessário implementar com adaptações (MOREIRA & ESTEVES, 2012; ZIMERMAN, 1999).

A postura do terapeuta requer bastante clareza quanto ao posicionamento ético e definições do *setting* terapêutico, já que o ambiente domiciliar caracteriza-se como um contexto em que ocorrem muitas interferências no atendimento. Tal contexto requer do terapeuta flexibilidade, lidando constantemente com a imprevisibilidade, de tempo e/ou sujeitos disponíveis para atendimento, pelas interferências externas (telefone, interfone, campainha, chegada de terceiros) e particularidades do quadro de saúde do paciente (horário da medicação, necessidade alimentar, dentre outras necessidades fisiológicas).

Entretanto, considerando tal flexibilidade, é fundamental que haja o cumprimento de princípios ajustados ao *setting* domiciliar para tornar possível a psicoterapia, retomando tais regras quando necessário ao longo do processo. Isto se faz com a garantia de estar em um espaço confortável para o paciente, que ofereça privacidade para poder compartilhar suas emoções e reflexões, reduzindo os riscos de interferência, e com certa estabilidade do tempo e espaço – cômodo da casa - onde é realizada a terapia. Parte dessa estruturação fica sob responsabilidade do terapeuta, com atenção aos detalhes do espaço para dar início ao diálogo, como, por exemplo, ao desligar a televisão, fechar a porta do cômodo ou cuidando para todos os interlocutores serem vistos em uma roda de conversa.

Deste modo, parece pertinente ampliar o modelo de *setting* dentro do atendimento domiciliar para o conceito de ambiência, preconizado pelo SUS, com o respeito à privacidade, acolhimento das necessidades para garantia da qualidade do desenvolvimento físico e emocional dos sujeitos atendidos naquele espaço, compreendendo e valorizando, assim, o momento da terapia com potencial transformador para os sujeitos envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Geralmente, se o beneficiário demonstra condições de estabelecer alguma forma de comunicação, sugere-se que a segunda sessão ocorra individualmente com ele. A partir da segunda visita, o atendimento psicológico vai sendo construído de modo

singular e imprevisível, ao encontro da demanda e oportunidades de diálogo de cada caso, postura adotada na terapia sistêmica pós-moderna:

“Um terapeuta com esta visão vai esperar que uma narrativa nova e preferencialmente mais útil emergja durante a conversação, mas vai conceber esta narrativa como espontânea, ao invés de planejada. A conversação, e não o terapeuta, é o seu autor” (HOFFMAN, p. 26, 1998).

Cabe ao terapeuta estar atento às aberturas de diálogo que o sistema terapêutico mostra, seja com uma palavra investida de forte significado, uma ideia, um tema ou um comportamento. Esta demonstra como determinada família, com suas crenças e valores, organiza seu padrão de pensamentos e a combinação de significados coletivamente construídos. “Prefiro considerar essas aberturas como convites para o prosseguimento do diálogo. Uma dessas aberturas torna-se a base para a próxima pergunta” (ANDERSEN, p. 77, 2002), e assim o diálogo terapêutico vai sendo delineado de modo imprevisível.

Parte-se, assim, da instabilidade, um dos pressupostos do novo paradigma da ciência, onde está o pensamento sistêmico, que traz a compreensão de *um mundo em processo de tornar-se*, quando a partir daquilo que é novo, diferente, que um sistema encontra múltiplas soluções possíveis, em um processo de auto-organização. Longe do equilíbrio, a doença pode representar um abalo no sistema familiar, um ponto de bifurcação, que faz surgir uma nova forma de funcionamento, tornando paciente, família e terapeuta, de modo colaborativo, co-autores dos novos caminhos desbravados no processo terapêutico (VASCONCELLOS, 2002)

A maioria dos casos conduzidos com sucesso na intervenção contou com a participação de mais sujeitos, além do beneficiário – cônjuges, filhos, netos, noras, genros, cuidadores, domésticas, ou seja, pessoas da rede social significativa do beneficiário.

### **2.3 Os personagens do processo terapêutico**

É possível agrupar três categorias de personagens do atendimento psicológico em tal contexto domiciliar: o beneficiário, a família, e o cuidador doméstico. Com diferentes arranjos, ou com foco isolado, faz-se apenas uma divisão didática para melhor explicitar características das demandas de tais personagens, sendo, acima de tudo, compreendido o caso na sua totalidade.

