

AS REPRESENTAÇÕES DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO DOMICÍLIO: entre antigos e novos referenciais^a

Vilanice Alves de Araújo PÜSCHEL^b
Cilene Aparecida Costardi IDE^c
Eliane Corrêa CHAVES^b

RESUMO

A assistência domiciliar (AD) é uma prática recente na forma como se delinea na atualidade. O referencial do modelo psicossocial foi ministrado aos participantes de um curso de capacitação. Situações vivenciadas no domicílio, registradas no início e reapresentadas ao término do curso, são discutidas neste trabalho que tem como objetivo apresentar de forma reflexiva as experiências marcantes vivenciadas por profissionais que atuam na AD, e fizeram esse curso. Verificou-se que os profissionais tinham dificuldades para identificar os problemas principais dessas experiências, que se relacionavam à questão da relação humana e os seus conflitos, trama de sentidos que sustenta a dinâmica familiar.

Descritores: Enfermagem. Serviços de assistência domiciliar. Capacitação.

RESUMEN

La atención domiciliar (AD) es una práctica reciente en la forma como está planteada en la actualidad. La referencia del modelo psicossocial fue suministrada a los participantes de un curso de capacitación. Situaciones vividas en el domicilio, registradas en el inicio y presentadas de nuevo al final del curso, son discutidas en este trabajo. Su objetivo es presentar de forma reflexiva, las experiencias que más impresionaron a los profesionales participantes de este curso que se desempeñan en la Atención Domiciliar. Se comprobó que los profesionales tenían dificultades para identificar los problemas principales de esas experiencias, que se relacionaban a la cuestión de la relación humana y de sus conflictos, trama de sentidos que sustenta la dinámica familiar.

Descriptor: Enfermería. Servicios de atención de salud a domicilio. Capacitación.

Título: Las representaciones de las prácticas profesionales en el domicilio: entre antiguas y nuevas referencias.

ABSTRACT

Home care (HC) is recent in Brazil the way it is practiced today. The foundations of the psychosocial model were presented to healthcare professionals during a training course. Situations experienced by these professional during home care were recorded in the beginning of the course, and presented again at the end of the course. This article aims at discussing these experiences. It was found that it was difficult for the professionals that attended the course to identify problems related to human relationships and their conflicts, which make up the tissue of family dynamics.

Descriptors: Nursing. Home care services. Training.

Title: Representations of professional practices in home care: between old and new references.

^a Trabalho extraído da tese de Doutorado “Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar” defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2003.

^b Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

^c Enfermeira, Professora Titular Aposentada da Escola de Enfermagem da USP.

1 INTRODUÇÃO

Prestar assistência no domicílio é uma atividade muito antiga, antes mesmo da era Cristã⁽¹⁾, porém na forma como se delineia na atualidade é nova pois é praticada não de forma caritativa, mas por profissionais de saúde tanto da esfera pública quanto da privada.

Em uma pesquisa realizada em 2002, verificou-se que, no município de São Paulo, a primeira empresa de assistência domiciliar (AD) foi constituída em 1990, por enfermeiras, década em que houve incremento importante na abertura de novas empresas⁽²⁾. Na primeira década deste século, está ocorrendo a consolidação daquelas que permaneceram no mercado e um crescimento menos acelerado na abertura de novas.

Verificou-se, também, que o modelo de assistência aplicado no domicílio foi transposto do hospitalar^(2,3). É de se considerar que no hospital os profissionais fixam as regras a serem seguidas, enquanto no domicílio estas são estabelecidas por cada família, em particular, o que exige habilidades dos profissionais para apreender as diferentes demandas advindas do indivíduo e da família inseridos no seu contexto.

Na assistência hospitalar os profissionais utilizam as bases do modelo biomédico (clínico) que adotou o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alternativas, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos. Este último se deu nos espaços urbanos e nos hospitais, e decorreu da exigência da sociedade industrial, associada à tecnificação do ato médico e à especialização⁽⁴⁾.

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 na sua dimensão intrapsíquica e interpessoal⁽⁵⁾.

Nesse sentido, uma vez que a base do modelo hospitalar, de maneira geral, não fornece muitos elementos para o cuidar do indivíduo e da família no domicílio para além da abordagem fisiopatológica, sentiu-se necessidade de propor uma capacitação profissional que ampliasse essa abordagem de modo que o profissional pudesse reconhecer no contexto familiar aspectos relaciona-

dos à dinâmica da família, à cultura e às relações existentes, além de fornecer instrumentos necessários para que o profissional adentrasse o ambiente e identificasse tais aspectos⁽³⁾. Foi ministrado, então, um curso de capacitação para a assistência domiciliar numa abordagem psicossocial que se constituiu em uma estratégia de pesquisa que buscava responder às seguintes perguntas: Quais as bases teóricas e instrumentais de um modelo, para além do clínico (biomédico), capaz de ampliar, mesmo que minimamente, a abordagem ao ser humano? Como capacitar recursos humanos, considerando novos referenciais de prática assistencial e educacional para uma nova intervenção na AD⁽³⁾?

