



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Biancha da Silva Souza Carvalho

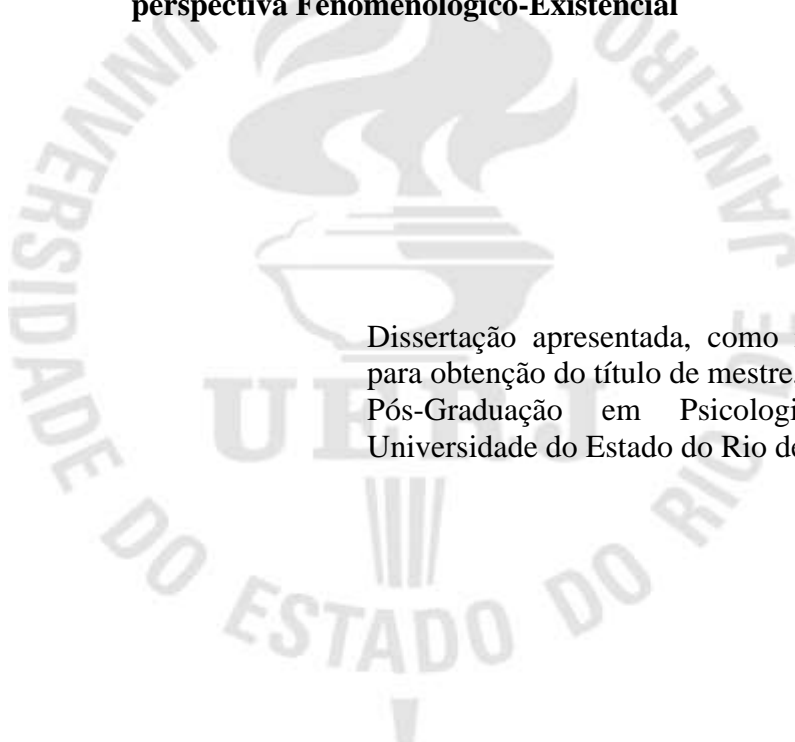
**“Será que o que faço é psicoterapia?”: o atendimento psicológico em
domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial**

Rio de Janeiro

2020

Biancha da Silva Souza Carvalho

“Será que o que faço é psicoterapia?”: o atendimento psicológico em domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C331 Carvalho, Biancha da Silva Souza.
“Será que o que faço é psicoterapia?”: o atendimento psicológico em
domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial / Biancha da Silva
Souza Carvalho. – 2020.
121 f.

Orientadora: Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicologia Social – Teses. 2. Psicoterapia – Teses. 3. Visita domiciliar –
Teses. I. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Biancha da Silva Souza Carvalho

“Será que o que faço é psicoterapia?”: o atendimento psicológico em domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de março de 2020.

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo (Orientadora)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Alexandra Cleopatre Tsallis
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Myriam Moreira Protásio
Instituto de Psicologia Fenomenológico-existencial do Rio de Janeiro – IFEN

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho àqueles que foram meu porto seguro nessa jornada: à Deus, aos meus pais, meus irmãos, meu esposo e minhas amigas Tatiane, Sarah e Luisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor da minha vida, por ter sentido sua doce presença me guiando e zelando por mim no decorrer dessa jornada. Mas, principalmente, por ter sido o meu porto seguro nos momentos de desânimo, solidão e saudades do colo de mainha.

À minha orientadora, Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo, por ter acreditado na importância dessa temática quando essa pesquisa ainda era um projeto de monografia de pós-graduação. Ana, muito obrigada pelo incentivo, por compartilhar seus conhecimentos e ensinamentos sobre o mundo da academia com tanta generosidade.

Às membras banca examinadora, Alexandra Tsallis pelas aulas afetuosas e afáveis; Myriam Protásio, por acompanhar esse projeto com tanto carinho e atenção desde a época do Ifen e pelos abraços aconchegantes que me lembravam *mainha*; e Ingrid Vorsatz, pela disponibilidade e gentileza de participar desse trabalho. Obrigada pelas valiosíssimas contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por financiar essa pesquisa.

Ao meu parceiro de vida e marido, Felipe, pelo amor, pela cumplicidade, por ser um exemplo de engajamento e por acreditar nos meus sonhos. Obrigada pelos conselhos e abraços apertados que transmitiam uma leveza e inspiravam a ter fé. Obrigada por ter representado a minha família aqui.

À minha mãe por se alegrar, chorar e orar juntamente comigo. Obrigada por ter me ensinado a persistir no meu sonho, afinal *você tem o sangue de Carmelita* (avó). Ao meu pai por ter se esforçado financeiramente para que nada me faltasse. Obrigada por se sentir tão feliz com a minha conquista. Aos meus irmãos, meus melhores amigos, minha saudade diária, obrigada por encherem a caçulinha de muito amor, broncas e apoio virtual. Aos meus sogros, que não apenas acreditaram nos meus sonhos, mas possibilitaram a minha vinda ao Rio de Janeiro.

Aos colegas do mestrado pelas constantes e enriquecedoras trocas de experiências. Às minhas queridas amigas pelo amparo, acolhimento, carinho e cuidado, especialmente Tati, Sarah e Luisa por serem voz, ouvido e ombros.

Aos pacientes e familiares por terem aberto os seus lares a uma desconhecida na esperança de que algo se transformasse naquele lugar. Sinto-me privilegiada por tê-los acompanhado e também por ter sido transformada por essa experiência.

There's always gonna be another mountain, I'm always gonna wanna make it move.
Always gonna be an uphill battle, sometimes I'm gonna have to lose. Ain't about how fast I get
there, ain't about what's waiting on the other side, It's the climb.

The Climb – Miley Cyrus

RESUMO

CARVALHO, B. S. S. “*Será que o que faço é psicoterapia?*”: o atendimento psicológico em domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial. 2020. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A Psicologia como ciência e profissão, encontra-se em expansão no Brasil, adquirindo novos contornos e especificidades na medida em que acompanha as transformações e os acontecimentos históricos no âmbito político, social, econômico e tecnológico do país. O atendimento psicológico em domicílio é uma modalidade de atuação que se encontra em expansão no Brasil. O profissional é solicitado para ir ao encontro daquele que apresenta dificuldades de se locomover até o consultório devido a uma patologia, uma indisposição emocional ou opta pelo conforto do lar. Concomitante, é perceptível o crescimento expressivo do número de pessoas idosas, na população brasileira na última década, devido ao avanço da medicina e seus vastos recursos para prolongar o tempo e a qualidade de vida da população. Isso acaba por consolidar o serviço de assistência domiciliar, tanto na esfera pública (atenção básica) como na particular (*home care*). Assim, o presente estudo tem como objetivo perguntar da possibilidade de uma prática clínica de base fenomenológico-existencial que ocorra no âmbito domiciliar, que não se ampara em uma atividade tecnocrata. Para tanto, iniciamos a trajetória investigativa exibindo situações clínicas que evidenciavam como as especificidades da clínica psicológica tradicional se configuravam em meio às peculiaridades do ambiente domiciliar e como a autora lidou com os elementos em questão alicerçada na fenomenologia-existencial. Em seguida, elaboramos uma revisão narrativa da literatura de pesquisas qualitativas sobre relatos de experiências de psicólogos que atuavam em domicílio. Nos valemos da suspensão fenomenológica durante a leitura das publicações para apontar a percepção dos autores frente a configuração do sigilo, da privacidade, do contato com os familiares e cuidadores nesse âmbito, bem como as dificuldades e desafios assinalados pelos psicólogos e concluímos que estudos se fundamentam em uma perspectiva tecnocrata. Desse modo, nos propusemos a realizar uma análise comparativa entre a prática psicoterápica tradicional e a de cunho fenomenológico-existencial para, enfim, podermos responder a indagação: será que o que faço é psicoterapia?. Para isso, abordamos o significado etimológico da palavra psicoterapia que diz de um modo de cuidado da alma. Encerramos a temática destacando o modo-de-ser-psicoterapeuta para enfatizar que o psicoterapeuta não se limita ao cumprimento de uma função, mas pode ser uma atitude, um modo-de-ser. Por fim, concluímos que há tempos a clínica psicológica já não se reduz a um ambiente particular e minimamente estável, pois a psicologia clínica e a escuta clínica acontecem em qualquer lugar, em qualquer área de atuação profissional. Além do mais, defendemos que é possível lidar com os elementos da psicoterapia sem assumir uma postura tutelar.

Palavras-chave: Psicoterapia. Assistência domiciliar. Fenomenologia-existencial.

ABSTRACT

CARVALHO, B. S. S. *What do I do is psychotherapy?": Psychological care at home from the Phenomenological-Existential perspective*. 2020. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Psychology as a science and career is expanding in Brazil, acquiring new outlines and specificities as it follows the transformations and historical events in the political, social, economic, and technological areas of the country. Psychological care at home is a modality of activity that is expanding in Brazil. The professional is requested to encounter the one who has difficulty getting to the psychological office due to a pathology, an emotional malaise, or opts for the comfort of home. Concomitantly, the significant growth in the number of older adults in the Brazilian population over the last decade is noticeable, due to the advances of medicine and its vast resources to extend the time and quality of life of the population. This consolidated the Home Care service both in the public sphere (primary care) as in private (home care). Thus, the present study aims to ask about the possibility of a phenomenological-existential clinical practice that occurs at home but does not rely on a technocratic activity. Therefore, we began the investigative trajectory by showing clinical situations that evidenced how the specificities of the traditional psychological clinic were configured amid the peculiarities of the home environment and how the author dealt with the elements in question, based on the existential phenomenology. We then elaborated a narrative review of the qualitative research literature on experience reports of home-based psychologists. We used the phenomenological suspension while reading the publications to point out the authors' perception regarding the configuration of confidentiality, privacy, contact with family and caregivers in this area, as well as the difficulties and challenges pointed out by psychologists, and we conclude that the studies are based on a technocratic perspective. Thereby, we proposed to make a comparative analysis between the traditional psychotherapeutic practice and the phenomenological-existential one so that we can finally answer the question: what I do is psychotherapy? For this, we approach the etymological meaning of the word psychotherapy, which refers to a way of caring for the soul. We close the topic by highlighting the psychotherapist's way of being to emphasize that the psychotherapist is not limited to the fulfillment of a function, but can be an attitude, a way of being. Finally, we conclude that for a long time, clinical psychology has no longer been reduced to a particular and minimally stable environment, because clinical psychology and clinical listening take place anywhere, in any area of professional practice. Moreover, we defend that it is possible to deal with the elements of psychotherapy without assuming a tutelary posture.

Keywords: Psychotherapy. Home care. Existential phenomenology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 SERÁ QUE O QUE EU FAÇO É PSICOTERAPIA?: DESAFIOS DA CLÍNICA PSICOLÓGICA DOMICILIAR.....	15
1.1 Relato de experiência.....	16
1.1.1 <u>Será que o que faço é psicoterapia?</u>	24
1.1.2 <u>A televisão que sempre estava ligada</u>	27
1.1.3 <u>No olho do furacão: o contato com os familiares</u>	28
1.1.4 <u>O cuscuz e o açúcar no café</u>	30
1.1.5 <u>“Pelo menos tenho a TV”</u>	40
2 ENTRE QUESTIONAMENTOS E ESTRANHAMENTOS: UM MODO DE ATENÇÃO CLÍNICA NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR.....	50
2.1 O objetivo do Atendimento Psicológico Domiciliar	56
2.2 Sobre os estudiosos do tema	57
2.3 Peculiaridades da clínica domiciliar e as especificidades da clínica tradicional	60
2.3.1 <u>O ambiente domiciliar e a postura do psicoterapeuta</u>	61
2.3.2 <u>O vínculo com familiares e cuidadores x privacidade e sigilo</u>	66
2.3.3 <u>A equipe interdisciplinar</u>	71
2.3.4 <u>Dificuldades e desafios</u>	72
2.4 Considerações éticas sobre diferentes estudos	75
2.4.1 <u>A herança da Psicanálise</u>	78
2.4.2 <u>Pesquisas na perspectiva tecnocrata</u>	82
3 O QUE EU FAÇO TAMBÉM É PSICOTERAPIA?	86
3.1 O que é psicoterapia?	89
3.2 A clínica psicológica: um exercício de clinicar	92
3.3 Um outro modo de fazer psicoterapia	93
3.3.1 <u>Sigilo, privacidade e ambiente domiciliar</u>	94
3.3.2 <u>A relação psicoterapêutica</u>	101
3.3.3 <u>Modo-de-ser-psicoterapeuta</u>	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	114

INTRODUÇÃO

A Psicologia como ciência e profissão, ao longo dos seus 56 anos de legitimação no Brasil, está em constante expansão adquirindo novos contornos e especificidades diante das transformações e dos acontecimentos históricos no âmbito político, social, econômico e tecnológico do país. Entretanto, por muitos anos a imagem do psicólogo esteve vinculada quase que unicamente ao exercício clínico na modalidade de psicoterapia, com suas grades curriculares, nos cursos de graduação, voltadas majoritariamente para as disciplinas da psicologia clínica. Mesmo que não houvesse o propósito de especializar o profissional em formação, a aplicação da psicologia no âmbito clínico esteve em destaque (BASTOS; GOMIDES, 1989).

Diante desse panorama em que a psicologia emergiu, é possível compreender a vinculação da imagem do psicólogo à prática clínica por um longo tempo no espaço do consultório. Hoje, no entanto, o consultório privado já não ocupa mais um lugar privilegiado. Como reflexo disso, até o ano de 2016, o Conselho Federal de Psicologia, por meio de resoluções, classificou doze especialidades de atuação. Dentre elas, gostaríamos de destacar a Psicologia Clínica para, então, discorrermos acerca da modalidade de atendimento psicológico na Assistência Domiciliar. Se, etimologicamente, a palavra clínica significa tão somente *inclinarse*, então se abre espaço para pensar uma clínica para além do âmbito privado, de clientela específica, cujo clinicar se apoia na escuta e na fala, mas, sobretudo na experiência do encontro, no acompanhar da experiência do outro.

O atendimento em domicílio é uma prática registrada desde o Egito Antigo. Seus primeiros registros são remetidos às práticas médicas dos antigos Terapeutas de Alexandria: os filósofos chamados de terapeutas que professavam a medicina. Também presente em passagens bíblicas, o fazer médico é anterior àquele que ficou conhecido como o pai da medicina, Hipócrates (LELOUP, 2003). Assim, desde os primórdios da medicina até o final do século XVIII os cuidados médicos eram realizados na residência dos pacientes, daí a tradição dos médicos de família. Desta época, também é datado o nascimento do hospital, contudo, diferentemente de como o conhecemos atualmente, esse lugar tinha a finalidade de prover assistência aos doentes, pobres, miseráveis, separando-os e excluindo-os da sociedade (FOUCAULT, 1981). Foi apenas no século XIX que surgiram organizações de assistência domiciliar conhecidas como *home care*, formadas por enfermeiras associadas a movimentos filantrópicos. Mesclando aspectos domiciliares e hospitalares, o serviço disseminou-se pelos Estados Unidos, seguido da Europa e chegando ao Canadá nos anos 60 com o intuito de

organizar o cuidado, descongestionando os hospitais e oferecendo aos pacientes e familiares um ambiente mais favorável (LELOUP, 2003; ALBUQUERQUE, 2003).

A assistência domiciliar, segundo Lima, Spagnuolo e Patrício (2013), é um novo fenômeno mundial em emergência, embora seja realizada desde os primórdios da humanidade. No Brasil essa prática está em constante expansão. Atualmente, na esfera pública, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Atenção Básica, realizar visitas e acompanhamento domiciliar aos enfermos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Já no âmbito privado, as empresas de *home care* estão vinculadas aos planos de saúde. Ambos os setores dispõem de equipes interdisciplinares, cujos profissionais incluem: médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos.

As transformações tecnológicas na sociedade vêm impulsionando a psicologia a percorrer novos caminhos. Reichel (2008) aponta que pesquisas (COSTA; BRANDÃO, 2005; PASSOS; BARROS, 2000) na área da psicologia clínica assinalam a necessidade de reflexões e possíveis transformações na atuação com o objetivo de acolher demandas atuais e as novas dores da humanidade. No que se refere ao acolhimento das demandas atuais, não podemos deixar de citar Da Costa (2015) ao tematizar o termo *acolhimento atento*. O autor esclarece que o psicólogo, na perspectiva fenomenológico-existencial, delimita filosoficamente o modo de ser do homem e a partir disso se põe em sintonia de atenção, ou seja, em uma disposição ao acolhimento para com o outro no espaço clínico. Assim, o acolhimento atento diz respeito a uma postura clínica onde o psicólogo se orienta pela existência ôntica, concreta do outro.

Da Costa (2015) afirma ainda que o acolhimento atento possibilita, no espaço clínico, as expressões de sofrimento. Em outras palavras, o psicólogo se dispõe a acolher atentamente aquele que quer falar de seu sofrimento. Além disso, a clínica é, sobretudo, lugar que possibilita que aquele que sofre possa demorar-se na expressão do que o intranquiliza (FEIJOO, 2017a). Então, indagamos: o que Da Costa (2015) e Feijoo (2017a) estão chamando de sofrimento?

Na maior parte das vezes, dor e sofrimento se fazem presentes nos discursos clínicos. Mas, Feijoo (2017b) alerta que embora pareçam semelhantes, dor e sofrimento não são sinônimos, esclarecendo que tristeza, pena e pesar referem-se à dor, já o sofrimento acena para o que Fogel (2010) chama de *dor da dor*. A fim de clarificar a temática, Feijoo (2017b) exemplifica:

A primeira dor, nos diz Kierkegaard, é aquela pela qual a criança é tomada quando algo a atinge, e a tristeza é infinitamente profunda. A segunda é aquela em que o adulto sofre não apenas com a dor, mas com o fato de que se vive a dor. Esclarecemos que a primeira dor é o espinho na carne e a segunda dor é a dor porque se tem o

espinho, ou seja, trata-se da perda ou a marca de algo que acreditamos que deveria ser da ordem do imaculado. (p. 21)

A autora informa ainda que o sofrimento é para nós o que Kierkegaard (1844/2005) chama de *a doença do desespero*. Dando continuidade às doenças do mundo moderno, ela explicita quais são as palavras de ordem da atualidade: *querer é poder*. Nossa vontade não é soberana, e querer e se esforçar para tal é insuficiente para que o meu desejo se torne realidade. Então sofreremos porque fracassamos, como assinala Feijoo (2017b): “e essa é a doença do homem moderno, ou seja, o dar-se conta do inalcançável do seu desejo” (p. 25).

Retornando a discussão de Reichel (2008) e Da Costa (2015), sobre o acolhimento às novas demandas que se apresenta, acreditamos ser imprescindível acolhê-las atentamente, tais como as de idosos por via da assistência domiciliar. Cabe perguntar como se daria o acontecer de uma clínica psicológica no contexto domiciliar que não seja tecnocrata? Esclarecendo que na perspectiva fenomenológico-existencial, a relação clínica não se daria por meio de técnicas como um meio eficiente e rápido de alcançar um fim anterior posicionado. Para tanto, essa autora indica o caminho da paciência, do poder demorar-se, ou seja, não se manter na pressa, característica das práticas tecnocratas.

O pensamento meditante, tal como exposto pelo filósofo alemão Heidegger (1959) em *Serenidade*, diz de uma via de meditação, solicita-nos a atenção paciente e livre, para além dos aspectos subjetivos das coisas ditadas pela metafísica. O pensamento que medita vem lembrar ao homem a existência de outro modo de pensar que está sempre presente em nossa existência. A clínica como um lugar da meditação sustenta essa outra maneira de pensar e não almeja chegar a determinado objetivo. Trata-se de um espaço para debruçar-se sobre suas questões, onde a fala por si só é terapêutica (FEIJOO, 2017a). Logo, sustentar o espaço da fala é terapêutico, especialmente em um mundo onde não se escuta mais o outro.

Considerando os desdobramentos e novos rumos da Psicologia e a atual difusão dos serviços de Assistência Domiciliar no Brasil, cabe questionar: como se daria uma clínica psicológica em espaços não convencionais? E como as especificidades da clínica tradicional estão dispostas nessa modalidade de atendimento? O que modularia uma atuação clínica fora do âmbito do consultório? Assim, com essa pesquisa pretendemos alcançar as bases que sustentam uma prática clínica, mais especificamente uma psicoterapia, que se dá no espaço domiciliar, que não se ampara em uma atividade tecnocrata. Para tanto, faz-se necessário buscar as bases dessa modalidade prática, um exercício de pensamento acerca de um outro modo de fazer clínica que não visa a eficácia, a eficiência e os resultados dessa prática. A clínica psicológica que não se fundamenta na atividade instrumental da técnica e seus métodos científicos desenvolvidos pelas ciências aplicadas (FEIJOO, 2017c).

No que concerne à prática do psicólogo em domicílio, a fim de apresentar um panorama realizamos um levantamento bibliográfico sobre essa temática e notamos que os poucos estudos encontrados relatam experiências de estranhamento, desconforto e insegurança ao transitar por essa modalidade de atuação. Atoos esses que podem estar relacionados a uma concepção estrita sobre o que se compreende como clínica, assim como pela falta de preparo para exercício da profissão para além das quatro paredes. É interessante destacar que as publicações falam da necessidade de flexibilidade do psicólogo inserido nessa área, muito embora ainda operem na tentativa de delimitar um caminho ao qual o profissional deva percorrer, tais como: quais diretrizes da clínica tradicional devem ser mantidas; de que modo teorias e técnicas devem se ajustar; e qual deve ser a postura do psicoterapeuta na ausência das quatro paredes do consultório tradicional (LAHAM, 2004; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; GRILO, 2012; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; GLEBOVA ET. AL., 2012; REITER, 2000)

Indagações direcionadas à autora, como: *Vai atender aqui na sala? Então vamos deixar a sala parecida com um consultório*, além do recorrente questionamento direcionado a si mesma: *será que o que estou fazendo é psicoterapia?*, nos leva a pensar que já existe um fazer previamente dado do que é psicoterapia, do que se espera do atendimento e do psicólogo. Sabemos que a Psicologia como ciência moderna tem suas raízes fincadas na concepção cartesiana da subjetividade moderna, ou seja, fundamenta-se na concepção de subjetividade do eu.

Considerando que a psicoterapia em domicílio também se orienta quase que totalmente por uma perspectiva tecnocrata, a questão que se impõe nesta investigação é: seria possível pensar a psicoterapia em outras bases que considere homem e mundo indissociavelmente, onde a técnica seja mais do que somente um meio para se alcançar um fim, o qual já está previsto desde o início? Em outras palavras: seria possível pensar em uma psicoterapia que se encaminhasse pela paciência em uma postura serena? Logo, seria possível pensar uma perspectiva clínica contrária à psicologia moderna e que se sustente numa noção de cuidado onde o modo de acolhimento conduz o paciente às suas próprias possibilidades? E como isso se daria no contexto domiciliar, onde, por exemplo, o paciente prefere ser atendido na presença de um técnico de enfermagem, ou quando cozinhar com o paciente se mostra como possibilidade?