O beneficiário geralmente encontra-se fragilizado física e emocionalmente por seu quadro geral de saúde, condição que o coloca em dependência total ou parcial para realização das atividades de vida diária. Assim, algumas demandas emocionais identificadas no processo da admissão do paciente no Programa são quadro depressivo e dificuldade para aceitar limitações do estado de saúde, características relatadas também por Carter & McGoldrick (1995), em sua obra sobre as mudanças do ciclo de vida familiar, quando referem que os medos e preocupações com a condição de saúde do idoso amplificam as perdas físicas emocionais da idade, podendo o envelhecimento estar associados a quadros depressivos, de ansiedade, desamparo e medo de perder o controle.

A intervenção com o beneficiário está pautada no apoio psicológico, com resgate das estratégias de enfrentamento utilizadas em outros momentos de adversidade. Faz parte da reflexão sobre o que será o futuro, retomar o que foi o passado, pois este embasa a resposta para uma pergunta hipotética sobre ocorrências futuras. Para tanto, saber dos desejos, fantasias e opiniões sobre o que está por vir abre um caminho novo de possibilidades, com potencial para imaginar novas soluções, fomentando a capacidade de evoluir (ANDERSEN, 2002).

Grande parte das temáticas trazidas pelos pacientes são as perdas abruptas ou gradativas, concretas ou metafóricas, de pessoas ou de funções. Perdas, estas, que vem sendo vivenciadas com a aposentadoria, a perda da vitalidade, da beleza, do raciocínio, da agilidade, dentre outras. Viorst (1986), pesquisadora norte-americana, em seu livro intitulado “Perdas Necessárias”, enfatiza a singularidade do modo de envelhecer, sem “patologizar” ou qualificar em “certo” ou “errado”. Coloca, com base em seus estudos, que alguns envelhecem combatendo contra a redução do seu mundo, mantendo a vida relativamente ativa; outros reduzem um vasto número de atividades, concentrando-se e dedicando-se a um ou dois interesses pessoais; e, por fim, os mais “desligados”, encontram satisfação numa vida contemplativa e de pouca atividade. O acolhimento ao luto vivenciado por estas tantas perdas faz parte essencialmente da conduta terapêutica do psicólogo, que deve oferecer a escuta acolhedora como principal meio de conexão com o sofrimento vivido.

Ao falar das perdas, o paciente com frequência abre a possibilidade de fazer um resgate da sua história. A psicoterapia neste momento de fechamento do ciclo de vida cumpre uma função de “balanço geral”, identificando quais são as possibilidades de modificações práticas, mas principalmente com intuito de novas compreensões e reflexões de uma história. E a grande e mais temida perda a ser vivenciada é a morte, assunto possível de ser abordado mais abertamente no espaço terapêutico, enquanto muitos idosos carecem de espaços com aberturas para diálogo sobre a finitude da vida. Poder falar sobre a morte representa a mais completa apropriação da sua história, do princípio ao fim.

Quando o beneficiário não apresenta mais formas de comunicação consistentes, sendo inviável o atendimento psicológico, o familiar torna-se o principal sujeito da terapia, em sessões individuais. Tal quadro já demonstra um maior grau de acometimento do paciente, de modo que o familiar comumente traz como temática a sobrecarga de seu papel, por ser o principal ou um dos principais cuidadores, ou aquele que gerencia a dinâmica de cuidados. Também compete ao psicólogo participar, junto à família, da reorganização de tarefas e dinâmica de cuidados com as novas demandas de saúde apresentadas pelo paciente, que muitas vezes gera tensão, estresse e conflitos intrafamiliares (CARTER & MCGOLDRICK, 1995). Portanto, esse espaço de escuta faz-se fundamental, como uma possibilidade de valorizar a disponibilidade do familiar-cuidador e acolher os sentimentos que deste papel surgem.

Também é parte do sofrimento emocional do familiar assistir às perdas do paciente, sentidas como se pouco a pouco a pessoa fosse partindo, requerendo mais cuidados paliativos ou de ordem prática, gradativamente com redução da autonomia do idoso pelo agravo da doença. Assim, este espaço da terapia visa incremento de estratégias de enfrentamento para manejo da doença, e acolhimento diante dos lutos que vivencia, não somente relativos ao beneficiário, mas também frente às renúncias que existem no papel de familiar-cuidador.