Este curso foi construído a partir de três grandes temas: o do reconhecimento dos sujeitos e da mobilização afetiva; o da mobilização de conceitos e das representações^d das práticas profissionais; o da aplicabilidade do modelo psicossocial, por meio da consulta profissional. O trabalho aqui descrito apoiou-se na análise de apenas um deles, ou seja, das representações das práticas profissionais e tem como objetivo apresentar de forma reflexiva as experiências marcantes vivenciadas por profissionais que atuam na assistência domiciliar, participantes de um curso de capacitação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O curso de capacitação para a assistência domiciliar foi ministrado utilizando-se o referencial teórico e metodológico que serão apresentados a seguir.

2.1 Referencial teórico

A opção pela abordagem psicossocial, utilizada como referencial teórico do curso de capacitação, é em razão de que ela possibilita ampliar o olhar sobre a dinâmica do indivíduo e da família, utilizando-se da relação empática e da

^d O termo representação é utilizado nesse artigo para mostrar as experiências vivenciadas na assistência domiciliar pelas participantes do curso, expressas (representadas) de forma escrita, verbal ou dramatizada.

construção de vínculos como condição para a participação conjunta (profissionais, pessoa doente e família) na escolha dos problemas a serem trabalhados para a melhor recuperação possível, podendo-se, dessa forma, responder mais adequadamente às demandas advindas de um atendimento domiciliar.

O cuidado à saúde dentro dessa proposta baseia-se na experiência inter e intra-subjetiva, que ultrapassa as divisões corpo e mente, preventivo-curativo, passando a perceber a experiência pessoal e o contexto onde acontece a vida, a saúde, a doença e as necessidades de cuidado de si e do outro⁽⁶⁾.

O referencial teórico do curso se baseou, portanto, no modelo psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na AD desenvolvido pelas autoras^(3,7) que, de forma resumida, é pautado: 1) pela percepção de que as experiências vivenciadas pelo indivíduo produzem uma ampla teia de significados que o indivíduo constrói no intercâmbio social⁽⁸⁾; 2) pela valorização de conteúdos mentais de natureza subjetiva e social como sistemas representacionais de ser e estar no mundo mediados pela linguagem; 3) pelo investimento na personalização do atendimento, promovendo o desenrolar temporal do prognóstico, relacionando-o à estrutura do sujeito, sua história, seus lutos, seus afetos e seus momentos de desorganização⁽⁸⁾; 4) pela percepção de que a pessoa é um ser com capacidade de construir, atribuir significados e produzir investimentos no seu projeto de vida, obtendo formas próprias de gerar e atender necessidades relativas à sua saúde e ao seu modo de viver; 5) pela tentativa de superar o caráter doutrinário dos processos educativos em saúde, pois quando as palavras são usadas para impor ou lutar com o indivíduo cuidado, sem compartilhar o conteúdo, ocorre a doutrinação, e essa é perigosa por nascer de uma deturpação da compreensão e não do conhecimento⁽⁹⁾; 6) e, sintetizando, pela percepção como sujeito e objeto da abordagem psicossocial o ser humano considerado em sua singularidade e em suas formas de sentir e manifestar seus mal estares diante de si, de seu entorno, de seu psiquismo, de seu corpo ou de modo sintético do seu corpo-psiquismo em seu respectivo contexto⁽¹⁰⁾.

Além disso, considera-se que para abordar o ser humano na sua multidimensionalidade, além

do desenvolvimento de competências^e psicossociais⁽⁷⁾, o enfermeiro deve utilizar instrumentos ou ferramentas que lhe permitam conhecer melhor a pessoa atendida, a sua família e seu contexto.

São três as habilidades necessárias para o desenvolvimento da abordagem psicossocial: a empatia, a habilidade de analisar conteúdos e a capacidade de identificar os elementos apreendidos e constituídos pelo sujeito⁽¹²⁾. Acrescentam-se também a empatia, o estabelecimento de vínculo e de confiança como ferramentas da abordagem psicossocial^(3,7).

