

Atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento: um olhar sob a perspectiva sistêmica

*Juliana Amorim Moreira**

*Maria Aparecida Crepaldi**

Resumo

O número de pessoas idosas, na população brasileira, tem apresentado crescimento expressivo, demandando a criação e expansão de serviços em saúde que contemplem as mudanças deste momento de vida. Este estudo objetiva descrever o processo de atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento sob a perspectiva sistêmica. Para tanto, foi realizada uma descrição do Programa de Atendimento Domiciliar de um plano de saúde. Os resultados contemplam o processo de atendimento psicológico, o encaminhamento para a psicoterapia, a construção da demanda e identificação dos personagens envolvidos no processo psicoterapêutico. Dentre os envolvidos no atendimento psicológico no contexto do envelhecimento, destaca-se o paciente e aqueles presentes nos seus cuidados, como os familiares e cuidadores-domésticos. Elementos do ambiente domiciliar também integram o atendimento psicológico, discutidos nas suas especificidades e significados para os sujeitos envolvidos. Desafios quanto ao *setting* e ética do profissional podem ser melhor desenvolvidos, adequando a tal modelo de assistência. Por fim, destaca-se a profícua relevância da expansão da atuação do psicólogo para a esfera domiciliar, de modo a integrar as diferentes esferas de relações do paciente, promovendo uma assistência em saúde ainda mais concisa e abrangente.

Palavras-chave: programa de atendimento domiciliar, velhice, terapia familiar sistêmica, psicologia.

Residential psychological treatment in the context of the elderly: a look from a systemic perspective

Abstract

The number of elderly people in Brazil has been increasing, requiring the creation and expansion of health services that address the changes happening on this moment of life. The aim of this study is to describe the process of a residential psychological treatment in the context of the elderly from a systemic perspective. To that end, it is provided a description of a Home Care Program from a Health Service. The results include the description of the process of the residential psychological treatment, the referral to psychotherapy, the construction of the demand, and the identification of the characters involved in the psychotherapeutic process. Among those involved in the psychological treatment in the context of the elderly, it is highlighted the patient and those responsible for their care, such as family and home carers. Elements of the residential environment are also a part of the psychological treatment, discussed in its specificities and significance to the subjects involved. Challenges regarding the settings and the ethics of the professional can be better developed, adapting to the home care program. Finally, it highlights the important relevance of the expansion of the function of the psychologist to the home care program, in order to integrate different spheres of patients' relationships, promoting a concise and comprehensive assistance.

Key words: Home care program, elderly, systemic familiar therapy, psychology.

1. Introdução

A velhice reserva momentos específicos do desenvolvimento, com mudanças físicas, psicossociais, econômicas e funcionais, ganhando ênfase como uma etapa concisa do ciclo de vida, com aumento dos desafios para garantir longevidade e qualidade de vida. Fala-se de um modo ativo de envelhecer, preservando a autonomia e independência do idoso, quando o declínio no seu estado geral de saúde não o coloca em condições de dependência (De Ávila, Guerra & Meneses, 2007; Ferreira, 2010). Entretanto, para aquele que vivencia um envelhecimento com adversidades, assistir às suas perdas coloca-o em contato constante com o luto. Viorst (1986) reforça o momento da velhice como aquele vivido com um peso de profundas perdas “da saúde, das pessoas que amamos, de um lar que foi nosso refúgio e nosso orgulho, de um lugar na comunidade familiar, de trabalho, status, propósito e segurança financeira, do controle e das escolhas” (p. 292).

Carter & McGoldrick (1995) apontam, como consequência do envelhecimento, o abalo emocional vivido no sistema familiar quando há condição de dependência do idoso, com aumento de responsabilidades por parte daqueles mais saudáveis, necessidade de reorganização de tarefas e medo da morte. Respostas emocionais geralmente vistas em tais famílias são o aumento do estresse, ansiedade, episódios depressivos e, em alguns casos, o surgimento de conflitos (Andrade, Brito, Silva, Montenegro, Caçador & Freitas, 2013; Carter & McGoldrick, 1995). Portanto, a família vê-se diante da necessidade de adaptação, aceitação, flexibilidade e permeabilidade de suas fronteiras, inclusive caso haja a necessidade de um profissional cuidador.

Para compreender o contexto do envelhecimento, a intervenção psicoterapêutica deve abarcar a singularidade da dinâmica psicológica e social do envelhecimento, considerando o arranjo familiar, as condições de moradia, contexto socioeconômico, condições de saúde do idoso, sob o enfoque interdisciplinar. A casa pode ser considerada o principal cenário em que o idoso passa a permanecer, e ali também se constrói a esfera de cuidados que lhes são destinados.

O ambiente é considerado um contexto importante de desenvolvimento psicossocial. A compreensão bioecológica do desenvolvimento humano analisa o ambiente de desenvolvimento – um local para o exercício de um papel e construção de interação interpessoal - como um sistema de nichos ecológicos, desde esferas mais imediatas de interação, até as mais distantes, como as crenças

e a cultura (Bronfenbrenner, 1996). A casa enquadra-se como um microsistema, um espaço nuclear para interação recíproca, sendo produto daqueles que ali residem, e este também concorre para o processo de construção dos sujeitos. Vale ressaltar que “igual importância é atribuída às conexões entre as pessoas presentes no ambiente, à natureza desses vínculos e à sua influência direta e indireta sobre a pessoa em desenvolvimento” (Haddad, 1997, p 36-37).