Algumas sessões de terapia familiar podem ser necessárias para melhor encaminhamento do caso, de acordo com a disponibilidade e interesse daqueles envolvidos nos cuidados, em razão de dificuldades que a família pode apresentar ao longo do processo. São questões passíveis de intervenção familiar quando o beneficiário

apresenta novas demandas de cuidados (por exemplo, início do uso de sonda para alimentação); redefinição de tarefas e papéis, visto que este se torna um momento de inversão dos papéis cuidado-cuidador, quando o filho passa a ser cuidador dos pais, assumindo responsabilidades pelos pais que estão envelhecendo; dificuldades da família com o cuidador-doméstico, ocorrendo, em última instância, transferência do beneficiário para uma casa de repouso; dentre outras questões.

O modo como é conduzida a conversação terapêutica visa proporcionar um espaço livre e facilitado para a abertura de novas narrativas num encontro familiar. A postura do terapeuta, como refere Anderson e Goolishian (1998), é denominada de “não-saber”, ou seja, uma atitude que transmite curiosidade genuína e abundante, colocando a família como “especialista” do seu caso, sendo o psicólogo um observador-participante, com anseio por uma compreensão da experiência singular ali relatada (ANDERSON & GOOLISHIAN, 1998). A própria família aponta os caminhos já trilhados em outros momentos de abalos, indicando, assim, quais recursos emocionais existem para serem abordados e desenvolvidos.

Nos casos em que a família alterna os cuidados com cuidador doméstico, este também pode estar presente nas sessões de terapia, seja como coadjuvante ou protagonista no processo, ainda que ocorridos com menor frequência. Muitas questões levantadas por tais profissionais referem-se ao relacionamento com os familiares, dinâmica permeada de divergências e hierarquia. Acolher os sentimentos desses profissionais pode garantir maior flexibilidade e tolerância para enfrentar as diferenças com a família, inerentes ao dia a dia de cuidados do paciente.

Temáticas trazidas também pelos cuidadores referem-se ao manejo com o paciente, desafio cotidiano experimentado, independente do cuidador ter frequentado cursos de capacitação. Vale ressaltar que alguns dos profissionais envolvidos nos cuidados dos pacientes desempenham, paralelamente, as tarefas domésticas daquele lar, sendo poucos aqueles que exercem dedicação exclusiva aos cuidados do paciente. Porém, para qualquer grau de dedicação, garantir um espaço de escuta empática para o cuidador não-familiar visa fortalecê-lo, dada o esforço e desgaste constante deste papel.

Por fim, destaca-se o “protagonismo” do papel do terapeuta, sob a ótica da construção do vínculo, que faz do psicólogo um personagem ativo para uma relação de

confiança nesta interação. Estabelecer uma aliança terapêutica<sup>3</sup>, conceito inicialmente descrito por Freud (1912-13), atribui ao psicólogo posição estável, de interesse e compreensão empática, é um dos preditores para um bom trabalho terapêutico, colocando terapeuta e paciente em colaboração ativa para o sucesso no tratamento (MARCOLINO & IACOPONI, 2001). Constrói-se, pouco a pouco, pela escuta compreensiva, postura empática, atenção aos sinais não-verbais e ética profissional, fazendo com que o terapeuta ajude o outro a dar significado àquilo que sente, com respeito e validando seu relato (BOSCOLO & BERTRANDO, 2013).

Sobre a atitude acolhedora do terapeuta, ao referir-se a um contexto domiciliar de atendimento, cabe retomar o modelo de acolhimento pautado pelo SUS. “Na AD [atenção domiciliar], o acolhimento como postura da equipe faz mais sentido, afinal, trata-se de um âmbito que percebe a dor e o sofrimento em todas as suas facetas, com o conhecimento do espaço de vida do usuário” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 12, 2013b). Deste modo, o acolhimento no atendimento domiciliar representa estar próximo não somente do outro em sua singularidade, mas *estar com* seu modo e espaço de vida.

Deste modo, independente de quem seja o protagonista do processo terapêutico, o espaço da terapia visa proporcionar uma oportunidade para o desenvolvimento de diferentes narrativas, com vias de construir, de modo colaborativo entre terapeuta, beneficiário, familiar e/ou cuidador doméstico, meios alternativos para a dissolução dos “problemas”. Com os novos entendimentos obtidos e compartilhados no diálogo terapêutico, torna-se possível atribuir qualidade ao processo com a nova capacidade de ação (ANDERSON & GOOLISHIAN, 1998), ampliando as possibilidades de enfrentar este momento adverso relativo à doença e/ou envelhecimento.