Prescindindo do embasamento científico que conduz a Psicologia moderna, nos apoiamos na filosofia da existência para pensar a clínica psicológica na modalidade de uma psicoterapia que se dá em domicílio. Assim como Heidegger (1953/2006) sugere um outro modo de relação com a técnica moderna por meio da serenidade, nos inspiramos no filósofo

para refletir acerca da atmosfera residencial, do contato com os familiares e demais profissionais do *home care*, da participação na rotina da casa, do sigilo, da privacidade e da relação terapêutica se apresentam de modo radical. Pretendemos discutir tais elementos pela perspectiva fenomenológico-existencial em um exercício de saber-fazer.

De acordo com autores da psicologia que se embasam na filosofia da existência, é preciso se desligar desse modo hegemônico de atuação para que possamos encontrar a maneira mais própria do nosso fazer na clínica, ou seja, aquela que nasce da situação, da experiência (SÁ, 2017; FEIJOO, 2017a, 2019; DUTRA, 2004, 2009; FIGUEIREDO, 2004). Para alcançarmos nosso objetivo, iniciamos o percurso investigativo expondo ao longo do primeiro capítulo situações de atendimentos domiciliar, experienciadas pela autora, que mostravam como as especificidades da clínica tradicional emergiam em meio as peculiaridades dessa modalidade. Nessa ocasião, acompanhamos as percepções da autora e como esta lidou com os elementos em questão ao passo em que discutíamos acerca de uma clínica com bases fenomenológico-existenciais e seus fundamentos possíveis para sustentar esse tipo de atendimento.

No segundo capítulo, elaboramos uma revisão narrativa da literatura de pesquisas qualitativas sobre relatos de experiências de psicólogos que atuam em domicílio. Na fase de leitura dos artigos, nos valem da suspensão fenomenológica para, em seguida, apontar a percepção dos autores frente à configuração do sigilo, da privacidade, do contato com os familiares e cuidadores nesse âmbito, bem como as dificuldades e desafios assinalados pelos psicólogos. Ao final do segundo capítulo, tecemos algumas considerações acerca da herança do modelo psicanalítico para a psicologia clínica, além de destacar o ponto de convergência entre as publicações, ou seja, todas atuam em um manejo tecnocrata.

No terceiro capítulo realizamos uma análise comparativa entre a prática psicoterápica tradicional e a de cunho fenomenológico-existencial para, enfim, podermos responder a indagação: *será que o que faço é psicoterapia?*. Para isso, abordamos o significado etimológico da palavra psicoterapia que diz de um modo de cuidado da alma (SÁ, 2017). Encerramos a temática destacando o modo-de-ser-psicoterapeuta, termo utilizado por Dutra (2009), para enfatizar que o psicoterapeuta não se limita ao cumprimento de uma função, mas pode ser uma atitude, um modo-de-ser.

Abrimos aqui um parêntesis para melhor compreensão da leitura. É importante esclarecer que, por se tratar de uma pesquisa desenvolvida na área da psicologia clínica - como a indagação da autora gira em torno da psicoterapia, utilizamos os termos *clínica psicológica* e *psicoterapia* indiscriminadamente ao longo dessa dissertação. Todavia, cabe ressaltar que não estamos sugerindo que ambos sejam sinônimos, visto que a psicoterapia é uma modalidade da

psicologia clínica, enquanto a clínica psicológica abrange as demais categorias do exercício em psicologia clínica. Ademais, os elementos que foram discutidos nesse trabalho dizem respeito à clínica psicológica em geral.

A temática desse trabalho se mostra de extrema relevância, pois, de acordo com a pesquisa de Síntese de Indicadores Sociais – SIS do IBGE (2016), entre 2005 e 2015 a população brasileira de idosos com mais de 60 anos aumentou de 9,8% para 14,3%. Entre 2012 e 2017 houve um crescimento de 18% desse grupo, o que corresponde a 30,2 milhões idosos¹. Isso revela que o crescimento expressivo desse grupo na última década decorre do avanço da medicina e seus vastos recursos para prolongar o tempo e a qualidade de vida da população. A longevidade fez emergir uma nova realidade ao convívio social. Espera-se viver mais ou ao menos prolongar a vida do doente em estado crônico devido ao bem-estar oferecido pela ciência médica em conjunto com as tecnologias computadorizadas. Desta forma, as pessoas idosas permanecem cada vez mais em seus lares, e com isso os serviços de saúde expandiram, dando lugar a novos modos de atuação profissional que contemplam as demandas do processo de envelhecimento (LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

O aumento da demanda pelo serviço de assistência domiciliar/*home care* despertou o interesse do meio acadêmico que, por sua vez, produziu diversas pesquisas referentes ao atendimento psicológico em domicílio debruçando-se sobre a experiência dos pacientes, familiares e cuidadores. Entretanto, há uma escassez de trabalhos que exponham a experiência do psicólogo nesse contexto de atuação. Experiência essa que, segundo a literatura, é marcada por situações de desconforto, insegurança e questionamentos no que concerne a configuração dos elementos da prática clínica na esfera domiciliar. Isso nos mostra a necessidade de pesquisas que problematizem a clínica e suas especificidades visivelmente cristalizadas, pois apesar dos estudos partirem de uma inquietação, não fazem uma reflexão sobre as diretrizes das perspectivas clínicas que operam a partir de teorias que têm o objetivo de solucionar algo por meio de aplicação técnica. É de suma importância, neste projeto, sair desse espaço que tenta propor novas teorias e técnicas para suprir a insuficiência dos referenciais teóricos atuais (como observado nas publicações) e se dispor a pensar uma outra maneira de atender em domicílio. Para isso, é preciso nos distanciarmos da psicoterapia como uma atividade tecnocrata e nos aproximarmos daquilo que acontece na experiência da atuação.

¹ Informação retirada do site do IBGE: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>

1 SERÁ QUE O QUE EU FAÇO É PSICOTERAPIA?: DESAFIOS DA CLÍNICA PSICOLÓGICA DOMICILIAR

Um assunto amplamente discutido no meio acadêmico é a psicologia e seus campos de atuação. Na medida em que adentra os novos espaços de atuação, os questionamentos e inquietações que acompanham esses profissionais em seu fazer, muitas das vezes, vão ganhando corpo em forma de estudos. A partir disso, criam-se teorias e técnicas no intuito de sustentar as emergentes modalidades de prática em psicologia.

Atualmente a visita do psicólogo às residências pode ser considerada uma de suas atribuições, por exemplo, na psicologia da saúde, social e jurídica. Programas como a Clínica Ampliada² e o Consultório na Rua³ mostram médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde em cenários agitados e imprevisíveis. No que diz respeito à clínica psicológica, a oportunidade de atuar em ambientes tidos como inusitados pode ser experienciado com um certo estranhamento e desconforto pelo profissional, visto que a estrutura do consultório nada tem a ver com a casa de um desconhecido. Na busca por uma resposta ou um caminho que o norteie, o psicólogo pode recorrer aos estudos na área do atendimento domiciliar, e daí surgirem mais questionamentos.

Almejando um caminho para tomar como referência, a autora dessa pesquisa buscou apoio nas bibliografias, não encontrou o amparo desejado e sim uma motivação para se aprofundar no tema. Esta investigação partiu da inquietação que nasceu do desafio que a experiência do atendimento psicológico colocou para a pesquisadora. Atuar nessa área pouco investigada e atuar de modo intuitivo, na percepção do acontecimento era uma possibilidade. No entanto, foi na intenção de buscar entender o que estava fazendo como psicóloga clínica no âmbito domiciliar, que a autora dessa decidiu investigar o tema.

Nesse capítulo optamos por relatar a experiência da autora dessa pesquisa que, impregnada pelos padrões da clínica convencional, inicialmente indagava se sua atuação condizia com a de um psicoterapeuta, pois tinha dificuldade de visualizar o ambiente residencial como um lugar possível para a clínica psicológica. Portanto, esse capítulo será escrito, predominantemente, na primeira pessoa do singular.

² A Clínica Ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde.

³ A estratégia Consultório na Rua foi instituída em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica com o intuito de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

1.1 Relato de experiência

Certo dia recebi o convite por telefone de uma empresa de *home care* para fazer parte da equipe de psicólogos que atendem pessoas com doenças crônicas ou degenerativas, em domicílio. Minha atuação profissional até então se dava com crianças e adolescentes em situação de institucionalização. Diante do convite, fiquei, então, frente a um grande desafio: atender idosos em um ambiente totalmente desconhecido – suas casas, pensei em silêncio –. Do outro lado da ligação, a funcionária gentilmente rompeu o silêncio e informou que gostaria de poder me dar um tempo para analisar a proposta, mas infelizmente tratava-se de um caso complexo, pois o paciente sofria de uma doença neurodegenerativa e a psicóloga que o atendia precisou se desligar da empresa. Daí o caráter de urgência da ligação, visto que precisavam encaminhá-lo a outro profissional. Além do mais, era 17:30 de uma sexta-feira, final de expediente. Visivelmente animada, pois estava à procura de um emprego, decidi aceitar. A funcionária da empresa prontamente agradeceu e agendou o atendimento para a próxima segunda-feira. Minutos após o término da ligação me dei conta de que nada sabia a respeito do atendimento psicológico em domicílio e muito menos sobre a doença do paciente: a esclerose lateral amiotrófica (ELA). Aflita e um tanto nervosa frente a esse novo desafio, apressei-me em pesquisar sobre a doença.

O atendimento em domicílio não deve ser tão divergente do consultório, pensei. Havia lembrado de um professor da época de graduação que trabalhava com serviço de *home care*. Ao saber disso, o critiquei: *entrar na casa do paciente, ter contato com a família e ainda correr o risco de ter o sigilo quebrado? Isso não deve funcionar!* Envergonhada com a lembrança, pensei: *nada como a própria experiência, não é mesmo?* Lembrei ainda das dificuldades, dos desafios e da satisfação que sentia em realizar visitas domiciliares aos familiares das crianças e adolescentes que se encontravam na instituição onde trabalhava como psicóloga. Embora o objetivo fosse de investigar esse ambiente, conseguia ver algumas semelhanças entre as duas funções: ir ao encontro do paciente.

Optei por pesquisar sobre a ELA, queria me sentir preparada para essa nova experiência. Como se entender o diagnóstico do paciente fosse imprescindível para a minha atuação, pensei ingenuamente: *não seria adequado mostrar que não conheço a doença e, muito menos, demonstrar espanto frente à situação do paciente*. Muitos foram os estudos encontrados na área da saúde e apenas uma monografia em Psicologia abordando o luto no atendimento à pessoa portadora de ELA. Exausta de tanto pesquisar, decidi esperar até segunda-feira: *vamos ver como será!*. Por fim, encontrei consolo nos textos do curso de pós-graduação em Psicologia Clínica

na perspectiva Fenomenológico-Existencial, que falavam sobre a importância de estarmos abertos a tudo o que vem ao nosso encontro na clínica. Assim, me dei conta de que todo esse movimento de preparação para não ser surpreendida, bem como a necessidade de saber detalhes da doença se tratava de uma antecipação à existência do outro. *Como poderia acompanhar o outro se já estava partindo de pressupostos de como ele seria?* Estudar a ELA e, até mesmo, o próprio atendimento psicológico domiciliar não me aproximaria da experiência do paciente. Percebi que precisava me despir das armaduras de guerra e simplesmente ir. E assim o fiz! Fui ao meu primeiro atendimento com um sorriso ansioso e a disponibilidade para estar com o outro.

Extremamente apreensiva, cheguei à residência e fui recepcionada pelo técnico de enfermagem que me convidou a esperar no sofá enquanto ele desceria com o paciente. Ao aguardar me senti tomada por um incômodo inexplicável, olhando ao meu redor percebi que sua casa estava empoeirada, fedida e os objetos que a compunham encontravam-se revirados, como se um furacão tivesse passado por lá há pouco tempo. Era um lugar sombrio! Não por falta de iluminação, mas pelo excesso de objetos amontoados pela casa que dificultavam o acesso à sala. A porta da cozinha era a única entrada para a casa, visto que a da sala estava bloqueada com cadeira higiênica, colchonete, caixas, roupas e até mesmo um aparelho de micro-ondas. A cozinha por si só já anunciava a disposição da casa: a comida em cima do fogão, a pia cheia de louças, um tapetinho com as necessidades do cachorro e, em meio a uma torre de panelas, me vi tendo cuidado redobrado para passar no curto espaço entre a porta de entrada e a da sala.

Já na sala, a enorme televisão estava ligada em um canal com um programa sobre carros e o som altíssimo se emudeceu quando ouvi o barulho de uma máquina, era Carlos descendo pelas escadas em uma cadeira específica para degraus. Sua doença havia paralisado seus membros superiores e inferiores e os músculos da garganta começaram a atrofiar. Sua comunicação já estava prejudicada. Enquanto o técnico o ajudava, sua esposa veio ao meu encontro, pegou um banquinho e sentou-se na minha frente. Todos aparentavam estar cansados, mas sua esposa, Maria, me parecia tão bagunçada quanto a casa.

O técnico transportou Carlos da cadeira para o sofá e iniciamos o atendimento: eu, o paciente e sua esposa. Apresentei-me e pedi para Carlos contar um pouco de si. Naquele momento me dei conta da complexidade do caso, pois não conseguia entender uma só palavra que saía de sua boca e percebi que Maria estava ali não apenas como esposa, mas principalmente como tradutora. Pensei: *será que isso vai dar certo? Como estar com o outro quando ele se apresenta através de uma terceira pessoa?* Eu estava nitidamente desconcentrada e

incomodada: a televisão alta, a bagunça, o cheiro da casa... Naquele momento tudo me era estranho, o que aprendi na universidade envolvia quatro paredes, uma poltrona e apenas duas pessoas que falavam perfeitamente.

Um mês após o início dos atendimentos em domicílio, lembro-me de ter saído da casa do paciente confusa, imersa em questionamentos quanto à atuação do psicólogo, aos elementos com os quais precisava aprender a lidar: como deve ser a proximidade com os familiares; como garantir o sigilo e a privacidade em um ambiente tão imprevisível; como atuar sem ter a pretensão de dar conta de tudo? Estranhando esse lugar aparentemente inabitado, me senti solitária. Ao caminhar pelas calçadas, já não ouvia mais o barulho dos carros e não prestava mais atenção nas coisas, como de costume. Inquieta, esperando o sinal de pedestres se abrir para poder continuar o meu trajeto, dei-me conta das dúvidas, inseguranças e medo que me consumiam. A sensação era de estar pisando em um lugar desconhecido, onde eu, e apenas eu, poderia encontrar o meu modo de torná-lo um lugar possível para atuar. *Será que o que faço é psicoterapia?*, pensei. Diante de todas as questões que havia levantado, finalmente tive a certeza de algo: essa pergunta deveria ser respondida.

Essa inquietação, que nasceu do desafio que a experiência do atendimento em domicílio colocou para mim, provocou uma ânsia por respostas imediatas. Um pouco mais familiarizada com esse estranhamento do *solo desconhecido*, dessa vez, resolvi pesquisar a temática do atendimento psicológico domiciliar. Não no intuito de uma preparação para a atuação, pois assim estaria, mais uma vez, agindo de modo antecipatório e preventivo diante do acontecimento. Agora o interesse repousava em tomar conhecimento do que vinha sendo pesquisado nessa modalidade de clínica psicológica e, de alguma forma, cessar meus questionamentos e solucionar minhas dúvidas. *Como costuma ser a atuação nessa área nas diferentes perspectivas?*, pensei.

Imaginando ser um assunto de ampla literatura, me limitei a procurar em sites de busca rápida e, para a minha surpresa, os resultados indicavam a existência de poucos estudos. *Que estranho!*, exclamei. Trata-se de uma situação bastante controversa, visto que as próprias bibliografias dos artigos enfatizavam que, em decorrência do crescimento da população idosa, o serviço de *home care* encontra-se em expansão no Brasil (IBGE, 2016; LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Apesar de me sentir mais segura em clinicar inspirada/de acordo com na perspectiva fenomenológico-existencial, ainda assim, por se tratar de uma temática com estudos irrisórios, tinha a sensação de estar caminhando no escuro. *Como a fenomenologia-existencial pode me auxiliar numa clínica que acontece em domicílio?* Era um questionamento que me

acompanhava nos atendimentos. Por estar cursando uma especialização nessa perspectiva, comecei a compartilhar minhas inquietações nas supervisões clínicas realizadas pela/com a professora Dra. Ana Maria Feijoo.

Muitos foram os questionamentos levados à supervisão: *tendo em vista que não nos valem de técnicas, como atuar junto a pacientes de home care? Como não lidar com as solicitações dos familiares? Como zelar pelo sigilo e a privacidade se o paciente gosta de conversar na frente da técnica de enfermagem ou da diarista? Como atuar em um ambiente imprevisível e incontrolável? Como intervir quando vejo uma técnica de enfermagem ou um familiar tutelando a vida do paciente? Como deve se dar o vínculo terapêutico e a medida da relação com o paciente e seus familiares em um ambiente residencial?*

A cada supervisão compartilhava não apenas sobre a situação clínica, mas também as minhas impressões sobre a atuação clínica em domicílio e os elementos que se assemelhavam e se distanciavam do consultório particular. Durante as supervisões, pude refletir a respeito das especificidades da clínica psicológica em meio às peculiaridades do ambiente domiciliar. A sensação de desamparo nesse campo misterioso, seja por falta de bibliografia ou de experiência, foi se transformando encontro após encontro. Ao longo das supervisões, não aprendi mais uma teoria, técnicas ou estratégias para fundamentar a atuação clínica no ambiente domiciliar.

No que concerne à supervisão clínica, Sá, Azevedo Junior e Leite (2010) esclarecem que na perspectiva fenomenológico-existencial:

[...] o saber sobre a existência é sempre problemático pela própria natureza desta, pois qualquer objetivação do existir afasta sua realidade essencial. Não é, portanto, objetivo da supervisão resolver o problema da identidade profissional utilizando da mera transmissão de teorias e técnicas, mas sustentar a tensão desta problematicidade, para que por meio dela se operem transformações existenciais, já que o saber que aqui mais importa é aquele indissociável do nosso próprio modo de ser (p. 137).

Foi nesse espaço que pude me apropriar de um modo de clinicar que se constitui na própria prática, ou melhor, em seu saber-fazer, termo utilizado por Feijoo (2017a). Ao utilizar o hífen, a autora pretende ligar as duas palavras, pois defende que o campo do saber é indissociável da prática clínica, ou seja, do fazer.

Em seu livro *Existência e psicoterapia: da psicologia sem objeto ao saber-fazer na clínica psicológica existencial*, Feijoo (2017a) discute o exercício do *saber-fazer* na clínica existencial alegando que “a psicoterapia se articula em um saber que se aprende na própria experiência da clínica” (p. 21). Para esclarecer a proposta do seu estudo, Feijoo (2017a) recorre à ontologia fundamental do filósofo alemão Martin Heidegger em *Ser e Tempo* ressaltando aquilo que o autor chamou de primado da prática “como aquilo que traz a possibilidade para a

constituição de todo e qualquer modo de conhecer e de saber sobre o modo de lidar com os entes” (p. 115). Na lida com o ente, mais imediato do que o conhecimento sobre este é o conhecimento próprio que nasce no manuseio, na dinâmica de uso. Assim, a autora conclui que:

[...] todo o saber das coisas vem junto a um fazer. Ou seja, na medida em que se faz, se sabe. É um saber como sabor: na medida em que saboreamos algo, apreendemos o seu sabor. Não dá para saber o sabor sem saborear. Um desses polos não é possível sem o outro (FEIJOO, 2017a, p. 116).

Diferentemente das vertentes psicológicas que se utilizam de uma teoria para direcionar a atuação profissional, a clínica psicológica existencial é entendida como uma experiência peculiar. Feijoo (2017a) afirma que “é essa experiência que dá o tom, o sabor, o saber” (p. 117), pois esse último, que emerge no próprio fazer diz do singelo ato de se entregar à experiência de acompanhar o outro. O psicólogo não precisa de um saber, no sentido de ter um conhecimento prévio teórico, que possibilite sua atuação em uma área pouco estudada, como o atendimento domiciliar. Talvez, por não pensar racionalmente a respeito é que o psicoterapeuta esteja disponível, acolha atentamente e se aproxime daquilo que está em jogo nessa experiência. Só se faz porque sempre já se sabe e nesse conhecimento próprio não há uma rigidez ou norma de como deve acontecer a dinâmica psicoterapêutica.

As psicologias modernas se fundamentam na dicotomia cartesiana ao tomar o sujeito como sendo determinado a priori e o objeto o determinante, operando a partir da concepção de subjetividade (FEIJOO, 2011). Na clínica psicológica de inspiração fenomenológico-existencial, o homem como *ek-sistente* se constitui transcendentemente, ou seja, ele não é determinado pelo social, biológico ou psíquico. Para Heidegger (1927/2005), o homem é tomado pelo seu caráter de indeterminação originária, então, ele e o mundo são cooriginários e indissociáveis. Feijoo (2017a) esclarece que o mundo é indispensável ao homem uma vez que, repleto de direcionamentos, “fornece apoio, sustentação, caminho” (p. 116). O homem, em seu caráter de *nadidade*, de início e na maioria das vezes, se sustenta nas determinações do mundo. Ao pensar homem e mundo em uma unidade radical é possível romper com a ideia de substancialidade e interioridade do eu. A relação homem e mundo se trata de uma apropriação, assim, o homem tem que cuidar daquilo que ele se apropria (FEIJOO, 2017a).

E como se daria a atuação do psicólogo que se pauta no exercício do saber-fazer? Primeiramente, é preciso ressaltar que na clínica existencial há a prevalência de um modo de pensar que interroga as verdades absolutas sedimentadas no mundo, proferidas pela ciência ou pelo senso comum. O psicólogo existencial, ao questionar essas verdades universais e atemporais em seu fazer clínico, se abre a uma escuta e um acolhimento atento no intuito de

alcançar a experiência do outro nesse deixar ser conduzido pelo paciente. Feijoo (2017a) destaca que esse “exercício constante de des-subjetivação” (p. 117) sustenta a possibilidade de uma transformação, da suspensão das determinações do mundo, do impessoal.

Em concordância, Dutra (2013) afirma que o psicólogo existencial deve desenvolver uma postura compreensiva amparada na atitude fenomenológica, de estranhamento e questionamento diante do que vem ao seu encontro.

[...] escolher um caminho profissional pautado na perspectiva fenomenológico-existencial implica um determinado olhar sobre os entes e o mundo. Um olhar que interroga, que não aceita, passivamente, as verdades instituídas. Um olhar que na clínica, por exemplo, não adota, sem questionar, os rótulos instituídos pelos campos de saber que costumam nomear e classificar, de forma generalizada, o sofrimento, de acordo com os seus manuais de transtorno mentais, já tão bem assimilados pelo senso comum. A atitude fenomenológica se ancora num modo-de-ser, e portanto, se faz a cada momento da experiência (p. 210).

Dutra (2013) complementa que, ao se abrir para as possibilidades que se revelam na sua existência, o psicólogo, na sua condição existencial de ser-no-mundo, se dispõe a se lançar “no desconhecido, na experiência originária de ser-com-o-outro, ou seja, lançar-se ao nada, ao não saber” (p. 208). Logo, é possível compreender que nesse fazer clínico “o modo de ser profissional não está apartado do modo de ser humano” (p. 208-209).

