



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Alves de Araújo Püschel, Vilanice; Costardi Ide, Cilene Aparecida; Corrêa Chaves, Eliane
Competências psicossociais para a assistência domiciliar
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 4, julio-agosto, 2005, pp. 466-470
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019627017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Competências psicossociais para a assistência domiciliar

Psychosocial competence to home care

Competencias psicosociales para la asistencia domiciliaria

Vilanice Alves de Araújo Püschel

Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Cilene Aparecida Costardi Ide

Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Eliane Corrêa Chaves

Enfermeira. Professor titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Este artigo constitui-se num dos capítulos da tese de doutorado de Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo; 2003.

RESUMO

A assistência domiciliar é uma realidade no nosso país. O profissional que atua nessa área se insere no contexto do indivíduo e da família, o que leva à necessidade de desenvolver competências ampliadas para além das clínicas. Este trabalho tem como objetivo apresentar as competências psicossociais dos profissionais que prestam assistência no domicílio. São apresentadas as competências gerais e específicas assim como as necessárias para a proposição de intervenções psicossociais. Como desafio profissional existe a necessidade de conhecer as bases conceituais do modelo psicossocial e buscar a capacitação, nesse modelo, para lidar com as diferentes situações que ocorrem no contexto domiciliar.

Descritores: Enfermagem familiar; Competência profissional; Serviços hospitalares de assistência domiciliar.

ABSTRACT

Home care is a reality in Brazil. The professionals introduce in the context of the person and the family which demands the need to develop new competencies. The objective of this paper is to demonstrate psychosocial competence to the professionals who works in home care. The general and specific professional competencies in home care are showed in order to prepare them to make psychosocial interventions. The professionals challenge is to know the conceptual bases of the psychosocial model and to train on it to work with the different situations that occur in home context.

Descriptors: Family nursing; Professional competence; Home Care Services, Hospital-Based.

RESUMEN

La asistencia domiciliar es una realidad en nuestro país. El profesional en esta práctica se introduce en el contexto del individuo y de la familia, lo que conlleva la necesidad de desarrollar competencias ampliadas, más allá de las clínicas. Este artículo tiene como objetivo presentar las competencias psicosociales del profesional que presta asistencia en el domicilio. Se presentan las competencias generales y relacionales así como las necesarias para proponer intervenciones psicosociales. Como desafío profesional es preciso conocer las bases conceptuales del modelo psicossocial y buscar capacitación, en ese modelo, para lidiar con las diferentes situaciones que suceden en el contexto domiciliario.

Descriptores: Enfermería de la familia; Contencia profesional; Servicio de atención a domicilio, provisto por el hospital.

Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):466-70.

1. INTRODUÇÃO

Prestar assistência no domicílio é uma realidade no nosso país⁽¹⁾. A assistência domiciliar (AD) é um atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que acontece em cenários e contextos peculiares, que se configura enquanto elemento e produto de dinâmicas familiares e que pressupõe competências ampliadas para uma intervenção clínica e psicossocial, conforme demandas próprias, de modo a resgatar e a promover a saúde e a potência de vida, dentro das melhores expressões possíveis.

Em uma pesquisa sobre a AD realizada em 2002⁽¹⁻³⁾ verificou-se que 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 procedimental, o que aparentemente limita 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.

Nesse sentido, o desafio de propor perspectivas para a prática domiciliar abre nossas mentes para novas dimensões. Isso porque nos mostra que chegamos ao limite de um sistema teórico-metodológico e que, se mantivermos seus referenciais, não conseguiremos superá-lo, perpetuando, assim, uma transposição inadequada de clínica⁽⁴⁾.

Cabe, portanto, o investimento em construções de sentido que mantenham um questionamento sistemático sobre a AD, além de propor sistemas que permitam ancorar a atuação, a reação e a interação das pessoas envolvidas na sua contínua produção e reprodução.