## **2.4 Elementos do ambiente de trabalho**

O ambiente domiciliar faz-se bastante favorável pela riqueza de elementos para o trabalho terapêutico. Este é o espaço imediato de desenvolvimento do sujeito, ambiente onde encontram-se marcas de uma história familiar, construídas ao longo de um período de tempo. Com o terapeuta inserido neste contexto, faz-se mais acessível a

---

<sup>3</sup> Aliança terapêutica refere-se ao relacionamento entre paciente e terapeuta com base em uma ligação positiva e colaborativa, essencial para o desenvolvimento do trabalho (MARCOLINO & IACOPONI, 2001).

compreensão do processo de desenvolvimento dos sujeitos envolvidos no atendimento psicológico, pelos livros, quadros, poesias, mobília e fotos representarem algumas das peças de um grande quebra-cabeça que é o universo psicológico acessado ao entrar na casa de uma pessoa e sua família (BRONFENBRENNER, 1996; HADDAD, 1997). Lewis & Butler (1974) citado por Walsh (1995) sugerem a terapia de revisão de vida como um meio de aceitação da vida e da morte e resolução de tarefas, contando com apoio de álbuns de fotografias, genealogias, recortes e reuniões familiares. Revisando as etapas anteriores da vida, com apoio concreto de tais elementos, conflitos e situações que provocam desagrado podem ser reconsiderados sob um ponto de vista favorável ou com a perspectiva de outros familiares.

O modo como tais elementos ganham destaque ao longo do atendimento parte da iniciativa daquele que se faz protagonista no processo, voluntariamente compartilhando reflexões sobre o elemento – mobília, fotografia, anotações ou outros objetos - que considera importante trazer para o cenário da terapia. Dada esta “autorização”, parte do terapeuta explorar o que tal substantivo traduz sobre a experiência desse sujeito e quantos “caminhos” se abrem para serem explorados pelo diálogo terapêutico. Considera-se que

“o sentido e sua compreensão são construídos socialmente pelas pessoas na conversação, no uso da linguagem umas com as outras. Assim sendo, as ações humanas têm lugar em uma realidade de entendimento criada por meio da construção social e do diálogo. Estas realidades narrativas construídas socialmente conferem sentido e organização à experiência individual” (ANDERSON & GOOLISHIAN, p.38, 1998).

Outros elementos podem ser facilmente acessados, como músicas, materiais produzidos por pessoas significativas (quadros, colchas, tapetes, desenhos e outros objetos) ou mesmo paisagens contempladas pela janela. O paciente demonstra a partir de sinais verbais e não-verbais (expressão facial, inclinação do corpo, modo como gesticula) o interesse em aprofundar por esses caminhos. O terapeuta atento a tais sinais integra tal elemento à sessão, com ética, cuidado e respeito ao valor afetivo associado a tal objeto, e acolhimento ao significado construído durante uma vida, fazendo com que torne importante para este sujeito.

Alguns quadros reservam lembranças muito ricas, marcas de um passado próximo ou distante do atual contexto, com pessoas presentes ou que já partiram, ou produzidos por mãos de artistas significativos para aqueles moradores. Algumas

paisagens retratadas retomam casas vividas na infância, cenários cotidianos ou memórias de gerações passadas. É com um olhar sensível que o terapeuta integra esta experiência individual à subjetividade do paciente.

Por fim, destaca-se a função que certos elementos adquirem, com o passar dos anos, visto que tornam-se objetos de valor (quase como “amuletos”) por terem sido produzidos pelo/com o idoso que gradativamente declina na sua capacidade produtiva. Bronfenbrenner (1996) destaca que os eventos desenvolvimentais mais potentes e que exercem maior influência no desenvolvimento de uma pessoa são as atividades realizadas com ela ou em sua presença. Retomando o luto dos familiares que assistem às perdas daquele que envelhece, estar em contato com o lar dessas famílias permite acessar os recursos emocionais que os mesmos adotam ao enfrentar as perdas, estendendo naturalmente o apego para determinados elementos da casa, os quais personificam a identidade daquele idoso próximo à morte.

## **2.5 Planejamento de alta**

A evolução do beneficiário ao longo do programa está diretamente implicada no curso das sessões de terapia, visto que as intervenções da equipe ocorrem de modo convergente e com estreito diálogo sendo, deste modo, o planejamento de alta uma etapa possível de prever e construir em conjunto, implicando, inclusive, os protagonistas dos atendimentos psicológicos.