Psicólogos e pesquisadores que se dedicam ao estudo do pensamento de Heidegger na clínica psicológica existencial destacam, dentre tantas contribuições, o pensamento meditante como um outro caminho para pensar as determinações tecnocratas e o exercício do saber-fazer na clínica. Em *A questão da técnica*, Heidegger (1953/2007), preocupado em mostrar como a verdade se desoculta em determinado horizonte histórico, propôs o questionamento sobre a técnica moderna e chegou ao pensamento de sua essência. Para o filósofo, a técnica não se encerra na instrumentalização de algo que visa uma finalidade, assim como “a essência da técnica não é nada de técnico” (p. 396) mas ela desvela o modo como nos relacionamos no mundo.

Heidegger (1953/2007) descreve duas modalidades de pensamento: pensamento calculante e meditante. Como o nome indica, o primeiro opera ao modo da mensuração, do controle, da antecipação sobre as coisas sempre no intuito de exigir rapidez e resultados. Esse é o pensamento vigente do mundo moderno. O segundo reflete sobre a essência, exercita o aguardar, medita e se demora frente às coisas (FEIJOO, 2019). Meditar, como sugere o filósofo em *Serenidade* (1959), implica em se relacionar de outro modo com a essência da técnica. A serenidade vem do aguardar, mas Sá (2017) alerta para não confundirmos esse aguardar com “ter expectativas” (p. 33), pois ela já pressupõe a presença de algo, um objeto. A atitude serena

no aguardar vem “da própria abertura, consiste no aguardar sereno através do qual experienciamos o pertencimento de nossa essência à abertura” (SÁ, 2017, p. 33).

Assim, ancorados no pensamento heideggeriano, Feijoo (2019), Sá (2017) e Dutra (2013) atentam para a necessidade de uma prática psicológica que desperte para o ato da meditação daquilo que vai ao encontro do profissional, abrindo-se espaço para um fazer clínico pelo pensamento meditante, cuja atenção paciente e a atitude serena possibilitam a atitude fenomenológica. Como podemos ver, conquistamos a possibilidade de um saber-fazer na clínica fenomenológica-existencial quando não os tomamos como polos distintos que se unem por meio de uma relação causal. A clínica existencial diz de algo que acontece na própria experiência, pois é ela que “dá o tom, o sabor, o saber” (FEIJOO, 2017a, p. 117).

Inspirando-se no filósofo dinamarquês Soren Kierkegaard e no filósofo alemão Friedrich Nietzsche, Campos (2015) faz uma comparação e uma aproximação entre os ensaios de psicologia e os tratados científicos: “todo ensaio pretende ser um ‘pequeno tratado’ que tenta desfechar o ‘grande Tratado’” (p. 131). Assim, o autor chama a atenção para a tradução italiana da palavra *ensaio* a qual também se traduz *sábio*:

Ensaio tem raiz comum com saber, e deve ser por isso que todo *ensaio* de sábio é a sabedoria de saber saborear com sabor. O sabor desse saber não é um conhecimento prévio sobre "ensaios". O sabor de sua sabedoria não foi adquirido em um "Tratado de culinária". Ele até conhece os "Tratados", mas quando começa a cozinhar ele se *esquece* do acordo dos tratados, não por querer, mas porque está imerso em total doação ao tratamento culinário, totalmente fissurado na *prova*. A sua prova é o verdadeiro ensaio. Ele é todo *entrega* ao cozinhar (p. 132, grifo do autor).

Com esse exemplo, Campos (2015) destaca o exercício do saber-fazer, pois “o tratamento do sábio segue um método rigorosíssimo: não há disjunção entre teoria e prática... *a mão pratica sob a teoria e a boca teoriza sob a prática*” (p. 132, grifo nosso). Por mais detalhada que seja a receita do livro de culinária, ela não tem a capacidade de dar “o ponto de cozimento, jamais será a medida da coisa” (p. 133). O ensaio é a própria experiência do cozinhar, é no mexer da panela, no temperar e no saborear (tratamento culinário) que o cozinheiro vai ensaiando e a medida do fazer aparece como saber, e o saber por meio do fazer. O ensaio é a experiência dessa medida e se dá no ato de cozinhar. Na clínica psicológica a medida é o encontro, a relação paciente-psicólogo.

Portanto, Campos (2015) acentua a possibilidade de uma *ciência existencial* no âmbito da Psicologia na medida em que aprendemos a “pensar como quem aprende a saborear” (p. 133), tal como as indicações de Roland Barthes - escritor francês que dava aulas ensinando a arte da escrita. Uma ciência “sem um lugar, sem uma base, sem uma estrutura, sem uma retidão – frágil como tudo que é grande e implacavelmente forte” (p. 133). Como pontua Feijoo (2017a)

uma psicologia sem objeto, sem teorias e suas representações do que é real, sem técnicas que visam extrair uma verdade e sem métodos calculáveis e normativos que tomam o homem como uma instância.

Um adendo, não é vetado o uso da técnica nessa perspectiva clínica. Entretanto, quando utilizada deve estar apoiado numa compreensão fenomenológico-hermenêutica da existência (SÁ, 2017, p. 35). Nessa perspectiva psicológica, a técnica não é utilizada com a finalidade de revelar algo que esteja encoberto. Por outro lado, é importante afirmar que na filosofia da existência de Heidegger encontramos condições de possibilidade para poder pensar a existência e não tomá-lo como uma teoria. E, por fim, o método fenomenológico não diz de um caminho repleto de estratégias visando um resultado, e sim de uma atitude, uma postura a se conquistar.

A clínica psicológica pode até parecer solta e desestruturada, mas encontra seu rigor no exercício do saber-fazer, na experiência singular. E por isso, me reconheço nas palavras de Barthes (1977), que não ensinava por meio de modelos e lições: “eis o que eu fiz. Isto não é para ser refeito, pois já está feito; mas o fato de que eu o tenha feito prova que é fazível” (p. 50). O modo como se deu a minha trajetória clínica no ambiente familiar certamente não foi da ordem da necessidade, em que as teorias sugerem nossos passos. A minha atuação na clínica domiciliar é da ordem da possibilidade, da abertura à singularidade e à alteridade do outro, como sugere a atitude fenomenológica. Portanto, Heidegger (1927/2005) ao apresentar o primado da prática já estava falando de um saber-fazer, de um saber que nasce da experiência e não de tratados, de um saber que nada tem a ver com o conhecimento, pois não é comprovação. Trata-se do saber mais originário, saber que nasce da prática, da lida do homem com aquilo que vem ao seu encontro.

Ao compreender que o campo do saber é indissociável do fazer, através da minha experiência pude constatar que não seria o conhecimento teórico sobre a clínica psicológica em domicílio que me tornaria apta para a atuação nesse campo. No estranhamento do ambiente residencial e nesse novo modo de fazer clínica me senti mais sensível, aberta e atenta aos acontecimentos que emergiam na minha experiência. Possivelmente, por poder prescindir do pensamento que calcula, teoriza e mensura o paciente e o ambiente em que ele vive, foi que me senti confortável em tão somente me entregar à experiência do outro. Em outras palavras, talvez o psicólogo não precise ter um conhecimento prévio teórico, talvez ele já faça justamente porque medita a respeito. Isso diz do saber que está para além da teoria, que, assim como o fazer, também nasce da própria experiência.

Na medida em que ia me apropriando do exercício do saber-fazer, que nascia da própria experiência, me sentia mais confortável para seguir minha jornada, desbravando o atendimento

psicológico em domicílio. Os artigos que havia encontrado sinalizavam para algo importante: os relatos de experiência finalizavam suas publicações, reconhecendo a insuficiência dos referenciais teóricos e sugerindo novos estudos que se dedicassem à construção de teorias e técnicas para auxiliar na atuação do contexto domiciliar. Desse modo, acredito que o diferencial da minha experiência (e dessa pesquisa) esteja na liberdade que conquistei, as determinações do fazer designado para o psicólogo, ao alcançar uma atitude serena e paciente, ao mesmo tempo em que já podia prescindir de métodos e teorias.

Nesse momento, compartilharei trechos de situações clínicas que indicam o caminho percorrido nesse território pouco habitado. As situações clínicas serão apresentadas em formato de pequenos fragmentos seguidos de uma breve contextualização do motivo pelo qual o acompanhamento psicológico, via *home care*, foi aprovado pelo plano de saúde para o beneficiário desse serviço. Ressalto ainda que os acontecimentos relatados ocorreram durante o atendimento clínico que, para mim, se dá a partir do momento em que entro na residência do outro. Parece-me que o exercício clínico se inicia no instante em que sou recepcionada, passa pela ocasião em que dialogamos, atravessa a despedida e se encerra no ato de fechar a porta. Nesse meio tempo, tudo o que aparece, a meu ver, compõe a situação psicoterapêutica.

Cabe mencionar que exibirei as situações clínicas destacando e comentando a minha experiência e postura como psicóloga domiciliar na perspectiva fenomenológico-existencial. Porém, os elementos centrais dessa modalidade de atendimento serão discutidos apenas no terceiro capítulo.

1.1.1 Será que o que faço é psicoterapia?

Dando continuidade à situação clínica iniciada acima, o paciente recebeu o nome fictício de Carlos, 59 anos, casado, diagnosticado com Esclerose Lateral Amiotrófica (doença degenerativa que compromete os neurônios motores) há 7 anos. Carlos apresenta paralisção nos membros superiores e inferiores, comprometimento na fala devido à atrofia dos músculos da garganta. Por este motivo, necessita de alguém para auxiliar na compreensão da fala. Maria, esposa do paciente, participou do primeiro encontro, não apenas como familiar, mas, principalmente como tradutora.

Um pouco confusa e alternando meu olhar entre os dois, perguntei o que gostariam de compartilhar comigo nesse primeiro momento. Rapidamente Maria respondeu: *ele precisa se tratar, se ajudar pra doença não progredir. Estou cansada de ter que fazer tudo: eu cuido dele, cuido da casa, administro as coisas dele, brigo com a home care quando falta medicamento,*

levo ele para médico. Ele precisa me ajudar. Vi que Carlos estava falando algo e perguntei o que ele estava dizendo, Maria respondeu: *ele está dizendo que não precisa de psicólogo, pois está bem, mas quem precisa sou eu* (CpL).⁴ Maria deu um sorriso sem graça e resmungou para Carlos: *você sabe que precisa sim, pra desabafar um pouco.*

Diante da tensão, considerei que seria apressado entrar em qualquer questão no momento. Pedi que me contassem o que é a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e há quanto tempo foi diagnosticado. Em um dado momento, Carlos interrompeu Maria para lembrá-la de falar algo. Volto meu olhar para ele e me esforço na tentativa de entender o que está sendo dito. Perguntei a Carlos como era para ele ouvir o que sua esposa havia relatado. Enquanto o paciente responde, mantenho-me com ele mesmo sem entender uma só palavra do que estava sendo dito. Maria começa a traduzir, a essa altura do atendimento comecei a entender que era possível estar com os dois, além do mais, não era preciso ouvi-lo falando audivelmente ou vê-lo com a saúde em perfeito estado para que houvesse um encontro e consequente vínculo. Algo em Carlos não havia se modificado, algo estava para além da ELA e das limitações que a vida lhe impunha, era ele mesmo e seu modo de ser.

Semanas após o início dos atendimentos, a função de tradutora passou de Maria para um técnico de enfermagem e depois passou a ser de uma profissional do sexo feminino. Nos encontros seguintes não ficou claro qual era a queixa de Carlos, seu discurso me dava a impressão de estar sempre pronto com suas ideologias e frases de efeito. Queria poder me aproximar de sua experiência, pois até o momento não conhecia os motivos que o levava a continuar o atendimento psicológico. Carlos se dizia bem resolvido com o fato de ter ELA, mencionava sempre a oração da serenidade: *é preciso ter a serenidade para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para distinguir umas das outras* (CpT). Contudo, não trazia outras questões, e eu, aguardava em paciência.

Passado dois meses do atendimento domiciliar, a relação de confiança já parecia estabelecida e nossas conversas giravam em torno de suas lembranças. O atendimento, segundo Carlos, se mostrava tão agradável que o intitulei de “chá das 17h”, porque de fato os encontros aconteciam neste horário. A presença de uma técnica de enfermagem fez com que Carlos se sentisse mais à vontade para falar de si. Contudo, o paciente preferia passar os minutos do atendimento relembrando do seu passado. As peculiaridades do atendimento no ambiente domiciliar e a aparente ausência de queixa despertou em mim o questionamento: *será que o que*

⁴ Para uma melhor compreensão da leitura criamos siglas ao final das falas do paciente indicando quem/se estava traduzindo a frase. CpL – Carlos por Maria CpT – Carlos por Técnica C – Carlos

estou fazendo é psicoterapia? Será que estou agindo apenas como uma visita? Neste momento, intranquilei-me, novamente, com o meu fazer e minha postura enquanto psicóloga.

Dias depois, Carlos havia discutido com a esposa, pois esta reclamou dos nossos encontros e de sua proximidade com a técnica de enfermagem: *nunca vi um atendimento psicológico com tanta risada, pra mim, isso que você faz não é terapia*, indagou Maria, segundo Carlos. O paciente contou sorrindo, me senti incomodada e questionei: *e para você é o que?* Ele me olhou, aparentemente espantado, e prontamente respondeu *claro que é terapia, quem tem que dizer se é ou não sou eu* (C)⁵, disse como se fosse óbvio. Respirei aliviada, mas não satisfeita com o meu “paciente perfeito”⁶, perguntei: *como tem sido a terapia para você?*, ao que me responde: *tem sido a melhor hora da minha semana, você tem me ajudado com meus questionamentos e reflexões acerca da vida* (CpT). Pedi que Carlos falasse mais sobre a melhor hora da sua semana, mas o paciente preferiu contar os detalhes do conflito e confessou que seu casamento declinou após o diagnóstico e o progresso da doença, anunciando assim sua queixa.

Assim, comecei a compreender que, ao aguardar pacientemente pelo surgimento de uma queixa estava resistindo à antecipação do questionamento pela queixa que busca a objetividade na psicoterapia e recai nas determinações do mundo visando à produtividade e instrumentalidade (HEIDEGGER, 1953/2006). Por outro lado, a enfática afirmação de Carlos “*claro que é terapia, quem tem que dizer se é ou não sou eu*” me fez refletir sobre uma psicoterapia que foge aos padrões convencionais, tanto no espaço físico quanto no modo de atuação. Para Maria, aquele não era o momento de descontração, de ver vídeos, fotos ou ouvir músicas, por mais significativas que elas fossem. Maria acreditava que a psicoterapia era o lugar para desabafar, falar sobre os problemas da vida e, assim, trabalhar no sentido de encontrar uma solução para eles. Em consonância com a definição do Conselho Federal de Psicologia (2000), a esposa do paciente também compreende que a função da psicoterapia é a de promoção da saúde mental, ajustamento, reabilitação e garantir condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos.

Interessante notar que, em nenhuma ocasião, Carlos indagou se os momentos de descontração e o modo como estávamos tematizando suas questões – através de músicas, vídeos e fotos ao invés de técnicas e estratégias – se configuravam ou não como uma psicoterapia. Talvez o paciente tivesse percebido, antes mesmo de mim, que uma sala de estar repleta de

⁵ C – Carlos

⁶ Referi-me a Carlos como “paciente perfeito”, pois este se dizia bem resolvido com suas questões, em especial com a doença ELA. Além da ausência de queixas, o paciente sempre se mostrava calmo, sereno e por meio de um discurso eloquente expressava estar seguindo os passos do filósofo Epicuro buscando atingir a ataraxia.

risos e melodias também tem potencial terapêutico. Concluí que o que é terapêutico nasce na relação.

1.1.2 A televisão que sempre estava ligada

Carlos, como dito anteriormente, queixou-se das mudanças em seu casamento após o diagnóstico da doença. Certo dia mencionou que, apesar de suas limitações físicas pretendia se separar da esposa e sair de casa, pois tinha o apoio dos filhos. O paciente justificou sua intenção: *Maria tem problemas psicológicos, não sei se ela é bipolar ou depressiva. Há alguns anos disse que queria me separar e até tentei sair de casa, mas ela tentou se matar, ficou internada e por isso desisti.* Dada à complexidade do assunto, inicialmente, me senti incomodada e com receio de estarmos sendo ouvidos por Maria, visto que o encontro acontecia numa sala próxima ao quarto em que ela costumava ficar durante os atendimentos. Por um instante pensei em alertá-la sobre essa possibilidade e de sugerir que conversássemos em outro local, ou que só tocássemos nesse assunto quando Maria não estivesse em casa. Contudo, me dei conta de que isso não era uma questão para Carlos e cabia a mim a familiarização com esse incômodo. Afinal, se o paciente não havia indicado outro ambiente, é porque ele se sentia minimamente confortável para se expressar na sala.

Aos poucos fui entendendo que até uma sala empoeirada, com a televisão sempre ligada e objetos empilhados pelo chão tem o potencial do que comumente se entende por *setting* terapêutico, pois apesar desses intemperes, a sala se mostrou um espaço de doação, possibilitando um encontro acolhedor entre duas pessoas dispostas, abertas a isso. No que concerne à relação paciente-psicólogo, Da Costa (2015) chama de *acolhimento atento* a postura clínica do psicólogo que se dispõe a estar junto ao outro. Essa postura clínica abre espaço para que o profissional acolha atentamente aquele que se encontra em sofrimento.

Outro elemento interessante a ressaltar é que a televisão permanecia ligada durante nossos encontros. Não se tratava de um acordo, mas, de certa forma, constatamos que esse aparelho contribuía para o sigilo do atendimento, visto que o som impedia de sermos ouvidos e, nitidamente, isso nos tranquilizava. Certa vez faltou energia durante o atendimento, a ausência do barulho da televisão nos fez silenciar por uns minutos. Em seguida nos olhamos, sorrimos e continuamos. O artigo 9 do Código de Ética do Psicólogo consta que o sigilo e a privacidade sejam respeitados independente da área de atuação. Eu questiono: o que seria respeitar o sigilo? Ou melhor, o que podemos chamar de sigilo? Como podemos ver, o sentido que Carlos atribui ao sigilo e à privacidade não se enquadra àquele preconizado pela clínica

convencional. O tom do sigilo e da privacidade são dados pelo paciente, a cada encontro. Por isso, é possível que um dia o atendimento seja na sala com um técnico de enfermagem, mas em outro dia ocorra no quarto com outro funcionário ou até mesmo sozinho.

1.1.3 No olho do furacão: o contato com os familiares

Certo dia, Maria pediu para conversarmos em particular, pois havia discutido com Carlos. Em tom de desabafo e com a voz embargada queixou-se do vínculo de Carlos com a técnica de enfermagem, demonstrando ciúmes, apesar de negar: *eu sei que nosso casamento já acabou e não tenho ciúmes dele, apenas acho falta de respeito comigo essa proximidade dos dois*. Informou ainda que seu marido *criou um mundo pra si onde o modo como fala da aceitação da doença, sua intelectualização e os pensamentos budistas encantam as pessoas. Mas ele esconde sua dor e o sofrimento*. Maria falou ainda sobre seu sofrimento ao exercer tantas funções e não ter o reconhecimento que acredita merecer: *eu estou cansada de ter que cuidar de tudo e não ser valorizada por ninguém... Eu não tenho mais vida e ainda sou a errada da situação. Eu deveria ter me separado dele quando soube do diagnóstico, pensei que seriam só dois anos, mas já estamos no quinto*, expressando seu arrependimento.

Esta situação clarificou o que se mostrava a mim de forma sutil: Carlos não é a limitação da doença que está vivendo. A limitação decorrente da doença pode se mostrar ao adoecido como restrição, mas não para Carlos que, mesmo sendo dependente de todos e para tudo, enxergava possibilidades, como sair de casa em resposta aos conflitos conjugais, algo que não é visto como uma opção para Maria.

Passado o momento inicial de estranheza quanto ao atendimento domiciliar, certo dia, seguindo em direção à residência do paciente, dei-me conta de que já estava mais à vontade – ou talvez já familiarizada – com essa modalidade de atuação clínica. Pensando a respeito das semelhanças e divergências entre a clínica psicológica convencional e as peculiaridades do ambiente domiciliar, senti-me confiante por acreditar estar me saindo bem no meu fazer clínico.

Contudo, mais uma vez, essa prática psicológica me mostrou que a imprevisibilidade do ambiente domiciliar é uma característica importante que nos exige serenidade e paciência. Certo dia, entrei na casa de Carlos e de longe pude ouvir os gritos de Maria. Ao saber que havia chegado, ela desceu as escadas e começou a desabafar em lágrimas: *ainda bem que você chegou, Carlos está aí com uma infecção e falta de ar, não quer deixar marcar uma coleta de sangue, não quer se alimentar e ainda ligou o ar condicionado nesse frio. Ele quer se matar!* Virou-se para o paciente e disse: *se for isso mesmo me diga, porque não aguento mais fazer tudo nessa*

casa, cuidar de você e ainda assim ser tida como a louca. Maria voltou-se para mim com olhar de indignação e finalizou: *você acredita que semana passada ele estava aqui se gabando dizendo que só está no sétimo ano de sobriedade por mérito próprio? Quer dizer então que eu não sou nada! Eu não aguento mais, estou cansada.* Maria chorou e subiu para o seu quarto.

Devido à falta de ar, Carlos estava usando uma máscara de bipap (aparelho que auxilia na respiração) e seu semblante de cansaço indicava que não tinha forças para conversar nem mesmo através do computador. Perguntei se poderia, apesar de sua situação, fazer alguns questionamentos e Carlos balançou a cabeça de modo afirmativo. Informei que meu papel enquanto psicóloga é de ouvi-los e me manter entre os dois, porém com os dois. Assim, perguntei: *você consegue entender o que Maria está querendo dizer?,* Carlos deu um sinal afirmativo. Como não era possível ao paciente se expressar naquele momento, dei continuidade *você consegue perceber que diante desse desabafo há dor e sofrimento, que ela se sente sobrecarregada?,* mais uma vez ele deu um sinal de afirmação. Ficamos um tempo em silêncio e encerramos o atendimento.

Ao longo dessa primeira situação clínica pudemos ver em destaque uma desafiante característica do atendimento domiciliar: o vínculo com os familiares. A familiaridade do consultório se esvai ao entrarmos em um ambiente repleto de elementos que contam a história de pessoas que ali residem. A sensação é de um estranho no ninho que, de alguma forma, encontra o seu lugar.

Minha experiência apontou para a existência de uma linha tênue que marca essa prática clínica. A riqueza de detalhes no ambiente residencial e o contato com os familiares são elementos que podem estar presente durante os atendimentos. Carlos, por exemplo, utilizou fotos, livros, músicas, quadros significativos e vídeos na Internet – uma vez que conversávamos por intermédio do computador - como modo de se expressar diante de certos assuntos. Questões familiares também vieram à tona de forma vívida e, por vezes, a maneira como era recepcionada ou a própria atmosfera residencial denunciavam a ocorrência de conflitos familiares recentes. Certa vez tivemos que interromper o atendimento, pois estava me sentindo desconfortável em ouvir sua esposa e seu filho aos gritos.