Os pressupostos do modelo clínico transposto para a AD vêm acompanhando o desenvolvimento da clínica. Estes têm sido tratados pelo menos desde o século XIX⁵, embora venham 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.

Como a noção de especificidade da prática domiciliar pressupõe a necessidade de analisarmos 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, porém ampliando a dimensão de atenção ao indivíduo e à família, no contexto domiciliar, considerando a abordagem psicossocial.

No modelo clínico ou modelo biomédico definido por Capra, 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⁽⁵⁾.

Para Seabra⁽⁶⁾, 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.

Propor um modelo psicossocial^{1b} para a assistência domiciliar pressupõe acreditar que "o ser humano tende a ser concebido como imerso em uma teia de significados que ele mesmo constrói no intercâmbio social"⁽⁷⁾ e que "os significados das ações de um indivíduo não podem ser controlados pela própria ação à medida que dependem também do contexto das ações dos outros"⁽⁷⁾. Além disso, crê-se 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⁽⁸⁾.

O modelo psicossocial consiste em considerar a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto amplia o sentido de saúde como uma experiência subjetiva que, conforme Capra⁽⁹⁾, "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. 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".

As características dos modelos clínico e psicossocial são sintetizadas no quadro 1 (página seguinte) e mostradas didaticamente separadas, embora estes modelos sejam indissociáveis⁶.

Considerando que o profissional na prática domiciliar se insere no contexto do indivíduo e da família, há necessidade de desenvolver competências ampliadas, para além das clínicas, que já são de seu domínio. Um dos objetivos da tese de Püschel⁽⁴⁾ consistiu em propor referenciais teóricos para um modelo de atenção voltado para a assistência domiciliar, considerando a abordagem psicossocial. Nesse sentido, tendo como objeto de estudo o desenvolvimento de competências psicossociais para a AD, que se baseiam nos referenciais do modelo psicossocial, que permite, portanto, ampliar o olhar sobre a dinâmica do indivíduo e da família, utilizando-se da relação empática e da construção de vínculos como condição que possibilita a participação conjunta na escolha dos problemas a serem trabalhados para a melhor recuperação possível, é que se busca, nesse artigo, apresentar as competências psicossociais do profissional que presta assistência no domicílio.

2 COMPETÊNCIAS PSICOSSOCIAIS PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A competência a ser construída pelos profissionais que atuam no domicílio tem por base a definição dada por Perrenoud⁽⁹⁾ como uma "capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações". Segundo tal autor, essa definição insiste em quatro aspectos: 1) As competências não são elas mesmas saberes, *savoir-faire* ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos; 2) Essa mobilização só é pertinente *em situação*, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras, já encontradas. 3) O exercício da competência passa por operações mentais complexas, subentendidas por *esquemas de pensamento*; 4) As competências profissionais constroem-se, em formação, mas também ao sabor da *navegação* diária de um professor, de uma situação de trabalho à outra⁽⁹⁾.

Além disso, menciona também que uma competência equivale a

⁴ Segundo Capra⁽⁹⁾ "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". 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".

^{1b} 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". McKenna H. *Nursing theories and models*. New York (EUA): Routledge; 2000.

Para Santaella, por sua vez, "o modelo nos fornece assim uma moldura dentro da qual consideramos um problema, ele também aponta para lacunas não aparentes em nosso conhecimento de algo, sugerindo áreas em que a pesquisa é requisitada". Santaella cita Fishe, 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". Santaella L. *Comunicação e pesquisa*. São Paulo (SP): Hacker Editores; 2001.

