

Aceito em: 28/02/2023

Para além dos muros das instituições: um olhar psicossocial acerca da atenção domiciliar no SUS

Beyond the walls of institutions: a psychosocial look at home care in the SUS

Más allá de los muros de las instituciones: una visión psicossocial sobre la atención casa en SUS

Janaina Sampaio Bomfim

Psicóloga, residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). E-mail: janainainasbomfim01@gmail.com. Telefone: (77)988816747. Este autor assume a responsabilidade por todos os aspectos da confiabilidade e liberdade de viés dos dados apresentados e sua interpretação discutida

Rosane Lopes Araújo Magalhães

Mestre em Psicologia da Saúde (USP), Professora assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Email: rlamagalhaes@uesc.br. Este autor assume a responsabilidade por todos os aspectos da confiabilidade e liberdade de viés dos dados apresentados e sua interpretação discutida Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil.

RESUMO

A Atenção Domiciliar reconfigura modos pensar o cuidado em saúde. Envolvendo a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em domicílio, ela é uma possibilidade de atendimento que ultrapassa a estrutura física de uma instituição. Necessita-se ampliar o debate sobre essa temática, pois, além de apresentar cada vez mais demandas e ser uma área que requer práticas humanizadas e com olhar psicossocial de qualquer profissional de saúde, foi um contexto fortemente afetado pela pandemia do COVID-19. O estudo tem objetivo discutir sobre questões associadas ao Atendimento Domiciliar, a partir da experiência em estágio opcional, realizado por uma psicóloga residente. Trata-se de um trabalho qualitativo, em relato de experiência. O eixo central foi a experiência de realizar visitas domiciliares e o percurso metodológico ocorreu por meio da leitura de anotações em diários de campo. A partir disso, houve uma redução fenomenológica, possibilitando uma compreensão global e pré-reflexiva. Em seguida, foi realizada a seleção de temáticas que considerada grande importância nessa vivência, havendo assim uma elucidação do vivido, interpretação e considerações. Dessa maneira, buscou-se descrever a experiência e discutir acerca de 5 unidades de significados. Pôde-se perceber o quanto que essa possibilidade de assistência possui variadas demandas, seja individual, familiar ou comunitária e a importância de retorno do incentivo governamental para o fortalecimento de práticas de saúde em equipe. Além disso, considera-se que a prática da Atenção Domiciliar não pode ser acrítica para produzir saúde e para isso as discussões em torno das questões psicossociais precisam estar cada vez mais presentes.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Equipes multiprofissionais, Acolhimento Psicossocial.

ABSTRACT

SUS Home Care reconfigures the ways of thinking about health care. Involving prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliative care at home, it is a possibility of care that goes beyond the physical structure of an institution. It is clear that there is a need to broaden the debate on this topic, since, in addition to presenting itself with more and more demands and being an area that requires humanized practices and with a psychosocial perspective from any health professional, it was a context strongly affected by the pandemic of COVID-19. This is a qualitative work, in the form of an experience report. The central axis was the experience of carrying out home visits and the methodological course took place through the reading of notes in field diaries. From this, there was a phenomenological reduction, enabling a global and pre-reflective understanding. Then, the selection of themes that were considered of great importance in this experience was carried out, thus having an elucidation of the experience, interpretation and considerations. In this way, we sought to describe the experience and discuss about 5 units of meanings. It was possible to perceive how much this possibility of assistance has varied demands, whether individual, family or community, and the importance of returning government incentives to strengthen team health practices. In addition, it is considered that the practice of Home Care cannot be uncritical in order to produce health and, therefore, discussions around psychosocial issues need to be increasingly present.

Keywords: Home Care, Multiprofessional Teams, Psychosocial Reception.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma possibilidade de atendimento que ultrapassa a estrutura física de uma unidade de saúde. Ela envolve a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em domicílio, de maneira integrada com a Rede de Atenção em Saúde¹. E o seu público-alvo são pessoas que, com estabilidade clínica, tenham demandas de saúde que envolvam restrição ao leito ou lar, de maneira temporária ou contínua, ou, ainda, com outras vulnerabilidades nas quais seja necessário cuidado em domicílio².

