

Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais*

CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL MODELS OF ATTENTION TO THE INDIVIDUAL AND THE FAMILY IN HOME CARE – CONCEPTUAL FRAMEWORKS

MODELOS CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES DE ATENCIÓN AL INDIVIDUO Y LA FAMILIA EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA – BASES CONCEPTUALES

Vilanice Alves de Araújo Püsche¹, Cilene Aparecida Costardi Ide², Eliane Corrêa Chaves³

RESUMO

Prestar assistência no domicílio tem sido uma prática em expansão no Brasil. No entanto, o modelo de assistência tem se baseado no modelo clínico e hospitalar. Este artigo tem como objetivo propor referenciais teóricos para um modelo de atenção voltado à assistência domiciliar, considerando a dimensão psicossocial. São apresentadas, didaticamente separadas, as bases conceituais dos modelos clínico e psicosocial, apesar de serem indissociáveis, de modo a contribuir para o aprimoramento de uma prática que seja capaz de agregar expressões da pessoa e do contexto enquanto elementos de uma dinâmica psicossocial.

ABSTRACT

Home care is a rapidly expanding segment in Brazil. The model currently applied to home care is based on clinical and hospital models. The objective of this article is to propose theoretical frameworks that can be applied to home care by taking into account its psychosocial dimension. Although indivisible, the conceptual frameworks of the clinical and the psychosocial models are broken down, for clarity purposes, in order to contribute to the improvement of practices, so as to add personal expressions and contexts as elements of psychosocial dynamics.

RESUMEN

Prestar asistencia en el domicilio ha sido una práctica en expansión en el Brasil. No obstante, el modelo de asistencia se ha basado en el modelo clínico y hospitalario. Este artículo tiene como objetivo proponer referenciales teóricos para un modelo de atención volcada a la asistencia domiciliaria, considerando la dimensión psicosocial. Se presentan las bases conceptuales del modelo clínico y psicosocial, didácticamente separados, a pesar de no ser disociables, como una contribución al perfeccionamiento de una práctica capaz de agregar expresiones de la persona y del contexto en cuanto elemento de una dinámica psicosocial.

DESCRITORES

Serviços de assistência domiciliar.
Enfermagem familiar.
Psicologia social.

KEY WORDS

Home care services.
Family nursing.
Psychology, social.

DESCRIPTORES

Servicios de atención de salud a domicilio.
Enfermería de la familia.
Psicología social.

* Artigo extraído da tese "Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2003.

¹ Enfermeira. Professora Doutora. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. vilanice@usp.br.

² Enfermeira. Professor Titular da EEUSP. cilenecostardi@ig.com.br

³ Enfermeira. Professora Doutora da EEUSP. eccsp@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O atender/tratar de/cuidar de/assistir indivíduos na residência constitui-se uma prática que se vai consolidando no nosso país, a exemplo de outros países⁽¹⁾.

No primeiro semestre de 2002⁽¹⁻⁴⁾ foi realizada uma pesquisa sobre a assistência domiciliar (AD) no município de São Paulo e, com base em alguns resultados dessa pesquisa, verificou-se que, no município de São Paulo, a AD é uma modalidade de atenção à saúde, desenvolvida a partir da década de noventa. O modelo de assistência, baseado no modelo clínico e hospitalar, continuava a privilegiar o atendimento do corpo doente, fracionado pelos diferentes profissionais que prestavam um atendimento pontual e procedural. O cuidado era delegado aos cuidadores informais (familiares ou não) e aos profissionais de nível fundamental e/ou médio (auxiliar e técnico de enfermagem), que representaram 77% de todos os profissionais envolvidos na AD, aparentemente limitando, assim, a construção de uma prática que tem no enfoque multiprofissional, no reconhecimento do contexto domiciliar e na compreensão da dinâmica familiar, a complexidade de uma nova abordagem teórico-instrumental capaz de atribuir um novo sentido a um modelo assistencial em validação.

Assim, o desafio de propor perspectivas para a prática domiciliar representa uma abertura para novas dimensões. Isso porque demonstra que se chegou ao limite de um sistema teórico-metodológico e que, se forem mantidos seus referenciais, não se conseguirá superá-lo, perpetuando, assim, uma transposição inadequada de clínica. Nesse sentido, foi construído um capítulo na tese de doutorado⁽⁵⁾ que teve como objetivo propor referenciais teóricos para um modelo de atenção voltado para a assistência domiciliar, considerando a dimensão psicossocial, que é apresentado nesse artigo.