⁶ Na minha tese de doutorado⁽⁴⁾, há um capítulo específico onde são apresentadas as bases conceituais dos modelos clínico e psicossocial, especificando 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. Todas as suas respectivas características são, portanto, indicadoras do novo sentido e da nova abordagem no cenário domiciliar.

| <i>Modelo Características</i> | <i>Modelo clínico</i> | <i>Modelo psicossocial</i> |
|--------------------------------------|---|---|
| Objeto Intervenção Finalidade | -Corpo fisiopatológico -Na norma, no desvio -Adequar resposta | -Ser multidimensional -Junto à pessoa e ao grupo -Melhor resposta possível |
| Cenário | -Sistema de saúde | -Contexto (Domiciliar) |
| Relações | -Hipervalorização do profissional -Em equipe | -Grupos em interação -Indivíduo como protagonista -Família |
| Instrumentos | -Anamnese física -Padrões técnicos -Resultados medidos -Procedimentos padronizados/ protocolos | -Anamnese integral -Expressões pessoais para a melhor resposta possível -Procedimentos personalizados |
| Abordagem | -Prescritiva -Unidirecional -Entrevista dirigida e Exame Físico buscando o desvio -Intervenção profissional visando à funcionalidade | -Consensual -Compartilhada -Baseada na empatia e vínculo -Busca a melhor resposta possível |
| Valores | -Controle institucional -Comunicação concreta -Profissional é o que fala | -Contrato terapêutico -Comunicação simbólica -Profissional discute, ouve e observa |
| Sustentação | -Resolutividade econômica e gerencial | -Vazio já evidente nos conceitos, nas ações, na formação, no suporte estrutural -Na irresolutividade do modelo hegemônico -No despertar de uma nova consciência |
| Limites | -Limitação do modelo -Custo e a supremacia da tecnologia -Estrutura organizacional próxima da saturação | -Condição experimental -Custo -Estrutura organizacional -Mudança de papéis -Dificuldade de validação do referencial teórico |
| Perspectiva | -Novos avanços científicos nas ciências biológicas | -Validação |

Quadro 1. Síntese das principais diferenças entre o Modelo Clínico e o Modelo Psicossocial.

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 ⁽⁹⁾.

As competências a serem desenvolvidas para a AD estão relacionadas à aprendizagem de conceitos, de procedimentos e de atitudes. Para a **aprendizagem de conceitos**, Zaballa menciona que trata-se de atividades complexas que provocam um verdadeiro processo de *elaboração e construção* pessoal do conceito. Atividades experimentais que favoreçam que os novos conteúdos de aprendizagem se relacionem substantivamente com os conhecimentos prévios; atividades que promovam uma forte atividade mental que favoreça estas relações; atividades que outorguem significado e funcionalidade aos novos conceitos e princípios; atividades que supunham um desafio ajustado às possibilidades reais etc. Trata-se sempre de atividades que favoreçam a compreensão do conceito a fim de utilizá-lo para a interpretação ou o conhecimento de situações, ou para a construção de outras idéias ⁽¹⁰⁾.

Os aprendizagem de **conteúdos procedimentais** "referem-se a uma atuação, de característica ordenada e que se destina à consecução de uma meta" ^(11:77). Trabalhar os procedimentos significa revelar a capacidade, no profissional, de saber fazer, de saber agir de maneira eficaz ⁽¹¹⁾.

A aprendizagem de **conteúdos atitudinais**, por sua vez, supõe um conhecimento e uma reflexão sobre os possíveis modelos, uma análise e uma avaliação das normas, uma apropriação e elaboração do

conteúdo, que implica a análise dos fatores positivos e negativos, uma tomada de posição, um envolvimento afetivo e uma revisão e avaliação da própria atuação ⁽¹⁰⁾.

Atuar no domicílio exige conhecimento (clínico e psicossocial), habilidades para compreender o contexto e saber agir eficazmente às situações que surgem no âmbito do domicílio que é particular a cada pessoa doente e família e que, portanto, não são passíveis de generalizações. Além de exigir atitudes profissionais compatíveis para se obter as melhores respostas possíveis à intervenção proposta e conjuntamente acordada entre a pessoa doente, familiar (es) e profissional (ais). Conhecimento, habilidades e atitudes são aspectos importantes em todas as esferas de atuação profissional, sendo que na AD o componente cognitivo (conhecimentos e crenças), afetivo (sentimentos e preferências) e de conduta (ações manifestas e declarações de intenções) determinam, muitas vezes, o sucesso ou não do programa implementado no domicílio. Assim, são apresentadas, a seguir, as competências gerais e específicas assim como as necessárias para a proposição de intervenções psicossociais.