O início da regulamentação da AD no Brasil ocorreu em 2006, pelo Ministério da Saúde com a publicação da Resolução RDC nº 11/2006³. Em 2011, há uma expansão do serviço, que é representada pela criação do Programa Melhor em Casa e a Política Nacional de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, em 2016, entra em vigor uma nova portaria, que aborda acerca da Atenção Domiciliar e suas equipes de saúde.

A AD representa um grande avanço na política pública de saúde do país, contribuindo para que o princípio da Universalidade e Integralidade seja mais contemplado e para o rompimento da hegemonia do modelo biomédico. Dessa maneira, desafiando a lógica tradicional de produção do cuidado, ao ultrapassar os muros das instituições de saúde³. Assim, a AD reconfigura modos de se pensar o cuidar.

Infer-se dois tipos de caracterização quanto aos atendimentos ofertados: o usuário pode ser atendido de maneira individual ou em conjunto com sua família e, quanto a profissionais, pode ser realizado por apenas um profissional ou pode ser compartilhado

por outros, de diferentes categorias, ou por outros, de diferentes categorias, ou de outros níveis de atenção, setores e serviços³.

A relevância desse estudo se dá no sentido de ampliar o debate sobre a Atenção Domiciliar, na atenção primária do SUS. O que tem sido cada vez mais importante tanto pelo aumento do envelhecimento da população, quanto de doenças crônicas e para resultar na diminuição da ocupação de leitos hospitalares⁴.

Destaca-se ainda que a pandemia do COVID-19 representou um grande desafio sanitário, que atingiu diretamente os processos de trabalho e o cuidado no território em saúde⁵. Sendo assim, a Atenção Domiciliar também foi extremamente afetada, pois foi necessário que profissionais de saúde pudessem se abster de adentrar domicílios⁶. Então, nesse momento no qual tal pandemia está com um maior controle e as visitas voltaram a ocorrer, faz-se necessário dar luz a essa temática, evidenciando a importância da retomada da Atenção Domiciliar e reflexões sobre o assunto, podendo contribuir com o planejamento de estratégias das equipes multiprofissionais em saúde.

Percebe-se a importância de que tal discussão se faça por uma perspectiva psicossocial, não só para contribuir com a atuação de profissionais de Psicologia, mas como também e, sobretudo, em relação ao acolhimento pelas equipes multiprofissionais de saúde. Acolhimento esse o qual a Política Nacional de Humanização⁷ prevê, afirmando que a prática humanizada deve atravessar todos os fazeres, sendo papel de qualquer profissional de saúde.

Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Psicologia⁸, em sua norma técnica sobre a atuação da

Psicologia na Atenção Básica do SUS, que sugere a inserção de profissional de Psicologia nas visitas domiciliares, entre outras, ofertando um olhar para a singularidade dos sujeitos, família ou comunidade e escuta das subjetividades, desde que respeitadas as premissas éticas da profissão, e que possa contribuir para as políticas públicas de saúde. Dessa maneira, questiona-se, quais aspectos podem ser percebidos por um olhar de psicossocial e como ele pode contribuir para a Atenção Domiciliar? Desse modo, têm-se como objetivo discutir sobre questões associadas ao Atendimento Domiciliar, a partir da experiência de um estágio de residência multiprofissional realizado por uma psicóloga.

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um estudo qualitativo e na modalidade de relato de experiência. Uma análise qualitativa tem como principal característica a busca pela compreensão da singularidade de indivíduos, considerando suas histórias coletivas e seus contextos culturais⁹. Já o Relato de Experiência abarca o registro de experiências vivenciadas, oriundas de maneira crítico-reflexiva¹⁰.

A experiência em questão se refere a visitas domiciliares realizadas em um estágio opcional de programa de residência em Estratégia de Saúde da Família do SUS, o qual teve foco na Atenção Domiciliar. Foi vivenciada no ano de 2022, durante o período de 30 dias, numa cidade do interior da Bahia, pela residente com formação em Psicologia.

O eixo central foi a experiência de realizar 7 visitas domiciliares, em equipes multiprofissionais, contendo: agentes comunitárias de saúde, estagiárias de Enfermagem e de Medicina e, em alguns momentos, profissional de Nutrição. A atividade foi desenvolvida a partir de um planejamento em conjunto com preceptoria. Nesse sentido, ocorreu de maneira pontual, dentro do período citado, em conjunto com profissionais e estudantes de um projeto do programa Pet Saúde, que já estavam inseridos (as) nos territórios de duas Unidades de Saúde da Família, a maioria fazendo parte do programa pet saúde, o qual, no momento, não contava com a atuação direta de alguém da área de Psicologia.