Na realidade, os pressupostos do modelo atual transpostos para a AD vêm acompanhando o desenvolvimento da clínica, sendo que muitas das questões aqui analisadas têm sido tratadas pelo menos desde o século XIX^(a). Elas vêm ganhando novos contornos na medida em que ciência, tecnologia, estrutura organizativa, políticas e dinâmicas de trabalho e saúde ampliam espaços e processos de intervenção assistencial, requerendo projetos avançados de ação e de reflexão.

(a) Segundo Capra⁽¹⁴⁾, "na história do modelo cartesiano associado às ciências humanas, ocorreram no século XIX novas e impressionantes conquistas, devido aos notáveis progressos em muitas áreas da biologia", dentre elas a teoria da evolução. "Entretanto, isso não levou os biólogos a modificarem o paradigma reducionista; pelo contrário, eles se concentraram na tarefa de adaptar a teoria darwiniana à estrutura cartesiana"(p.102 e 105). Considera que "como a medicina ocidental adotou a abordagem reducionista da biologia moderna, aderindo à divisão cartesiana e negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos acham-se hoje incapazes de entender, ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais" (p.98).

Como a noção de especificidade dessa prática pressupõe a necessidade de se analisar o que ela é em relação a uma outra prática, cabe o investimento em construir, comparativamente, as bases teórico-metodológicas de um sistema capaz de sustentar novos gestos, novos conceitos, novas descrições, novas relações, novas ações, ampliando o sentido e a dinâmica da AD, tendo por referência o modelo clínico vigente.

QUADRO TEÓRICO

Uma das questões a serem superadas, na abordagem psicossocial, diz respeito a investir em

campos temáticos aptos a superar abordagens que perpetuam polaridades excludentes de atenção ao ser biologizado e apreendido numa perspectiva fisiopatológica. Assim, o cuidado aqui proposto inscreve-se na ordem da experiência intra e inter-subjetiva, transpondo as cisões corpo-mente, preventivo-curativo, para acessar a complexidade da experiência pessoal e da cena material onde se desenrola a vida, a saúde, a doença, as demandas por cuidado de si, do outro, do todo, do entorno com o qual vive em permanente intercâmbio⁽⁶⁾.

Baseia-se em uma perspectiva conceitual interdisciplinar que, pautando-se nos conteúdos da clínica que oficialmente referenciam a cobertura assistencial vigente, amplia sua concepção pela assimilação da experiência familiar na vivência do adoecimento que requer o atendimento domiciliar. É nessa experiência que diferentes manifestações encontram seu sentido, cabendo-nos transcrever uma rede de conceitos⁽⁶⁾ é pautada:

- pelo reconhecimento de que o mundo da experiência passa a ser compreendido como um mundo significativo e o ser humano como imerso na teia de significados que ele mesmo constrói no intercâmbio social⁽⁷⁾.
- pela assimilação da pessoa doente e da família enquanto organismos investidos da condição intransferível de construir, atribuir significados e produzir investimentos singulares no seu projeto vital, projetando formas peculiares de gerar e de atender às demandas relativas à sua saúde e ao seu viver⁽⁸⁾.
- pela valorização dos conteúdos mentais de natureza subjetiva e social enquanto constituintes de sistemas representacionais do ser e do estar no mundo mediados pela linguagem. Nesse sentido, cabe reiterar que

os homens não se dirigem direta e simplesmente às coisas em sua mera presentidade, mas mediados por essa trama de significados em que as coisas vão podendo aparecer. Quando as coisas mudam, é porque mudaram nossas idéias a seu respeito, mudou a serventia que tinham para nós, nosso interesse por elas, nossos modos de nos referirmos a nós mesmos e uns aos outros⁽⁹⁾.

• pela família, compreendida como *um sistema sócio-cultural aberto* que está continuamente diante de situações que exigem mudanças, vindas de dentro e de fora. Diante das exigências de mudança *o sistema evolui para uma complexidade crescente e possui uma capacidade assombrosa de adaptar-se e mudar enquanto mantém continuidade*⁽¹⁰⁾. A família, como um sistema, tem uma estrutura em que *cada integrante possui um papel, um lugar significativo, não intercambiável, próprio e legítimo*⁽¹⁰⁾. Por outro lado, o que é *intercambiável* é a *expectativa do papel. Esta não é fixa, de modo que não existe – o protetor – que nunca será protegido*. Nessa possibilidade de troca de papéis, reside a *dinâmica e saúde do sistema familiar*⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, o envolvimento da família, no tratamento dos pacientes no domicílio, remete à necessidade da construção de um campo teórico e ao desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde no âmbito domiciliar.