É preciso ter em mente que o atendimento domiciliar, especificamente via *home care*, não se trata de uma terapia familiar em domicílio, cabendo ao psicólogo expor os limites de sua atuação. Contudo, é bem verdade que o estabelecimento de laços afetivos possibilita abordar assuntos delicados com mais tranquilidade, pois o acolhimento atento não se restringe ao paciente, mas se estende aos familiares e funcionários. A escuta atenta, a atitude serena e

paciente possibilitou o acolhimento às queixas de Carlos e Maria sem me posicionar, no sentido de orientá-los, mas tão somente acompanhá-los em um mútuo exercício meditativo.

No tocante à serenidade sugerida por Heidegger (1959) e a paciência descrita por Kierkegaard (1843/2001), Feijoo (2019) salienta que estas são atitudes importantes para o analista da clínica existencial. A autora lança uma discussão sobre a clínica psicológica como a arte do demorar-se, que se distancia da psicologia moderna ao defender o “exercício clínico como uma possibilidade de resgate da medida existencial em que a clínica sustenta a sua força na frágil relação clínica” (p. 69). Fragilidade que se dá ao reconhecer que não temos o poder de antecipar o que está por vir e nem possuímos o controle de uma situação. A força da relação está em sustentar a tensão do infinito (FEIJOO, 2017a).

Assim, o psicólogo deve atuar de modo a “não substituir o outro em suas decisões” (p. 70), ou seja, não tutelar para si a responsabilidade da existência do outro; e “não estar com o outro na pressa” (p. 70) com o intuito de que o processo psicoterapêutico dê resultados. Sustentar o espaço da clínica em paciência e serenidade requer do analista o afastamento da prática psicológica que opera segundo as determinações do nosso tempo. Logo, é um lugar que não busca respostas, não se apressa em obter resultados, mas que medita, se demora nas coisas e atenta-se para não recair nas sedimentações do cotidiano mediano (FEIJOO, 2019).

1.1.4 O cuscuz e o açúcar no café

Neste subtópico apresentamos a situação clínica de Alice, uma senhora de 90 anos, viúva, que morava sozinha até o momento em que sofreu uma queda e não pôde se levantar ou pedir ajuda. Diante do ocorrido, e de outras complicações de saúde, judicialmente Alice passou a ter acesso a modalidade de assistência de saúde em domicílio. A paciente comunica-se normalmente e se locomove com um pouco de dificuldade em decorrência de uma queda. No primeiro encontro fui recepcionada por Luísa, técnica de enfermagem que prontamente disse *enquanto a Alice se arruma, vou antecipar para você o histórico clínico dela. São informações importantes para o processo terapêutico.* A técnica mencionou que na época da queda, Alice morava sozinha e passou cerca de 24 horas deitada no chão sem conseguir pedir socorro. Apesar do acidente não ter deixado sequelas, a paciente adquiriu o serviço de assistência domiciliar em virtude do avanço da idade e de uma recente cirurgia cardiovascular. Luísa enfatizou que Alice sofre frequentes lapsos de memória, agressividade e humor depressivo que levam os médicos a suspeitarem de Alzheimer. Os médicos a suspeitaram de Alzheimer, pois, de acordo com a equipe médica, Alice vem apresentando sintomas semelhantes dessa doença e, embora o

diagnóstico não tenha sido confirmado, a frase que se repete é: *ela diz ou faz isso por causa da doença*, passando impressão de que o modo de ser de Alice se resumia aos possíveis sintomas do Alzheimer.

A clínica psicológica que se inspira na psicologia fenomenológico-existencial conduz sua prática no caminhar ao lado daquele que o procura. O nosso olhar está voltado para a experiência do outro e seguimos junto a ela, acompanhando-a no nosso percurso psicoterapêutico. Desse modo, mesmo que as informações ditas por Luísa não falassem diretamente da experiência de Alice em relação a sua saúde, ouvi atentamente. Segundo Feijoo (2011), é preciso “considerar a atitude ingênua daquele que busca psicoterapia, já que este tende a trazer uma configuração da questão como previamente determinada” (p. 134). Ao trazer o diagnóstico de Alzheimer e atribuir *os comportamentos estranhos de Alice* à doença, Luísa e os demais profissionais estavam tomando como verdade aquilo que é comprovado empiricamente e perdendo de vista o desvelar do fenômeno. Ou seja, o fenômeno, aquilo que se mostra, passa a ter nome e uma explicação científica que justifica o modo de agir de Alice. Assim, *essa não é ela, essa...a que faz essas brutalidades é a Alice doente*, Luísa explicava.

Nessa perspectiva psicológica não há uma operacionalização *a priori*, o psicólogo não atua a partir de situações anteriores na vida do paciente. Ou seja, não há uma metodologia clínica que solicite a retomada da história de vida do paciente como parte fundamental para a compreensão de suas condições atuais. Todavia, minha experiência mostrou que o quadro clínico do paciente quase sempre aparece como uma questão nos primeiros encontros. E em se tratando de uma clínica psicológica que acompanha pessoas com problemas de saúde, e por isso se dá no contexto domiciliar, não perguntar sobre a saúde do paciente pode soar como desinteresse à sua situação. Assim, é necessário não apenas acolher a atitude natural e ingênua que traz informações que se sustentam em uma verdade absoluta posta pelo campo do saber, como também adquirir uma postura serena ao perguntar sobre o histórico do paciente atentando para o sentido dessa ação.

É importante enfatizar que, na clínica domiciliar, levar em consideração a história de vida do paciente não significa que estamos estabelecendo uma relação causal, buscando no passado os pontos essenciais que levaram o paciente a sua condição atual. Penso que acolher as questões técnicas e situações passadas trazidas no atendimento diz de uma atitude serena. Em suma, não é porque o exercício clínico pautado na fenomenologia-existencial não opera aprioristicamente por meio de deduções e interpretações da ordem da lógica apontando para o que deve ser investigado, que não possamos perguntar sobre a vida do paciente. O que devemos

é atentar para a motivação do nosso questionamento que pode estar fincada em determinações causais.

Retornando para a situação clínica, após o acolhimento à técnica de enfermagem, era necessário assumir uma atitude antinatural e suspender qualquer interpretação sobre os acontecimentos para que, no encontro com Alice, eu pudesse me aproximar de sua experiência e acompanhar o desvelamento do fenômeno. A sós na sala, iniciei o atendimento me apresentando e perguntando se a paciente já havia feito psicoterapia antes. Alice afirmou que *uma mulher vinha aqui conversar comigo, não lembro o nome dela, ela era boazinha, mas não sei por que parou de vir*. Comentei que essa psicóloga precisou se afastar da empresa e que, se fosse do seu interesse, também poderíamos conversar. A paciente consentiu balançando a cabeça.

Encolhida no canto do sofá, Alice me pareceu confusa, com o olhar vago, porém calma. Questionei se seria o ambiente ou a minha presença e, quando me dei conta, já estava perguntando *sobre o que você gostava de conversar com a mulher que vinha aqui?* A paciente me olhou nos olhos, deu um leve sorriso, respirou fundo e comentou: *eu dizia a ela que a minha vida não tem cor*. Fez uma pausa, se ressentiu verbalmente e continuou *acabei de fazer 90 anos, de uma vida morna e sem grandes realizações*. Perguntei *o que te faz pensar isso?* Alice dizia não saber como é se alegrar como as pessoas se alegram, se emocionar como as pessoas se emocionam, ter a disposição que as pessoas aparentam ter e viver como elas vivem. A vida sempre lhe pareceu pesada e cinza, mas agora reclama do *peso dos 90 anos, me sinto muito só, um fardo na vida de minha filha e de minha irmã...não posso fazer nada, então passo o dia esperando por elas, mas elas quase nunca vêm*. No final do atendimento, a técnica disse *não pude deixar de ouvir a Alice falando que não recebe visitas. A irmã dela vem todos os dias, é porque ela não tá lembrando mais das coisas*. Agradei a informação e disse que não precisava sinalizar o que poderia ser sintoma da doença, pois, para além disso, mais importante era acompanhar as sensações e impressões da paciente. Além do mais, *se Alice não mencionou que você poderia ouvir, então era porque precisávamos de privacidade*.

Certa vez presenciei um momento de descontração entre Alice e as funcionárias de sua casa e comentei *você me parece tão alegre*. A paciente fez uma pausa, me fitou com olhar de surpresa, como se tivesse descoberto algo e disse *é, elas são bem animadas, são a alegria da casa...essa casa já foi tão movimentada e agora sou só eu, então elas que dão movimento ao meu lar*. Completei *me parece que elas trazem alegria e movimento para a sua vida*. Alice concordou e pediu que, eventualmente, a técnica de enfermagem e a secretária do lar fizessem parte do atendimento, pois se sentia confortável ao lado delas. Como dito anteriormente, penso

que o tom do sigilo e da privacidade no atendimento domiciliar são dados pelo paciente. Assim, sinalizei que esse era seu espaço e deveria ser usado como preferisse. Nada mais foi dito a respeito, porém, quando Alice decidia ficar no quarto sabíamos que ela estava optando por um momento mais privativo.

Durante um atendimento no quarto a paciente mencionou ter todos os recursos para estar se sentindo bem, *mas nada me anima, como pode?* Respondi *como não pode? Será que os recursos nos dão a garantia do bem-estar mesmo?* Alice ficou pensativa e sorriu, disse que minha presença a animava e se deu conta de que meu sotaque não era do Rio de Janeiro. *Você fala com um sotaque diferente. De onde você é?* Disse que sou de Sergipe e sua expressão facial se transformou, seus pequenos olhos se abriram como nunca havia visto antes e me fitaram com um sorriso tenro e doce. Visivelmente emocionada, Alice falou que nasceu no Ceará, mas veio para o Rio de Janeiro ainda jovem e contou sobre sua história de vida. Conversamos sobre o clima do Nordeste, os hábitos do nordestino, dos festejos e as comidas juninas. Alice sorria ao recordar dos momentos nostálgicos, das brincadeiras de infância, da sua vida pacata no interior do Ceará e das comidas típicas que tanto sente falta. Foi quando descobrimos algo em comum: uma paixão pelo famoso cuscuz de milho.

Perguntei se ela mantinha o hábito de comer cuscuz em suas refeições, como o nordestino costuma fazer. Alice franziu a testa, apertou os olhos e disse num tom de lamentação *não, minha filha! Nem lembro quando foi a última vez que comi cuscuz de milho, acho que ainda morava no Ceará.* Se a informação estava correta ou se ela, de fato, já não lembrava mais se tinha o hábito de comer cuscuz de milho, isso era irrelevante. Fundamental mesmo era acompanhar a sua experiência, a sua saudade, as suas lembranças mostrando-nos o que ainda trazia cor à sua vida. Tomei um susto! Quando me dei conta, as palavras já tinham saído da minha boca, havia sugerido que no encontro seguinte cozinhássemos cuscuz juntas. Alice se animou, mas disse que não tinha cuscuzeira. Falei que levaria a minha e saí do atendimento com a sensação de que tinha agido por impulso, sem pensar e me perguntando se o que estava fazendo era certo. Por outro lado, saí com a convicção de que gostaria de ter essa experiência.

Uma semana depois, no caminho para a residência de Alice percebi o quanto estava animada, pois, em se tratando de um ambiente imprevisível, era possível que essa ideia não se concretizasse. Quando cheguei, a técnica de enfermagem disse que a paciente estava me esperando no quarto, fui ao seu encontro, a cumprimentei e pedi para a funcionária me ajudar a colocá-la na cadeira de rodas, pois o atendimento seria na cozinha. Espantada Luísa questionou *o que vocês vão fazer na cozinha?*. Alice respondeu *é verdade... vamos fazer cuscuz* e sorriu. Não me contive e expressei minha alegria: *você se lembrou do nosso combinado.* Alice

respondeu: *claro, estou muito animada*. Enfatizei: *muito animada. Então ainda há ânimo em fazer algo!* A paciente sorriu e concordou com a cabeça.

Enquanto eu preparava a massa do cuscuz, Alice trouxe a memória de sua infância, da atmosfera familiar, das dificuldades ao compartilhar uma pequena casa com seus 15 irmãos e das diversas refeições à mesa. Além do mais, lembrou que, embora gostasse de comidas nordestinas, desde nova percebeu que não tinha habilidades culinárias: *nunca gostei disso, meu negócio sempre foi o crochê, o tricô e a pintura em telas. Mas desde que perdi a coordenação motora parei com isso...sinto uma falta*. Recordar possibilitou para Alice uma rearticulação com suas lembranças e o surgimento de novas questões para tematizarmos.

Quando o cuscuz ficou pronto, servi um pedaço generoso para Alice que o umedeceu com leite e o apalpou com uma colher, como fazemos no Nordeste. Devido a pouca coordenação motora, a técnica de enfermagem tinha o hábito de colocar a comida na colher e, sozinha, a paciente levava à boca. Havia esquecido desse detalhe e não perguntei se precisava de auxílio. Quando voltei para a mesa com o meu prato vi que Alice já tinha dado as primeiras colheradas e estava saboreando o cuscuz de olhos fechados. Ali tive a certeza de que isso é ir ao encontro do outro. Ali compreendi que agir por impulso e propor essa *cuscuzada* (como dizemos no Nordeste) não comprometeria uma prática clínica, principalmente que não trabalha com métodos e técnicas. Pelo contrário, foi justamente por prescindir de metodologias que me senti confortável para me lançar àquilo que se mostrou possível na nossa relação. Isso diz de um fazer que nasce do saber, que não se aprende com a teoria, e sim na experiência, no fazer. No final desse saboroso atendimento, Luísa reclamou: *vocês comeram cuscuz? Mas ela tinha acabado de almoçar*. Prontamente respondi: *se Alice não quisesse comer, ela teria dito. Mas não sobrou foi nada no prato dela e olha que ela nem precisou de ajuda com a colher*.

Outro dia, devido ao trânsito na cidade me atrasei para o nosso encontro e ao entrar na residência de Alice me deparei com a mesa posta e um delicioso cheiro de café, era o horário do seu lanche da tarde. Um adendo: os imprevistos do atendimento em domicílio também ocorrem no trajeto até a residência, o que requer certa abertura e tolerância do paciente, familiar e cuidador, caso isso venha afetar a rotina da casa. Alice sugeriu que a conversa fosse embalada por cafezinho com biscoitos. Aceitei a proposta e enquanto conversávamos sobre sua afeição pelo crochê e outras habilidades manuais das quais sente falta, vimos Luísa colocando uma grande quantidade de açúcar em sua xícara de café. Alice falou em bom tom: *está bom, você colocou muito*. Luísa enfatizou: *eu só coloquei 4 colheres de açúcar, eu sempre ponho essa quantidade*. Luisa dirigiu seu olhar a mim e completou: *é porque ela esquece! Ela não lembra das coisas*.

Diante do silêncio de Alice, retruquei: *entendo, você sempre menciona isso. Mas é ela quem precisa se dar conta disso, se é que vai.* Incomodada, Luísa questionou: *e se eu puser a quantidade que ela prefere e reclamar que está amargo?* Refutei: *bom, ela pode reclamar do amargor do café ou pode gostar, do mesmo jeito que hoje reclamou da doçura. Num dia ela pode estar a fim de 2 colheres de açúcar e no outro de 3, 4 ou 5 colheres. Ela precisa lembrar sozinha de como prefere seu café, ela precisa ser ouvida e ter espaço para tomar suas próprias decisões.* Em tom de desabafo, Alice afirmou: *é, elas fazem tudo por mim, mas sei que ainda posso fazer algumas coisas que elas não deixam.*

As duas situações, do cuscuz e do café, apontam para o que chamamos de conquista e perda da medida existencial. Segundo Feijoo (2017a), a conquista da medida existencial é um acontecimento que pode se abrir como possibilidade para o paciente na psicoterapia. Ao defender a importância do espaço clínico como um lugar em que abre a possibilidade para a conquista da medida existencial, Feijoo (2017a) recorre à fenomenologia e a hermenêutica. Dando um passo atrás e suspendendo os referenciais de modelos normativos presentes no nosso horizonte histórico, a autora faz uma reconstrução do que se compreende atualmente por norma e moralidade para mostrar que a psicoterapia, como atividade tecnocrata, também atua por vias normativas e moralizantes.

Atualmente, a medida é entendida como um padrão externo posto pela ciência, a religião e a justiça, logo “ao posicionarem o modo como nos devemos comportar em prol de alcançar a ordem, a paz ou a saúde, afastam-nos imediatamente da medida que se pode conquistar no âmbito do próprio existir” (FEIJOO, 2017a, p. 142). Além disso, ela também é vista como algo que surge do interior como o *ouvir a voz do coração*. Essa interpretação romântica da medida recai na subjetividade em que há um eu interno detentor da verdade que precisa ser revelada (FEIJOO, NO PRELO)⁷. A medida, por ser existencial, irrompe na própria existência, portanto, não é dada por um padrão externo ou um eu interno.

Para esclarecer a questão entre *hybris* (desmedida) e psicoterapia, Feijoo (no prelo) regressa ao pensamento dos gregos antigos para evidenciar que não havia polarização na lida destes com a medida e a desmedida, cabia-lhes sustentar essa tensão não-dicotômica. De acordo com o Dicionário de Termos Literários⁸, a palavra *hybris* tem raiz indo-europeu *ut + qweri* “peso excessivo, força exagerada” (s/p). Para os gregos, *hybris* indica que o homem perdeu sua medida existencial (*métron*) indo além do limite humano. Assim, a palavra pode ser traduzida como arrogância, desmensura, orgulho, impetuosidade, violência ao ultrapassar o *métron* e

⁷ FEIJOO, A. M. *Hybris y Psicoterapia como posibilidad de rescate de la medida existencial. No prelo.*

⁸ <http://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/hybris/>

desafiar a medida que era posta pelos deuses. Os gregos antigos se importavam com o excessivo e o tentador, por isso, é possível ver a *hybris* sendo retratada nas tragédias gregas, na literatura homérica, nos cantos líricos no intuito de mobilizar o leitor/espectador lembrando-os da medida que, segundo os helênicos, só poderia ser alcançada na própria existência (FEIJOO, NO PRELO).

Da mitologia grega, podemos citar Ícaro como um homem excessivo, desmedido, pois, ao ganhar asas de cera e adquirir a possibilidade de voar, perde a medida (*metrón*) quando se aproxima do sol, “acreditando que tudo era possível, ele esquece de sua necessidade” (FEIJOO, 2016). Se na Grécia antiga eram os deuses que davam a medida, na modernidade a medida existencial é obscurecida pelas medidas externas de caráter normativo que se sedimentam no nosso horizonte histórico ditando como a vida deve ser. Esta passa a ser direcionada pelos poderes jurídicos, religioso e, principalmente, científico. Isso corrobora com a afirmação de Heidegger (1927/2005) quanto à impessoalidade na qual o *Dasein* (ser-aí) se encontra, de início e na maioria das vezes. O impessoal torna superficial a convivência cotidiana, pois suaviza o *Dasein* (ser-ai) da responsabilidade por suas decisões e por seu modo de vida. A impessoalidade encobre a liberdade do *Dasein* (ser-aí) de apropriar-se de si mesmo, assim, imerso no falatório impessoal, o homem não ouve a si mesmo. Dessa forma, o homem (*Dasein*) está sempre na iminência de se perder, logo, esquece a sua medida existencial.

Por outro lado, Heidegger (1953) enfatiza que a modernidade é marcada pela ignorância dos limites, ou seja, a compulsão, o querer desmedido. Ancorando-se no saber científico e suas verdades absolutas, o homem é levado a acreditar que o especialista sabe mais de si do que ele mesmo, portanto, precisa que lhe digam o que deve ser feito para atingir um objetivo. Além disso, ao se distanciar daquilo que lhe é mais originário, o homem se perde na luta com sua existência (*métron*), abrindo espaço para que a medida seja dada pelo saber. E tal como Ícaro, o homem acredita que tudo lhe é possível e busca controlar o seu destino, afinal, sua vontade é soberana e *querer é poder* (FEIJOO, 2017d).

É justo nisso que aparece o homem doente do mundo moderno (FOGEL, 2010). Este homem que, ao não ter mais escuta a vida, pensa que para ele tudo é possível. E quando tudo aparece na esfera dos possíveis, perde-se a medida, recaindo-se na *hybris* (FEIJOO, 2017a, p. 143).

O homem doente do mundo moderno, desesperado por querer ser aquilo que não se é ou não ser aquilo que é, se perde nos possíveis, pois desconhece o que lhe é necessário. Embora a conquista da medida existencial se dê nessa tensão entre o querer e o poder, possibilidades e necessidades, vale ressaltar que não estamos falando das possibilidades anunciadas pela

cadência do mundo ao alegar que tudo é possível. Como defende Heidegger (1927/2005), o homem (*Dasein*) não possui nenhuma determinação que se associe a ele, sua única determinação consiste no caráter de poder-ser. Somos abertura, indeterminação, nada. Devido ao seu caráter de indeterminação, o homem sempre está em risco de se perder. É por isso que na cotidianidade mediana ele se torna um autômato agindo segundo as determinações da modernidade, cuja medida é a desmedida, na qual o homem “esquece seu caráter de possibilidades e se move como se as direções desse mundo fossem as únicas possibilidades” (FEIJOO, NO PRELO).

Desconhecendo sua própria medida, o homem se distancia do cuidado de si – da lida mais originária da sua existência, da relação que estabelece consigo, com os outros e com o mundo circundante. Esse modo para alcançar a sua verdade, é necessário que se confesse. Assim como o cristão que confidenciava seus pecados ao sacerdote, tal faz o homem moderno na conquista da medida. Segundo Foucault (1981/2006), o cuidar de si, como ofício da própria existência, é substituído na modernidade pelo saber de si, conhecimento proporcionado pelos poderes disciplinares (religioso, médico, jurídico) que detêm a verdade que se revela por meio das escrituras sagradas, da lei e das teorias científicas. Assumindo uma postura moralizante, esses modelos disciplinares se utilizam de normas e modelos corretivos visando à cura, ou seja, o ajustamento, a normalidade, a reabilitação dos padrões e o estado de plenitude do ser (FEIJOO, 2014).

É nesse contexto que a psicoterapia aparece como um modelo normativo que traz em seu bojo o enquadramento dos padrões e o que destoia precisa ser reajustado, corrigido. De acordo com a resolução nº10/00 de 2000 do Conselho Federal de Psicologia, a psicoterapia é uma:

[...] *prática* do psicólogo, por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da *aplicação sistematizada e controlada* de métodos e técnicas psicológicas reconhecidas pela ciência, pela prática e pela ética profissional, *promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento* de conflitos e/ou *transtornos psíquicos* de indivíduos ou grupos (grifo nosso, sem página).