O perfil do público dessa ação interventiva foi diverso, contendo tanto homens quanto mulheres, pessoas mais jovens, pessoas idosas e pessoas que ficaram em estado domiciliado por questões de saúde mais internas quanto externas, sendo: pessoas que vivenciaram um AVC, complicações decorrentes de covid, confusão mental, fortes dores no corpo, dificuldade de locomoção e vítimas de lesão na medula, causando paralisia de membros inferiores. Todas tinham em comum o fato de estarem cadastradas no sistema do SUS como domiciliadas ou acamadas.

O percurso metodológico se deu por meio da leitura de anotações em diários de campo, que continham impressões da residente sobre as visitas realizadas, discussões em equipe e supervisões. A partir disso, realizou-se a seleção de temáticas que se considerou de grande importância nessa vivência, por se destacarem. Estas temáticas foram agrupadas em 5 unidades de significados que foram observadas e refletidas. Nesse sentido, ao se deparar com o fenômeno das visitas domiciliares foi feita uma redução fenomenológica, possibilitando uma compreensão global e pré-reflexiva. Isso consiste em suspender juízos de valor para depois realizar uma análise das características importantes de determinado fenômeno¹¹. Posteriormente, buscou-se evidenciar o sentido ou significado das vivências. Havendo assim uma elucidação do vivido, interpretação e considerações. Ressalta-se que nesse método, na interpretação, o vivido pelo pesquisador/autor também é levado em conta¹².

Portanto, esse trabalho não necessitou de aprovação de comitê de ética por não colocar os sujeitos em evidência, mas sim tratar da percepção e experiência da psicóloga residente e todas as questões éticas serão respeitados.

RESULTADOS

Conforme a proposta, cada família foi visitada pela psicóloga, junto com outros profissionais, apenas uma vez, com exceção de uma em que houve retorno por maior necessidade. Nessas visitas eram realizados acolhimentos, escuta qualificada e se verificava quais orientações poderiam ser dadas a equipe para contribuir com o estado de saúde, numa perspectiva psicossocial.

Houve momentos nos quais a contribuição se deu por orientações sobre alimentação, em conjunto com outros profissionais, outros nos quais uma escuta mais voltada para o aspecto emocional foi necessária e, ainda o estímulo a mudança de hábitos. Além disso, houve quatro supervisões realizadas com profissional de Psicologia, nas quais todos os casos foram discutidos e, também, momento de discussão de casos em equipe. Algumas temáticas se destacaram, apontando para a necessidade de serem incluídas no olhar profissional.

DISCUSSÕES

a) O cenário

Ao realizar as visitas se fez importante observar a estrutura do lugar no qual as pessoas moravam, bem como suas relações e espaços que estavam vinculadas. E, ainda, respeitar crenças, culturas e entender aquele lugar como de intimidade do outro, no qual profissionais de saúde são convidados(as)⁴.

Foi comum perceber que a maioria das pessoas domiciliadas ficavam com maior frequência na sala das casas, isso porque em seus antigos quartos haviam menos espaço e conforto, segundo elas e suas famílias. Assim, era importante observar questões voltadas para privacidade e estimular, se fosse possível, pra que essas pessoas também transitassem por outros locais.

Nesse contexto, em alguns casos, foi importante a construção de Ecomapa, Genograma e mapa da casa, tanto para entender e analisar melhor cada situação, quanto para levar o caso para discussão em equipe. O Genograma é um instrumento que possibilita profissionais de saúde descrever e ver como uma família funciona e interage¹³. Esse recurso se faz importante, sobretudo por entendermos a família com papel tanto de prevenir e auxiliar na recuperação de uma doença, quanto de ser a causa ou elemento que a mantém ou agrava. Assim, observar padrões familiares pôde contribuir para o levantamento de hipóteses em relação a uma condição patológica, podendo ela estar relacionada tanto ao contexto familiar atual, quanto sobre o histórico familiar, conforme aponta¹⁴.

Já o Ecomapa é um instrumento que permite analisar um indivíduo em questão ou a família e suas relações com o meio social. Dessa maneira, é permitido avaliar quais os recursos, rede de apoio, serviços utilizados e, também, as necessidades¹³. É válido ressaltar que, mesmo nos casos em que o Genograma e Ecomapa não foram sistematizados, a ideia central desses recursos estava no exercício do olhar profissional.