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⁽¹³⁾. O comportamento empático envolve três fases:

demonstrar compreensão da outra pessoa, ouvindo sensivelmente, com interesse e respeito pelo outro, captar os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa, evitando julgamentos e condução do comportamento do outro, validar junto ao indivíduo os conteúdos compreendidos^(13:147).

2.2 Referencial metodológico do curso de capacitação

O curso de capacitação teve duração de trinta horas e foi aberto aos profissionais de saúde, com experiência na área, que tiveram interesse e disponibilidade de tempo para participação, não sendo permitidas faltas. Este curso foi divulgado pelo Serviço de Cultura e Extensão da Escola de Enfermagem da USP e devido a esses critérios de

^e O conceito de competência é aqui utilizado como uma “capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação”^(11:15). Além disso, uma competência equivale a evocar três elementos complementares: “os tipos de situações das quais dá um certo domínio; os recursos que mobiliza, os conhecimentos teóricos ou metodológicos, as atitudes, o *savoir-faire* e as competências mais específicas, os esquemas motores, os esquemas de percepção, de avaliação, de antecipação e de decisão; e a natureza dos esquemas de pensamento que permitem a solicitação, a mobilização e a orquestração dos recursos pertinentes em situação complexa e em tempo real”^(11:16).

inclusão, onze pessoas o iniciaram e sete o concluíram, sendo somente analisados os dados desses últimos.

No início do curso, buscou-se identificar qual o modelo de abordagem que os participantes possuíam previamente. Constatou-se que eles possuíam conceitos advindos do modelo biomédico e era nele que se amparavam para prestar assistência no domicílio.

Procurou-se, então, difundir os novos conceitos do modelo psicossocial, assim como instrumentalizar o grupo a aplicá-los. Para isso, foram utilizadas diferentes estratégias, tais como: dinâmicas para promover interação do grupo; aulas discursivas; dramatização de situações vivenciadas no domicílio, discutidas e analisadas à luz da abordagem psicossocial; treinamento de abordagem empática e de aplicação de instrumentos para identificação da dinâmica familiar e para a abordagem ao indivíduo e à família na assistência domiciliar. Este último instrumento foi construído pelas autoras e aplicado pelas participantes do curso em pessoas que recebiam a AD e em suas respectivas famílias, que concordaram em responder e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Uma vez estruturado o curso e definido o conjunto de conceitos, estratégias e referências teóricas para embasá-lo, buscou-se definir o trajeto metodológico para analisá-lo cientificamente. Para este fim, optou-se por utilizar a metodologia qualitativa, uma vez que esta se presta satisfatoriamente a apreender conteúdos cognitivos e representacionais, entre os quais as modificações de conceitos fundamentados em determinada corrente de pensamento. Para isso, foi solicitado às participantes no primeiro dia do curso que registrassem individualmente uma experiência marcante vivenciada por elas na relação com o paciente e a família. No último dia, foi novamente solicitado que revissem a mesma situação registrada no primeiro dia à luz do referencial da abordagem psicossocial. Com essa estratégia buscava-se identificar a existência ou não da aprendizagem dos conteúdos trabalhados no decorrer do referido curso.

Considerava-se, também, ao propor essa atividade como parte da programação que os conteúdos do curso poderiam promover mobilizações nas participantes, expressas por formas di-

ferenciadas de analisar uma mesma situação, previamente referida como marcante, modificando, ainda que hipoteticamente, percepções, apreciações e possibilidades de ação ao reconsiderar a cena no final do curso.

Havia, ainda, expectativas quanto à essência dessas situações, no sentido de compreender a interdependência dos pensamentos clínico e psicossocial na avaliação da representação das ações, considerando a pessoa doente e o seu contexto.

Sendo assim, são mostradas a seguir as situações apresentadas pelas participantes no início e ao término do curso de capacitação.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Houve efetivamente a participação de sete pessoas no curso e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as participantes eram do sexo feminino, com idade que variou de 25 a 36 anos, com tempo de formada de seis meses a dez anos, com maior prevalência da faixa de três a seis anos. Cinco eram enfermeiras, uma era psicóloga e uma era enfermeira e também psicóloga.

A trajetória profissional dessas participantes evidenciou uma confluência de experiências que têm o hospital como referência, porém com atuações em outras áreas, como ensino, saúde pública, cooperativas e empresas de assistência domiciliar. Eram profissionais que buscavam investir na sua própria formação, por meio de cursos de pós-graduação ou da participação em eventos técnico-científicos.