As **competências gerais** que devem ser desenvolvidas pelo profissional que atua na AD ⁽⁴⁾ são:

- Buscar sintonia com os referenciais que dão sustentação à abordagem psicossocial;
- Construir competências que são comuns a toda e qualquer empresa que presta a AD e específicas, o que é o diferencial de cada uma das empresas;
- Promover estratégias de articulação do processo de trabalho em grupo (representações, momentos e investimentos específicos, critérios e esquemas de avaliação da assistência e resultados alcançados);
- Realizar reuniões clínicas para atingir a equalização e a avaliação

das ações.

As **competências atitudinais/relacionais** que o profissional de AD deve desenvolver foram elaboradas baseando-se em Greco e King⁽¹²⁾ e são assim descritas:

- Assertividade, flexibilidade, respeito pelo direito de escolha do paciente, curiosidade e consciência de si próprio como ser humano são qualidades pessoais importantes;
 - Consideração de que o profissional é o hóspede e a pessoa doente/família fixa as regras;
 - Habilidade na entrevista para obter compreensão completa dos problemas, das possíveis soluções e dos recursos disponíveis;
 - Sensibilidade cultural, de modo a reconhecer a bagagem étnica e cultural da pessoa doente/família, para que possa obter uma participação mais efetiva do outro e com a melhor resposta possível à intervenção negociada;
 - Compreensão da própria bagagem cultural e dos seus próprios preconceitos, ou seja, um autoconhecimento para distanciar-se de uma posição crítica de forma a não atrapalhar o vínculo com o outro;
 - Flexibilidade no estabelecimento de limites. Esses limites são ligados a questões culturais. Por exemplo, se a hospitalidade estiver ligada a compartilhar a comida, o profissional deve reconhecer isso e uma recusa nesse ato pode representar uma afronta;
 - Adaptação dos cuidados às necessidades do indivíduo e seu *habitat*;
 - A avaliação do atendimento deve incluir questões de segurança para o indivíduo/família e para o profissional;
 - Pouco controle dos profissionais de AD sobre o ambiente. É essencial estabelecer a confiança na visita inicial de avaliação na casa da pessoa doente e de seus familiares;
 - A confiança torna-se parte vital do relacionamento entre o profissional e o indivíduo/família. Devem trabalhar juntos para resolver problemas e conquistar objetivos.
- No que se relaciona à confiança, Greco e King⁽¹²⁾ citando Wendt, especificam alguns métodos para estabelecer e construir a confiança junto a pacientes sob atendimento domiciliar:
- Cultivar a confiança no primeiro contato;
 - Estabelecer credibilidade com a pessoa doente e seus familiares;
 - Usar uma abordagem empática e isenta de críticas;
 - Preservar a privacidade da pessoa doente;
 - Esperar um comportamento de teste da pessoa doente e de seus familiares
 - Aprender a confiar na pessoa doente;
 - Perseverar com o relacionamento entre profissional e pessoa doente, demonstrando compromisso com tal pessoa, apesar de não adesão ao tratamento ou, por outro lado, resistência.

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 empático mais aceito e com auto-estima elevada⁽¹³⁾.

Além das competências gerais e relacionais, é de fundamental importância ampliar a **competência clínica e psicossocial** do profissional de modo a⁽⁴⁾: Fazer um julgamento clínico e psicossocial considerando o contexto; Estabelecer parceria (pessoa doente/família/equipe de saúde) nas condutas, através do **contrato terapêutico**;

Proporcionar a tomada de decisão; Estabelecer o sentido da evolução, considerando a ampliação do foco de viver, o delineamento das descompensações e a melhor resposta possível; Considerar a melhor resposta possível no que se relaciona ao autocuidado, à superação de visões deturpadas, à ampliação dos focos interativos e à ressignificação de laços e vínculos.