Portanto, utilizando desses elementos, pôde-se perceber que há muitas vezes alguns padrões familiares que são repetidos nos contextos familiares. Por exemplo, em mais de duas gerações existir famílias em que os homens morrem ou não assumem suas responsabilidades em relação a filhos. Soma-se a isso, percebe-se o quão importante é a rede de apoio para auxiliar no enfrentamento das condições de saúde de pessoas domiciliadas. Além disso, foi notório que a socialização que o Ecomapa permite perceber é fundamental para autoestima, autonomia e pode ser uma possibilidade de dar sentido à vida dos sujeitos. Contudo, o que se percebeu foi uma tendência, nos casos vivenciados, dessa socialização ser reduzida casa vez mais. Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde tente buscar alternativas de viabilizar mudanças positivas e saudáveis quanto a esse aspecto.

b) A necessidade de fala e de escuta

Foi percebido que escutar sobre os processos de hospitalização e adoecimento era necessário. Havia uma aparente necessidade do falar. Ao relatar sobre suas histórias, a seu modo, as pessoas pareciam se organizar melhor mentalmente e era perceptível

o movimento e até novas conclusões sobre como se enxergavam e o sentido daquela doença ou condição nas suas vidas. Além disso, nesse momento era possível falarem de recordações, pessoas importantes e manifestar desejos.

Os aspectos psicológicos em torno de uma condição de saúde podem ter diversos papéis, sendo eles: o de causar, desencadear, agravar, manter e o papel de gerar consequências¹⁵. Assim, podemos compreender que cada condição de saúde terá um impacto, uma dimensão psicológica que requer cuidado.

Com a escuta, pôde-se realizar orientações a profissionais acerca de novas abordagens de comunicação. Para ilustrar, houve situações nas quais os sujeitos domiciliados acabavam estabelecendo relações de dependência. Isto é, pela necessidade de escuta, de companhia, por vezes até solidão, era comum se negarem a fazer certos procedimentos, com o argumento de que aceitariam realizá-lo na outra semana, quando o profissional retornasse. Estabelecendo assim um ciclo que colaborava para manter a condição de domiciliado. Em situações assim, foram realizadas orientações para que o(a) profissional tentasse estimular outras maneiras de socialização, bem como conversar com os sujeitos sobre a necessidade de evidenciar a importância dos procedimentos naquele momento, sem realizar promessas de retorno.

Em outras situações, nas quais se percebeu um pensamento negacionista em relação a eficácia e eficiência da vacina contra Covid-19, foi realizada abordagem de desconstruir alguns mitos que permeiam o tema. Além disso, houve comunicação com demais profissionais para que se atentassem a essa realidade. Somado a isso, notou-se, também, situações em que era possível que os sujeitos realizassem alguns cuidados de saúde na USF, como tomar vacina, mas colocavam como condição a aplicação em domicílio. Mostrando assim uma dificuldade no aspecto da independência e a urgência do debate sobre o que seria alguém com necessidades de cuidados em domicílios, o que resultou em discussões levadas para equipe multiprofissional.

c) A autonomia

Foi percebido o estímulo da autonomia como parte do processo de cuidado em saúde. Destaca-se que essa foi uma das principais temáticas percebidas como barreira na recuperação e uma das mais discutidas em equipe. Nos casos em que se tratava de deficiências físicas adquiridas, parecia haver dificuldade da pessoa domiciliada enxergar potencialidades do seu corpo e possibilidades de novas maneiras de viver e de encontrar sentido na vida. Isto é, um estado de luto a ser trabalhado em relação ao autoconceito. Esse é um fato de muito impacto na história de vida de alguém e seu enfrentamento vai depender da trajetória de vida, personalidade, recursos, apoios

sociais e estigmas prévios sobre a ideia de deficiências em geral¹⁶.

Além disso, as próprias famílias reforçavam uma relação de dependência, o que aumentava a carga de trabalho de quem ocupava o lugar de cuidador(a) e, ainda, demonstra um olhar e discursos capacitistas. Ou seja, olhar para os indivíduos como se fossem incapazes de realizar qualquer atividade, em decorrência da sua deficiência. Podemos entender a lógica capacitista no sentido de uma discriminação com pessoas com deficiência, ou, ainda, como aquela que naturaliza a hierarquização dos corpos pela forma e aparência, em relação ao que é tido como saudável, belo, produtivo, útil, independente e capaz¹⁷.