As situações reapresentadas traziam experiências clínicas complexas, tanto no aspecto fisiopatológico, quanto, principalmente, no aspecto relacional, por estarem imersas numa trama de interação (indivíduo e família) inacessível para o profissional. Não foram problemas fisiopatológicos as principais dificuldades vivenciadas pelas profissionais, mas sim a inconsistência teórica na sustentação da ação na perspectiva psicossocial, o que será apresentado a seguir.

Cabe ressaltar que foi excluída uma situação registrada por uma participante porque essa não foi re-visitada no final do curso, mas sim apresentada uma nova. A situação do primeiro dia

do curso tinha como foco principal a projeção pessoal da profissional na experiência de viver a morte do paciente e o luto do outro, uma vez que se envolveu com a família em função de ter perdido um irmão com a mesma idade. A que foi apresentada no último dia do curso, consistia na dificuldade de relacionamento dos profissionais da AD com a mãe de uma criança vítima de sofrimento fetal. A mãe se mostrava irritada pela alta rotatividade de profissionais. No entanto, no relato da participante, verificou-se que houve uma ampliação da abordagem (mobilizada pelo curso), já que a profissional utilizou estratégias para estabelecer vínculo e confiança, de modo que a relação dialógica foi a condição encontrada para que a mãe pudesse, no tempo devido, expressar seus medos, suas angústias, seus descontentamentos para com a atuação profissional e, assim, aprendeu a confiar, envolveu-se e tornou-se atuante.

Outra participante também apresentou duas situações diferentes (situação três, descrita abaixo), porém foram mantidas porque se tratavam de experiências comuns: o sujeito era criança, as mães tinham a mesma idade e a profissional modificou o sentido e o investimento da sua ação profissional, uma vez que se mostrou mais disponível à relação.

Assim, as situações marcantes, eleitas pelas participantes do curso e vivenciadas na AD, com foco na relação com o indivíduo e com a família, registradas no início e re-visitadas ao término do curso foram sintetizadas e mostradas nos quadros abaixo. Os depoimentos de algumas participantes (P) estão codificados em ordem numérica, conforme a ordem de citação das situações.

O Quadro 1, a seguir, demonstra a Situação Um.

<p>Descrição da situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - paciente com esclerose lateral múltipla, ventilação mecânica, gastrostomia, traqueostomia, dependência total de cuidados.
<p>Papel do indivíduo doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no início: redigiu texto no começo da doença, expressando a não concordância com as intervenções. O que queria era ver a neta crescendo e entrando no quarto com os olhos brilhando; - ao término: não expresso.
<p>Papel do familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no início: buscava perpetuar a pessoa, queria realizar clonagem no Reino Unido; - ao término: seria questionado pelo profissional.
<p>Papel profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no início: não sabia a quem atender, era espectador. Suas indagações foram: 1) há muitas variáveis nos conflitos entre familiares e doentes como o excesso de zelo, de proteção e a tomada de atitudes contrárias à vontade dos pacientes; 2) como profissionais agimos com tanta segurança e nem ao menos observamos se o paciente aceita algumas condutas; - ao término: questionar a família quanto aos seguintes pontos: será que é melhor para ela nesse momento? Será essa intervenção um desejo para a sua vida? Existiria uma forma da paciente se sentir mais viva? O que poderia ser feito além da clonagem? Não existem formas mais simplificadas para melhorar a qualidade de vida da paciente? O que poderia fazer de mais concreto e mais palpável para o bem-estar dela perto de vocês?

Quadro 1 – Identificação da Situação Um.

Verificou-se que o foco da ação profissional ficou centrado na decisão da família e não no problema principal. Houve dificuldades quanto à noção do papel, à expressão de limites e ao direcionamento do foco do investimento.

Observou-se que o Problema Principal dessa situação se relacionava à condição humana e os conflitos, especialmente no que se refere à dificuldade em lidar com a morte de um membro da família.

O Quadro 2, a seguir, demonstra a Situação Dois.

Descrição da situação: - criança de doze anos que fazia freqüentes consultas em Posto de Saúde por sentir dores no corpo. Tinha dificuldade de aprendizagem escolar.
Papel do indivíduo doente: - no início: buscava ajuda profissional; - ao término: não expresso.
Papel do familiar: - no início: enfrentando problemas difíceis. Mãe teve dois “derrames”, pai alcoólatra, irmão mais velho era aditivo e tinha problemas de relacionamento com o paciente; - ao término: não expresso.
Papel profissional: - no início: médico encaminhou para psicóloga (participante do curso). Esta, após reunião com a equipe, visitou o domicílio e constatou “ <i>as dores do mundo – dores sociais</i> ” (P2), conforme seu depoimento, conheceu a dinâmica familiar que interferia no processo psíquico do paciente e na sua saúde. Nos atendimentos domiciliares, conseguiu boa integração com a família e a trouxe para a Unidade de Saúde para cuidar da sua saúde. Nesta situação, a profissional ampliou o diagnóstico, promoveu o vínculo e propôs intervenção; - ao término: revendo a cena, a participante viu que as pessoas da equipe de saúde atuavam como se fossem as personagens principais. Acreditava que na época tinham o olhar focado na família, conseguiram resultados favoráveis, porém era uma equipe de trabalho e não um grupo*, não tinha empatia.