O processo natural de envelhecimento acarreta “maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes” (Silvia, Galera & Moreno, 2007, p. 398). Em caso de necessidade de assistência em saúde ao idoso, considerando a residência como um contexto vital de desenvolvimento do idoso e da família, a oferta de atendimento em ambiente domiciliar tem proporcionado maior satisfação e conforto para aquele que adoece, maior proximidade e envolvimento familiar, favorecendo ao enfermo preservar algumas atividades da sua rotina, estendendo os benefícios também para quem cuida (Fabrício, Wehbe, Nassur & Andrade, 2004; Floriani & Schramm, 2004; Zem-Mascarenhas & Barros, 2009).

Com cuidado individualizado e humanizado, garantindo maior conforto ao paciente e cuidadores, a assistência domiciliar abrange ações de visitas, atendimentos e internações domiciliares. No Brasil, o primeiro sistema de assistência domiciliar oficial é datado de 1967, quando pacientes crônicos mantiveram seus tratamentos sob assistência domiciliar devido à escassez de leitos hospitalares. Deste então o atendimento domiciliar tornou-se mais complexo, semelhante ao ocorrido em consultório, de baixa e média complexidade, podendo ou não ser multiprofissional. Esta prática pode ser preventiva ou terapêutica, para promoção de saúde e para evitar agravos no estado de saúde do paciente (Amaral, Cunha, Labronici, Oliveira & Gabbai, 2001; Cardoso, 2011; Martinelli, da Silva, Carneiro, Bonan, Rodrigues & Martelli-Júnior, 2011; Tavolari, Fernandes e Medina, 2000).

O Sistema Único de Saúde preconiza a atenção domiciliar como básica para o atendimento da população adstrita no território de ação dos profissionais, e o atendimento domiciliar é estabelecido pela Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2012). A Política Nacional de Humanização, política transversal do sistema de saúde brasileiro (SUS), estabelece como algumas de suas diretrizes: Acolhimento, uma atitude ética de compromisso e vínculo com o outro, considerando-o em sua totalidade, dentro de seu espaço e modo de vida; Clínica Ampliada,

que permite a superação da visão fragmentada, ao buscar a intersectorialidade para ajudar a solucionar problemas, compreende a pessoa de modo ampliado – física, psicológica e socialmente – em construção conjunta com os objetivos de saúde sob o ponto de vista do profissional e do usuário em co-responsabilidade; e Ambiência, ou seja, a construção de espaços acolhedores e saudáveis, com respeito à privacidade e ao desenvolvimento dos sujeitos neste contexto (Ministério da Saúde, 2012, 2013a).

Em revisão da literatura sobre a “busca ativa”, conceito utilizado na área da saúde referente às ações que visam assistir ao sujeito em seu território, apontam para a relevância do contato estreito entre os diferentes agentes de saúde e população, de modo a abarcar a singularidade daquele que padece e adequar a oferta de serviços para a demanda da população (Lemke & Silva, 2010). Nesta nova relação com os pacientes, estes são considerados como co-autores de suas ações em saúde, ideia colaborativa análoga ao que se faz na terapia relacional sistêmica. Buscar compreender o paciente em seu contexto, considerando-o com as especificidades do ciclo de vida e com o dinamismo que é estar em diferentes relações, são considerações feitas no pensamento sistêmico, com base nos três pressupostos: complexidade, instabilidade e intersubjetividade. Ao ampliar o foco de observação considera-se que relações são intersistêmicas e, portanto, estão recursivamente interligadas formando um todo maior. Percebendo esta realidade como algo efêmero, dinâmico, e passível de mudanças, lida-se com a *instabilidade* do sistema. E considera-se a *intersubjetividade* ao reconhecer-se como parte co-constutora da realidade ali presente (Vasconcellos, 2002).

Visando integrar as ideias do pensamento sistêmico com a oferta de um atendimento psicológico inserido no espaço de moradia dos pacientes, este trabalho tem como objetivo descrever o processo de atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento sob a perspectiva sistêmica. Com isto, espera-se ilustrar possibilidades de atuação psicológica mais abrangentes, em integração com demais áreas de saúde, adequando às especificidades que o idoso e sua rede de cuidados demandam.

2. O processo de atendimento psicológico domiciliar

Os resultados apresentados neste artigo partem de um relato de experiência, da vivência como psicóloga de uma equipe de atendimento domiciliar. Descrevem-se características gerais do programa e como ocorre o processo de atendimento psicológico ao idoso. Serão

relacionados, também, os personagens do processo terapêutico, os elementos do trabalho realizado e o planejamento para alta.