• pelo reconhecimento, como sujeito e objeto da abordagem psicossocial no âmbito da AD, o

ser humano em sua singularidade e em busca de formas de sentir e manifestar seu mal estar diante de si, de seu psiquismo, de seu corpo ou, de modo sintético, de seu corpopsiquismo em seu respectivo contexto. Enfim, compreender a experiência do adoecer envolve o entendimento do processo de produção de conhecimento e dos idiomas e narrativas mediante os quais tal conhecimento é apresentado e assimilado, as representações linguísticas que devem ser compartilhadas pelo maior número possível de pessoas envolvidas na questão⁽¹¹⁾.

• pela atuação profissional, em síntese, capaz de sintonizar os enfoques teórico-metodológicos, os programas de atenção, as metas, as concepções, os padrões de ação e de avaliação, enfim, o código prescritivo, as necessidades, as expectativas e as possibilidades da pessoa e da família, na perspectiva de compor um projeto compartilhado da melhor saúde possível, naquele momento de vida, naquela condição de existência humana. Tendo o seu saber como referência, haveria a relativização do próprio poder mobilizado pela presença, expressão e participação do outro, ambos responsáveis pela qualificação, tanto de vida quanto das respostas ao tratamento e seus reguladores⁽⁶⁾. Assim, o sentido da atuação na AD pressupõe investir na compreensão dos recursos internos utilizados na geração e no convívio com situações ou estados mórbidos a partir de um processo intrapessoal de ressignificação, até que seja possível para a pessoa e para o grupo familiar imprimir um novo ritmo a essa desordem⁽¹²⁾.

• pela ética.

Nesse sentido, o esboço dessa nova perspectiva analítica que permite falar de um cuidar qualificado, projetado para além do reducionismo do ser e para além da escala funcional⁽⁸⁾.

Pressupõe, primordialmente,

aceitar que o psicossocial é eminentemente ético. E o que é mais importante, a ética não é questão de uma supranatureza ou de um estado absoluto definido por mentes privilegiadas ou por uma suposta natureza humana, ela é histórica e aflora como condição necessária à vida em sociedade⁽¹³⁾.

Partindo-se desses princípios, passa-se agora a traçar considerações relacionadas aos modelos clínico e psicossocial, de modo a mostrar as características que são definidoras de cada um deles no que se relaciona ao **conceito, ao objeto, ao cenário, às relações, aos instrumentos, aos valores e aos limites**, assim como no que se relaciona à **formação profissional** na área. Cabe salientar que estas categorias foram construídas pelas autoras deste artigo e que todas as suas respectivas características são, portanto, indicadoras do novo sentido e da nova abordagem no cenário domiciliar.

Cabe salientar que esse investimento tem por finalidade contribuir para o aprimoramento da prática, propondo a ampliação do sentido e do alcance da abordagem clínica como perspectiva integralizadora, capaz de agregar expressões da pessoa e do contexto enquanto elementos de uma dinâmica psicossocial.

Nessa elaboração, buscou-se evidenciar tanto os elementos que sustentavam os modelos quanto seus marcadore de vulnerabilidade, cabendo considerar que, talvez, da síntese advenha uma perspectiva interdependente, sensível aos processos de co-construção pessoa-contexto-saúde-doença. Apesar de se investir na indissociabilidade desses referenciais, esses são apresentados didaticamente separados, visando explicitar suas bases conceituais, sua condição de atuação, seus limites e, essencialmente, suas perspectivas de aprimoramento.

O Modelo Clínico

No modelo clínico ou modelo biomédico,

o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado⁽¹⁴⁾.

O modelo cartesiano continua sendo a base estrutural de concepções decorrentes da fundamentação metodológico-mecanicista e da distinção radical corpo-mente, tendo como expressão um corpo biologizado e esvaziado, tanto da sua dimensão intrapsíquica quanto da interpessoal⁽⁸⁾.

Nesse modelo, o **objeto** da ação é o corpo que

é um corpo sem vísceras, uma casca mensurável, um arquétipo de 'valores normais', um conjunto de 'aparelhos', um corpo separado da psique, da emotionalidade, do conhecimento. Um corpo abstrato e desvitalizado⁽¹⁵⁾.

O modelo clínico, cujo **cenário** se dá onde ocorre a intervenção em saúde, tem sido hegemônico no que se relaciona ao cuidar de um ser biologizado e apreendido numa perspectiva fisiopatológica. O corpo do paciente é um objeto fragmentado pelos diferentes profissionais. No espaço hospitalar, enquanto instituição total^(b), convivem pessoas que são reguladas por ritmos, por espaços, por regimes de convivência determinantes e determinados. Todos, controlados e controladores, ainda que desempenhando papéis diferentes, encontram-se reclusos em uma lógica organizacional pautada em hierarquia, disciplina e pertinência.