Quadro 2 – Identificação da Situação Dois.

* O conceito de grupo foi trabalhado com as participantes do curso. Os grupos têm as seguintes características: sustentam-se na noção de conjunto; visam à aprendizagem, comunicação e resolução de tarefas; os esquemas referenciais se modificam por meio de aprendizagem e comunicação; mantêm-se por meio de circulação de afetos, portanto são dinâmicos. Equipe por sua vez, diz respeito ao conjunto de profissionais que desenvolvem suas ações, conforme sua formação específica, para prestar o cuidado da parte afetada, visando, por meio dela, a recuperação do corpo doente.

O Problema Principal identificado nessa situação estava relacionado à existência de uma família disfuncional, induzindo ao adoecimento de um de seus membros. No grupo familiar disfuncional,

os sintomas apresentados por um membro podem estar camuflando o comportamento desadaptado de outro. Existe uma atmosfera de restringir os *feedbacks*, em que as percepções dos membros da família são negadas, distorcidas ou desqualificadas. A comunicação é geralmente confusa e as mensagens carecem de direcionalidade, clareza e congruência^(14:20).

As famílias funcionais, por sua vez,

empregam efetivamente seus recursos para solucionar os problemas do grupo familiar, ao mesmo tempo em que se preocupam com as necessidades emocionais de cada membro^(14:20).

O que se verificou na situação descrita foi a dificuldade da criança em lidar com os problemas existentes na família, porém esta buscou ajuda e a profissional soube identificar tais problemas e cuidar da família.

O Quadro 3, a seguir, demonstra a Situação Três.

Descrição das situações: 1) criança de um ano, síndrome hipertônica, traqueostomia, gastrostomia, retardo no desenvolvimento psicomotor; 2) criança de um ano, síndrome hipertônica a esclarecer, gastrostomia, traqueostomia, retardo no desenvolvimento psicomotor.
--

Continua...

Continuação ...

Papel do indivíduo doente:

- no início: de doente. Por ser criança (um ano), era vulnerável.
- ao término: de doente. Por ser criança (um ano), era vulnerável.

Papel do familiar:

- no início: mãe com vinte e três anos que dificultava o cuidado profissional. Tinha medo da possibilidade de sua irmã (era pediatra, residia no mesmo prédio e foi eleita a cuidadora), ficar sem ajudá-la;
- ao término: mãe com vinte e três anos, morava com a avó e os dois tios. Pai da criança era vizinho e estava sempre presente. Mãe terminou noivado quando estava grávida. Existia um sobrado na mesma rua construído para o casal morar após casamento. Mãe não aceitava ajuda familiar e profissional. Mesmo com enfermagem presente doze horas por dia, permanecia o tempo todo junto à criança.

Papel profissional:

- no início: enfermeira treinou vários profissionais;
- ao término: com a piora da criança, que foi internada, a enfermeira conseguiu encontrar a brecha para conversar com a mãe e esta expôs seus medos, suas angústias e suas preocupações. Começou a confiar. A profissional conseguiu decodificar a relação, analisou conjuntamente, estabeleceu vínculo e confiança. Esta reconheceu que a experiência foi boa, porém ainda era difícil definir papéis. Para a profissional, *“o caso era complexo, mas o curso propôs instrumentos para melhor condução e melhoria na assistência ao paciente e familiar”* (P3).

Quadro 3 – Identificação da Situação Três.

Com essa situação, ficou evidenciado que o Problema Principal que deveria ser abordado pela participante consistia na insegurança da mãe

que interferia na ação profissional.

O Quadro 4, a seguir, demonstra a Situação Quatro.

Descrição das situações:

- três pacientes portadores de úlceras vasculares já há três, doze e vinte e um anos, respectivamente, atendidos no domicílio (Programa Saúde em Casa em Brasília).

Papel do indivíduo doente:

- no início: sobrevivendo às adversidades;
- ao término: não expresso.