2.1 Características gerais do programa de atendimento domiciliar

O serviço de atendimento domiciliar descrito no presente estudo, refere-se ao Programa de Gerenciamento de Casos - PGC, oferecido por um plano de saúde de abrangência nacional, com atuação em uma cidade do sul do Brasil. No referido plano de saúde, a área da Psicologia integra a atuação de uma equipe interdisciplinar. Os atendimentos têm caráter assistencial e preventivo, ocorrem exclusivamente em domicílio a pacientes que apresentam limitações no deslocamento em busca de serviços na rede de saúde. São beneficiários¹ elegíveis no Programa aqueles com doenças crônicas, degenerativas ou terminais, pessoas com deficiência, beneficiários que apresentaram alguma doença ou seqüela de agravos e idosos a partir de 100 anos (GEAP, 2007, 2009, 2015). Uma parcela dos pacientes atendidos é idosa, sendo baixa a procura por pacientes adultos que tenham alguma deficiência congênita ou adquirida.

Na admissão do paciente no Programa é realizada visita domiciliar pela equipe gerenciadora de casos, composta por médico e enfermeiro, momento em que se faz a elaboração do plano de cuidados. Avalia-se quais os cuidados que o paciente necessita, a que área do conhecimento em saúde esta pertence e com que frequência requer visitas. Nesse caso, é função do médico e enfermeiro identificar a demanda do paciente, cuidadores e/ou familiares, que justifique o atendimento psicológico, ainda que também ocorra a solicitação para psicoterapia partindo da família ou do beneficiário.

A equipe complementar de prestadores de serviços é formada por técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista. A frequência de visitas dos profissionais varia caso a caso, ocorrendo de uma a três vezes por semana. Com frequência bimestral a equipe se reúne, com a finalidade de garantir convergência nas ações e ter um espaço de diálogo sobre as situações relacionadas aos atendimentos e possíveis dificuldades que os profissionais vivenciam (GEAP, 2015).

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

Considerar a assistência em saúde do idoso de modo interdisciplinar, conforme sugerem as premissas do referido Programa de atendimento domiciliar, vai ao encontro das orientações feitas pela Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association, 2004), dirigidas para atuação prática do psicólogo junto ao idoso. Elencadas em seis domínios (American Psychological Association, 2004; Ferreira-Alves, 2010), dentre eles: a) Atitudes; b) Conhecimento geral sobre o desenvolvimento do adulto, envelhecimento e pessoas idosas; c) Assuntos clínicos; d) Avaliação; e) Intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços; e f) Formação ou Educação do próprio profissional; tais diretrizes enfatizam “a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referências a outras disciplinas ou a trabalhar com elas em equipes colaborativas” (Ferreira-Alves, 2010, p.18). Oferecer uma atenção ao idoso de modo interprofissional é priorizar um olhar sistêmico sobre a pessoa, garantindo que ele seja compreendido nas suas especificidades e de forma global.

2.2 Processo de atendimento psicológico domiciliar

No presente estudo são apresentados aspectos do atendimento psicológico com foco nos atendimentos ocorridos exclusivamente em domicílio. Desconsiderou-se as experiências tidas com pacientes residentes em instituições de longa permanência, por compreender que a institucionalização descaracteriza elementos presentes somente na esfera doméstica, os quais integraram o atendimento psicológico domiciliar e foram discutidos neste estudo.

Conforme descrito pela regulamentação do PGC, são atribuições do psicólogo realizar avaliação e diagnóstico psicológico, visando prevenção e tratamento de aspectos emocionais, realizar atendimento psicológico individual e/ou familiar, preparar o paciente para hospitalização e trabalhar em situação de agravamento físico e emocional, inclusive na terminalidade, mediando decisões em relação à conduta da equipe. A atuação do psicólogo dentro da equipe tem como especificidades oferecer apoio psicológico a pacientes, familiares e/ou cuidadores, auxiliando no enfrentamento do processo de perdas relativas ao envelhecimento e condições adversas de saúde, assim como auxiliar na reorganização da dinâmica familiar frente às novas demandas de cuidado.

De acordo com a regulamentação institucional, o encaminhamento para psicoterapia é feito geralmente a partir da avaliação admissional do médico e enfermeiro,

sendo raros os casos em que o pedido parte do paciente e/ou família. Todavia, Tilmans-Ostyn (2000) reitera que, quando a busca pela psicoterapia parte de um encaminhamento, nesse caso, do médico, este não configura, por si só, como uma demanda para atendimento psicológico. Para tanto, é importante investigar e, sobretudo, construir, no início do processo terapêutico, junto aos personagens envolvidos, a demanda para o atendimento psicológico.

O atendimento psicológico domiciliar tem início com breve apresentação descritiva do caso por parte do médico e/ou enfermeiro após visita admissional, quando é repassada a demanda psicológica identificada ao psicólogo da equipe. Para primeira visita solicita-se a presença de um ou mais familiares e/ou cuidador, além do beneficiário, para compreensão das condições de saúde e recursos - emocionais e cognitivos - do paciente. Esta conduta parte das diretrizes propostas por Andersen (2002), que considera fundamental para o terapeuta, ao entrar em um sistema paralisado², possibilitar um encontro com as pessoas consideradas importantes envolvidas no “problema”, para assim ter uma conversa significativa (Andersen, 2002).