Diante disso, também foi percebido que alguns profissionais mantinham práticas que poderiam interferir no protagonismo dos sujeitos e representar um cuidado que não era centrado na pessoa. A exemplo cita-se uma comum prática de fazer todas as recomendações sobre remédios, alimentação, banhos, curativos e marcação de retornos se dirigindo muito mais a cuidadora do que a própria pessoa. Por outro lado, se percebeu a queixa e o questionamento de profissionais de saúde sobre se de fato todas as pessoas que estavam sendo consideradas domiciliadas deveriam ser classificadas assim e até que ponto essa condição poderia trazer benefícios a própria pessoa ou não? A atenção domiciliar excessiva, de alguma maneira, poderia trazer prejuízos?

A iatrogenia consiste no resultado de complicações causadas por uma prática médica. Ela pode ser classificada em clínica quando diz respeito ao ato médico e sua técnica; social, quando danos sociais são causados pela medicalização da vida¹⁸; e estrutural/cultural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte¹⁹. Nesse sentido, no que se refere a uma atenção domiciliar em excesso, ou seja, manter alguém domiciliado sem o estímulo da autonomia, sem olhar para o possível grau de independência que pode ser viabilizado, entende-se que se pode cometer iatrogenias.

Necessariamente, a lógica do cuidado parte da ideia de que os indivíduos possuem uma autonomia e esta, por sua vez, está relacionada com práticas sociais e políticas²⁰. Sendo assim, o ato clínico em saúde é um espaço aberto à exploração de potências e de possibilidade do processo de produção de autonomia. Soma-se a isso, a portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, define alguns objetivos para a AD no SUS, dentre eles, o seu artigo 3º aponta para a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários¹.

d) Questões de gênero

Um outro ponto que chama atenção é que a responsabilidade do cuidado é atribuída às mulheres,

tanto nos casos de cuidadoras pagas, quanto no de familiares exercendo tal função. E, ainda, tanto nas situações em que a pessoa que necessita de cuidados é mulher ou nas situações em que é um homem. Em todos os contextos, foi percebido que as mulheres ocupavam o lugar de quem exerce o cuidado, com uma naturalização, o que evidencia uma consequência da histórica desigualdade de gênero²¹, na qual mulheres são ensinadas a cuidar muito mais que os homens. Historicamente, tal papel de cuidar é o mais evidenciado e assimilado pela sociedade, enquanto um papel destinado a mulheres quando se trata tanto de crianças quanto de qualquer outro membro da família, seja esposo, filho, mãe, entre outros²².

Durante a vivência do estágio, pôde-se ouvir relatos de exaustão, cansaço e, sobretudo, sensação de que se vivia para cuidar do outro. Ressalta-se que dos 7 casos, todas as pessoas que ocupavam o lugar de cuidado central eram mulheres. Esse contexto em que uma única mulher é a referência para os cuidados com pessoa domiciliada, revela sobrecarga, alteração no cotidiano, nos cuidados em saúde e em projetos de vida²¹ da cuidadora. O autor aponta para o fato de que, além dessa naturalização que a sociedade faz entre mulher e atividades consideradas domésticas, há ainda a premissa de que tais atividades não são consideradas trabalhos de verdade, sendo desvalorizadas. Há uma construção social que atrela o que é lido como feminino ao que é frágil, desvalorizado e subserviente²³.

Em algumas situações percebeu-se como obstáculo, para uma vida de mais qualidade e tempo pra si, a falta de recursos financeiros para contratar outras pessoas para exercerem essa atividade e/ou a falta de apoio dos demais familiares para dividir a carga de trabalho. Assim, entende-se que essa é uma discussão transversalmente afetada por vários marcadores sociais, como: classe, gênero, raça, entre outros²¹ e não pode ficar apenas no âmbito privado mas sim no da esfera pública.