As **relações interpessoais** que se estabelecem no modelo clínico se baseiam na hipervalorização do profissional, que detém o poder do conhecimento do corpo, e que, portanto, determina o tratamento a ser seguido. O médico

enfrenta a pulsão de morte, a saber, a doença somática, propondo-se a intervir no processo de somatização da violência instintiva para fazer cessar os desgastes que ela ocasiona no corpo do doente⁽¹⁶⁾.

O doente, por sua vez,

escolhe seu médico pela relação que pode estabelecer com ele e não pelas aptidões técnicas que, via de regra, não pode julgar. Acredita que seu médico vem para defender sua vida, enquanto que tecnicamente o médico só intervém sobre o processo de morte (desvio).

Baseiam-se essas relações na noção de equipe profissional, ou seja, cada profissional da saúde, que tem uma formação específica, realiza uma tarefa também específica no cuidado da parte afetada, visando, através dela, à recuperação do corpo. A pessoa doente é a receptora das ações e o familiar, quando é considerado, serve somente como mediador e/ou informante dos desvios fisiopatológicos do doente. Outras vezes serve como elemento de contenção das ações do indivíduo doente.

Os **instrumentos** usados no modelo clínico atendem ao padrão técnico, portanto são normatizados, padronizados e medidos.

Essa hierarquização da média e a estabilidade em que implicam os processos técnicos (leia-se estabelecimento de padrões e instrumentos estandardizados de medida) e político (leiam-se regulações rigorosas e legais dos padrões de medição) também conduziram ao desenvolvimento de uma nova concepção de conhecimento: o objetivismo. Os procedimentos de estandardização, junto com a normatização experimental da natureza, implicam a possibilidade de prescindir do sujeito. O resultado do experimento não depende de quem o faz. O experimentador é um sujeito abstrato, dispensável, substituível. O corpo e a mente, nessa perspectiva conceitual, podem ser mediados, controlados, inseridos em programações diagnósticas e terapêuticas genéricas⁽¹⁵⁾.

No modelo clínico e hospitalar, há **princípios e valores** bem definidos. Quanto aos princípios: existe uma neutralização do paciente e da família; baseia-se em um trabalho em equipe e não em grupo; considera-se o todo como a soma das partes e tem o conhecimento técnico como ferramenta necessária e suficiente. Como valores têm-se: a definição clara de atribuições dos profissionais; o controle institucional sobre o *modus operandi*; o controle sobre os fatores intervenientes; a supremacia da comunicação concreta sobre a simbólica (prontuários); os papéis diferenciados entre cliente e equipe; o vínculo baseado em logística, sendo o profissional o que ensina e, portanto, é quem fala.

Levando-se em conta o corpo de um indivíduo concreto e real, percebe-se, também, **limites** no modelo clínico, ao não levar em conta nem a corporalidade – que inclui tanto a peculiaridade perceptiva quanto a emocional e uma forma de ação no mundo – nem a subjetividade, nem os vínculos estabelecidos, o que influi no conhecimento do mundo⁽¹⁵⁾. Ou seja, evidencia-se a fragilidade do modelo, uma vez que, mesmo sob o prisma da clínica convencional, já há consenso quanto à influência de aspectos relacionados

às características da personalidade, mecanismos de enfrentamento utilizados, autoconceito e auto-imagem, experiência prévia com a doença e atitudes dos cuidadores da área da saúde⁽¹⁷⁾,

embora mesmo nesses aspectos sejam estabelecidas relações de causa e efeito no modelo clínico.

No que se refere à **Formação Profissional**, esse modelo se pauta pelo

domínio do corpo-doença, que tem como base a noção de homem sem autonomia, que não pensa, não reflete, não tem sentimentos, cuja história é a história biológica. O aprendizado vincula-se ao corpo científico, ou seja, a um corpo anatômico, biológico, doente por uma doença específica. O ensino passa, dessa forma, a imagem e o discurso de um corpo ideal, normativo, possuidor de uma estrutura e um modo de funcionamento específico, eliminando o corpo-desejo, corpo-prazer, corpo-estético e tantos outros não autorizados a se mostrar e nem serem mostrados⁽¹⁸⁾.

^(b) Ao se abordar o hospital como instituição total, leva-se em consideração a definição de Goffman, para quem "um instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada". In: Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.