O primeiro encontro representa um amplo “cartão de visitas” do caso. Certos aspectos comunicam informações relevantes, como o bairro, a residência, a disposição dos cômodos, os objetos decorativos, as cores, a organização, o número de pessoas presentes e como se relacionam entre si. O modo como a família recebe o terapeuta e o cômodo em que o paciente, o cuidador e/ou familiar escolhem para ocorrer a conversa também demonstram características fundamentais a serem consideradas, que permeiam todo o processo de atendimento e que podem representar recursos/ferramentas terapêuticas. Mostram-se indícios de quais são as dinâmicas psicológicas e sociais relativas ao envelhecimento, quais fatores se constituem dentro da esfera sociocultural, considerando também as condições de moradia, e como tais fatores se expressam na saúde do idoso e da família (American Psychological Association, 2004; Bronfenbrenner, 1996; Vilela & Souza, 2014).

A aproximação de um paciente e o modo como realizar a escuta decorre de um acolhimento e interesse genuínos. Reconhecer a diversidade da experiência que é envelhecer representa estar atento a como a longevidade está sendo construída socialmente (Hoffman, 1998), contemplando fatores socioculturais, o gênero, condições socioeconômicas, o tipo de residência, suas incapacidades e como tais fatores influenciam “a experiência e a expres-

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

ção de saúde e os problemas psicológicos da população idosa” (Ferreira-Alves, 2010, p.11).

No primeiro contato com o paciente também é possível identificar quem se mostra colaborativo na construção do atendimento psicológico. Prioriza-se conhecer o beneficiário com a presença de familiar e/ou cuidador e em conjunto resgatar o histórico médico, com a seguinte pergunta condutora: quais motivos fazem com que o paciente seja atendido pelo Programa? Este questionamento é adotado considerando o contexto de saúde adverso, como imperativo, inicialmente, sobre o modo como as relações vem se estabelecendo no sistema familiar. Porém, relatos alternativos vão emergindo de modo dinâmico nas temáticas dos atendimentos. Considera-se prioritário ter escuta ao discurso do beneficiário, quando ele se mostra apto, partindo para o relato dos familiares ou cuidadores disponíveis como alternativas para tal relato, com o princípio de estimular a independência e apropriação da sua história.

O *setting* do atendimento psicológico domiciliar é algo que merece destaque, Zimerman (1999) o define como o conjunto de procedimentos fundamentais para organizar e normatizar o processo terapêutico a serem estabelecidos num primeiro contato, como as regras quanto ao local, horário e frequência dos atendimentos, além dos limites desta conversação e dos papéis que competem a cada membro desta relação. O referido autor aborda o *setting* com o rigor necessário para o processo analítico, abordagem diferente daquela utilizada neste trabalho. A menção ao *setting* ocorre pela relevância e abrangência do constructo, embora no atendimento domiciliar faz-se necessário implementá-lo com adaptações (Moreira & Esteves, 2012; Zimerman, 1999).

A postura do psicólogo requer clareza quanto ao posicionamento ético e definições do *setting* terapêutico, já que o ambiente domiciliar se caracteriza como um contexto em que ocorrem muitas interferências ao longo do atendimento. Isto requer do terapeuta flexibilidade, lidando constantemente com a imprevisibilidade, de tempo e/ou pessoas disponíveis para atendimento, pelas interferências externas particularidades do quadro de saúde do paciente. Para que a flexibilidade ocorra é fundamental que haja o cumprimento de princípios ajustados ao *setting* domiciliar para tornar possível a psicoterapia, retomando tais regras quando necessário ao longo do processo. Isto se faz com a garantia de estar em um espaço confortável para o paciente, que ofereça privacidade para poder compartilhar suas emoções e reflexões, reduzindo os riscos de interferência, com certa estabilidade do tempo

e espaço – cômodo da casa - onde é realizada a terapia. Parte dessa estruturação fica sob responsabilidade do terapeuta, com atenção aos detalhes do espaço para dar início ao diálogo, como, por exemplo, ao desligar a televisão, fechar a porta do cômodo ou cuidando para todos os interlocutores serem vistos em uma roda de conversa.

Desse modo, parece pertinente ampliar o modelo de *setting* dentro do atendimento domiciliar para o conceito de ambiência. Preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ambiência reforça a construção de ambientes acolhedores e saudáveis com o respeito à privacidade, acolhimento das necessidades para garantia da qualidade do desenvolvimento físico e emocional dos sujeitos atendidos naquele espaço, compreendendo e valorizando, assim, o momento da terapia como potencial transformador para aqueles envolvidos (Ministério da Saúde, 2013a).

Em geral, se o beneficiário demonstra condições de estabelecer alguma forma de comunicação, sugere-se que a segunda sessão ocorra individualmente com ele. A partir da segunda visita, o atendimento psicológico vai sendo construído de modo singular e imprevisível, ao encontro da demanda e oportunidades de diálogo de cada caso, postura adotada na terapia sistêmica pós-moderna. A narrativa espontânea é uma postura esperada de um terapeuta, em vez de um diálogo planejado. “A conversação, e não o terapeuta, é o seu autor” (Hoffman, 1998, p. 26).