Papel do familiar:

- no início: esposa idosa (doze anos de lesão, odor fétido), não trabalhava, dormia em um canto da cozinha. Esposa cuidava de onze crianças (sendo quatro filhos e outras sete pelas quais era remunerada). Condições sociais: crianças descalças, com pediculose e problemas dermatológicos; piso de terra batida; a comida das crianças “cuidadas” era dividida com os filhos. Esposa ficava irritada e sobrecarregada;
- ao término: não expresso.

Papel profissional:

- no início: fizeram diagnóstico da situação da família. Propuseram intervenção clínica e psicossocial, participação da família. Promoveram vínculo. Obtiveram os seguintes resultados: redução da ferida e do odor; família buscou apoio na comunidade; foi colocado piso lavável; as crianças estavam calçadas e limpas; a alimentação e as roupas foram individualizadas; as filhas auxiliavam a mãe;
- ao término: ao rever a cena, a participante conseguiu distinguir os pontos fundamentais para a continuidade da assistência: o planejamento das ações conforme demanda; a avaliação do contexto do indivíduo e da família; o vínculo com o paciente e a família possibilitando ações de saúde em conjunto; o curativo não foi o foco principal do atendimento, caso contrário não se obteria sucesso e adesão ao tratamento.

Quadro 4 – Identificação da Situação Quatro.

Uma enfermeira que fez o curso deu o seguinte depoimento:

Saber respeitar as dificuldades da família, seus momentos de necessária privacidade, suas carências de informação, suas dificuldades de comunicação e de relacionamento, sem, contudo, interferir ou ditar as novas regras, impor a forma de atuação e comportamento (P4).

Acrescentou também que a atuação da equipe enquanto grupo, a pouca rotatividade de pes-

soal, o encontro diário e reuniões semanais, somaram-se a esses pontos.

Essa situação teve o Foco Principal ampliado para o indivíduo e para a família/contexto para obtenção conjunta da melhor expressão de saúde, ou seja, a participante utilizava os princípios da abordagem psicossocial, que embasava a sua ação profissional.

O Problema Principal a ser considerado nessa situação consistia nos problemas sócio-econômicos que provocavam doenças, o que exigia ações para a promoção da saúde familiar.

O Quadro 5 demonstra a Situação Cinco.

Descrição da situação: - criança com bom prognóstico e apta para retirar a traqueostomia.
Papel do indivíduo doente: - no início: não expresso; - ao término: não expresso.
Papel do familiar: - no início: mãe internou a criança por “crises de dispnéia”. Quando era agendada a retirada da traqueostomia no serviço de saúde, a mãe negava-se a participar de reunião com profissionais; - ao término: não expresso.
Papel profissional: - no início: era de espectador. Reconhecia que, para a mãe, filho saudável representava o divórcio. Informou que, pela avaliação do psicólogo, se a criança ficasse saudável, a mãe perderia o papel de cuidadora e não teria motivos para manter o pai comprometido com a família; - ao término: questionar a mãe: como enxergava a doença do filho, o que significava a dependência da criança na dinâmica conjugal e familiar. Buscava compreender quem era a mãe e definir o papel da AD nesse contexto familiar, que representava estabelecer os limites e implementar o contrato terapêutico*. Além disso, mencionou que deveria avaliar o ambiente e as condições de convívio familiar; identificou como expressavam os sentimentos e como se dava a comunicação entre os indivíduos.

Quadro 5 – Identificação da Situação Cinco.

* O conceito de contrato terapêutico foi apresentado no curso de capacitação. Constitui-se elemento de suma importância no modelo psicossocial de abordagem ao indivíduo e à família, e 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.

Identificou-se como Problema Principal dessa situação a manipulação da criança e a tentati-

va de obstruir o processo natural de vida do outro. O Quadro 6 demonstra a situação Seis.

Descrição da situação (eleita uma nova): - quarenta e oito anos, homossexual assumida, morava há vinte anos com uma pessoa. Havia sete anos que desenvolveu esclerose múltipla, rebaixamento do nível cognitivo e plegia de membros inferiores, o que levou a uma grande dependência emocional da companheira.
Papel do indivíduo doente: - no início: era uma pessoa muito rica e criou a fantasia de que todos se aproximavam dela por interesse financeiro, o que era reforçado pela companheira. Reagiu ao elevado número de profissionais “invadindo” sua casa; - ao término: não expresso.

Continua...

Continuação ...

Papel do familiar:

- no início: contratou equipe multiprofissional para atuar, pois a companheira a tratava com terapias alternativas, acarretando piora clínica. Com a desarticulação da equipe, a companheira reassumiu o domínio sobre a paciente e estas mudaram-se para uma cidade próxima. A profissional durante a realização do curso de capacitação adotou nova estratégia de intervenção, definindo os papéis das pessoas envolvidas (profissionais, familiares, paciente e companheira), que foram aceitas pela paciente e pela companheira;
- ao término: não expresso.