O **Contrato Terapêutico** constitui-se elemento de suma importância no modelo psicossocial de abordagem ao indivíduo e à família, 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.

Esse Contrato Terapêutico tem algumas etapas a serem cumpridas, quais sejam:

- Partir da avaliação clínica e psicossocial, assim como do julgamento (da própria pessoa e do profissional);
- Promover a conciliação de prioridades;
- Planejar conjuntamente, elegendo o foco, as ações, as estratégias, o tempo, os papéis, os critérios de avaliação (de ação e de resposta);
- Implementar as ações conjuntamente acordadas;
- Avaliar as ações e as respostas;
- Propor novas intervenções (se necessário).

Além disso, baseando-se em Helm⁽¹⁴⁾, são descritos alguns aspectos importantes que devem ser considerados pelos profissionais de AD ao se propor uma intervenção:

- A ênfase dada não somente à doença, mas aos pontos fortes tanto dos indivíduos quanto da família, assim como aos recursos disponíveis;
 - A colaboração dos familiares;
 - A definição do relacionamento entre aquele que busca ajuda e aquele que a oferece como uma parceria que pressupõe uma responsabilidade conjunta;
 - A oportunidade para que as famílias façam perguntas, expressem sentimentos;
 - A responsabilidade dos indivíduos por suas próprias ações dentro do sistema familiar;
 - A compreensão, a predição e a obtenção de algum controle dos fenômenos que estão sendo observados. Esses fatos observáveis são mais importantes que as razões para a ocorrência do comportamento problemático;
 - A tentativa de distinguir pensamento e sentimento nos membros da família, ou seja, o uso da expressão "Eu sinto que..." ao invés de "Eu penso que...". Considerar que a fusão entre pensamento e sentimento representa um fraco funcionamento familiar. É importante fazer a diferenciação entre o si mesmo e o "nós";
 - A consideração de que a triangulação é um processo emocional que ocorre quando há relacionamentos com dificuldades. Os triângulos estabilizam-se diante da manutenção do *status quo*, evitando tensão, conflito ou conversas sobre áreas emocionais sensíveis.
- Identificando esses aspectos, o profissional deve, então, intervir de modo a⁽¹⁴⁾:
- Identificar os ciclos viciosos de *feedback* positivo que mantém o triângulo em funcionamento;
 - Dar-se conta das triangulações cruciais em uma família e manter distância emocional suficiente para observar;
 - Encorajar a pessoa a identificar a situação e assumir seu papel. Quando um indivíduo assume o controle e muda seu papel em uma triangulação, todo o sistema muda;
 - Ficar atento para não fazer parte do triângulo. Se isso ocorrer,

sentirá pena, raiva, desejo de corrigir o comportamento;

- Considerar que não pode mudar os membros da família. A mudança só é possível quando é gerada dentro do próprio indivíduo;

- Estimular os membros a assumir a responsabilidade eles mesmos, não tentando mudar o outro;

- Estabelecer limites ou abrir limites extremamente rígidos.

A avaliação do profissional é fundamental pois fornece um diagnóstico da família, indicando a direção e os objetivos das intervenções terapêuticas. Desse modo, em síntese geral, o papel do profissional da saúde que atua na AD consiste em⁽⁴⁾:

- Implementar o Contrato Terapêutico;

- Coordenar a distribuição das tarefas a serem realizadas; colocar limites; definir papéis e responsabilidades dos profissionais, dos membros familiares e da própria pessoa que está recebendo a AD;

- Dar suporte, informações e orientações;

- Manter distanciamento;

- Promover expressão empática;

- Ampliar espaços de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem psicossocial passa a ser uma necessidade de todo o profissional que presta assistência no domicílio, de modo a apreender as expressões da pessoa e da família inserida no seu contexto de vida.