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

Tais conceitos circundam os pressupostos do novo paradigma da ciência, onde se insere o pensamento sistêmico. A instabilidade e recursividade dão base para compreender *o mundo em um processo de tornar-se*, quando a partir daquilo que é novo, diferente, que um sistema encontra múltiplas soluções possíveis, em um processo de auto-organização (Vasconcellos, 2002). Longe do equilíbrio, a doença pode representar um abalo no sistema familiar, um ponto de bifurcação, que faz surgir uma nova forma de funcionamento, tornando paciente, família e terapeuta, de modo colaborativo, co-autores dos novos

caminhos desbravados no processo terapêutico (Morin, 2011; Vasconcellos, 2002).

2.3. Os personagens do processo terapêutico

Os casos mais bem conduzidos na intervenção contaram com a participação de mais sujeitos, além do beneficiário – cônjuges, filhos, netos, noras, genros, cuidadores, domésticas, pessoas da rede social significativa do paciente. É possível agrupar três categorias de personagens do atendimento psicológico em tal contexto domiciliar: o beneficiário, a família e o cuidador doméstico. Com diferentes arranjos ou com foco isolado, faz-se apenas uma divisão didática para melhor explicitar características das demandas de tais pessoas, sendo, acima de tudo, compreendido o caso na sua totalidade. Por fim, refere-se ao papel do terapeuta, com a função de integrar e “dar sentido” a todos estes discursos.

O *beneficiário* geralmente encontra-se fragilizado física e emocionalmente por seu quadro geral de saúde, condição que o coloca em dependência total ou parcial para realização das atividades de vida diária. Assim, algumas demandas emocionais identificadas no processo da admissão do paciente ao Programa de Gerenciamento de Casos são: quadro depressivo e dificuldade para aceitar limitações do estado de saúde, características relatadas por Carter e McGoldrick (1995). As autoras referem que os medos e preocupações com a condição de saúde do idoso amplificam as perdas físicas emocionais da idade, e o envelhecimento pode estar associado a quadros depressivos, de ansiedade, desamparo e medo de perder o controle.

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

As temáticas trazidas pelos pacientes referem-se a perdas abruptas ou gradativas, concretas ou metafóricas, de pessoas ou de funções. Perdas, estas, que vêm sendo vivenciadas com a aposentadoria, a perda da vitalidade, da beleza, do raciocínio, da agilidade, dentre outras. Viorst (1986), pesquisadora norte-americana, em seu livro intitulado “Perdas Necessárias”, enfatiza a singularidade do modo de envelhecer, sem “patologizar” ou qualificar em “certo” ou “errado”. Com base em seus estudos afirma

que alguns envelhecem combatendo contra a redução do seu mundo, mantendo a vida relativamente ativa, outros reduzem um vasto número de atividades, concentrando-se e dedicando-se a um ou dois interesses pessoais e, por fim, os mais “desligados”, encontram satisfação numa vida contemplativa e de pouca atividade. Assim, o acolhimento ao luto vivenciado por estas tantas perdas faz parte essencialmente da conduta terapêutica do psicólogo, que deve oferecer a escuta acolhedora como principal meio de conexão com o sofrimento vivido.

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

Cabe aqui problematizar que, embora o envelhecimento caracterize-se por uma etapa do ciclo vital com necessidades específicas para a psicologia clínica abarcar, o construcionismo social, abordagem com emergente destaque na psicologia pós-moderna, convida a uma reflexão diante da ideia de um curso provável do desenvolvimento humano, com previsibilidade no modo de vida que o sujeito experimenta determinada situação. Pautam-se nos pressupostos da realidade como construída socialmente, e favorecendo, conseqüentemente, a singularidade do funcionamento psicológico ao longo da trajetória vital (Hoffman, 1998). No discurso sócioconstrucionista considera-se que as verdades são construídas porque alguma comunidade as legitima como tal (Vilela & Souza, 2014). Assim, sob essa abordagem, cabe ao olhar do terapeuta um “despir-se” de suas ideias pré-concebidas, em busca da compreensão única daquilo que seu cliente experiencia.

Quando o beneficiário não apresenta mais formas de comunicação consistentes, sendo inviável o atendimento psicológico, o *familiar* torna-se o principal sujeito da terapia, em sessões individuais. Tal quadro já demonstra maior grau de acometimento do paciente, de modo que o familiar comumente traz como temática a sobrecarga de seu papel, por ser o principal ou um dos principais cuidadores, ou aquele que gerencia a dinâmica de cuidados. Também compete ao psicólogo participar, junto à família,

da reorganização de tarefas e dinâmica de cuidados com as novas demandas de saúde apresentadas pelo paciente, que muitas vezes gera tensão, estresse e conflitos intra-familiares (Carter & McGoldrick, 1995). Portanto, esse espaço de escuta faz-se fundamental, como uma possibilidade de valorizar a disponibilidade do familiar-cuidador e acolher os sentimentos que deste papel surgem.