Retomando as regulamentações do Programa, alguns critérios embasam a alta do beneficiário, ocorrendo principalmente em virtude do quadro de saúde, ou seja, melhora/estabilidade clínica, agravos (evoluindo para hospitalização) ou óbito. De um modo geral, o tempo de acompanhamento psicológico varia entre seis e 18 meses, sem haver limites impostos pelo plano de saúde estipulando período para o Programa vigorar (apenas estipula-se limite de até cinco sessões por mês). Ocorreram casos de atendimento em tempo inferior aos seis meses, por motivo de óbito, e pacientes com quadros de doença crônica e terminalidade, quando o beneficiário e seus familiares/cuidadores-domésticos foram atendidos em tempo superior a 18 meses.

Representa parte da conduta da equipe dar *feedback* de como está a evolução do paciente, quais limites mostram-se intransponíveis e quais os desafios para as próximas



etapas, implicando e envolvendo a todos no curso do tratamento. Sob o enfoque psicológico, contempla uma dentre as principais temáticas recorrentemente abordadas nos atendimentos psicológicos o reconhecimento de como o beneficiário se percebe e/ou como o familiar/cuidador-doméstico identifica aquele que envelhece, considerando os desafios que a condição de saúde impõe.

Considera-se importante destacar que a alta em psicoterapia representa uma decisão reflexiva entre paciente e terapeuta, quando foram alcançados os objetivos dentro daquilo trazido como uma queixa e construído enquanto demanda, abarcando transformações emergentes ao longo do processo (BOSCOLO, 2013; TILMANS-OSTYN, 2000). Adequando para o contexto do Programa de atendimento domiciliar aqui descrito, na maioria dos casos a condição de saúde apontava para um declínio gradativo esperado no curso do envelhecimento, podendo levar a períodos de estabilidade clínica ou a morte, cenário passível de mudanças durante o curso dos atendimentos, por exemplo, com o surgimento de complicações clínicas ou recuperação/evolução positiva. Este contexto dinâmico requer a constante revisão da demanda, com ajustes na conduta terapêutica para incrementar nos protagonistas dos atendimentos estratégias frente aos desafios do presente. A alta, dentro desta perspectiva, passa a ser considerada quando verifica-se e desenvolve-se a capacidade de resiliência<sup>4</sup> daquele núcleo familiar para enfrentar os desafios reservados para esta etapa do ciclo vital.

Avalia-se, assim, o modo evolutivo como as adversidades foram enfrentadas, os ajustes às diversas exigências e quais recursos foram possíveis de serem desenvolvidos e incrementados com o processo de terapia. A promoção da resiliência não evita o aparecimentos de problemas, mas ajuda a desenvolver estratégias de superação que neutralizam o risco, aumentando o bem estar e qualidade de vida dos envolvidos no “problema” (YUNES, 2003). O sofrimento oriundo das perdas, o entusiasmo frente a uma conquista, ou a necessidade de adaptação dada uma nova condição são algumas questões subjetivas que dão indícios do modo como o paciente e seus familiares estão

---

<sup>4</sup> Resiliência é um conceito amplamente estudado em Psicologia, sem uma definição consensual. Adota-se aqui resiliência como uma capacidade humana para enfrentar, sobrepor-se, superar, minimizar, prevenir e ser fortalecido a partir de experiências de adversidade (GROTBERG, 1995 *apud* YUNES, 2003).

adotando as estratégias de enfrentamento frente à evolução do beneficiário dentro do Programa.

É necessário, entretanto, reconhecer a impotência diante de certos sistemas familiares paralisados; condições adversas de saúde, moradia, socioeconômicas e limitações emocionais, não cabendo à atuação do psicólogo dentro do Programa abarcar todas essas demandas. Para tanto, perceber e agir dentro das possibilidades de cada caso resguarda a atuação do profissional, assim como perceber quais limites cada caso oferece.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou contribuir com reflexões sobre a atuação do psicólogo na esfera de atendimento domiciliar, dentro de uma equipe interdisciplinar de atenção em saúde no âmbito privado. Ainda que o trabalho em equipe configure uma interlocução comum ao psicólogo na área da saúde, a expansão da atuação profissional do consultório para a casa dos pacientes mostra-se uma modalidade recente na prática do psicólogo.

Temáticas amplamente discutidas no cenário acadêmico, envolvendo a psicoterapia e a condição de envelhecimento, embasaram neste trabalho a atuação do psicólogo no atendimento domiciliar, com fundamental apoio da terapia relacional sistêmica por considerar o sujeito em seu contexto e ambiente de desenvolvimento, com um diálogo terapêutico passível de ser construído entre diferentes protagonistas, e pensando o sujeito inserido em uma rede de relações, na qual cada membro tem papel fundamental.