O Modelo Psicossocial

Propor um modelo psicossocial^(c) para a assistência domiciliar pressupõe acreditar que

como todos os sujeitos encarnados, as categorias que se desenvolvem na trama evolutiva de nossa vida estão inextricavelmente ligadas à nossa experiência social e pessoal, às tecnologias cognitivas, sociais, físico-químicas, biológicas e comunicacionais com que convivemos. O desafio da contemporaneidade relaciona-se com a riqueza de perspectivas e a quantidade de mundos possíveis com que convivemos, mas também exige que nos tornemos responsáveis pelo lugar a partir do qual escolhemos fazê-lo. O sujeito encarnado desfruta do poder da criatividade e da escolha, mas deve fazer-se responsável pelo mundo que co-criou⁽¹⁵⁾.

O modelo psicossocial consiste em considerar a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto amplia o sentido de saúde como uma experiência subjetiva que,

é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social⁽¹⁴⁾.

Há, portanto, uma

concepção holística e ecológica do mundo, que não considera o universo uma máquina, mas um sistema vivo; essa nova concepção enfatiza a inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos e procura entender a natureza não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de processos dinâmicos subjacentes.

O corpo como **objeto** do modelo psicossocial é um corpo multidimensional que, é *ao mesmo tempo material e energético, racional e emocional, sensível e mensurável, pessoal e relacional, real e virtual*⁽¹⁵⁾. O autor acrescenta, ainda, que o *corpo vivencial*, diferentemente do *corpo-máquina*, não é um objeto abstrato, nem independente da minha experiência como sujeito encarnado. Assim,

^(c) Utilizo a denominação modelo psicossocial por considerar que modelo diz respeito a bases teóricas, que fundamentam um campo de atuação. Para McKeena, modelos “são ferramentas ou dispositivos conceituais que podem ser usados por indivíduos para entender e colocar um fenômeno complexo em perspectiva” (p.12). In: McKenna H. Nurturing theories and models. New York: Routledge; 2000. Para Santaella, por sua vez, “o modelo nos fornece assim uma moldura dentro da qual consideraremos um problema, ele também aponta para lacunas não aparentes em nosso conhecimento de algo, sugerindo áreas em que a pesquisa é requisitada” (p.48). Santaella cita Fiske, para quem um modelo é como um mapa. E diz que o modelo “representa traços selecionados do seu território. Por isso mesmo, nenhum mapa ou modelo pode ser completo. Mesmo assim, seu valor está em sistematicamente colocar em relevo esses traços selecionados, apontar para relações também selecionadas entre esses traços e fornecer um delineamento do território que está sendo modelado” (p.49) In: Santaella L. Comunicação e pesquisa. São Paulo: Hacker Editores; 2001.

nossa corporalidade nos define como sistemas autônomos, com limites semi-permeáveis, uma sensibilidade diferencial e em constante troca com o meio, no qual nos encontramos envolvidos numa rede fluente de relações, implicando no comprometimento com uma dinâmica de transformação em co-evolução com o ambiente⁽¹⁵⁾.

O mundo da experiência passa a ser compreendido como um mundo significativo e o ser humano como imerso na teia de significados que ele mesmo constrói no intercâmbio social⁽⁷⁾.

O **cenário** desse modelo se dá no contexto de vida do indivíduo e da família e no meio ambiente natural e social onde tal indivíduo está inserido, portanto no âmbito domiciliar e social.

As **relações interpessoais** no domicílio se sustentam na noção de grupo em interação, que representa a configuração de um todo a partir de unidades diferentes. Os grupos têm as seguintes características: sustentam-se na noção de conjunto; visam à aprendizagem, comunicação e resolução de tarefas; modificam os esquemas referenciais por meio de aprendizagem e comunicação; mantêm-se por meio de circulação de afetos. Portanto, são dinâmicos.

Há nessas relações a valorização do papel do indivíduo e da família como sujeitos protagonistas da própria vida e da saúde. Nesse modelo, há

pessoas cuidando de sua própria saúde, individualmente, como uma sociedade, e com a ajuda de terapeutas. Essa espécie de assistência à saúde não pode ser simplesmente ‘fornecida’, ela tem que ser praticada. Além disso, será importante considerar a interdependência de nossa saúde individual e a dos sistemas sociais e ecológicos em que estivermos inseridos⁽¹⁴⁾.

Essa assistência a pessoas pressupõe apreender os modos de subjetivação que favoreçam as bases materiais e simbólicas para a constituição de diferentes modos de ser sujeito, vivenciando tanto o adoecimento quanto os investimentos na mobilização possível da expressão de vida.