Papel Profissional:

- no início: não expresso;
- ao término: estabeleceram regularidade no atendimento dos diferentes profissionais, além de contar com enfermagem vinte e quatro horas por dia. Equipe fez nova redefinição de papéis, sendo feito um contrato escrito. Foi permitida novamente a visita dos familiares. A equipe teve consciência da necessidade de reavaliação da assistência para atingir a melhor saúde possível.

Quadro 6 – Identificação da Situação Seis.

Nesta situação, ficou explicitado que o Problema Principal a ser considerado pelos profissionais consistia na manipulação do doente por jogos, interesses e conflitos familiares.

Analisando-se essas seis situações vivenciadas pelas participantes do curso de capacitação, verificou-se que elas tinham em comum: 1) um doente limitado, considerando o espaço por ele ocupado, os cuidados a ele prestados, as possibilidades de superação a ele oferecidas, o desrespeito pela sua condição de ser, camuflado pelo excesso de preocupações; 2) uma família que pouco se percebe em razão de suas expressões de disfunção, sendo dotada, porém, de um duplo poder: controlar o tratamento do seu doente, adequando-o ao seu desejo, e conformar a ação profissional, atribuindo a ela um papel co-adjuvante e às vezes distorcido no tempo e nas ações por ela percebida como adequadas. Essa dinâmica viria mediada por sofrimento psíquico representado por atitudes exacerbadas, referência de medo, choro, desespero, desânimo, desgaste; 3) uma ação profissional representada por investimentos clínicos à margem das dinâmicas vivenciadas pelas pessoas e famílias, dissociada das demandas efetivas, tentando garantir a inserção num contexto arredo, restrita à tentativa de manter o serviço, apesar das barreiras. Cabe salientar que foram apresentadas duas situações, cujas ações profissionais estavam mais bem organizadas no sentido de que, uma vez compreendidos os dilemas sociais, os profissionais buscaram soluções para além do domicílio, valendo-se de recursos comunitários na tentativa de relativizar os problemas psicossociais.

Assim, os conteúdos representados prenunciavam experiências marcantes, evidenciando dilemas inscritos na configuração de uma competência psicossocial ainda não desenvolvida, incluindo: a questão da relação humana e os seus conflitos; a dificuldade em re-alinhar ações, considerando a situação de lidar com o processo de morte e as respostas pessoais a essa condição, a dificuldade em vivenciar experiências mediadas por perdas, pelo luto, em que se constituem as tramas de sentidos que sustentam as dinâmicas familiares; o direcionamento externo sobrepujando a capacidade profissional de negociação; os mecanismos utilizados pelas pessoas nas suas interações, com ênfase na co-dependência e na manipulação; enfim, na complexidade do agir adequado e contextualizado.

O domicílio “é um local único a oferecer o modo como as pessoas enfrentam a situação de doença em seu meio familiar e como elas utilizam os recursos [de] que dispõem”^(15:77). Salientam-se, ainda, aspectos relacionados à mudança na rotina familiar, à questão financeira, ao compromisso laboral, ao estresse e às alterações físicas e emocionais no cuidador. Sendo assim, existe a necessidade de se observar e cuidar da pessoa e da família “de uma maneira humana, relacional e interpessoal, ao invés de se ater, apenas, aos aspectos técnicos e científicos do cuidado”^(15:86).

Retomando os referenciais da abordagem psicossocial, é possível identificar no papel vivenciado pelas profissionais no domicílio, na maioria situações descritas, uma dissociação entre o referencial teórico e as ações práticas. Esquemas de pensamento clínico seriam condições necessá-

rias, porém não suficientes para ancorar a prática domiciliar. Quando colocadas à prova, esses sistemas se esvaíram, perderam o sentido. A incompatibilidade entre os referenciais clínicos, na perspectiva biológica, e as demandas por uma abordagem ampliada, integralizada, teria gerado ações aqui representadas como inadequadas, insuficientes, cabendo considerar que a não utilização da abordagem psicossocial pode: comprometer a ação clínica; fragilizar a compreensão do primordial (restringir-se à aparência dos eventos); induzir a investimentos profissionais inadequados, inoperantes (atuar no periférico); induzir ações prescritas por imitação; comprometer os resultados, considerando todos os envolvidos no processo.

Nesse sentido, é plausível considerar que essa prática possa conviver com um sentimento de limite, de insatisfação e de sofrimento psíquico significativos, manifestos nos depoimentos das participantes, motivando-as para novas aquisições como a realização do curso de capacitação.