Revisões da literatura sobre a busca ativa, conceito utilizado na área da saúde referente às ações que visam assistir ao sujeito em seu território, apontam para a relevância do contato estreito entre os diferentes agentes de saúde e população, de modo a abarcar a singularidade daquele que padece e adequar a oferta de serviços para a demanda dos sujeitos (LEMKE & SILVA, 2010). Nesta nova relação com os pacientes, estes agem como co-autores de suas ações em saúde, conceito colaborativo adotado

também na terapia sistêmica e utilizado nas reflexões aqui citadas embasando a prática do atendimento psicológico domiciliar.

O atendimento psicológico domiciliar reserva um contexto de imprevisibilidade e instabilidade, o que requer do profissional um apoio em novas referências teóricas e metodológicas, as quais contemplem a complexidade do atendimento, principalmente em relação à ética profissional e ampliação do conceito de *setting*. Assim sendo, sugere-se a maior investigação e produção bibliográfica sobre o tema, abarcando os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho.

Dada a complexidade da atuação do psicólogo na esfera domiciliar, algumas ênfases não foram aqui contempladas, como a relação do psicólogo com a equipe de atendimento domiciliar, o atendimento realizado com idosos residentes em casas de repouso e aspectos institucionais pautadas pelo convênio que regulamentam a intervenção. Sugerem-se, assim, futuros estudos que possam contemplar a diversidade de temas relacionados com a velhice, seja por parte daquele que envelhece, ou todo o sistema de cuidados envolvidos.

O atendimento psicológico domiciliar abarca particularidades e desafios ainda a serem melhor explorados, dado estreito contato com o modo de vida das famílias, e desafios oriundos de tamanha aproximação pelo atendimento ocorrer no ambiente do lar. Ainda assim, com o aumento da expectativa de vida, espera-se que este trabalho contribua como incentivo para expansão deste tipo de serviço, ampliando o acesso a serviços de saúde ao idoso e alargando as possibilidades de intervenção do psicólogo.

Certamente, enquanto houver vida há capacidade reflexiva, seja para o beneficiário ou para aqueles que o acompanham. Compreende-se, através do processo de atendimento psicológico domiciliar aqui descrito, que aquilo que era possível de ser dialogado, desenvolvido e promovido, diante das condições de saúde física e emocional nesta etapa do ciclo de vida, foi contemplado, de modo que a intervenção buscou incrementar mais recursos emocionais àqueles que foram protagonistas da intervenção, para lidarem com o atual contexto de desafios que envolvem o envelhecer.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (Estados Unidos) (Org.). **Guidelines for psychological practice with older adults**. 2004. Disponível em: <<http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>>. Acesso em: 16 jul. 2015

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociências**, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.

ANDERSEN, T. **Processos reflexivos**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2002.

ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S., GERGEN, K.J. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BOSCOLO, L., BERTRANDO, P. **Terapia Sistêmica Individual**. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Artes Médicas, 1996.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho *et al.* Assistência Domiciliar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p.721-726, out. 2004.

FERREIRA-ALVES, José. Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. **Revista de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, 2010.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

GEAP (Org.). **Orientações ao Prestador: Normas e Rotinas para a realização de serviços em Saúde**. Brasília, 2009.

GEAP (Org.). **Programa de Gerenciamento de Casos – PGC**. Brasília, 2007.

GEAP (Org.). **Programa de Gerenciamento de Casos – PGC**. Brasília, 2015.

FREUD, S. (1912-13). Totem e tabu. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 13.

HADDAD, Lenira. **A ecologia da educação infantil: Construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação**. 1997. 327 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Infantil, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

HOFFMAN, L. Uma postura reflexiva para a terapia de família. In: MCNAMEE, S., GERGEN, K.J. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

MARCOLINO, José Alvaro M; IACOPONI, Eduardo. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.88-95, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, 2013b.

MOREIRA, Letícia Machado; ESTEVES, Cristiane Silva. **Revisitando a Teoria do Setting Terapêutico**. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

SILVA, Lucía; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patricia. O desenvolvimento do "Home Care Health" no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p.15-18, dez. 2000.