Tomando como base essa afirmação do CFP, a psicoterapia é uma atividade tecnocrata que tem como objetivo a correção (cura) de algo em desordem. Imbuída de uma verdade representativa, essa modalidade de clínica psicológica já parte do princípio de que há uma ordem a se seguir, se sustenta na dicotomização da teoria e prática (saber e fazer), além de operar a partir de conceitos estabelecidos, como: promoção de saúde, saúde mental, transtornos psíquicos, psiquismo. Assim, a busca pelo saber de si na psicoterapia evidencia o seu caráter

normativo, pois tem em seu bojo a confissão (falar de si) e a cura (correção) por meio da aplicação de métodos e técnicas - a marca da modernidade (FEIJOO, 2014).

A psicologia que atua como modelo disciplinar orienta, indica caminhos, diz ao outro o que ele é e como deve agir tutelando-o em suas escolhas e tomando para si o cuidado pela existência que é do outro, corroborando com a afirmação de Heidegger (1959) “a perda do enraizamento provém do espírito da época no qual todos nós nascemos” (p. 17). Entretanto, parafraseando o poeta alemão Hölderlin, Heidegger (1953/2006) assegura, “mas onde há perigo, cresce também a salvação”⁹ (p. 391). O homem moderno é pobre em pensamento, pois na essência da técnica o que predomina é o pensamento calculante, que tudo mensura e esquece do sentido do ser. A salvação, de acordo com o filósofo, seria aprender a pensar demoradamente, de modo meditativo possibilitando o questionamento do ser e a conquista da medida existencial. Quanto a isso, Feijoo (no prelo) ressalta que Heidegger (2010)¹⁰, referindo-se a Hölderlin, afirma que “no mundo não existe medida que possa ser dada ao indivíduo” (s/p). A autora está enfatizando aquilo que o filósofo retoma em Serenidade: incumbe ao homem a conquista da medida existencial, esta que só pode emergir na própria existência. E finaliza “essa é a arte de existir” (s/p).

Assim como as tragédias gregas, o canto lírico e as poesias lembravam aos gregos antigos a tensão entre *hybris* (desmedida) e *métron* (medida). Atualmente, a psicoterapia também pode atuar como um espaço para que o outro encontre a medida existencial. A clínica de inspiração fenomenológico-existencial busca sustentar a possibilidade da conquista dessa medida, não por meio de técnicas e métodos, pois se assim fosse estaríamos recaindo em uma postura tutelar e que prescreve a cura. Essa clínica psicológica visa o retorno ao cuidado de si, à conquista da singularidade que perdeu espaço para o saber de si na modernidade. Contrariamente ao modelo disciplinar adotado pela psicologia, o psicólogo clínico que atua conforme a noção de cuidado de si “rende-se ao fato de que desconhece a verdade” (FEIJOO, 2014, p. 226). É justamente por não ter o domínio da verdade e por não conhecer a dinâmica existencial singular que o profissional “pode dar algo, já que não o tem. Dar então, significa abrir um campo de possibilidades para que cada um possa conquistar a existência que é a sua” (FEIJOO, 2014, p. 226). Em outras palavras, o psicólogo devolve o outro a si mesmo, de modo que o outro possa se ouvir e se julgar (FEIJOO; PROTÁSIO, 2010).

⁹ Hino Patmos

¹⁰ Heidegger, M. Fenomenologia da vida religiosa. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco. (Enio Paulo Giachini; Jairo Ferrandin & Renato Kirchner, Trad.), 2010. (Original publicado em 1920)

Contrapondo-se ao modelo confessional herdado pela clínica psicológica, a perspectiva existencial não compactua com a noção de psicoterapia enquanto uma atividade tecnocrata que visa a efetividade do tratamento. Mas, adota uma postura crítica, desconfiada e questiona quanto às verdades estabelecidas pelas medidas normativas. Por fim, Feijoo (no prelo), defende a importância da relação que se constitui no encontro psicoterapêutico, pois ao se despir de medidas morais e normativas, o aspecto sensível da existência (a experiência) se desvela no próprio relacionamento. Ao mesmo tempo em que isso aponta para a possibilidade da reconquista da medida existencial, também nos mostra como o aspecto sensível foi sendo esquecido e, gradualmente, substituído pela predominância da teoria, seja nos gregos clássicos, nos modernos e na psicoterapia.

Diante do exposto, retornamos à situação clínica de Alice para pensar a questão da medida existencial nos dois momentos relatados: do cuscuz e do café. Durante um atendimento em que comentávamos sobre as iguarias do Nordeste brasileiro, percebemos que *dava água na boca* só de lembrar o cheiro, o sabor e a textura do cuscuz de milho. Compartilhávamos de uma paixão nordestina em comum. Como foi dito anteriormente, a atmosfera do encontro e a relação que ali estava se estabelecendo me levou a sugerir algo que jamais imaginei enquanto psicóloga: preparar uma cuscuzada com a paciente. Depois de ter feito o convite me veio uma sensação de que, talvez tivesse me exaltado, agido por ímpeto, *sem pensar* e então me perguntei *será que, como psicóloga, posso fazer isso?* Notei que estava reincidindo naquilo que procurava me distanciar, a dicotomização entre teoria e prática, certo e errado do modelo normativo e disciplinar da psicologia.

Embora o pensamento calculante e o meditante façam parte do modo de pensar do homem, Heidegger (1959) alerta que o segundo não surge de modo espontâneo e, por vezes, exige um treinamento demorado. Tal como a conquista da medida existencial que implica na tensão entre *hybris* e *métron*, o exercício da meditação é constante e, embora a atuação do psicólogo existencial se sustente nessa forma de pensar, não estamos isentos daquele que tudo mensura. É importante reconhecer que, em algumas ocasiões, recairemos no pensamento do cálculo. Por isso, “basta demorarmos-nos junto do que está perto e meditarmos sobre o que está mais próximo” (HEIDEGGER, 1959, p. 14), foi assim que percebi em meu questionamento a afirmação: *sem pensar*. De fato, no momento em que sugeri a Alice que fizéssemos o cuscuz, eu não estava pensando (calculando), teorizando, mas sim experienciando o encontro com o outro. O nosso vínculo possibilitava a abertura ao aspecto sensível da existência de modo que a medida existencial estava se dando na própria relação. Em suma, no nosso encontro, a teoria

não tinha espaço, ela não comandava o meu fazer como psicoterapeuta. No exercício do saber-fazer, o que deveria ser feito apareceu na própria relação, no aspecto sensível da existência.

Em contrapartida, o atendimento que foi realizado durante o lanche da tarde de Alice ficou marcado pelo momento em que Luísa, técnica de enfermagem, pôs quatro colheres de açúcar na xícara da paciente enquanto conversávamos à mesa. A cena nos chamou tanta atenção que, quando percebemos, já tínhamos desviado nossos olhares e estávamos observando, em silêncio, Luísa pôr a última colherada de açúcar na pequena xícara de café. Alice advertiu em voz alta: *está bom, você colocou muito*, mas a funcionária informou que havia colocado apenas as quatro colheres de costume e completou: *é porque ela esquece! Ela não lembra das coisas*, referindo-se ao provável diagnóstico de Alzheimer da paciente.

Sutilmente interrompi a conversa argumentando que não cabia a nós lembrar à Alice quem ela é e do que gosta, sem que isso fosse solicitado. Era necessário abrir um espaço que possibilitasse à paciente descobrir por si mesma como o café lhe agradaria mais naquele e nos outros dias. A questão não está em lembrar à Alice que antes da doença seu paladar se agradava com cafés mais adoçados. A questão está em querer resgatar a Alice que já não existe mais, restringindo-a aos seus hábitos do passado como um padrão que, segundo o modelo normativo, deve ser seguido no presente. Agindo dessa maneira, os profissionais da saúde desconsideraram o caráter de indeterminação da existência ao enquadrar Alice em um diagnóstico, afastando a paciente da responsabilidade pelo cuidado de si, ou seja, a conquista da medida existencial. Afinal, se somos movimento, transformação, cada xícara de café ao ser saboreada é uma experiência singular. Luísa buscava garantias de que, se colocasse quatro colheres de açúcar no café, Alice não estranharia seu sabor. No entanto, naquele dia a paciente estranhou antes mesmo de bebê-lo.

Em suma, Luísa relacionava-se com Alice a partir do seu diagnóstico de Alzheimer e, seguindo recomendações médicas de como deve agir, tutelava suas escolhas e tomava para si o cuidado pela existência que é do outro. Fundamentando sua atuação nas verdades científicas e normativas da medicina, a técnica de enfermagem impunha a medida externa do impessoal ao passo em que afastava Alice da possibilidade de conquistar sua medida existencial. Assim, a relação encontrava-se na desmedida, de modo que na perspectiva da existência a medida existencial de Alice pudesse aparecer.

1.1.5 “Pelo menos tenho a TV”

João, 65 anos, solicitou o serviço de assistência domiciliar após um longo período de internação hospitalar, que ocasionou o atrofiamento dos membros inferiores e superiores,

impossibilitando sua mobilidade, além de uma lentidão na fala. Antes desse episódio, o paciente residia com sua mãe, Vânia, de 92 anos. Como ambos apresentavam dificuldades de locomoção, precisaram se mudar para a casa de Laura, irmã do paciente.

João quase não falava e não estabelecia um contato visual comigo. Sempre cabisbaixo, triste e apático expressava desconforto a cada ajuste feito pela técnica de enfermagem ao posicioná-lo na cama. Por demandar tempo, o paciente dizia: *pode começar o atendimento* autorizando a presença de Elisa que permanecia por alguns minutos interagindo conosco na tentativa de convidá-lo, mesmo que sutilmente, para a conversa. Eu dizia: *por onde você quer começar hoje?* E João se limitava a responder: *eu não tenho nada a dizer;* ou *não sei; tanto faz.* E seguimos assim durante o primeiro mês de atendimento. Certo dia, percebendo a apatia do paciente, Elisa ofereceu ajuda para *fazer ele conversar de verdade e contar os problemas*, João, mais uma vez, respondeu: *tanto faz.* Agradei a disponibilidade e disse que poderíamos dar continuidade sozinhos. A presença da técnica de enfermagem poderia até ser conveniente, se eu estivesse em busca de uma queixa para dar andamento ao processo psicoterapêutico. Esperar pelo surgimento da queixa, tão habitual ao exercício do psicólogo clínico, é atuar ao modo do cálculo, é seguir o padrão da procura, identificação e, conseqüentemente, a resolução de um problema, algo que esteja desajustado. Como a própria palavra anuncia, esperar é estar na expectativa, ter esperança (DICIONÁRIO MICHAELIS ON-LINE¹¹), é agir antecipadamente, de acordo com as determinações do nosso tempo que tem o objetivo de prevenir e tratar algo em desordem. Assim, questionar sobre a queixa é buscar a objetividade na psicoterapia, recaindo no que Heidegger (1953/2007) chama de característica da essência da técnica: produtividade, instrumentalidade.

A clínica psicológica existencial busca se distanciar da noção de causalidade, rompendo com a necessidade de responder a um *por que* e *para que*. Nada mais objetivo, nesta perspectiva, do que tão somente acompanhar o acontecimento, não há uma objetividade previamente dada nem que precise ser solucionada (SÁ, 2017; FEIJOO, 2017a). Feijoo (2017a) designa a clínica existencial como um lugar que aguarda e resguarda o acontecimento, um espaço que abre a possibilidade para que algo aconteça, se transforme. A autora chama atenção para o sentido do *aguardar* destacado por Heidegger (1959) que, divergentemente dos dicionários, nada tem a ver com *esperar com expectativa*. Ao ilustrar uma conversa entre um investigador, um erudito e um professor, o filósofo esclarece: “aguardar, pois bem, mas nunca estar em expectativa (*erwarten*); pois o estar em expectativa prende-se já com uma representação e com o seu objeto

¹¹ <http://michaelis.uol.com.br>

representado” (HEIDEGGER, 1959, p. 43). Trazendo o pensamento do filósofo para a prática clínica, Feijoo (2017a) completa:

Aguardar é sempre aguardar por algo, mas se considerarmos o que aguardamos, deixamos de aguardar. Ao aguardar deixamos aberto o que aguardamos, ou seja, este aventurar-se no próprio aberto; o próprio aberto é apenas aguardar aquilo que vem ao nosso encontro (região) – isso significa corresponder. A essência de esse aguardar é a própria serenidade em relação àquilo que vem ao nosso encontro. Estamos como que suspensos entre a região e o aguardar. A experiência do entre é o próprio aguardar (p. 151).

A autora conclui que, o espaço de transformação, do demorar-se, da meditação, do aguardar e resguardar que se abre na clínica se efetiva na medida em que analista e paciente se abrem nesse aguardar para que algo possa acontecer. Para tanto, é necessário que haja interesse e afeição nessa relação. Nesse sentido, João não me parecia interessado no atendimento psicológico, costumava dizer *não sei...tanto faz...de qualquer jeito está bom*, além de se mostrar incomodado com a minha presença. Questionava-me se estávamos dispostos, abertos ao aguardar sereno. Quando me senti confortável com o lugar que eu ocupava nessa relação, perguntei se aquele espaço estava fazendo sentido para ele, ao que respondeu *as vezes sim, as vezes, você me faz pensar*.

Abrindo um parêntesis, é importante lembrar que, por se tratar de um serviço oferecido pela *home care*, muitas das vezes o acompanhamento psicológico é solicitado pelos familiares sem ao menos ser aprovado pelo paciente, o que, de fato, aconteceu com João. Embora não tivesse sido consultado sobre o atendimento psicológico e, aparentemente, não demonstrasse interesse, João afirmou que, de algum modo o espaço da clínica estava fazendo sentido. E seguimos aguardando.

Certa vez, Elisa pediu licença para dar o lanche da tarde do paciente, que deveria ser servido exatamente às 16h. Como ainda não havia começado o atendimento, permiti sua entrada. João se espantou ao ver a enorme porção de salada de frutas e esboçou uma reclamação sobre o autoritarismo de sua irmã: *eu já disse para ela que não estou com fome, almocei há pouco, não vou comer isso tudo*. Se sentindo de mãos atadas, Elisa exclamou: *eu sei que você não gosta de lancha, mas sua irmã manda e eu tenho que obedecer*. A técnica de enfermagem olhou para mim, arqueou a sobrancelha e respirou forte, parecia estar dizendo *e agora, o que faço?* Retribuí com um sorriso discreto, e visivelmente aliviada. Elisa se retirou do quarto. Eu que costumava pedir para os profissionais saírem ao identificar que o paciente gostaria de privacidade, surpreendi-me com nossa afinidade. Elisa estava aberta, atenta, sensível à situação e soube se retirar no momento oportuno, a medida havia aparecido na nossa relação.

Naquele momento algo também havia acontecido na relação psicoterapêutica, pois João trazia uma questão. Insatisfeito com a mudança para a casa de Laura, o paciente afirmou estar preocupado e aflito, pois se tratava de um acontecimento definitivo. Quando buscava me demorar nesse desconforto, João encurtava a conversa afirmando: *estou tentando me adaptar*, e nada mais era dito. Em contrapartida, no início e/ou no final de cada atendimento, Laura e Vânia (irmã e mãe) me cercavam de perguntas e reclamações em tom de desabafo: *você não está achando ele muito triste não? Ele vai melhorar? Ele é muito apático, não tem ânimo para nada na vida, como pode? Ele precisa estar mais engajado na fisioterapia, pois precisa voltar a caminhar*. Se por um lado aguardávamos; por outro lado, Laura e Vânia esperavam, tinham expectativas de que João voltasse a caminhar o quanto antes e suplicavam: *só quero que ele viva uma vida mais leve e com propósito*. Para isso, buscavam métodos eficientes e palestras de autoajuda na internet, além de pedir aos profissionais que utilizassem abordagens mais rígidas. Na tentativa de controlar o incontrolável, Laura se refugiava nas verdades científicas e no senso comum.

Aos poucos João foi se mostrando mais à vontade para se queixar das ordens impostas pela sua irmã que iam desde o horário de acordar até o modo como a mão atrofiada deveria ficar: *na minha casa era tudo do meu jeito, eu acordava tarde, comia qualquer coisa e ficava vendo TV até tarde. Aqui tem hora pra tudo, preciso comer saudável e de 3 em 3 horas por causa do diabetes. Sinto falta do meu espaço, quero minha autonomia de volta*. Coloquei-me em sintonia de atenção com João de modo a poder acolher atentamente suas questões (DA COSTA, 2015) e nos demoramos nelas. Todavia, João se apressava: *o que devo fazer? Você que entende de gente, me diga!* Os profissionais detentores do saber certamente o direcionaria nesse percurso psicoterapêutico. Porém, como psicóloga existencial, me dispus a acompanhar compreensivamente aquilo que João tinha a dizer.

Um adendo, segundo Heidegger (1927/2005), ser é compreender, portanto, sempre estamos em compreensão, pois estamos lançados no mesmo horizonte histórico de sentido e somos tomados pelas orientações do mundo em que nos encontramos. Por nos encontrarmos no mundo compartilhado é possível ao psicoterapeuta compreender o que é dito pelo paciente. Contudo, Feijoo (2017a) explicita que acompanhar o conteúdo fenomenal implica em uma compreensão mais originária, contrapondo-se a relação causal que fundamenta o exercício psicoterapêutico, uma compreensão não explicativa.

Compreender, na clínica psicológica existencial, consiste em acompanhar aquilo que o outro tem a dizer, bem como a estrutura de sentido que sustenta seu modo de ser, deixando que a situação em que ele se encontra apareça para ele de modo que, diante disso, ele possa decidir-se (FEIJOO, 2017a, p. 125)

Em alguns momentos João alegava: *quero retomar as rédeas da vida...voltar a andar e sair daqui* (casa da irmã). Em outros dizia: *está bem aqui, gosto de receber a comida na minha cama, fico assistindo TV o dia todo...só que tenho que aguentar minha irmã reclamando de mim o dia todo. O que ela diz me chateia, mas tudo bem*. De fato, do quarto em que estávamos, era possível ouvir Laura se queixando com a secretária do lar. Quando questionava se já haviam conversado a respeito, João mostrava seu desânimo: *não, não vale a pena, mas tudo bem do jeito que está, pelo menos tenho a TV*. E assim, o paciente seguia apático, disfórico e desinteressado pelo acompanhamento (fisioterápico, fonoaudiológico e psicológico), demonstrava animação apenas quando falávamos sobre filmes de ação e programas investigativos. No intuito de deixar transparecer a ambiguidade, dizia: *parece que não é possível ter tudo. Se por um lado você diz que quer voltar a caminhar para morar com sua mãe no antigo apartamento, por outro diz não querer fazer fisioterapia todos os dias. Diz ainda que está vivendo uma relação opressora com sua irmã, mas, por outro lado, ter acesso à TV já lhe satisfaz*. João concordava e, em certas ocasiões, seguíamos em silêncio até o final da sessão.

Tempos depois, João começou a caminhar com o auxílio do andador e, o que poderia ser motivo de alegria, revelou-se um conflito familiar. Timidamente, João afirmava que, embora já conseguisse ir ao banheiro, preferia reter a urina durante o dia para liberar a noite quando estivesse de fraldas *porque é mais confortável...quer dizer, não é que seja mais confortável, é mais cômodo*. Devido ao uso do andador, João passou a ter acesso a vários ambientes da casa, inclusive passou a assistir seus filmes na enorme televisão da sala. Eram nesses momentos que o via sorrindo, sereno, mas sua alegria se esvaía rapidamente quando eu chegava, pois era preciso desligar o aparelho para iniciarmos o atendimento, ou seja, pensar sobre suas questões. Como de praxe, antes de me sentar perguntava *onde você prefere ser atendido hoje?* E o paciente respondia *tanto faz!*, porém, eu continuava em pé até ele definir um local. Certa vez, enfurecido João respondeu *será possível que eu preciso decidir uma coisa tão boba como essa?* Vigorosamente indaguei *querer retomar as rédeas da vida implica em também decidir onde prefere ser atendido*. João buscava se eximir da responsabilidade que é o cuidado de si e eu agia de modo a devolver-lhe a tutela pela sua existência (FEIJOO; PROTASIO, 2010).

Abro aqui um parêntesis. Acompanhar a experiência é estar com o outro na dor que é dele, é estar lá para apreender a dor do outro. Não é sentir com ele a dor que é dele, isso é compaixão, mas trata-se tão somente de estar junto ao outro e ver o que está em jogo. Não tentar tirá-lo da dor é entender que, por mais que eu esteja com ele, a dor não é minha. É não tutelar a existência do outro, devolvendo-lhe a responsabilidade de sua existência (FEIJOO 2017a; FEIJOO, 2017b).

No tocante à sua irmã Laura, em algumas ocasiões ela interrompia o atendimento para desabafar. Curiosamente, João não se mostrava incomodado, e sim indiferente. Certo dia, extremamente nervosa, a irmã exclamou: *O João se faz de vítima, porque não há nada fisicamente que o impeça de voltar a caminhar, os médicos já disseram isso. Ele se faz de coitadinho, é preguiçoso e não se incomoda em me dar trabalho, eu tô colocando vídeo de autoajuda pra ele se cercar de coisas boas... Mas não tá dando certo, porque ele não quer.* A essa altura já estava me sentindo incomodada com as aparições inesperadas de Laura. Era preciso acolher atentamente e acompanhar compreensivamente as questões de Laura com João, mas, sustentar o espaço da clínica em paciência e serenidade nada tem a ver com uma suposta passividade e aceitação incondicional do psicólogo clínico.

Assim como me dispunha a estar com o outro, também era necessário acolher e entender o meu desconforto para então abrir um espaço em que o acolhimento aos familiares pudesse ser possível. Essa situação fez com que eu me desse conta de que a medida dessa relação também precisava aparecer na relação com estes. Era preciso saber acolher os anseios e expectativas de Laura de modo que também pudesse me posicionar a fim de que a medida aparecesse na relação. Por vezes, caminhando pelas ruas em direção à residência de João, me distraía ao pensar na conquista da medida numa relação com os familiares. De repente era tomada por uma sensação de desespero e questionava *como fazer isso acontecer?*, como se fosse da ordem da vontade, recaindo no pensamento calculante. Em direção à casa de João seguia inquieta até o meu destino. Via-me ensaiando diálogos com Laura que mais se assemelhavam a sermões; planejava um modo de fazê-la entender qual era o seu lugar (o da família) no processo psicoterapêutico em domicílio; e, por vezes, desejava que ela não estivesse em casa.

Felizmente o ambiente domiciliar é imprevisível, incalculável, e nada do que havia planejado se concretizava. Era preciso me abrir, aguardar (sem expectativas) e resguardar a possibilidade de que algo se desse na relação. A habitual pergunta *onde você quer ser atendido hoje?* ganhou uma nova perspectiva para João, que passou a eleger o ambiente do atendimento. Laura, sempre inquieta, não se continha em ver seu irmão *se arrastando com o andador* e o tomava pelas mãos para apressar seus passos. Chegando ao local, permanecia por alguns minutos e exprimia seus sentimentos enquanto João a ouvia com o olhar disperso.