Ao término do curso, quando solicitadas a reconsiderar a situação inicial, expressaram construções ideativas, aptas a prenunciar um processo de mobilização de conceitos em andamento, com ênfase: 1) na compreensão ampliada da dinâmica familiar, incluindo uma avaliação mais consistente dos mecanismos utilizados pelas pessoas na relação interpessoal; 2) na reavaliação das expressões de zelo e carinho no sentido de reconsiderar o significado desse controle; 3) na reconsideração dos problemas clínicos, reapresentados numa complexidade menos distorcida; 4) na tentativa de elaborar o julgamento psicossocial^f, buscando dar conta de aspectos mais essenciais dos dilemas referidos; 5) na dificuldade ainda presente em inter-relacionar a avaliação, o julgamento e a proposição de ações na perspectiva clínica e psicossocial; 6) na dificuldade de considerar o contrato terapêutico como expressão síntese dessa construção. Houve avanços referidos no seu uso como mediador de relações, no sentido de evidenciar limites e responsabilidades.

^f Saber identificar as demandas do indivíduo e da família, nos aspectos psicossociais, é o primeiro passo para promover o julgamento psicossocial, ou seja, saber ressignificar as demandas e tomar decisão sobre os problemas passíveis de intervenções profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As situações apresentadas reforçam a afirmação de que os problemas principais constituem-se nos problemas mais difíceis de serem trabalhados na assistência domiciliar, sendo o profissional incompetente para uma abordagem mais integral e por isso mais resolutive. As profissionais demonstraram ter dificuldade em lidar com tais problemas, ficando, assim, sem instrumentos que lhes permitissem identificar de fato qual o problema essencial, o que as fez direcionar sua prática voltada à ação técnica e procedimental, dos aspectos fisiopatológicos. Isso possivelmente induz ao aparecimento de sentimentos muito intensos e de sofrimento para os profissionais por se sentirem impotentes, paralisados, perdidos, frustrados, insatisfeitos.

Há necessidade, portanto, de maior e melhor preparo dos profissionais que atuam na AD para identificar as demandas e saber propor intervenções conjuntamente acordadas entre esses e o indivíduo e família, considerando as especificidades e as singularidades do contexto e das famílias, assim como os seus signos, as suas culturas e as dinâmicas familiares. A abordagem psicossocial mostra ser uma estratégia a ser considerada tanto para as instituições formadoras de profissionais de saúde, quanto para as empresas de AD e para as cooperativas de saúde, em grande parte responsáveis pelo fornecimento de recursos humanos para atuar na assistência domiciliar⁽¹⁾. Assim, poderá ser dada uma nova dimensão de cuidar no domicílio, o que possibilitará uma ação mais resolutive e com menor sofrimento para os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Cunha ICKO. Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991. 147 f.
- 2 Püschel VAA. Panorama da assistência domiciliar no município de São Paulo: caracterização dos serviços e da dinâmica de trabalho [relatório de Pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002. 113 f.
- 3 Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a

- assistência domiciliar [tese de Doutorado de Enfermagem na Saúde do Adulto]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 203 f.
- 4 Centurião C. Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul [dissertação de Mestrado em Educação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1997. 156 f.
- 5 Seabra TMR. A dimensão psicossocial do cuidar na enfermagem: a expressão representacional dessa prática. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999. 100 f.
- 6 Ide CAC. Plano regional de desenvolvimento de estratégias psicossociais para a promoção à saúde do adulto em situações de risco. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001. 24 f.
- 7 Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. Revista Brasileira de Enfermagem 2005;58(4):466-70.
- 8 Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do psicólogo; 2000.
- 9 Arendt H. A dignidade da política: ensaios e conferências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
- 10 Castiel LD. A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 11 Perrenoud P. 10 novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- 12 Rodrigues FPC. A consulta de enfermagem centrada na promoção à saúde do adulto portador de diabetes mellitus: uma abordagem psicossocial [dissertação de Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 164 f.
- 13 Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento de empatia com universitários [tese de Doutorado em Psicologia]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1998. 186 f.
- 14 Feres-Carneiro T. Família: diagnóstico e terapia. Petrópolis: Vozes; 1996.
- 15 Lacerda MR, Oliniski SR. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(1):76-87.

Endereço da autora/Author's address:
Vilanice Alves de Araújo Püschel
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419
Cerqueira César
05.403-000, São Paulo, SP
E-mail: vilanice@usp.br

Recebido em: 04/01/2006
Aprovado em: 20/03/2006