Portanto, observou-se que esse processo de sobrecarga afeta a saúde das cuidadoras, causando estresse, cansaço e perda da individualidade, por se dedicarem mais a vida da pessoa domiciliada do que a sua própria vida, sensação de desvalorização e, conseqüentemente, interferindo no modo com que se realiza o cuidado, muitas vezes sendo afetado negativamente por esses sentimentos. Sugere-se que profissionais de saúde estejam sempre atentos (as) a essa questão, que necessita de um olhar transversal e politizado da situação, para assim traçar estratégias e buscar recursos na tentativa de reduzir as possíveis sobrecargas de trabalho.

e) Intersetorialidade e Integralidade

Ao adentrar a casa de alguém para realizar as visitas, era preciso ter uma visão ampla e não um

olhar fragmentado para uma doença ou problemas apenas. Quando há Integralidade verifica-se um lastro de cuidado, sustentando atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do Trabalho Vivo²⁴. Era extremamente importante ter respeito pelo lugar e pelas especificidades, cultura e estrutura de cada família. Se pegarmos como exemplo de uma visita a alguém que estava com uma grande ferida, estamos falando de uma pessoa e uma família de alguém que tem uma ferida e não apenas da ferida em si. É importante que profissionais façam o melhor para que a ferida seja tratada, mas também é importante entender aquela pessoa como um ser biopsicossocial e se atentar ao fato de que todas as pessoas das famílias podem ser afetadas por aquela questão de algum modo. A subjetividade precisa ser considerada.

Nesse sentido, se atentar para questões que envolvem os serviços da Assistência Social também foi primordial. Muitas vezes as pessoas não tinham acesso à informação de determinado benefício que poderiam ter direito ou estavam há muito tempo sem vinculação com o CRAS, entre outros. E, em determinados momentos, se fez necessária a articulação de comunicação entre USF e outros serviços. Essa articulação entre setores diferentes, compondo a Intersetorialidade, se faz necessária e ganhou força no Brasil a medida em se foi percebendo certa ineficiência, ineficácia e falta de efetividade em políticas setoriais²⁵.

Além disso, afirma-se que o olhar psicológico pôde trazer intervenções positivas para pessoas domiciliadas e suas famílias. Porém, a troca de saberes e a articulação entre eles foram preponderantes. Destaca-se o contato com a equipe, tanto nas visitas quanto nas discussões de caso, como importantes para aprender sobre outras práticas e para um olhar mais integral em relação ao sujeito, auxiliando a traçar metas e objetivos.

f) Projetos de vida como estratégias de enfrentamento

Nessa vivência, em muitos casos foi percebido que as pessoas viviam em uma lógica de não fazer mais o que se tinha vontade ou até mesmo ter dificuldade em dizer sobre o que gostava. Então, foi comum fazer os questionamentos como: “Quais são os seus sonhos?”, “o que você gosta de fazer?” e quando isso ocorria percebia-se um movimento dos sujeitos se permitindo sonhar, criavam algumas expectativas, falam mais de si e, a partir daí, era possível estabelecer alguns acordos, dentro das possibilidades, como: ficar um tempo no quintal da casa, voltar a procurar um serviço que auxilie no uso de cadeira de rodas, com o intuito de ficar mais independente, voltar a cozinhar ou acompanhar o preparo dos alimentos, estudar, meditar, em casos que isso era possível.

Aponta-se para a importância dos projetos de vida, envolvendo a criação, imaginação e o impulso

para movimentos e construção de identidade, ainda que nem todas as condições estejam favoráveis a realização dos projetos²⁶. Compreendemos o ser humano como um ser de projetos²⁷. Desse modo, a falta deles e de expectativas que dêem sentido a vida pode ser prejudicial a saúde mental.

Ressalta-se como a arte se fazia presente nessas metas, pois surgiram elementos como: assistir filmes, pintar vasos, bordar, pintar as unhas, se maquiar, ouvir música, escrever. Isto, é, apesar das limitações, houve o exercício de se pensar em atividades possíveis e que trouxessem mais prazer para a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, entende-se que para um bom atendimento integral em saúde, os(as) profissionais devem se atentar a aspectos psicossociais. Sugere-se um olhar aos aspectos citados nesse relato: observação do cenário, utilização de ferramentas como Genograma e Ecomapa, atenção a escuta ampliada, ao acolhimento, às questões transversais que podem ocorrer, como as de gênero, a Intersetorialidade e Integralidade e bem como o trabalho considerando projetos de vidas que os sujeitos e família podem realizar.