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

Sessões de terapia familiar podem ser necessárias para melhor encaminhamento do caso, de acordo com a disponibilidade e interesse daqueles envolvidos nos cuidados, em razão de dificuldades que a família pode apresentar ao longo do processo. São questões passíveis de intervenção familiar quando o beneficiário apresenta novas demandas de cuidados, redefinição de tarefas e papéis, visto que este se torna um momento de inversão dos papéis cuidado-cuidador, dificuldades da família com o cuidador-doméstico, ocorrendo, em última instância, transferência do beneficiário para uma instituição de longa permanência, dentre outras questões.

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

Também faz parte da postura do psicólogo junto à família provocar reflexões sobre os padrões de comportamentos adotados como “óbvios”, mas que dada a situação de cuidados do idoso podem gerar conflitos pelo aprisionamento daquele núcleo a rituais que não representam mais respostas adaptativas ao contexto atual. O questionamento como atitude do psicólogo gera

problematização das realidades construídas e enrijecidas, buscando alternativas àquela família, quando conflitos são identificados e boas trocas sociais estão sendo impedidas de vigorar (Vilela & Souza, 2014).

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

Por fim, destaca-se o “protagonismo” do papel do *terapeuta*, sob a ótica da construção do vínculo, que faz do psicólogo um personagem ativo para uma relação de confiança nesta interação. Estabelecer uma aliança terapêutica³, conceito inicialmente descrito por Freud (1912-1913), atribui ao psicólogo uma posição estável, de interesse e compreensão empática, é um dos preditores para um bom trabalho terapêutico, que coloca terapeuta e paciente em colaboração ativa para o sucesso no tratamento (Marcolino & Iacoponi, 2001). Constrói-se, pouco a pouco, pela escuta compreensiva, postura empática, atenção aos sinais não-verbais e ética profissional, fazendo com que o terapeuta ajude o outro a dar significado àquilo que sente, com respeito e validando seu relato (Boscolo & Bertrando, 2013).

Sobre a atitude acolhedora do terapeuta, ao referir-se a um contexto domiciliar de atendimento, cabe retomar o modelo de acolhimento pautado pelo SUS. “Na AD [Atenção Domiciliar] o acolhimento como postura da equipe faz mais sentido, afinal, trata-se de um âmbito que percebe a dor e o sofrimento em todas as suas facetas, com o conhecimento do espaço de vida do usuário” (Ministério da Saúde, 2013b, p.12). Deste modo, o acolhimento no atendimento domiciliar representa estar próximo não somente do outro em sua singularidade, mas *estar com* seu modo e espaço de vida. Independente de quem seja o protagonista do processo terapêutico, o espaço da terapia visa proporcionar uma oportunidade para o desenvolvimento de diferentes narrativas, com vias de construir, de modo colaborativo entre terapeuta, beneficiário, familiar e/ou cuidador doméstico, meios alternativos para a dissolução dos “problemas”. Com os novos entendimentos obtidos e compartilhados no

³ Aliança terapêutica refere-se ao relacionamento entre paciente e terapeuta com base em uma ligação positiva e colaborativa, essencial para o desenvolvimento do trabalho (Marcolino & Iacoponi, 2001).

diálogo terapêutico, torna-se possível atribuir qualidade ao processo com a nova capacidade de ação (Anderson & Goolishian, 1998), ampliando as possibilidades de enfrentar este momento adverso relativo à doença e/ou envelhecimento.

2.4 Elementos do ambiente de trabalho

O ambiente domiciliar se faz bastante favorável pela riqueza de elementos para o trabalho terapêutico. Este é o espaço imediato de desenvolvimento do sujeito, ambiente onde encontram-se marcas de uma história familiar, construídas ao longo de um período de tempo. Com o terapeuta inserido nesse contexto, torna-se mais acessível a compreensão do processo de desenvolvimento dos envolvidos, no atendimento psicológico, pelos livros, quadros, poesias, mobília e fotos representarem algumas das peças de um grande quebra-cabeça que é o universo psicológico, acessado ao entrar na casa de uma pessoa e sua família (Bronfenbrenner, 1996; Haddad, 1997). Diante desses apontamentos, a terapia de revisão de vida é um meio de aceitação da vida e da morte e resolução de tarefas, contando com apoio de álbuns de fotografias, genealogias, recortes e reuniões familiares (Lewis & Butler (1974) apud Walsh, 1995). Revisando as etapas anteriores da vida, com apoio concreto de tais elementos, conflitos e situações que provocam desagrado podem ser reconsiderados sob um ponto de vista favorável ou com a perspectiva de outros familiares.

O modo como tais elementos ganham destaque ao longo do atendimento parte da iniciativa daquele que se faz protagonista no processo, voluntariamente compartilhando reflexões sobre o elemento – mobília, fotografia, anotações ou outros objetos - que considera importante trazer para o cenário da terapia. Dada esta “autorização”, cabe ao terapeuta explorar o que tal substantivo traduz sobre a experiência desse sujeito e quantos “caminhos” se abrem para serem explorados pelo diálogo terapêutico, pois o sentido de uma experiência e sua compreensão são construídos também socialmente, pela conversação. “Estas realidades narrativas construídas socialmente conferem sentido e organização à experiência individual” (Anderson & Goolishian, 1998, p.38).