Considerar o indivíduo inserido no contexto domiciliar como um ser ativo, multidimensional, agente da sua vida e com papéis específicos desempenhados no universo familiar e social do qual faz parte, é acreditar que a sua história é singular e está inscrita num cenário familiar também singular, ainda que socialmente contextualizada.

Cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma ‘cultura’ familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos. Além disso, há o emocionar pessoal e universo pessoal de significados”. Tais significados, no cotidiano, “são interpretados num contexto de emoções entrelaçadas com o crivo dos códigos pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais

emoções e interpretações geram ações que vão formando um enredo cuja trama compõe o universo do mundo familiar⁽¹⁹⁾.

Família é a

'realidade' sócio-dinâmica, resultante de uma luta entre a configuração externa de um 'átomo familiar' e sua estrutura subjacente. A luta contínua expressa a complexidade sociométrica de uma estrutura relacional que é própria a este grupo familiar e que luta por se manifestar. Essa 'realidade' é mutável conforme o 'critério' relacional, o momento e o espaço contextual em que ocorrem as relações entre seus membros e pode ser apreendida diferentemente, segundo a percepção do observador⁽²⁰⁾.

No que se relaciona à família, existe autor que menciona que ...estamos diante de um 'comportamento grupal' com suas leis e dinâmica próprias, dificilmente apreendidas a partir da somatória dos indivíduos que a compõem⁽²¹⁾. Cita que alguns aspectos regem o comportamento grupal, tais como: a) as fronteiras individuais se esmaecem (ou chegam a se anular) em função da fronteira do grupo. O contexto grupal determina o comportamento dos indivíduos nele envolvidos; b) o esmaecimento das fronteiras individuais em favor da fronteira grupal implica necessariamente um *entrelaçamento* entre as personalidades presentes; c) o grupo é uma entidade que adquire um sistema de crenças e de tradições (por mais breve que tenha sido a vida grupal) que configuram sua ideologia; d) todo grupo cria um sistema de papéis. Assim cada um de seus membros, ou de seus subgrupos, representa algo; e e) existe uma fantasia inconsciente básica do grupo, expressa a partir das expectativas, necessidades e crenças iracionais desse grupo em relação a cada papel e ao conjunto de papéis.

Assim, estudar a família, conhecer o seu funcionamento, as peculiaridades de cada uma, inserida num dado contexto social, econômico e cultural constitui condição importante para poder, como profissional, inserir-se no espaço das diferentes famílias.

Nesse sentido,

para o profissional estudar a dinâmica familiar necessário se torna o conhecimento de sua realidade no seu contexto social e a dinâmica de seu inter-relacionamento, pois ela é uma instituição social formada por indivíduos que se relacionam com as demais instituições sociais, delas recebendo influências e também influenciando-as. Poderia dizer que a família é o ponto de transição entre o indivíduo e a sociedade⁽²²⁾.

Outro aspecto importante mencionado por essa autora⁽²²⁾ é que o profissional, ao avaliar um grupo familiar em face de sua capacidade de administrar o conflito, deve verificar a sua estabilidade, tanto no seu aspecto conservador e relativamente estático quanto no seu aspecto mais aberto e flexível, assim como suas possibilidades de adaptação à experiência nova, à aprendizagem e ao desenvolvimento.

A dinâmica familiar enquadraria-se no eixo relacional e representa, portanto, o funcionamento da família, mais especificamente em termos de como os indivíduos se comportam em relação uns aos outros, seja na dimensão instrumental (relativa a atividades da rotina da vida diária: distribuição de tarefas dentro e fora do lar, como trabalho, cuidados, preparo de refeições ou compras), seja na dimensão expressiva (relativa a toda a comunicação no interior da família: emocional, verbal, alianças ou solução de problemas)⁽²³⁾.

Desse modo, o papel profissional no domicílio consiste em

sintonizar os enfoques teórico-metodológicos, os programas de atenção, as metas, as concepções, os padrões de ação e de avaliação, enfim, o código prescritivo para as necessidades, expectativas e possibilidades do indivíduo e da família na perspectiva de compor um **projeto compartilhado da melhor saúde possível**, naquele momento de vida, naquela condição humana. Tendo o seu saber como referência, haveria a relativização do próprio poder mobilizado pela presença, expressão e participação do outro, ambos responsáveis pela qualificação, tanto da vida quanto das respostas ao tratamento e seus reguladores⁽⁶⁾.