Certo dia, Laura estava bastante furiosa com a lentidão de João e o conduziu pelos braços esbravejando: *você sabe que ela tem hora, precisa ser rápido.* Disse que entendia sua preocupação com o tempo de atendimento e que o paciente jamais seria prejudicado pelo modo como caminhava, porém: *rápido ou devagar, parece que ele está conseguindo chegar a algum lugar sem o seu auxílio. Ou seja, retomando a 'autonomia' da qual você tanto desejou para*

ele. Isso abriu a possibilidade para que pudéssemos conversar sobre as expectativas que ambos estavam nutrindo e, mais uma vez, a tensão entre o querer e o poder emergiu em nosso encontro. Além da escuta psicológica, caberia então realizar orientações aos familiares? Bom, orientá-los nos moldes da psicoterapia implicaria em direcioná-los a seguir um caminho, por exemplo, o da harmonia familiar. Isso resultaria em assumir para mim a tutela distanciando-os da possibilidade de conquistar a medida dessa relação. Nesse sentido, a clínica psicológica existencial não guia, norteia ou *orienta*, mas, tão somente convida os envolvidos a analisar reflexivamente o que está em jogo “de modo que possa abrir um espaço de destruição das verdades estabelecidas” (FEIJOO, 2017a, p. 135).

Outro momento que pode elucidar a questão da análise reflexiva em família foi quando Laura compartilhou sua aflição ao tentar fazer com que o paciente voltasse a utilizar o vaso sanitário: *ele bebe mais de seis copos de água por dia e diz que não sente vontade de fazer xixi. Eu levo ele para o banheiro e digo ‘pensamento positivo, vamos lá, como se fosse um mantra, diga: eu vou fazer xixi’. Quem quer consegue, não é mesmo?!* Prontamente perguntei *e ele fez?*, visivelmente decepcionada Laura respondeu: *não, porque não quis com força*. João a confrontou: *às vezes eu quero fazer xixi sim, só que não sai. Eu sinto vontade, vou ao vaso e não sai...fazer o que?* E assim, mais uma vez se abriu um espaço para conversarmos, ou melhor, nos demorarmos reflexivamente sobre as verdades estabelecidas quanto à soberania da vontade. A máxima “eu quero, eu posso, eu consigo” se mostrou insuficiente nessa situação.

Finalizo essa situação clínica destacando que, quando ficávamos a sós, João dizia se sentir frustrado e nervoso por viver *medindo forças* com sua irmã, apesar de reconhecer que Laura se preocupa e zela pela sua vida *mais do que deveria*. Em alguns momentos João se dizia confuso e expressava: *eu não sei o que quero...não sei se quero mudar as coisas, dá trabalho (...) eu não quero fazer nada da vida, não tenho vontade de nada (...) tá bom do jeito que está. Me diz o que você acha?* Responder ou devolver a pergunta não pareciam opções que pudessem ajudar a me demorar em seu questionamento, assim, busquei evidenciar aquilo que se revelava em seu discurso: *pelo que você está dizendo, parece que mudar exige um esforço do qual você não está disposto a assumir*. João concordou e eu complementei: *veja que, de certa forma, você já se decidiu por algo*. Seu olhar apático ganhou uma nova expressão: o espanto, seguido do silêncio e a típica afirmação balançando a cabeça timidamente.

Meses depois João passou três dias internado devido a uma infecção urinária, no hospital se recusou a fazer fisioterapia e preferia tomar banho sentado. Ao voltar para casa, Laura mencionou ter sentido dificuldades para tirá-lo da cadeira de rodas e levá-lo ao quarto: *ele estava enferrujado. Imagine, três dias sem se movimentar só em cima da cama vendo TV? Com*

muito esforço consegui levá-lo ao quarto. Mas você não sabe o que aconteceu! Onze horas da noite fui lá olhar como ele estava... Você não sabe o que aconteceu, até me arrepio só de lembrar. Fui de pontinha de pé para não acordar ele, pois, ele estava ao lado da cama em pé. O João caminhou lentamente em direção ao cômodo, pegou o controle da TV, voltou com toda calma do mundo, se deitou e ligou a TV. É mole? Dá pra acreditar? Limitei-me a afirmar: parece que a vida dele tem um propósito, mas, talvez não o propósito que você e Vânia desejam.

As situações clínicas expostas ao longo desse capítulo tiveram a intenção, não apenas de compartilhar a experiência de uma psicóloga que atende em domicílio, mas, principalmente, de testemunhar sobre a existência de uma clínica que não se respalda em teorias, técnicas e métodos. À primeira vista a clínica existencial pode soar como uma perspectiva clínica permissiva, desorganizada e sem rigor. De fato, se seguirmos o pensamento vigente da mensuração, do controle, da segurança e da produtividade excessiva, uma clínica que percorre outros caminhos pode despertar certa estranheza e até desconfiança. Afinal, se não estamos falando de

[...] um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidas pela ciência, pela prática e pela ética profissional” e, se essa clínica não tem em seu cerne a promoção da saúde mental e o propósito de oferecer “condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos (CFP, 2000, s/p)

Como preconiza o Conselho Federal de Psicologia, na resolução nº10/00 de 2000, ao definir a psicoterapia, talvez essa clínica psicológica não seja uma psicoterapia.

Considerando que a clínica existencial diz de algo que acontece na própria experiência, o que a torna uma psicoterapia? Além do mais, *será que o que eu faço é psicoterapia?* Como vimos nos relatos, o atendimento em domicílio pôs em xeque as especificidades da clínica tradicional. Por outro lado, evidenciou as peculiaridades do ambiente domiciliar, o estranhamento, o desconforto e aquilo que se abre como possibilidade de outros modos de vinculação e de atuação.

Finalizo esse capítulo com a citação de Campos (2015) quanto à clínica da experiência, que vai de encontro aos tratados que oferecem a curatela e tutelam sobre a existência do outro, seguida de uma breve situação clínica.

[...] um belo instante em que “tudo se faz novo” para clínico e clinicando, de modo que ambos *saltam* inesperadamente para um *novo* tratamento. Neste *novo* tratamento a clínica é *pastoreio* e o tratamento é *cura*, enquanto os “tratados” oferecem “curatela”. O pastoreio da clínica é o *livre* ensaio da cura do *ver*. O cuidado que é *poiesis*, cuida do cuidado de si do outro, que n'*As Obras do amor* diz: aquele cuidado maior que alguém pode dispensar a outro, qual seja, o cuidado de cuidar de sua “liberdade” (p. 132).

Um pouco agitada à espera do transporte público, balançava as pernas e olhava para o relógio a cada minuto. *Será que chego a tempo?*, tentando prever um possível atraso. Aliás, esse é o meu monólogo entre um atendimento e outro. De repente, fui surpreendida por uma ligação da empresa de *home care*, a funcionária demonstrava uma certa aflição, precisava encaminhar um paciente com afasia, pois *os outros psicólogos dispensaram o caso dizendo que não conheciam bem a doença, então pensei em você, na verdade só restou você*. Considerando que eu era a última opção e tendo em vista que meu primeiro atendimento em domicílio foi a uma pessoa com ELA, me senti confortável e animada pela oportunidade de mais uma experiência.

Entrei em contato com a irmã do paciente e durante a conversa percebi que ela estava tentando me preparar para a complexidade do quadro clínico: *ele é jovem e teve AVC recentemente. Graças a Deus, está se recuperando bem, já voltou a caminhar normalmente só que o problema é que ele não fala coisa com coisa. Está muito difícil a comunicação e eu sei que ele sofre muito com isso, mas não tem nem como desabafar. Aliás, você sabe o que é afasia? Já atendeu um afásico? Estamos preocupados!* Compreendi o desespero que a tomava e a motivação de sua pergunta, afinal, vivemos na era da efetividade do tratamento e acreditamos que, quanto mais se especializa em um segmento da psicologia, mais se sabe a respeito e maior será a probabilidade de contornar os desajustes e aplacar a dor e o sofrimento do outro. Bom! Esse é o pensamento vigente do mundo (pensamento calculante).

Acolhendo seus anseios e receios, disse: *entendo sua preocupação. Talvez eu não seja a profissional que você esteja buscando, não tenho especialização em neuropsicologia. Mas, de qualquer forma, me coloco a disposição para acompanhar e aprender com ele*. Percebi seu desânimo ao responder: *hum, sei...!* O silêncio da ligação cessou bruscamente quando ela disse: *eu já não sei o que fazer, é muito difícil vê-lo sofrer assim sem ao menos entender o que ele está falando*. Disse que entendia sua dor e que a situação do seu irmão me lembrava a de um paciente com ELA. Subitamente fui interrompida por uma voz enérgica: *então você tem experiência na área!* Respondi *experiência sim, mas especialização não*. A mulher sorriu, provavelmente aliviada e disse: *podemos marcar ainda essa semana?*

O cuidado, nessa situação, se dava na experiência do encontro que, à primeira vista, pareceu mais um desencontro. Em meio a tantas expressões faciais, sons que fazíamos e as frases sem lógica que eram ditas, como: *o pão...o pão não...é, não sei...dinheiro, mais ou menos...é, a minha mãe*, havia disposição, entrega, escuta atenta, serenidade e paciência nessa relação. Assim, concordo com Feijoo (2019) ao afirmar que na clínica a escuta é “algo da ordem do se deixar tocar...escutar no sentido de entrega à linguagem do outro é também meditar” (p.

80). Uma vez que a clínica da experiência aponta que “neste *novo* tratamento a clínica é *pastoreio* e o tratamento é *cura*” (CAMPOS, 2015, p. 132), então, posso acrescentar que a clínica que é pastoreio, é a experiência singular de meditar quando não há fala (linguagem compreensível) e ainda assim poder cuidar do cuidado de si do outro. Infelizmente nossos encontros duraram apenas quatro meses, pois o plano de saúde entendia que esse era o tempo hábil para um psicólogo proporcionar a cura ao paciente.

Nesse capítulo apresentamos um modo de atendimento psicológico em domicílio que não pode ser encontrado nos livros de abordagens psicoterápicas e provavelmente não faça parte da ementa de disciplinas, como Teorias e Técnicas Psicoterápicas. Como vimos, ela acontece na experiência e, por esse motivo, possa levantar dúvidas quanto a sua eficácia. Essa prática psicológica pode ser considerada uma psicoterapia domiciliar? Bom! Para alcançarmos essa resposta é preciso dar continuidade ao percurso investigativo, por hora, é de suma importância elaborar uma revisão narrativa da literatura a fim de compreender como se constitui o atendimento psicológico em domicílio nos moldes da psicoterapia que se sustenta na lógica da funcionalidade.

2 ENTRE QUESTIONAMENTOS E ESTRANHAMENTOS: UM MODO DE ATENÇÃO CLÍNICA NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR

Nesse capítulo apresentaremos uma revisão narrativa da literatura referente à modalidade de atendimento psicológico domiciliar por meio do relato de experiência de psicólogos que, assim como a autora dessa pesquisa, possuíam pouco ou nenhum conhecimento sobre esse novo campo de atuação. Em se tratando de um processo de busca, análise e descrição de uma área do conhecimento, a revisão de literatura é uma ferramenta utilizada para obter respostas a partir de um questionamento específico. Entende-se por *literatura* publicações relevantes escritas sobre a temática pesquisada. Assim, optamos pela revisão narrativa por não se valer de critérios rígidos e sistemáticos na busca e análise crítica do material encontrado. Não havendo tanto rigor nas estratégias de busca, a seleção e a interpretação dos estudos podem ser analisadas conforme a exigência de cada revisor (UNIFESP, 2015).

Ao sair da zona de conforto do ambiente estruturado do consultório particular, esses profissionais se sentiram atônitos e confusos diante da insuficiência do embasamento teórico que os guiavam. Enfrentar o desafio de desbravar um solo pouco habitado fez emergir estranhamentos quanto a um *setting* instável, onde se tem contato direto com os familiares e os critérios da clínica tradicional aparecem de outro modo, permeados pela singularidade desse contexto. Questionamentos quanto à prática clínica, os pressupostos teóricos e técnicos e o que, de fato, caracteriza uma clínica psicológica são ressaltados pelos autores. Na caminhada em meio ao desconhecido, a experiência da atuação se mostrou primordial e antecedente ao conhecimento teórico até então adquirido e, assim, um outro modo de fazer clínica revelou-se aos psicólogos.

O relato de experiência da própria autora apresentado no capítulo anterior, mostra não apenas a estranheza, mas também a incredulidade quanto ao fazer do psicólogo clínico que atua fora da clínica convencional, colaborando com a recorrente vinculação do psicólogo ao consultório. É bem verdade que a imagem do psicólogo, ao menos no Brasil, por muito tempo esteve atrelada à prática clínica. Embora os cursos de graduação não visassem a especialização do profissional em formação, nas primeiras décadas de regulamentação da profissão quase que automaticamente o psicólogo era vinculado majoritariamente a uma área de atuação: a clínica.

Tendo em vista o crescimento acentuado da profissão no país, o Conselho Federal de Psicologia (1988) realizou uma pesquisa estatística acerca do perfil do psicólogo entre os anos de 1986 e 1987 – presente no livro *Quem é o psicólogo brasileiro?* Ao condensar os resultados desta pesquisa, Bastos e Gomides (1989) afirmaram que ao categorizar a atuação do psicólogo

em: clínica, escolar, industrial e docência, notou-se que 60,7% dos profissionais se concentravam na área clínica, sendo possível compreender a vinculação da imagem do psicólogo quase que totalmente à prática clínica.

Utilizando o referencial teórico da sociologia das profissões, Pereira e Pereira Neto (2003) explicam que a História da Psicologia no Brasil é composta por três fases: pré-profissional (1833-1890), período de profissionalização (1890/1906-1975) e período profissional (1975 em diante). O primeiro momento se deu com pessoas interessadas em questões psicológicas a partir da criação das faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1833. Na segunda fase, a psicologia já era reconhecida, porém, permanecia atrelada à área médica e educacional. No terceiro período, a partir do estabelecimento da profissão até os dias de hoje, a psicologia sofreu o impacto das grandes alterações econômicas no país e foi conquistando novos espaços.

Pereira e Pereira Neto (2003) afirmam ainda que o reconhecimento e autonomia da profissão tornou a década de 70 um solo fértil para a psicologia, pois diversas universidades privadas implantaram o curso de formação, resultando em um grande número de graduados, assim como houve um aumento da procura por serviços psicológicos. Foi por meio de manuais, revistas e de programas televisivos que a psicologia e a psicanálise adentraram no cotidiano das pessoas. Quanto a isso, Langenbach e Negreiros (1988) ressaltam que, nesse período, o Brasil vivia a repressão da ditadura militar e que esse contexto pode ter contribuído para o crescimento da profissão, uma vez que o consultório poderia ser visto como um lugar de expressão, quebra do silêncio e de exercício da reflexão.

Tendo em vista o predomínio da psicoterapia em consultórios particulares nas décadas de 70 e 80, a prática clínica despertou o interesse daqueles que simpatizavam com a modalidade de trabalho liberal. Assim, Coimbra (1999) explicita que os psicanalistas eram vistos como modelos de referência para os estudantes de psicologia que sonhavam com seus consultórios particulares. A pesquisa desenvolvida por Bastos e Gomides (1989) chamou a atenção para o fato de que o desejo pelo autoconhecimento e o crescimento pessoal motivaram os entrevistados a optarem pelo curso de Psicologia. Diante das estatísticas e do cenário brasileiro, os autores arriscaram afirmar que a área clínica continuaria definindo a profissão para o público externo. Este fato pôde ser constatado através das pesquisas realizadas pelo WHO (2001) e o IBOPE (2004).

Em 27 de agosto de 1962 foi aprovada a Lei nº4.119, que regulamentou a profissão de psicólogo no Brasil. No dia 20 de dezembro de 1971, na Lei 5.766, Art.11, do Capítulo IV, criou-se o Conselho Federal de Psicologia. Em seguida, no Decreto 79.822 de 17/06/1977,

Art.43 do Capítulo VII, Seção I, estabeleceu-se que o profissional pudesse se registrar na qualidade de Psicólogo e Psicólogo Especialista. Mas, foi apenas através da Resolução 14/2000, que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) classificou como especialidades de atuação do psicólogo: Psicologia Escolar/Educacional; Psicologia Organizacional e do Trabalho; Psicologia de Trânsito; Psicologia Jurídica; Psicologia do Esporte; Psicologia Clínica; Psicologia Hospitalar; Psicopedagogia; Psicomotricidade. Na Resolução 05/2003, a Psicologia Social foi reconhecida; a Neuropsicologia na Resolução 02/2004; a Psicologia em Saúde (Resolução 03/2016); e mais recentemente, a Avaliação Psicológica (Resolução 03/2016). Totaliza-se assim, 13 especialidades da Psicologia.

Considerando os desdobramentos da Psicologia no Brasil, podemos afirmar que há tempo a atuação do psicólogo já não se restringe a atuação clínica, assim como a própria clínica também já ultrapassou as quatro paredes do consultório particular. Como exemplos, na esfera pública, podemos citar: a Clínica Ampliada; diretriz da Política Nacional de Humanização que “busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p. 14); e o Consultório de Rua, projeto da Política Nacional de Atenção Básica. Ambos são ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes versam sobre a promoção de direitos humanos, o respeito às diferenças, a inclusão social, as ações de redução de danos, o enfrentamento do estigma, e a intersectorialidade (TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013). No âmbito privado, empresas de *home care* que prestam serviço para planos de saúde estão em ascensão.

O atendimento psicológico domiciliar é um exemplo dos novos contornos que a Psicologia vem trilhando mediante o avanço de recursos tecnológicos. A medicina vem ampliando o seu poder de atuação através de aparelhos que simulam o internamento hospitalar, dando ao paciente a oportunidade de prosseguir com o tratamento em sua residência. Essa estratégia de desospitalização contribui para melhoria da qualidade de vida do paciente, que mesmo doente, pode desfrutar do conforto do lar e de momentos em família, os quais não seriam possíveis no hospital (LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Nesta modalidade de atuação, o profissional vai ao encontro de pessoas acometidas por patologias crônicas, degenerativas ou terminais. Devido à dificuldade de locomoção, Alexandre e Romagnoli (2017) afirmam que é oferecido o suporte emocional e psicológico ao beneficiário e seus familiares. Contudo, também ocorre a solicitação dos serviços de psicoterapia em domicílio particular por comodidade e segurança. A casa que outrora era visitada apenas pelos tradicionais médicos de família, atualmente tem aberto suas portas para diversos profissionais

da saúde, dentre eles, o psicólogo. Estes profissionais viram a necessidade de modificar, adaptar ou reinventar seus modos de atuação em um ambiente, por vezes, confuso e tão distante do modelo hospitalar e clínico.

Por sua vez, a assistência domiciliar, serviço que compreende qualquer ação de saúde realizada na residência, inclui orientações, atendimentos e procedimentos invasivos, independentemente do grau de complexidade ou objetivo da ação. Esse serviço dispõe de três níveis de atuação que são estabelecidos de acordo com a gravidade de cada caso. A internação domiciliar é a que mais se aproxima do cenário hospitalar, pois exige a assistência de uma equipe multiprofissional monitorando o paciente 24 horas por dia com aparelhos hospitalares de complexidade moderada ou alta. No atendimento domiciliar são desenvolvidas ações menos complexas e mais voltadas para a promoção de saúde, além de atividades preventivas e/ou terapêuticas, assemelhando-se a um consultório em casa (TAVOLARI, FERNANDES; MEDINA, 2000; LAHAM, 2004). Já a visita domiciliar é a modalidade mais difundida no sistema de saúde brasileiro, pois pode ser realizada em conjunto com outros profissionais da equipe. Trata-se de uma ação focal cujo objetivo é entender as dificuldades e necessidades do paciente, familiares e cuidadores, para então capacitá-los e orientá-los visando a resolução dos problemas. Portanto, o psicólogo pode atuar nos três níveis de assistência domiciliar mencionados acima. Como a internação e o atendimento domiciliar solicitam uma atenção contínua dos profissionais, o psicólogo oferece o acompanhamento psicoterapêutico. Já na visita domiciliar, por se tratar de uma atividade breve, sua função é direcionada a intervenções pontuais (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007).

Iniciamos o percurso metodológico dessa investigação realizando uma revisão narrativa da literatura a fim de compreender o funcionamento do serviço de assistência domiciliar em saúde, a prática de atendimento psicológico e, sobretudo, alcançar os relatos de experiências dos profissionais da psicologia. O levantamento bibliográfico revelou dezessete artigos e duas dissertações, que versam atendimento psicológico domiciliar. Tendo em vista que diversas pesquisas debruçavam-se sobre o olhar do paciente, do cuidador, do familiar, da equipe interdisciplinar, da equipe administrativa do plano de saúde, de profissionais da enfermagem ou abordavam a visita domiciliar, categoria bastante próxima a estudada, os números reduziram drasticamente ao estabelecermos como critério de exclusão publicações que não trazem o relato de experiência do psicólogo.

Ao final do processo foram selecionados apenas nove artigos e duas dissertações, revelando quão irrisórios são os relatos de experiência do psicólogo, bem como o fazer clínico do psicólogo nesta área de atuação (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008;

MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; REITER, 2000). Muito embora o primeiro artigo a tematizar o atendimento psicológico domiciliar seja de 2004, percebe-se o desinteresse em problematizar o exercício profissional nessa modalidade. Esse é um fator de extrema relevância que ganha profundidade ao constatarmos que, nos poucos estudos encontrados, os autores expõem o estranhamento, o desconforto, a insegurança, o medo e a sensação de impotência ao adentrarem nesse âmbito. Tratar o desconforto, por exemplo, como consequência da atuação em um novo espaço seria reduzir uma experiência significativa que merece ser acompanhada, investigada, pois elas apontam para algo de suma importância.

Dos autores que relataram o desconforto e a insegurança que os tomavam no início dos atendimentos domiciliares, apenas Junior (2008) enfatizou a importância de se entregar à experiência e repensar a aplicação de teorias e técnicas. Outros autores ignoraram a experiência do novo ou trataram-na como óbvias por corresponderem a um padrão de reações esperado em determinadas ocasiões e trazer à tona a ideia de mensuração tão forte na ciência moderna. Considerando as reflexões de Heidegger (1953/2007), em *A questão da técnica*, podemos concluir que esses autores estariam seguindo cegamente as determinações do nosso tempo, que é o da tecnocracia.

Em *Ciência e pensamento do sentido*, Heidegger (1953/2006), questiona a essência da ciência afirmando a existência de “uma conjuntura que atravessa e rege todas as ciências, embora lhe pareça encoberta” (p. 40). Motivado a desvelar o que está encoberto por meio da descrição da atividade científica atual, o filósofo revela que, por mais distintas e distantes que pareçam, as ciências estão cada vez mais próximas e imbricadas de modo sutil. Ou seja, estão no mesmo polo, o do pensamento calculante vigente na modernidade.