Outros elementos podem ser facilmente acessados, como músicas, materiais produzidos por pessoas significativas (quadros, colchas, tapetes, desenhos e outros objetos) ou mesmo paisagens contempladas pela janela. Alguns quadros reservam lembranças muito ricas, marcas de um passado próximo ou distante do atual contexto, com pessoas presentes ou que já partiram, ou produzidos

por mãos de artistas significativos para aqueles moradores. Paisagens retratadas retomam casas vividas na infância, cenários cotidianos ou memórias de gerações passadas. É com um olhar sensível que o terapeuta integra esta experiência individual à subjetividade do paciente. O paciente demonstra a partir de sinais verbais e não-verbais (expressão facial, inclinação do corpo, modo como gesticula) o interesse em aprofundar por esses caminhos. O terapeuta, atento a tais sinais, integra o elemento à sessão, com ética, cuidado e respeito ao valor afetivo associado a tal objeto, e acolhimento ao significado construído durante uma vida, fazendo com que torne importante para este sujeito.

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

2.5 Planejamento de alta

Compete apenas ao médico a efetivação da alta, sob o ponto de vista administrativo, ocorrendo após avaliação conjunta da equipe complementar, médico e enfermeiro, com a devida consideração da conduta e percepção de cada profissional. A alta pode ocorrer por melhora/estabilidade clínica, piora e necessidade de hospitalização, indisciplina, como cumprimento das normas previstas, mudança de domicílio, evasão, óbito ou a pedido. Nos atendimentos da Psicologia, poucas vezes o tempo de acompanhamento foi inferior a seis meses, sem haver limites impostos pelo plano de saúde estipulando período para o Programa vigorar (apenas estipula-se limite de até cinco sessões por mês). Após a alta deste programa, o paciente pode migrar para outros programas de atendimento dentro do convênio, com menor nível de complexidade.

Geralmente a alta é precedida por um período de um mês de “preparação para alta”, que envolve a comunicação ao paciente e ao responsável e o planejamento terapêutico por parte da equipe de terapeutas, visando a

melhor condução do caso até o encerramento das visitas. Entretanto, *feedbacks* da equipe frequentemente são dados ao paciente com sua evolução ao longo do PGC, visto que as intervenções interdisciplinares ocorrem de modo convergente e com estreito diálogo. Deste modo, o planejamento de alta é uma etapa possível de prever e construir em conjunto, implicando, inclusive, os protagonistas destes atendimentos.

Sob o enfoque psicológico, contempla uma dentre as principais temáticas recorrentemente abordadas nos atendimentos o reconhecimento de como o beneficiário se percebe e/ou como o familiar/cuidador-doméstico identifica aquele que envelhece, considerando os desafios que a condição de saúde impõe. Considera-se importante destacar que a alta em psicoterapia representa uma decisão reflexiva entre paciente e terapeuta, quando foram alcançados os objetivos dentro daquilo trazido como uma queixa e construído como demanda, abarcando transformações emergentes ao longo do processo (Boscolo, 2013; Tilmans-Ostyn, 2000). Na maioria dos casos atendidos pelo Programa a condição de saúde apontava para um declínio gradativo esperado no curso do envelhecimento, podendo levar a períodos de estabilidade clínica ou a morte, cenário passível de mudanças durante o curso dos atendimentos, por exemplo, com o surgimento de complicações clínicas ou recuperação/evolução positiva. A alta, dentro desta perspectiva bastante dinâmica, passa a ser considerada quando se verifica e desenvolve a capacidade de resiliência⁴ do núcleo familiar, para enfrentar os desafios reservados para esta etapa do ciclo vital.

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

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

Estar mais próximo do paciente e da sua rede de cuidados permite olhar mais atentamente ao modo contemporâneo como está a pessoa que envelhece, que agora goza de maior longevidade e anseia por maior qualidade de vida, proporcionando ao idoso novas inserções na sua rede social significativa e no seu papel na família. Tal comportamento desafia as convenções sociais estabelecidas diante do envelhecer, inclusive no quesito “alta” quando nem sempre há uma cura em xeque. Portanto, questionar o discurso pautado sobre a velhice, o cuidar e o sofrer, introduz uma quebra paradigmática, com uma perspectiva da atuação do psicólogo como co-construtor de novas possibilidades de ação (Vilela e Souza, 2014).

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

3. Considerações finais

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

Ainda que o trabalho em equipe configure uma interlocução comum ao psicólogo na área da saúde, a expansão da atuação profissional do consultório para a casa dos pacientes mostra-se uma modalidade recente na prática do psicólogo. O contexto domiciliar reserva imprevisibilidade e instabilidade, o que requer do profissional um apoio em novas referências teóricas e metodológicas, as quais contemplem a complexidade do atendimento. Somado a isto, o estreito contato com o modo de vida das famílias e desafios oriundos desta aproximação incitam novas reflexões sobre a ética profissional e ampliação do conceito de *setting*. Assim sendo, sugere-se a maior investigação e produção bibliográfica sobre o tema, abarcando os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho.