TILMANS-OSTYN, Edith. A procura do terapeuta: da queixa à demanda. In: TILMANS-OSTYN, Edith, MEYNCKENS-FOUREZ, Muriel. **Os recursos da fratria**. Belo Horizonte: Artesã, 2000.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves. **Pensamento Sistêmico**. Campinas: Papyrus, 2002.

VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 1986.

ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena; BARROS, Ana Claudia T.. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia**, v. 11, n. 1, p.45-54, set. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

ZIMERMAN, D. Fundamentos Psicanalíticos. Porto Alegre: Artmed, 1999.

WALSH, Froma. A Família no Estágio Tardio da Vida. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, p.75-84, 30 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

## ANEXO I

### ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA

#### Linhas orientadoras para a prática psicológica com adultos idosos<sup>5</sup>

##### *Atitudes*

Orientação 1: Os psicólogos são encorajados a trabalhar com adultos idosos dentro da esfera da sua competência e a procurar consultadoria ou a fazer referência adequada quando apropriado.

Orientação 2: Os psicólogos são encorajados a reconhecer como as suas atitudes e crenças acerca do envelhecimento e acerca das pessoas idosas podem ser relevantes na avaliação e tratamento que fazem aos adultos idosos e a procurar consulta ou formação adicional acerca destes assuntos quando indicado.

##### *Conhecimento geral acerca do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos idosos*

Orientação 3: Os psicólogos esforçam-se para obterem conhecimento sobre teoria e investigação em envelhecimento.

Orientação 4: Os psicólogos esforçam-se por estarem conscientes das dinâmicas psicológicas/sociais do envelhecimento.

Orientação 5: Os psicólogos esforçam-se por compreender a diversidade no processo de envelhecimento, particularmente como os fatores socioculturais, o gênero, a etnia, o estatuto socioeconômico, a orientação sexual, o estatuto de incapacidade, a residência urbana/rural podem influenciar a experiência e a expressão de saúde e os problemas psicológicos da população idosa.

Orientação 6: Os psicólogos procuram estar familiarizados com informação atual sobre aspectos biológicos e de saúde relacionados com o envelhecimento.

---

<sup>5</sup> Tradução integral da página 237 da referência APA (2004), feita por FERREIRA-ALVES (2010). Como a transcrição não atinge 800 palavras, não foi necessária a permissão formal da APA, sendo que a APA não tem responsabilidade pela precisão desta tradução.

### *Assuntos clínicos*

Orientação 7: Os psicólogos devem esforçar-se por estarem familiarizados acerca de mudanças cognitivas nos adultos idosos.

Orientação 8: Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas de vida diária entre os adultos idosos

Orientação 9: Os psicólogos esforçam-se por ser conhecedores da psicopatologia entre a população idosa e conhecedores da prevalência e da natureza dessa psicopatologia quando fornecem serviços a pessoas idosas.

### *Avaliação*

Orientação 10: Os psicólogos esforçam-se por estar familiarizados com a teoria, investigação e prática de vários métodos de avaliação de adultos idosos e conhecedores de instrumentos de avaliação que sejam psicometricamente adaptados para uso com eles.

Orientação 11: Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas associados com o uso de instrumentos de avaliação criados para indivíduos jovens quando avaliam pessoas idosas e em desenvolver competências para orientar avaliações que se adequem aos contextos e características específicas dos adultos idosos.

Orientação 12: Os psicólogos esforçam-se por desenvolver competências em reconhecer mudanças cognitivas em pessoas idosas e em conduzir e interpretar despistes cognitivos e avaliações funcionais de capacidade.

### *Intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços*

Orientação 13: Os profissionais devem esforçar-se por conhecer a teoria, investigação e prática de vários modelos de intervenção com pessoas idosas, bem como a sua eficácia específica neste grupo de idade.

Orientação 14: Os profissionais devem familiarizar-se e desenvolver competências na aplicação de intervenções psicoterapêuticas específicas e modificações ambientais em pessoas idosas e nas suas famílias e adaptar outras intervenções para este grupo de idade.

Orientação 15: Os psicólogos procuram compreender os assuntos respeitantes ao fornecimento de serviços nos contextos específicos em que os adultos idosos tipicamente se encontram ou localizam.

Orientação 16: Os psicólogos esforçam-se por reconhecer assuntos relacionados com o fornecimento de serviços de prevenção e de promoção da saúde com adultos idosos.

Orientação 17: Os psicólogos esforçam-se por compreender assuntos pertencentes ao fornecimento de serviços de consulta na ajuda a pessoas idosas.