Em síntese, o papel profissional no modelo psicossocial consiste em implementar o contrato terapêutico, que para nós significa um acordo formal entre as partes (profissional, pessoa doente e família), no sentido de explicitar direitos, deveres e responsabilidades frente a um programa assistencial em implementação no domicílio.

Os **instrumentos** que servem como ferramentas para a abordagem psicossocial consistem na empatia e no estabelecimento de vínculo.

A empatia é definida como

habilidade cognitivo-afetiva de integração, agregando a capacidade de discriminar chaves afetivas no outro, assumir a perspectiva do outro (sempre na condição de outro), respondendo afetivamente ao seu sofrimento, transmitindo entendimento de tal maneira que este se sinta verdadeiramente compreendido e acolhido.(...) A forma mais elaborada de empatizar promove: maior entendimento na interação, intensificação do afeto, alívio da angústia da outra pessoa (com possíveis mudanças na condução dos seus problemas), tornando o empatizador mais aceito e com auto-estima elevada⁽²⁴⁾.

Agir empaticamente implica

estar disponível para ver as coisas de acordo com o ponto de referência da outra pessoa e demonstrar um interesse genuíno pelo bem-estar do outro⁽²⁴⁾.

O comportamento empático envolve três etapas⁽²⁴⁾:

- Demonstrar atenção, o que envolve mostrar interesse, respeito e apreciação por outra pessoa;

• Ouvir e compreender sensivelmente a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa: refere-se a uma disposição para captar os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa sem julgar e sem intenção de conduzir o outro a se comportar de uma determinada maneira;

• Demonstrar sensivelmente essa compreensão (legitimando os sentimentos, relacionando o contexto, a emoção e a perspectiva da outra pessoa), pois a função da verbalização empática é fazer com que a outra pessoa se sinta compreendida e auxiliada a explorar as preocupações dela de forma mais completa.

Assim, o *prestar atenção*, o *ouvir sensivelmente* e o *demonstrar sensivelmente essa compreensão* pressupõem estratégias interativas baseadas em gestos de acolhimento e disponibilidade física e psicológica a serem considerados pelos profissionais que prestam a assistência domiciliar.

A habilidade em construir vínculos com os membros da família e a habilidade em escutar e, com base na escuta, obter a colaboração da pessoa doente e de seus familiares na escolha dos problemas de saúde a serem trabalhados, considerando a clínica e as demandas familiares, constituem importantes ferramentas para a abordagem psicossocial.

Esses são os instrumentos de uma abordagem que, sendo psicossocial, não desconsidera a clínica, investindo na atuação junto à *complexa experiência do sujeito em um espaço cognitivo auto-referente*⁽¹¹⁾.

Com relação aos **princípios e valores**, no domicílio, o domínio do ambiente é feito pelo indivíduo doente e pela família; a condução da resolução de problemas é feita pelo profissional disponível; os papéis de cliente e de equipe são bem semelhantes; o profissional discute, bem como ouve e observa; o vínculo que se estabelece é pessoal e fundamental; há a supremacia da comunicação simbólica; a competência técnica não é a única ferramenta dos profissionais; o todo não se configura como a soma das partes e há a supremacia do grupo (indivíduo, família, profissional) sobre a equipe.

No que se refere à **Formação Profissional**, no modelo psicossocial leva-se em consideração que os princípios da liberdade do ser humano, da sua pré-disponibilidade para pensar, julgar e decidir com bases racionais estão presentes. A racionalidade do ser humano, nesse sentido, pode ser compreendida como

descobrir qual é o modo mais eficaz de sobreviver, não egoisticamente, mas de sobreviver com os outros e de sobreviver no mundo. Sobreviver não somente com idéias, mas sobreviver com relações éticas, com relações de ligação com os outros, de investimento afetivo e emocional com os outros. Aí está a racionalidade⁽²⁵⁾.

Esse mesmo autor menciona que a única maneira madura de ver o ser humano é percebê-lo numa interação constante com o mundo e com os outros, e, a partir daí, ir se aperfeiçoando.