Questões sobre a relação do psicólogo com a equipe de atendimento domiciliar, o atendimento realizado com

idosos residentes em instituições de longa permanência e aspectos institucionais pautados pelo plano de saúde que regulamentam a intervenção, não puderam ser contempladas neste estudo. Assim, sugerem-se novas pesquisas que possam contemplar a diversidade de temas relacionados com a velhice, seja por parte daquele que envelhece, seja o sistema de cuidados envolvidos. Tendo em vista o aumento da expectativa de vida, espera-se que este estudo tenha contribuído como incentivo para expansão do serviço de atendimento domiciliar, ampliando o acesso a serviços de saúde ao idoso e alargando as possibilidades de intervenção do psicólogo.

Enquanto houver vida haverá capacidade reflexiva, tanto para aquele que envelhece quanto para aqueles que o acompanham. Compreende-se, através do processo de atendimento psicológico domiciliar ao idoso aqui descrito, que aquilo que era possível de ser dialogado, desenvolvido e promovido, diante das condições de saúde física e emocional nesta etapa do ciclo de vida, foi contemplado, de modo que a intervenção buscou incrementar mais recursos emocionais àqueles que foram protagonistas do processo psicoterapêutico, para lidarem com mais resiliência no atual contexto de desafios que envolvem o envelhecer.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association (Org.) (2004). *Guidelines for psychological practice with older adults*. Estados Unidos. Disponível em: <<http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>> Acesso em: 16 jul. 2015
- Amaral, N.N., Cunha, M.C., Labronici, R.H.D.D., Oliveira, A.S.B. & Gabbai, A.A. (2001). Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev. Neurociências*, 9(3), 111-117.
- Andersen, T. (2002). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: McNamee, S., Gergen, K.J. *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, A. M., Brito, M. J. M., Silva, K. L., Montenegro, L.C., Caçador, B. S. & Freitas, L. F. C. (2013). Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2).
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2013). *Terapia Sistêmica Individual*. Belo Horizonte: Artesã.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas.
- Cardoso, C. M. C. (2011). Atendimento à unidade familiar do idoso: experiência multidisciplinar. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- De Ávila, A. H., Guerra, M. & Meneses, M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3(8).
- Fabício, S. C. C., Wehbe, G., Nassur, F.B. & Andrade, J.I. (2004). Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(5).
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*, 22(3).
- Floriani, C. A. & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, 20(4).
- Freud, S. (1996). Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 13. Rio de Janeiro: Imago. Publicação original 1912-13.
- GEAP (Org.) (2009). *Orientações ao Prestador: Normas e Rotinas para a realização de serviços em Saúde*. Brasília.
- GEAP (Org.) (2007). *Programa de Gerenciamento de Casos – PGC*. Brasília.
- GEAP (Org.) (2015). *Programa de Gerenciamento de Casos – PGC*. Brasília.
- Haddad, L. (1997). *A ecologia da educação infantil: Construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação*. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Infantil, Universidade de São Paulo, SP.
- Hoffman, L. (1998). Uma postura reflexiva para a terapia de família. In: MC-NAMEE, S., GERGEN, K.J. *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artmed.
- Lemke, R. A. & da Silva, R. A. N. (2010). A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1).
- Marcolino, J. A. M., Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2).
- Martinelli, D. R. B., da Silva, M. S., Carneiro, J. A., Bonan, P. R. F., Rodrigues, L. H. C. & Martelli-Júnior, H. (2011). Internação Domiciliar: o perfil dos pacientes atendidos pelo Programa HU em casa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1).
- Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2013a). *Política Nacional de Humanização*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2013b). *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília.
- Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.
- Moreira, L. M. & Esteves, C. S. (2012). *Revisitando a Teoria do Setting Terapêutico*. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>> Acesso em: 07 jun. 2015.
- Silva, L., Galera, S. A. F. & Moreno, V. (2007). Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul Enferm*, 20(4).
- Tavolari, C. E. L., Fernandes, F. & Medina, P. (2000). O desenvolvimento do “Home Care Health” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, 3(9).
- Tilmans-Ostyn, E. (2000). A procura do terapeuta: da queixa à demanda. In: Tilmans-Ostyn, E. & Meynckens-Fourez, M. *Os recursos da fratria*. Belo Horizonte: Artesã.
- Vasconcelos, M. J. E. (2002). *Pensamento Sistêmico*. Campinas: Papirus, 2002.
- Vilela e Souza, L. (2014). Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: Guanaes-Lorenzi, C. (Org.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção de conhecimento*. Instituto Noos: Rio de Janeiro.
- Viorst, J. (1986). *Perdas Necessárias*. São Paulo: Melhoramentos.
- Zem-Mascarenhas, S. H. & Barros, A. C. T. (2009). O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, 11(1). Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>> Acesso em: 27 jul. 2015.
- Zimmerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Walsh, F. (1995). A Família no Estágio Tardio da Vida. In: Carter, Betty; McGoldrick, Monica. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, 8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nsp/v8nesa10.pdf>> Acesso em: 29 ago. 2015.

Submetido em: 22-10-2016

Aceito em: 13-12-2016