Vigorosamente Heidegger (1953/2006) alega que “a ciência é a teoria do real” (p. 40). Decidido a analisar minuciosamente sua afirmativa, retoma a origem grega dos termos *ciência*, *teoria* e *real*, até chegar à tradução dessas palavras no latim e no alemão, já na Idade Moderna. Como quem puxa as cortinas de um palco para que possamos enxergar com precisão, o filósofo expõe ao leitor como o modo de ser na contemporaneidade se distanciou do pensamento grego mediante a mudança de sentido atribuído aos termos. Em concordância com a frase do físico alemão Max Planck “real é o que se pode medir” (p. 49), o filósofo menciona que essa afirmativa não diz respeito apenas às medições realizadas pelas ciências naturais, mas fala de algo mais abrangente: a essência da ciência moderna. Assim, justifica:

[...] calcular significa contar com alguma coisa, ou seja, levá-la em consideração e observá-la, ter expectativa, esperar dela alguma outra coisa. [...] Também a

matemática não é um cálculo com números para se obter resultados quantitativos. A matemática é um cálculo que, em toda parte, espera chegar à equivalência das relações entre as ordens por meio de equações (p. 50)

O real não é mais aquilo que vige, acontece, mas é da ordem da representação. O método para apreender a essência dos entes se torna a observação, classificação, generalização, previsão e controle sobre estes. “Somente o que pode ser obtido através deste procedimento metodológico é reconhecido como real e verdadeiro (...) O real já não pode se apresentar mais por si mesmo, pois precisa ser antes representado e demonstrado segundo as exigências do método” (MAGLIANO, 2019, p. 196).

A natureza aparece como calculável, mas o que Heidegger denominou como pensamento calculante não se limita às ciências naturais, ele compreende todas as áreas do conhecimento da era moderna. Fato é que, por não trabalharem com fórmulas matemáticas, estão atreladas a outro modo de pensar (SÁ, 2017). Sendo característica da ciência moderna a instrumentalidade e o domínio das coisas através de métodos – conjunto de procedimentos que mostram o caminho – é viável afirmar que os psicólogos também operam ao modo do controle, da objetividade e do enquadramento, até mesmo quando se referem à subjetividade. Fato é que, a Psicologia e seu modelo representacional de homem e objeto não escapam da atividade tecnocrata, pois “são as determinações as técnicas em termos de instrumentalização, utilidade e obtenção de resultados que impera como o objetivo da psicoterapia” (FEIJOO, 2017c, p. 31).

Daí a espantosa escassez de estudos discutindo as peculiaridades do universo da psicoterapia em domicílio, pois, uma vez que a ciência já criou um padrão de reações, a sensação de impotência, o medo, a insegurança e o estranhamento dos psicólogos que se dispõem a atender em domicílio são reduzidos ao comum, ao natural. E, embora sejam significativas, a previsibilidade leva a crer que tais experiências raramente produzirão resultados expressivos para a ciência moderna. No entanto, Junior (2008) e Alexandre e Romagnoli (2017) também mencionam a existência de algo indispensável - o questionamento. É exatamente nele que reside a abertura para o psicólogo conquistar seu modo mais próprio de fazer clínica, sobretudo em um novo solo. Seria possível falar de um modo próprio de fazer clínica, em ambiente pouco estudado, que não resvale em questões éticas e permaneça fiel aos pressupostos teóricos e técnicos? Para tal, primeiramente, explanaremos e analisaremos as experiências já registradas pelos autores das pesquisas encontradas na revisão narrativa da literatura.

2.1 O objetivo do Atendimento Psicológico Domiciliar

A partir de distintas vertentes teóricas da psicologia, os dez estudos expõem, descrevem e discutem experiências na clínica domiciliar. Os profissionais que seguiram esse caminho já atuavam em consultórios particulares, hospitais e na atenção básica de saúde. Insatisfeitos em suas buscas bibliográficas, os autores encontraram apoio em estudos que retratam a visita domiciliar pela proximidade entre as modalidades. Vale ressaltar que os artigos internacionais também salientaram a insuficiência de estudos em seus países (HICKEN; PLOWHEAD, 2010; GRILO, 2006; REITER, 2000; GLEBOVA et. al, 2012).

De antemão, Laham, 2004; Reichel, 2008; Junior, 2008; Moreira e Crepaldi, 2016; Motta, 2010; Hicken e Plowhead, 2010; Alexandre e Romagnoli, 2017, Grilo, 2006; Reiter, 2000; Glebova et. al, 2012 - autores encontrados na presente revisão narrativa - afirmam que, em seus contextos, a psicoterapia em domicílio é uma prática viável embora o percurso seja repleto de dificuldades e desafios. É necessário ter clareza do funcionamento da assistência domiciliar, em casos de atendimentos via plano de saúde ou atenção básica, e, sobretudo do objetivo do profissional de psicologia. Os autores se referem ao objetivo do psicólogo clínico/domiciliar de modo bastante similar, pois se embasaram em documentos informativos e de fácil circulação, como o Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde, orientações do Conselho Federal de Psicologia e a regulamentação no Programa de Gerenciamento de Casos para planos de saúde da GEAP.

De caráter assistencial e preventivo, a assistência domiciliar oferece acompanhamento psicológico a idosos, pessoas com deficiência, dificuldades de locomoção ou que apresenta alguma limitação por doenças crônicas, degenerativas, terminais ou que necessitam de cuidados temporários de saúde devido a acidentes. Esse serviço tem o intuito de possibilitar um tratamento mais humanizado, evitar ou retardar a institucionalização do idoso e/ou a hospitalização do adoecido, diminuindo os custos dos planos de saúde e, sobretudo, a superlotação de leitos (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2006).

A relação de custo-benefício citada por Reichel (2008), Alexandre e Romagnoli (2017) e Laham (2004) como motivo para a implantação do serviço de *home care* em uma residência é uma opção mais econômica para os planos de saúde. Contudo, no cenário carioca, muitos são os casos em que o paciente só consegue adquirir a assistência domiciliar por intermédio de liminar na justiça. O Procon-RJ alega que as empresas de plano de saúde têm se negado a

fornecer o serviço, argumentando não se tratar de uma obrigação estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma vez que não consta em seus contratos que esse serviço não faça parte do plano (SITE CONJUR¹², 2019).

Independentemente de como se adquire o serviço de *home care*, compete aos psicólogos que atua em domicílio, segundo Grilo (2012), auxiliar o paciente na recuperação da independência e autonomia, contribuindo com o equilíbrio e bem-estar físico e emocional, melhorando a qualidade de vida. Já Moreira e Crepaldi (2016) mencionam a importância das estratégias de enfrentamento a serem utilizadas em momentos adversos, a reflexão sobre o futuro e o passado. Esses fatores são resumidos por Junior (2008) como momentos de subjetivação cujo acolhimento, a escuta e o diagnóstico sejam realizados com sensibilidade. Destaca-se ainda que além de intervenções, sempre que necessário, realizam avaliações psicológicas, diagnósticos, acolhimento e orientações aos familiares, aos cuidadores e à equipe técnica, visando formas alternativas para a dissolução das queixas (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012). Entretanto, Laham (2004), cujo estudo é usado como referência na área, conclui esse tópico frisando que “o atendimento em domicílio permite maior contato com a realidade concreta do paciente” (s/p) sendo assim o diferencial dessa modalidade.

2.2 Sobre os estudiosos do tema

Para que possamos entender a experiência desses autores em sua totalidade, acreditamos ser necessário mostrar de que lugar eles partem, onde estão ancorados seus fundamentos teóricos e técnicos, como se articulam com os mesmos e de que modo se vinculam ao atendimento domiciliar.

Moreira e Crepaldi (2016) dão ênfase ao olhar sistêmico, pois este defende a compreensão bioecológica do desenvolvimento humano considerando a importância do ambiente no contexto do desenvolvimento psicossocial. Logo, o paciente deve ser compreendido em sua especificidade e de modo global, ponderando o ciclo da vida e o dinamismo das relações com base nos pressupostos: complexidade, instabilidade e intersubjetividade. Moreira é psicóloga, especializada em terapia relacional sistêmica e atua

¹² Consta em domínio público: <https://www.conjur.com.br/2019-mar-08/suspensa-liminar-obrigava-planos-rio-fornecer-home-care>

como psicóloga domiciliar em um programa de gerenciamento de casos de um plano de saúde. Crepaldi é professora universitária especialista em psicologia clínica e hospitalar.

Consonantemente às autoras acima, Alexandre e Romagnoli (2017) realçam a necessidade de considerar o contexto cultural, social e territorial, e os acontecimentos multidimensionais, visto que a prática do psicólogo nesse território “se lança em agenciamentos potentes tecidos entre os afetos produzidos junto ao indivíduo em sofrimento, famílias, profissionais envolvendo a relação” (p. 53). Alexandre é psicólogo e assistente social, já Romagnoli é professora universitária que se afina com a vertente da esquizoanálise. Grilo (2012) é psicólogo clínico e atua, sobretudo, com idosos fundamentando-se na psicoterapia breve psicodinâmica. No contexto domiciliar, Grilo (2012) volta-se para as características biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento, abordando problemas psíquicos, sociais e físicos tais como: psicopatologias, lida com a morte e psicofármacos.

Nos Estados Unidos, o psicólogo clínico Hicken e a psicóloga cognitivista e gerontologista Plowhead (2010) realizaram um estudo em domicílio, contratados pelo Office of Mental Health Services com o objetivo de fornecer serviços de saúde mental aos veteranos em áreas rurais. Em se tratando de suas especializações, os autores trabalhavam com distúrbios cognitivos, transtornos mentais, avaliação cognitiva e de personalidade e tratamentos baseados em evidências, visando eficácia a curto tempo.

Reiter (2000) é um psicólogo especializado em casamento e terapia familiar, e doutor em filosofia da terapia de família. Nesse estudo, o autor relata sua experiência como psicoterapeuta familiar que, ao se utilizar de diferentes aspectos do ambiente doméstico, encontrou uma forma de promover o processo de adesão à referente modalidade de psicoterapia.

Destoando das demais, a pesquisa de Glebova et. al (2012), também desenvolvida nos Estados Unidos, é de cunho quantitativo e teve o objetivo de avaliar, por meio da psicometria, o conforto dos terapeutas no contexto do tratamento domiciliar que usavam a terapia multissistêmica. Incluímos um estudo dessa natureza por ser o único a versar sobre o bem-estar do psicólogo.

Reichel (2008) trabalha em uma empresa de plano de saúde com gerenciamento de casos, zela pela postura ativa do terapeuta em um *setting* que se mantenham alicerçado nos pressupostos psicanalíticos, pois acredita que essa prática clínica “vem responder ao sofrimento psíquico que acompanha frequentemente o adoecimento clínico” (p. 77).

Laham (2004) é uma psicóloga hospitalar que atua no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar pertencente ao Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sua pesquisa é uma referência para os demais autores.

Laham trabalha no sentido de auxiliar o paciente e seus familiares a lidarem melhor com as doenças, bem como a orientá-los na prevenção destas. A prática dessa autora permanece muito próxima ao exercício do psicólogo hospitalar e, por isso, afirma que o atendimento psicológico em domicílio é uma extensão da psicologia hospitalar. Essa questão de suma relevância será retomada mais a frente ao discutirmos em qual especialidade da psicologia o atendimento em domicílio pode se enquadrar.

Motta (2010), psicóloga especialista em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) com formação em assistência domiciliária ao idoso, salienta a importância de trabalhar os aspectos positivos do paciente e do contexto em que vive. Além disso, justifica a força da TCC por se tratar de uma “abordagem mais diretiva, dinâmica e estruturada” (p. 74) onde os resultados são alcançados a médio prazo.

Junior (2008), psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde, diferente dos demais, buscou apreender a vivência e percepções de psicólogos que trabalham no SUS, nas modalidades Programa Saúde da Família e Atenção Domiciliar. O autor, que compõe uma equipe de atenção domiciliar de um hospital público, articula-se com o pensamento de Foucault, Nietzsche e da Esquizoanálise e ressalta que a escuta psicológica é uma característica que se faz presente em toda e qualquer função profissional, pois defende que acolher a dor e o sofrimento da existência é seu maior compromisso. Em concordância com o autor, Motta (2010) recorda que o compromisso do psicólogo não está nos referenciais teóricos que seguem, mas no direcionamento ao “bem-estar emocional do paciente, do cuidador, da família e da equipe” (p. 76) possibilitando um tratamento satisfatório e o equilíbrio dos envolvidos em meio à doença e o sofrimento.

Chama-nos a atenção o modo como algumas empresas de plano de saúde operam, pois, se por um lado oferecem o serviço encaminhando pacientes para avaliações e acompanhamentos psicoterapêuticos, por outro exigem rapidez no tratamento ao delimitar prazos. O descompasso entre a necessidade de tratamento e a urgência de melhora do paciente determinada pelo serviço particular de saúde torna compreensível a fala de Motta (2010) ao justificar a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental. Moreira e Crepaldi (2016) relacionam-se de modo mais sereno com o plano de saúde em que trabalham, uma vez que este não estipula o tempo máximo do tratamento, contudo delimita o máximo de cinco sessões ao mês. Por outro lado, Junior (2008) e Laham (2004), que trabalham no setor público, lamentam a brevidade com que têm de lidar com os casos, pois o perfil do programa de atenção domiciliar e a extensa demanda permitem somente ações pontuais.

Parece que o avanço da tecnologia, que possibilitou o surgimento de dispositivos nos mais diversos campos de saberes e aperfeiçoou o exercício de muitas profissões fazendo emergir novos modos de atuação, também é o mesmo que requisita, solicita e exige agilidade nas ações. Por exemplo, a situação acima vivida por Motta (2010) que, ao ser demandada pela empresa uma eficácia no tratamento dos pacientes no menor tempo possível, elege como referência para sua prática clínica a Terapia Cognitiva Comportamental devido ao seu caráter normativo e o foco na resolução de problemas e reajustamento de padrões por meio de técnicas.

Remetendo-nos ao que Heidegger (1953/2006) diz sobre o mundo moderno: vivemos em uma era onde as relações estabelecidas pelo homem operam ao modo da causalidade, produtividade e objetividade. Por isso, é razoável afirmar que a tecnologia trouxe melhorias ao mundo, embora sutilmente ou energicamente cobre por resultados rápidos. Todavia, seguindo o pensamento heideggeriano, se uma das características da ciência moderna é a mensurabilidade das coisas, então, podemos afirmar que, hegemonicamente, até mesmo a psicologia opera de modo objetivo adotando a ideia de causa e efeito. Ao final do capítulo retomaremos essa discussão.

2.3 Peculiaridades da clínica domiciliar e as especificidades da clínica tradicional

O bairro, a casa, o ambiente, os cômodos, as pessoas, os sons, os cheiros, os imprevistos, o incômodo, a rotina, os questionamentos “*Vai atender aqui na sala? Então vamos deixá-la parecida com o consultório. Não seria mais adequado atender no quarto?*”, e o convite “*Fique para o almoço. Não vai tomar um café conosco?*”. Muitos são os elementos peculiares envolvidos na modalidade de atendimento domiciliar. Concomitantemente, as especificidades da clínica tradicional, tais como sigilo, privacidade, ética e métodos técnicos também se fazem presente nesse ambiente de atuação que, por sua vez, se faz novo a cada sessão.

Laham (2004), Reichel (2008), Junior (2008), Moreira e Crepaldi (2016), Motta (2010), Hicken e Plowhead (2010), Alexandre e Romagnoli (2017) e Grilo (2012) enfatizaram a sensação de desconforto, impotência, aflição e estranheza frente às peculiaridades do novo e às especificidades do modelo de clínica tradicional. Isso somado às experiências da autora desse trabalho e aos questionamentos dos pacientes e familiares nos leva a pensar que já existe um fazer previamente dado do que é psicoterapia, do que se espera do atendimento e do psicólogo.

2.3.1 O ambiente domiciliar e a postura do psicoterapeuta

Um dos muitos fatores interessantes do atendimento psicológico em domicílio é que, diferente da prática clínica em consultório particular, psicólogos que atuam em *home care* ou no Programa de Atenção Domiciliar são os que realizam o primeiro contato com o paciente. Seguindo a regulamentação institucional, o profissional recebe o encaminhamento de outro profissional da equipe, geralmente um médico, para verificar a real necessidade de acompanhamento. Assim, o psicólogo entra em contato para marcar uma avaliação e, por meio de relatório, informar à equipe se a pessoa possui demanda para o tratamento psicoterápico. Laham (2004) adverte que não devemos pensar que todo doente crônico e seus familiares necessitam de apoio psicológico, pois muitos desenvolvem mecanismos de defesa para lidar com os infortúnios. Todavia, como cita Alexandre e Romagnoli (2017), também há casos em que o psicólogo clínico é solicitado para atender na residência ou no local de trabalho do contactante por questões de tempo, segurança e comodidade.

Seja por motivo de conforto, segurança ou dificuldade de locomoção, o profissional que se propõe a atender em domicílio deve considerar o fato de estar entrando em contato com a intimidade de um desconhecido: o paciente (ROTH, 2002). O ambiente familiar é repleto de elementos que, por si só, falam. Por isso, Laham (2004) observa que, nesse contexto, são os donos da casa quem ditam as regras e salienta a linha tênue da privacidade, “o espaço domiciliar deve ser ocupado respeitosamente, para que os moradores não percebam a visita dos profissionais como uma ‘invasão’” (s/p).

Em concordância com a autora acima, Moreira e Crepaldi (2016) sugerem que o modo como o psicólogo é recebido pelos familiares e o local destinado para ocorrer a conversa são aspectos interessantes a serem levados em consideração, pois compõem o processo de atendimento e podem servir como recursos terapêuticos. Quanto a isso, Grilo (2012) chama de contexto e local privilegiado para a intervenção do psicólogo, pois os elementos auxiliam na compreensão de sintomas e sofrimentos em questão.

A chegada do psicólogo ao seio familiar, alega Motta (2010), pode ser motivo de estranhamento e resistência para o paciente ou, como observa Hicken e Plowhead (2010), pode gerar um senso de empoderamento e conforto, visto que isso aumenta a sensação de controle do beneficiário que se sentia vulnerável em consultórios. Quanto ao profissional, este, muitas vezes, se vê desamparado pela insuficiência do respaldo metodológico na ausência do *setting* terapêutico convencional. Como podemos ver no relato de Junior (2008):

Como pensar intervenções em domicílio junto ao leito de pacientes, às vezes recebendo cuidados técnicos de enfermagem ou fisioterapia? Na cadeira ou em pé na sala, na cozinha junto ao cuidador? Perambulando pelas ruas próximas ao domicílio com algum familiar? (p. 13)

Diante da sensação de despreparo, Reichel (2008) esclarece que fomos instruídos a construir um *setting* favorável para que o paciente possa se sentir acolhido e expressar suas emoções, pensamentos, conflitos e fantasias. Tão indispensável quanto isso seria o preparo teórico e técnico do terapeuta e o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Entretanto, a principal característica do atendimento domiciliar é o *setting* terapêutico diferenciado que se revela ao psicólogo de modo inusitado com riqueza de detalhes e de imprevisibilidade.

O ambiente domiciliar é descrito como sendo um lugar instável e passível de interferências, as quais, inevitavelmente o terapeuta deverá aprender a manejar para não comprometer o processo terapêutico (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012). Laham (2004) e Hicken e Plowhead (2010) afirmam que, eventualmente, o psicólogo não consegue controlar os imprevistos, e as interferências poderão desviar o foco do atendimento, por exemplo: a campainha que anuncia uma visita; o telefone que toca e o paciente precisa atender; o volume da televisão no cômodo ao lado; um familiar ou um profissional que interrompe o atendimento para realizar procedimentos de saúde. Por mais que haja um acordo psicoterapêutico informando o tempo, data e horário das sessões, é necessário considerar que imprevistos no trânsito, na saúde do paciente ou na dinâmica familiar também poderão impossibilitar que o atendimento psicológico ocorra conforme o combinado.

Glebova et al. (2012), nos mostra quão importante é a organização do local e a conduta dos familiares para o psicoterapeuta. Os resultados de sua pesquisa afirmam que o conforto do terapeuta está intimamente relacionado à estabilidade do ambiente familiar e ao local da residência, o que refletia na aliança terapêutica. Já em famílias economicamente desfavorecidas, o risco de desgaste na relação terapêutica aumentava ao logo do tempo.

Diante dos fatores inesperados, Laham (2004) aconselha ao psicólogo: criatividade, flexibilidade e adaptabilidade para lidar com a típica imprevisibilidade dessa prática clínica. Quanto a isso, Moreira e Crepaldi (2016) advertem que a flexibilidade é fundamental, mas para que ocorra, deve haver um contrato sobre os componentes do *setting* de modo que ofereça um espaço confortável, privativo, confidencial e viável ao processo psicoterapêutico. Isso inclui o mínimo de estabilidade do tempo e espaço, a fim de reduzir os riscos de interferências no

atendimento. Alexandre e Romagnoli (2017), por sua vez, mostram a necessidade de trabalhar com intercorrências de modo criativo e flexível ao relatarem que “uma cliente ameaçada de violência pelo esposo, que buscava o divórcio e não sabia da possibilidade de ter a sessão gravada por ele” (p. 55), por isso, solicitou que os atendimentos fossem realizados no seu ateliê de costura, transformando o local de trabalho em um *setting* seguro e confortável. As autoras concluem enfatizando que é imprescindível conhecer o ambiente de atuação para então realizar de intervenções ao longo do processo terapêutico.

Nota-se que, nessa modalidade de atendimento, é preciso sensibilidade e habilidade na hora de intervir, o que exige uma relação inventiva e dinamismo na atuação (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012). Ao longo dos trabalhos, os autores se empenharam em descrever como a peculiar postura do terapeuta domiciliar foi ganhando espaço, à medida que conquistavam uma posição reflexiva sobre a concepção de *setting* terapêutico e uma posição questionadora frente à rigidez dos aportes teóricos e técnicos disponíveis. Adequar técnicas da clínica convencional ao ambiente domiciliar exigiu por parte dos psicoterapeutas maior clareza quanto ao posicionamento ético e redefinições do que, de fato, é um *setting* terapêutico (MOREIRA; CREPALDI, 2016).

Laham (2008) e Junior (2008) afirmam que a atuação do psicólogo hospitalar, por si só, já é marcada pela adaptação do modelo clínico à dinâmica do hospital, mas a singularidade do âmbito residencial exigiu-lhes uma nova adaptação. A complexidade da esfera domiciliar demanda uma atuação singular cuja flexibilidade e adaptação, de acordo com Motta (2010), estão além da bagagem teórica e prática. Moreira e Crepaldi (2016), em concordância com os autores acima, acrescentam que a postura do terapeuta lançado nesse território deve ser de um observador-participante que se torna um personagem ativo no estabelecimento da aliança terapêutica.

Por outro lado, Reichel (2008) alega que as distinções entre a prática clínica tradicional e as particularidades do atendimento domiciliar tornam o profissional mais exposto e vulnerável, exigindo-lhe uma postura mais ativa e flexível. Postura essa que, ainda assim, deve ser sustentada pelos alicerces da psicanálise, cujo *setting*, a tradicional postura do terapeuta e a sua capacidade de escuta são fundamentais para o desenvolvimento e a preservação do processo terapêutico.

Assumindo uma postura flexível, Laham (2004) resume, através de sua experiência, a postura do psicoterapeuta e o *setting* diferenciado nessa situação que, apesar de ter sido

direcionada ao psicólogo hospitalar, serve como ponto de reflexão para que todos em campos do saber psi, o psicólogo que:

[...] atender em domicílio, terá que ter flexibilidade, já que o modelo clínico clássico de atendimento não funcionará. Deve estar aberto a experiências diferentes daquelas com as quais está mais habituado na prática clínica tradicional. O *setting* domiciliar apresenta-se repleto de limitações (tempo, lugar constância...), mas também comporta várias possibilidades de atuação não pensadas anteriormente. (s/p).