As competências e habilidades que os profissionais devem desenvolver ao atuar no domicílio, sejam as gerais, relacionais, clínicas e psicossociais, constituem-se na forma de ampliar o sentido do significado do cuidar que se dá em cada domicílio, para cada indivíduo e para cada família no seu contexto cultural, social, econômico, político. Sem desconsiderar o caráter estruturante e estruturado da prática, relativizando porém o seu poder, vale investir em processos de (re)significação, considerando o que menciona Smolka⁽¹⁵⁾: a significação,

como produção de signos e sentidos, é (resultante de) um trabalho coletivo *em aberto*, que implica, ao mesmo tempo, acordo mútuo, estabilização e diferença (inter-in-compreensão constitutiva). Há sempre algo possível/passível de ser comum, e há sempre heterogeneidade. As características do signo e da trama se (con)fundem. Nessa *trama* de relações, corpo e palavra são signos, que se destacam dentre outros. Mutuamente constitutivos, corpo e palavra significam (...) Pela produção do signo na relação com o outro, podemos compreender como as sensações e a sensibilidade se tornam significativas; como os movimentos se tornam gestos; como o corpo expressivo passa a significar a emergência da novidade – do signo como instrumento psicológico que se produz na relação – propiciada por determinadas condições materiais de produção afeta e transforma os organismos. Afetado e transformado pela sua própria produção, o organismo encontra-se redimensionado: não se reduz à esfera biológica, passa a funcionar na esfera do simbólico. O signo, produção humana, atua como elemento mediador (funciona entre, remete a), operador (faz com que seja), *conversor* (transforma) das relações sociais em funções mentais(...) O signo, como aquilo que se produziu e estabilizou nas relações interpessoais, age, repercute, reverbera nos sujeitos. (...) Constituindo uma especificidade do humano - viabiliza modos de interação e de operação mental-, possibilita ao homem não apenas indicar mas nomear, deslocar e referir pela linguagem; e pela linguagem, orientar, planejar, (inter)regular as ações; conhecer o mundo; conhecer (se); tornar-se sujeito; objetivar e construir a realidade⁽¹⁵⁾.

Na síntese geral, considera-se que desenvolver competências psicossociais não é tarefa fácil, especialmente porque, de modo geral, a formação dos profissionais que atuam no domicílio, sempre privilegiou as bases do modelo clínico, o que dificulta, muitas vezes, identificar e/ou intervir numa situação que requer uma abordagem ampliada. Há necessidade de conhecer as bases conceituais do modelo psicossocial e buscar capacitação para lidar com as diferentes situações que acontecem no contexto domiciliar. Eis, portanto, um novo desafio profissional.

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 (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
2. Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliária no município de São Paulo: a infra-estrutura e o modelo de assistência. In: 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002. out 28-31; Águas de Lindóia, São Paulo (SP). São Paulo (SP): EEUSP; 2002. p.126.
3. Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliária no município de São Paulo: a dinâmica de trabalho desenvolvida pelas equipes. 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002. out 28-31; Águas de Lindóia, São Paulo (SP). São Paulo (SP): EEUSP; 2002. p.127.
4. Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003.
5. Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1997. 447p.
6. Seabra TMR. A dimensão psicossocial do cuidar na enfermagem: a expressão representacional da práxis [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.
7. Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2000.
8. Najmanovich D. O sujeito encarnado: limites, devir e incompletude. Educ 1997; 5 (2): 309-28.
9. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.
10. Zaballa A. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.
11. Coll C, Juan IP, Sarabia B, Valls E. Os conteúdos na reforma: ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000.
12. Greco BG, King JK. Cuidado de enfermagem psiquiátrica domiciliar. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p.772-83.
13. Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento de empatia com universitários [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1998.
14. Helm PG. Intervenções familiares. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p.710-33.
15. Smolka ALB. Sentido e significação. Parte A- Sobre significação e sentido: uma contribuição à proposta de Rede de Significações. In: Rossetti-Ferreira MC, Amorim KS, Silva APS, Carvalho AMA, organizadoras. Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004. p.36-49.