Orientação 18: Ao trabalhar com pessoas idosas, os psicólogos são encorajados a compreender a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referências a outras disciplinas ou a trabalhar com elas em equipas colaborativas e através de vários sítios.

Orientação 19: Os psicólogos esforçam-se por compreender os assuntos éticos e legais especiais implicados no fornecimento de serviços a pessoas idosas.

#### *Educação*

Orientação 20: Os psicólogos são encorajados a aumentar o seu conhecimento, compreensão e competências com respeito ao trabalho com adultos idosos através de formação contínua, treino, supervisão e consulta.



**PARECER DE MONOGRAFIA  
DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM TERAPIA RELACIONAL SISTÊMICA**

**Título:** O Atendimento Psicológico Domiciliar no Contexto do Envelhecimento sob a Perspectiva Sistêmica

**Aluna:** Juliana Amorim Moreira

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

**Parecerista:** Ma. Rovana Kinas Bueno

Primeiramente gostaria de agradecer pelo convite em realizar o parecer de mais uma produção de excelência do Familiare Instituto Sistêmico, e de parabenizar a Juliana pelo belo trabalho produzido sob orientação da professora Maria Aparecida Crepaldi. Trata-se de um trabalho que ao descrever o processo de atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento, contribui para que outros profissionais conheçam esse campo de atuação e possam ser pensadas outras possibilidades de intervenção.

Como qualquer estudo, entende-se que sempre há possibilidades de aperfeiçoamento, para os quais faço sugestões que foram assinaladas ao longo do trabalho, enviado em anexo. Assim, além das sugestões no trabalho, segue aqui algumas considerações gerais sobre o mesmo.

A temática abordada na monografia releva-se importante, tanto para o contexto terapêutico quanto para o cotidiano das famílias que possuem um idoso com problemas de saúde e que pode receber atendimento psicológico em seu domicílio. A forma como a monografia se desenvolve e a forma como o atendimento psicológico em domicílio é descrito (em termos de personagem, *setting*... a alta) foram realizadas de modo a deixar o leitor interessado. Produções como essa, em que se descreve o programa de atendimento psicológico em domicílio, são importantes para maior divulgação do trabalho do psicólogo nesse contexto. A relevância social do trabalho está explícita, mas seria importante também descrever melhor a relevância científica.

O título descreve o tema estudado e o objetivo está claramente definido. De modo geral, pode-se verificar que o texto está claro, coeso, conciso e objetivo, sendo sua redação de fácil compreensão. A introdução está muito bem escrita e demonstra uma boa contextualização da temática, assim como o restante do trabalho. O interesse da autora pela temática é percebido em sua escrita, na qual articula teoria e prática, mesmo que a prática tenha sido descrita de modo indireto.

As obras utilizadas para embasar teoricamente o texto são relevantes, e o trabalho apresenta consistência teórica. O referencial teórico utilizado é atual e relevante. As obras utilizadas para o embasamento do trabalho são recentes e/ou clássicas, o que qualifica o referencial teórico utilizado. Sugere-se revisar as obras citadas e referenciadas, pois há obras citadas que não foram descritas nas referências. Também sugiro conferir se todas as citações e referências estão nas normas (ABNT ou APA), visto que algumas não estão.

Constata-se que o presente trabalho, por ser metodológico, possui uma estrutura diferente dos trabalhos acadêmicos comumente apresentados. Sua descrição em detalhes cumpre ao objetivo proposto.

As considerações finais relevam que o objetivo geral do trabalho foi atingido satisfatoriamente. O trabalho aplica os conhecimentos da perspectiva sistêmica, o que contribui para o trabalho com famílias e intervenções sistêmicas no contexto relatado.

De modo geral, o trabalho apresenta poucos erros de pontuação ou gramaticais (como acentuação). Os parágrafos estão bem articulados entre si e as expressões são claras e bem redigidas. Há alguns parágrafos com uma única frase, os quais sugiro acoplar ao parágrafo anterior ou ao próximo parágrafo, ou então, desenvolvê-lo.

Por fim, recomenda-se que sejam acrescentadas as possibilidades de estudos futuros sobre o assunto. Considerando o exposto, julga-se o trabalho aprovado, recomendando-se sua publicação também em formato de artigo.

Fico à disposição para qualquer ajuda ou esclarecimento. Espero ter contribuído e que minhas colocações sejam úteis. Mais uma vez, Parabéns pelo trabalho e sucesso profissional!

Atenciosamente,

*Rovana Kinas Bueno*

Rovana Kinas Bueno