A vivência no estágio opcional trouxe a necessidade de discutir sobre um olhar psicossocial para o tema da AD. Pôde-se perceber o quanto que essa possibilidade de assistência possui variadas demandas, seja individual, familiar ou comunitária. Houve ainda a compreensão de que se fazem necessárias discussões em equipe, sugerindo que haja um preparo e aprofundamento nos estudos sobre esse tema, de maneira geral, incluindo uma perspectiva psicossocial, assim como ocorreu com profissionais e estagiários(as) do grupo em questão. Dessa maneira, há que se considerar a importância de retorno do incentivo governamental para o fortalecimento de práticas de saúde em equipe.

Afora isso, um importante aspecto observado foi o fato de que a AD, na atenção primária do SUS, representa um enorme avanço quando se pensa no rompimento de modelos medicocentrados e elitistas. Pôde-se perceber que em muitos casos as condições de vulnerabilidade em que as pessoas estavam inseridas poderiam dificultar até mesmo o acesso a informações tidas como mais básicas. Além disso, fala-se aqui do fato de que a presença de profissional de Psicologia não se faz necessária apenas para casos nos quais as pessoas sejam diagnosticadas com transtorno mental, nem tampouco exclusivamente para realizar psicoterapia, mas sim em variados outros casos nos quais se pode contribuir com a qualidade de vida do sujeito, das relações familiares e a nível territorial.

Nesse sentido, a AD pode ser uma grande ponte que permite que usuários não fiquem institucionalizados em hospitais e sejam acolhidos em

seus lares de maneira integral. Contudo, apesar de tanta importância, sua prática, para ser efetiva, não pode ser acrítica e para isso as discussões em torno das questões psicossociais precisam estar cada vez mais presentes e compreendidas como o que de fato significam: um olhar para os cuidados em saúde de forma integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL.. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Acesso em: Novembro de 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.htm;

[2] LIMA, M. et al. Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 10(3), 442-454. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394r-pds.v10i3.3468>;

[3] PROCÓPIO, L. et al. A Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, V. 43, n. **Saúde em Debate**, 2019 43(121), abr;

[4] LACERDA, M. R. (2015). Brevidades sobre o cuidado domiciliar. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, 5(2). <https://doi.org/10.5902/2179769218657>;

[5] MACIEL, F. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.2):4185-4195, 2020;

[6] BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde de Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19. Brasília: MS; 2020;

[7] BRASIL. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004;

[8] 2023. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2019;

[9] MINAYO, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621-626;

[10] MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis**

Educacional, [S. l.], v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 14 jan. 2023;

[11] HUSSERL, 1913, citado por JÚNIOR E BARREIRA, 2018. A Redução Fenomenológica e a pesquisa empírica da Psicologia no cenário brasileiro. 2018, Anais.. Foz do Iguaçu: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/98810490682/11>. Acesso em: 10 jan;

[12] AMATUZZI, Mauro Martins. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. In: **Estudos de Psicologia**. 1999, v 13, nº 1,5-10;

[13] BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011;

[14] MCGOLDRICK, M. Genograms: assessment and intervention. 2nd. ed. New York: W. W. Norton, 1999;

[15] SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar – **O mapa da doença**. 7 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013;

[16] OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**, 18(4), 437-453, 2000;

[17] MOREIRA. et al. Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(10):3949-3958, 2022;

[18] ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975;

[19] TABET, L. P. et al.. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. Saúde debate, 2017 41(115), out. 2017;

[20] BARROS, M. **Reconfigurando um modo de ver o parto** – Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015;

[21] MONTEIRO, R. **Mulheres e Cuidado: Responsabilização, Sobrecarga e Adoecimento**. v. 16 n. 1 (2018): Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social;

[22] WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R.. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. Rev. Gaúcha Enferm., 2010 31(2), jun. 2010;

[23] CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018;

[24] MEHY;FRANCO. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde debate** ; 27(65): 316-323, set.-dez. 2003;

[25] CARMO, M. E. DO .; GUIZARDI, F. L.. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. Physis, 2017 27(4), out. 2017;

[26] NUNES ; TORRENTE; PORTUGAL. Com o que sonham os loucos ? Projetos de vida de usuários de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, n. Psicol. Soc., 2021 33, 2021;

[27] FOLLMANN, J. I. Identidade como conceito sociológico. **Ciências Sociais Unisinos**, 37(158), 2001;