Como mencionado, embora os dois modelos, clínico e psicossocial, tenham sido mostrados separadamente, há de se considerar que no psicossocial amplia-se a forma de abordagem do ser humano doente e da família, no contexto no qual estes estão inseridos. Assim, para se estabelecer a confluência dos dois modelos, clínico e psicossocial, além do conhecimento dos aspectos apresentados, o profissional pode seguir algumas etapas para sua implementação no domicílio a saber: fazer a avaliação clínica e psicossocial; fazer o julgamento clínico e psicossocial, através do levantamento de hipóteses diagnósticas, da validação pela família e da confluência de prioridades, conjuntamente acordadas (família, indivíduo, profissional) e implementar o Contrato Terapêutico, especificando as propostas de intervenção, acompanhando a evolução e estabelecendo novas propostas de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo psicossocial de atenção ao indivíduo e à família possibilita ampliar a abordagem aos seres humanos que recebem o cuidado domiciliar. É evidente que o enfoque clínico, geralmente gerador da atenção no domicílio, é necessário e, muitas vezes resolutivo, porém não se pode desconsiderar que o próprio espaço de atenção à saúde já se constitui no *locus* onde a abordagem psicossocial é imprescindível. Há necessidade de integrar a perspectiva clínica à psicossocial, o que representa grande desafio para os profissionais que adentram o espaço domiciliar, que devem fazê-lo com competência, dominando novos instrumentos do cuidado ampliado.

Eis, portanto, o grande desafio a ser pensado, a ser aprendido, a ser conquistado pelos profissionais que buscam ampliar a abordagem aos seres humanos na assistência domiciliar pois

cada paciente [pessoa] e cada família possuem a chave para o cuidado de enfermagem [profissional] efetivo. Quando a confiança é estabelecida, informações são proporcionadas, e a pessoa é encorajada a tomar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento; você a autoriza a atingir a saúde ideal e abre a porta à satisfação do paciente [pessoa] e à eficiência do cuidado à saúde⁽²⁶⁾.

Além disso,

é importantíssimo que tenhamos claro que caminhar rumo a uma assistência complexa depende, fundamentalmente, de uma reforma de pensamento, como diz Morin, uma reforma do pensamento simplificado e linear para um pensar complexo e multidimensional, onde o outro também é copartícipe nas decisões que o envolvem⁽²⁶⁾.

REFERÊNCIAS

- (1) Püschel VAA. Panorama da assistência domiciliária no município de São Paulo: caracterização dos serviços e da dinâmica de trabalho. [Relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- (2) Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliária no município de São Paulo: a infra-estrutura e o modelo de assistência. In: Livro-Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. São Paulo: EEUSP; 2002. p. 126.
- (3) Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliária no município de São Paulo: o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Livro-Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. São Paulo: EEUSP; 2002. p. 126.
- (4) Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliária no município de São Paulo: a dinâmica de trabalho desenvolvida pelas equipes. Livro-Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. São Paulo: EEUSP; 2002. p. 127.
- (5) Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
- (6) Ide CAC, coordenadora. Plano regional de desenvolvimento de estratégias psicossociais para a promoção da saúde do adulto em situações de risco. [Projeto de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- (7) Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- (8) Seabra TMR. A dimensão psicossocial do cuidar na enfermagem: a expressão representacional da práxis. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.
- (9) Piletti N. Psicologia educacional. São Paulo: Ática; 1980.
- (10) Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- (11) Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- (12) Zaballa A. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- (13) Lane STM, Sawaia BB. Novas veredas da psicologia social. São Paulo: EDUC; 1995.
- (14) Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1997.
- (15) Najmanovich D. O sujeito encarnado: limites, devir e incompletude. Cad Subj. 1997;5(2):309-28.
- (16) Dejours C. O corpo entre a biologia e a psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- (17) Gregg CH, Robertus JL, Store JB. The psychological aspects of chronic illness. Springfield (IL): Charles C. Thomas; 1989.
- (18) Rodrigues AM. Poder e cultura nas organizações. Rev Paul Enferm. 1991;10(2):67-72.
- (19) Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB. A família contemporânea em debate. 4ª ed. São Paulo: EDUC; 2002. p. 25.
- (20) Seixas MRD'A. Sociodrama familiar sistêmico. São Paulo: Aleph; 1992.
- (21) Rodrigues AM. Dinâmica grupal e indivíduo no sistema de distribuição de privilégios na família. Cad Pesq. 1981;37: 52-9.
- (22) Tarandach ER. Diagnóstico psicossocial da família. Petrópolis: Vozes; 1978.
- (23) Angelo M. O contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD'J. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 27-31.
- (24) Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento de empatia com universitários [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 1998.
- (25) Stein E. Aspectos filosóficos e sócio-antropológicos do construtivismo pós-piagetiano. In: Grossi EP, Borden J. Construtivismo pós-piagetiano: um novo paradigma sobre a aprendizagem. Petrópolis: Vozes; 1993. p. 35-42.
- (26) Alfaro-LeFreve R. Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo. São Paulo: Artmed; 2000.
- (27) Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):13-21.