De fato, o que aparentemente se apresenta como limitação pode se tornar outras possibilidades de atuação. É preciso desvincular-se da prática clínica tradicional e se abrir às diversas experiências que emergirão no contexto domiciliar.

Entretanto, a práxis em psicologia clínica que vinha sendo questionada abriram espaço para a desconstrução e reinvenção do modelo clínico tradicional frente às práticas clínicas emergentes, cujo interesse e a preocupação voltavam-se para o contexto social. De acordo com Dutra (2004), da aproximação entre a clínica e o social emergiu um “novo *fazer clínico*” (p. 382) que, ao analisar o indivíduo, considerava o contexto social ao qual ele se inseria. Logo, “o referencial teórico, assim, deixa de ocupar o espaço de principal norteador da prática, que passa a ser ocupado pelo compromisso ético do psicólogo” (p. 382). Ou seja, as bases teóricas que sustentavam as práticas clínicas sofreram alterações ao incluir o contexto social. A clínica passa a ser contextualizada e o compromisso ético passa a ser destacado como a postura do psicólogo. Nesse sentido, Alexandre e Romagnoli (2017) enfatizam que a clínica ampliada, social e política, estando ou não atrelada às políticas públicas, são modalidades de clínica que “desestabilizam o plano da clínica tradicional e convocam novas formas de manejo e de enquadre desse fazer clínico” (p. 54). Essa afirmação nos faz compreender o termo *desestabilização da clínica* como uma reinvenção que possibilita a ampliação da mesma ocasionando na emergência ou remodelagem dos referenciais teóricos dessa prática, como exposto acima por Dutra (2004).

Se outrora os pressupostos teóricos deveriam ser seguidos à risca, atualmente eles são confrontados por se mostrarem insuficientes em certos contextos. É devido a essa transformação na clínica psicológica que hoje em dia pesquisas como a de Junior (2008) e Alexandre e Romagnoli (2017) problematizam não apenas a desestabilização do modelo de clínica clássica, mas também destacam a importância de se questionar as bases epistemológicas que fundamentam essa prática psicológica.

O estudo de Alexandre e Romagnoli (2017), por exemplo, discute um elemento primordial na transformação da clínica psicológica: o *setting* terapêutico. Por meio do conceito de *desterritorialização*, proposto pelos filósofos Gilles Deleuze e Felix Guattari, as autoras

apresentaram a clínica médica como inspiração para a clínica psicológica e, conseqüentemente, afirmam que o *setting* terapêutico tradicional segue os mesmos padrões. Todavia, atualmente os desdobramentos da prática clínica psicológica vêm ocasionando uma desterritorialização desse espaço, como defendem Alexandre e Romagnoli (2017).

Guattari e Rolnik (1996) se referem à noção de território afirmando que:

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma (p. 323).

Assim, Haesbaert e Bruce (2002) explicam que o território é compreendido pela esfera etológica, psicológica, sociológica e geográfica. Logo, a desterritorialização diz de um “abrir-se, engajar-se em uma linha de fuga” (s/p) que pode acabar em destruição. Guattari e Rolnik (1996) exemplificam esse conceito afirmando que a espécie humana estaria imersa num constante movimento de desterritorialização dos territórios considerados originais. O que se torna preocupante para os geógrafos Haesbaert e Bruce (2002).

Apesar da breve explanação do termo, trazendo-o ao âmbito da clínica psicológica, é possível compreender a desterritorialização do *setting* terapêutico como uma saída dos padrões estabelecidos nos primórdios da prática clínica. Critérios esses que vêm se rompendo em virtude das transformações da contemporaneidade.

Junior (2008), por exemplo, aponta que os entrevistados de sua pesquisa citam com frequência os termos criatividade, flexibilidade e adaptação, indicando “a intenção de criar linhas de fuga frente ao engessamento experimentado no conflito teoria-técnica x prática possível” (p. 121). Ao adotarem uma postura de distanciamento das bases teóricas e técnicas, eximindo-se de atuações rígidas semelhantes aos protocolos médicos, experimentaram a desterritorialização da clínica psicológica. Em outras palavras, a experiência vivida pelos entrevistados mostrou-se o fio condutor de suas práticas. A partir dos acontecimentos, suas escolhas foram redesenhando as práticas clínicas, e as especificidades da mesma passaram a ser reconsideradas de acordo com cada experiência.

Incentivando os novos modos de fazer clínica, Alexandre e Romagnoli (2017) se referem à desestabilização da clínica clássica ao mencionar o surgimento de novos *settings* e do trabalho vivo do ato clínico que ocorre nos territórios múltiplos da cidade. Logo, as autoras propõem um *setting vivo*, “que opera pela capacidade de experimentar relações de encontros, sendo que estes ultrapassam os saberes tecnológicos estruturados” (p. 52), ou seja, transcendem o exercício clínico tradicional e conquistam outras dimensões territoriais.

Dutra (2004) afirma que as mudanças socioculturais no cenário brasileiro implicaram na “desconstrução do que se representava e se conceituava como Psicologia Clínica” (p.381) e, conseqüentemente, na reinvenção do modelo de prática clínica. Incluímos aqui o avanço tecnológico no setor da saúde que, através de dispositivos hospitalares permitiu o aperfeiçoamento do serviço de assistência domiciliar, possibilitando novos modos de atuação profissional. Em consonância com a autora, Junior (2008) corrige o termo *adaptação* usado pelos entrevistados em sua pesquisa, pois alega que não se trata de adequar o aporte teórico à realidade da atenção domiciliar, e sim de questionar as “bases epistemológicas e éticas que sustentam as teorias utilizadas” (p. 122).

2.3.2 O vínculo com familiares e cuidadores x privacidade e sigilo

O vínculo com os familiares e cuidadores do paciente é outra peculiaridade do atendimento domiciliar. Na prática hospitalar isso pode ser frequente, embora o cenário seja completamente diferente, mas sabemos que no consultório próprio à clínica individual, o vínculo com familiares é incomum e isso pode suscitar desconforto ao psicólogo clínico domiciliar. A familiaridade do consultório se esvai ao entrarmos em um ambiente repleto de elementos que contam a história de pessoas que ali residem. A sensação é de um estranho no ninho que, de alguma forma, encontra o seu lugar. Por outro lado, abrir as portas da sua morada e expor sua intimidade a um estranho não nos parece ser igualmente confortável. Por mais que a família esteja acostumada a receber os profissionais da assistência domiciliar, um rosto novo pode gerar desconfiança ou expectativas sobre o acompanhamento psicológico que se inicia.

De acordo com os estudos em discussão, observações importantes quanto ao ambiente e o vínculo familiar devem ser destacados: o psicólogo precisa saber que, diferentemente do consultório, no ambiente familiar cabe ao paciente, familiares e cuidadores eleger e direcioná-lo ao local mais adequado para o atendimento; e o contato semanal com os familiares e demais profissionais, inevitavelmente, tornará os vínculos mais estreitos, exigindo atenção à linha tênue do profissionalismo. (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012; REITER, 2000).

O modo como o psicólogo é recebido na residência pode ser revelador da receptividade ou da resistência. É possível que a família também tenha dúvidas quanto ao tipo de relação que deve estabelecer com o psicólogo e não saiba se o trata como uma visita, um amigo, ou um familiar. Os laços afetivos que o profissional cria entre o paciente e os demais integrantes da

casa podem ocasionar em educados convites para tomar café, participar de uma refeição ou de reuniões familiares. Para Hicken e Plowhead (2010), além dos convites, o psicólogo também pode se sentir desconfortável ao receber pequenos presentes como forma de agradecimento e ser forçado a comentar sobre sua vida pessoal. O paciente, com o passar do tempo, também pode vê-lo como um amigo da família e querer *jogar conversa fiada*.

Em contrapartida, tais convites podem ser maneiras encontradas pela família para demonstrar hospitalidade (REITER, 2000). Por isso, Laham (2004) aconselha que sejamos sensíveis e tenhamos bom senso ao analisarmos as ofertas, pois no contexto cultural brasileiro, por exemplo, não aceitar um café pode ser entendido como *falta de consideração*. Reiter (2000) também apresenta o episódio de um psicoterapeuta familiar domiciliar que, ao se sentir confortável em aceitar o convite para uma refeição em família, percebeu o quanto o momento foi terapêutico:

No final da sessão, a família deu ao terapeuta a escolha do que queria para o jantar da semana seguinte. O terapeuta recusou, mas a família disse que a hora do jantar era o momento de estarem juntos como família e gostariam que ela estivesse com eles. Durante a sessão seguinte, o terapeuta jantou com a família. Eles discutiram a história da família e como era a vida familiar. (p. 36 - tradução da autora).

Em suma, compete ao profissional, ainda que no início dos atendimentos, estabelecer os limites da relação e retomá-los sempre que necessário. Por isso, as fronteiras que envolvem o vínculo afetivo e o campo do trabalho precisam estar bem delimitadas, no entanto flexíveis, em prol do processo terapêutico (HICKEN; PLOWHEAD, 2010; REICHEL, 2008).

De acordo com Laham (2004), o psicólogo que atende em domicílio, eventualmente, deverá atuar em quatro instâncias: paciente, família, cuidador e equipe interdisciplinar. A autora afirma que o olhar desse profissional não deve se limitar apenas ao paciente, mas sua escuta deve se estender aos demais atores envolvidos e afetados pela situação de adoecimento. Cabe ao psicólogo avaliar como os familiares estão lidando com a situação e encarando as mudanças e os possíveis problemas na dinâmica da casa, além de identificar quais estratégias veem desenvolvendo para enfrentar a doença do membro da família. Visto que o cuidador é quem dá maior assistência ao paciente, é indispensável analisar como o mesmo tem lidado com a rotina de cuidados, a complexidade do caso e o contato com os familiares. Quanto ao trabalho junto aos familiares e cuidadores, Reichel (2008) acrescenta que o psicólogo deve avaliar se os recursos utilizados por estes são saudáveis ou não, “isso é, se, de alguma forma, eles conseguem preservar sua vida (sair, realizar suas atividades, satisfazer seus desejos), se há mobilidade nos papéis desempenhados pelos diferentes membros da família” (p. 80). A autora elege os

momentos de lazer, prazer e o cuidado de si como critérios de saúde apropriados nas estratégias de enfrentamento à doença de um familiar.

A OMS (2004)¹³ define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹⁴ (p.1). Constitui-se com isso um juízo de valor e um ideal a ser atingido: não basta não estar doente, é preciso se preservar, ser saudável a qualquer custo. Instrumentos como escalas e questionários costumam auxiliar os profissionais da área da saúde na mensuração do que é definido como bem-estar e doença. Entretanto, ao estabelecer a dicotomização entre saudável e doente reduzimos a experiência do outro a uma dessas duas categorias. Logo, é importante destacar que o sentido de saúde atribuído por Reichel (2008) está pautado nas determinações do mundo moderno cujas verdades são absolutas e inquestionáveis.

Com essa breve discussão, gostaríamos apenas de esclarecer onde se fundamentam esses critérios de saúde estabelecidos por Reichel (2008) e ressaltar que a experiência do familiar que acompanha o paciente assistido em domicílio pode ser fragmentada e diminuída ao afirmarmos se há ou não saúde quando sequer buscamos compreender o significado dessa palavra para este familiar e as motivações de suas ações.

No que diz respeito à equipe interdisciplinar, Laham (2004) orienta o psicólogo a observar os vínculos entre os membros da equipe, os cuidadores, familiares e pacientes. Em reunião deverá discutir questões pertinentes ao caso, auxiliando na análise de eventuais problemas e colaborando com o olhar psicológico sobre a relação paciente-psicólogo. Por isso, é essencial ter conhecimento de como os membros da equipe interdisciplinar se sentem diante de cada caso, todavia, o psicólogo precisa estar atento para não se colocar no papel de terapeuta do grupo, pois o motivo dessa atividade é de melhorar o atendimento do paciente.

Comumente, o psicólogo é solicitado a realizar orientações e esclarecer dúvidas dos familiares e cuidadores no que diz respeito ao estado físico e emocional do paciente, das mudanças na rotina e nas relações familiares e, principalmente acolher as expectativas e as dores daqueles que se sentem sobrecarregados e cansados de lutar com o paciente, contra uma doença. É extremamente importante a identificação de tensões na dinâmica dos relacionamentos familiares, para que não haja comprometimento nas estratégias de cuidado, podendo exigir a realização de um psicodiagnóstico situacional que indicará a atuação do

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. ‘Constitution’, in _____, Basic Documents, 45th ed. Geneva, 2004, p. 1-18

¹⁴ ‘Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity’

psicólogo em cada caso (JUNIOR, 2008; LAHAM, 2008). Sessões de terapia familiar poderão ser necessárias para a administração de conflitos familiares ou atuarão como um espaço de escuta, de reflexão e acolhimento, visando o melhor encaminhamento da situação. Atuando como facilitador, o psicólogo tem a “função de integrar e ‘dar sentido’ a todos estes discursos” (LAHAM, 2004; MOREIRA; CREPALDI, 2010, p. 44), pois, segundo Roth (2002), muitas vezes as queixas e dores dos familiares são maiores do que as do próprio paciente.

Alexandre e Romagnoli (2017) expõem, em uma situação clínica, a importância do vínculo com os familiares para solucionar impasses de um caso peculiar de esquizofrenia. Após uma conversa com a mãe da paciente, as autoras optaram por transferir o atendimento para um consultório e trabalhar aspectos mais específicos sobre estereótipos da loucura. De fato, atuar no seio familiar exige uma postura de *não-saber*, de modo que o psicólogo age como um observador-participante e a família como a especialista do caso, cabendo ao profissional apenas o “anseio por uma compreensão da experiência singular ali relatada” (ANDERSON; GOOLISHIANN, 1998, apud MOREIRA; CREPALDI, 2016, p.45).

Rememorando o *setting* terapêutico vivo, proposto por Alexandre e Romagnoli (2017), que se dá em diversos espaços, ocupa os territórios múltiplos da cidade e permite que as relações clínicas se transportem para outras dimensões, possibilitando novos movimentos, novos modos de relacionamento e novos modos de encontro. Cabe questionar como se configura o sigilo e a privacidade do paciente nos *settings vivos*?

Característica marcante da prática do psicólogo, sempre em discussão, a questão da ética profissional trata-se de uma especificidade que advém da prática clínica e se faz presente em todas as áreas de atuação. Em uma reportagem do Jornal PSI¹⁵, no site do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Cristina Pellini, membro da Comissão de Ética explica que o “sigilo tem por finalidade tutelar a intimidade das pessoas, protegendo-as contra violações e indiscrições de outrem” (s/p). Ou seja, é dever do psicólogo zelar, cuidar, e proteger o que é dito entre as quatro paredes do consultório, pois quem o procura deposita sua confiança no profissional.

Segundo o Código de Ética do Psicólogo, artigo 9 - "É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional" (p. 13). A confiabilidade e a privacidade são aspectos pelos quais a questão do sigilo profissional pode ser abordada. Entende-se confiabilidade como sendo a proteção e o resguardo das informações reveladas ao

¹⁵ Consta em domínio público:

http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/121/frames/fr_debate.aspx

psicólogo por meio da confiança, e a revelação do conteúdo só poderá ser feita mediante autorização do cliente. A privacidade refere-se ao acesso limitado das informações para terceiros, preservando a intimidade e os segredos da pessoa. Em outras palavras, cabe ao psicólogo zelar por esses dois aspectos do sigilo, mas resguardar informações confidenciais em residências com apenas dois cômodos parece-nos um grande desafio.

É o que sugere Laham (2004) ao alegar que muitas vezes, em residências menores, o sigilo seja prejudicado. A disposição e a quantidade de cômodos em uma casa podem exigir do psicólogo mais esforço na tentativa de preservar a intimidade do paciente, embora ainda assim possa ser insuficiente e venha a interferir no tratamento. Concordando com a afirmação da autora, Hicken e Plowhead (2010) explicam que manter o caráter confidencial, exigido pelo código de ética, é um constante desafio, visto que os familiares podem dificultar a compreensão sobre a necessidade de privacidade. Esta, por sua vez, pode ser ameaçada por cuidadores que exigem informações sobre o tratamento. Os autores ressaltam, porém, que os pacientes podem permitir a presença dos membros da família durante o atendimento.

Cabe frisar que a presença dos familiares ou profissionais da equipe durante o atendimento pode vir a implicar na quebra de sigilo. Desse modo, é essencial que o psicólogo esteja atento aos sinais não verbais do paciente no intuito de informar o que pode ou não ser dito aos demais. A peculiaridade do vínculo terapêutico é fundamental para a manutenção da privacidade em momentos de possível exposição aos familiares ou à equipe (LAHAM, 2004). Assim como o *setting* terapêutico se configura de outra forma, o sigilo e a privacidade também fogem aos padrões da clínica tradicional e se mostram passíveis de novas modulações (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017). Nessas novas e múltiplas formas de atuação é preciso reconsiderar as especificidades e questões da ética profissional conforme cada caso, enfatiza Junior (2008).

De acordo com os relatos dos autores, notamos que essa prática clínica não prejudica o sigilo e a privacidade do paciente. Laham (2004), em oposição, afirma que o ambiente familiar pode afetar o sigilo. As especificidades da prática clínica tradicional se configuram de outro modo no âmbito residencial, cujas regras já não são definidas pelo psicólogo. O paciente e o psicoterapeuta, em acordo, configuram e reconfiguram as normas. Atuar nesse solo pouco habitado e estudado, solicita-nos a reflexão e a reconsideração do que chamamos de sigilo e privacidade. Ou melhor, não podemos impor o nosso conceito de *setting*, sigilo e privacidade ao paciente e ao ambiente familiar, devemos ter uma atitude paciente para aguardar sua construção a cada encontro.

2.3.3 A equipe interdisciplinar

Seguindo diretrizes da Clínica Ampliada, o atendimento domiciliar da Atenção Básica no Brasil - instituído pela Portaria nº 2.029 (2011) e redefinida pela Portaria nº 825 (2016) - atualmente conta com: 515 equipes multiprofissionais tipo I¹⁶; 82 equipes multiprofissionais tipo II¹⁷ e 325 equipes multiprofissionais de apoio¹⁸ (BRASIL, 2016). As equipes multiprofissionais da atenção domiciliar na Atenção Básica devem possibilitar um olhar interdisciplinar sobre a complexidade do processo saúde/doença, o acolhimento, o cuidado humanizado, a preservação dos laços afetivos das pessoas e a construção de ambientes favoráveis à promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012b).

O serviço de atendimento domiciliar está em constante ascensão, seja como atenção domiciliar na Atenção Básica (âmbito público) ou como assistência domiciliar/*home care* (âmbito privado) (ALEXANDRE, 2015). Todavia, poucos são os cursos de capacitação e formação específicos para cada área profissional, o que os levam a atuações adaptadas de outros programas de saúde de cunho interdisciplinar. Coincidentemente, algo semelhante também ocorre nos Estados Unidos, pois segundo Hicken e Plowhead (2010) não há um estabelecimento de padrões de competências e diretrizes direcionados à atuação psicológica domiciliar. Apesar da escassez de estudos e diretrizes, os autores mencionam que a American Psychological Association (APA) foi a única plataforma a publicar orientações e trabalhos que se aproximam do seu tema de pesquisa.

Embora tenha ciência que o despreparo dos profissionais possa estar relacionado às questões acima, Junior (2008) nos leva à reflexão ao enfatizar o possível engessamento de nossas atuações “trabalhar em equipe e em ambientes diferenciados com as mais variadas características são desafios àqueles que se pautam nos modelos convencionais de atuação” (p. 116). Em concordância, Laham (2004) complementa ressaltando a discrepância entre a formação acadêmica e a prática profissional, visto que a graduação não abarca as experiências vividas em uma equipe interdisciplinar. Além do mais, critica a restrição dos cursos de graduação ao se voltarem apenas para a ação clínica de consultório. Vale destacar que, quinze anos após a declaração da autora, podemos constatar as transformações nas grades curriculares

¹⁶ Equipe composta por médicos (40hs), enfermeiros (40hs), fisioterapeutas (30hs), técnicos ou auxiliares de enfermagem (120hs).

¹⁷ Equipe composta por médicos (20hs), enfermeiros (20hs), fisioterapeutas (30hs), técnicos ou auxiliares de enfermagem (120hs).

¹⁸ Equipe composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; ou terapeuta ocupacional.

dos cursos de graduação em Psicologia, saindo do possível engessamento na prática clínica e explorando as novas formas de práticas em psicologia.

Ainda na tentativa de auxiliar o profissional que está começando a atender em domicílio, Laham (2004) tece orientações sobre a função do psicólogo junto à equipe de saúde: discutir os casos, levantar hipóteses psicológicas que indiquem o porquê de certos comportamentos, informar sobre a dinâmica familiar e acolher a equipe de modo que não se coloque no papel de psicólogo do grupo, pois também faz parte dele.

No mais, os autores mostraram que trabalhar em equipe pode ser uma experiência positiva e agregadora devido à interação interprofissional e aos valores que envolvem as profissões da área da saúde. Todavia, entende-se que, por vezes, é possível criar uma rede de apoio para lidarem com os sentimentos decorrentes da complexidade dos casos e até mesmo a precária situação socioeconômica de algumas famílias.

2.3.4 Dificuldades e desafios

Muitos foram os desafios e as dificuldades apontadas pelos autores que enveredaram no caminho do atendimento psicológico em contexto domiciliar. Questões como o *setting* terapêutico, o vínculo com os familiares, os imprevistos, a postura do terapeuta, o sigilo e a privacidade também se configuram como dificuldades e desafios. Aqui nos debruçaremos sobre os aspectos que envolvem a segurança física do profissional e retomaremos a questão sobre a necessidade de adaptação dos referenciais frente à insuficiência das teorias e técnicas vigentes.

Curiosamente as questões de segurança física - que envolve o tempo de deslocamento; a região onde a residência está localizada; o ambiente familiar hostil - foram citadas somente por Hicken e Plowhead (2010) e Glebova et. al (2012), autores norte-americanos. A sensação de insegurança física estava intimamente relacionada ao ambiente domiciliar, às condições socioeconômicas da família, ao bairro onde a casa estava situada. Violência familiar e a presença de usuários de substâncias psicoativas no lar são alguns exemplos de situações vividas. Reichel (2008) e Junior (2008) atribuem a sensação de estranhamento, desconforto, vulnerabilidade e exposição à modalidade de atuação cujo *setting* desafiador os fizeram sair da zona de conforto do consultório particular.

Vale lembrar que as sensações de insegurança e de estranhamento também podem estar relacionadas a uma concepção estrita sobre o que se compreende como clínica, assim como pela falta de preparo ao exercer a profissão para além de quatro paredes. É o que afirma Junior (2008) ao perceber que os entrevistados de sua pesquisa usaram os termos flexibilidade e

criatividade com bastante frequência. Isso, para o autor, sugere que os profissionais precisaram se adaptar a um contexto de atuação ao qual não foram instruídos, além de revelar o possível engessamento no modo de atuação. Segundo Junior (2008), desses psicólogos que se viam na obrigação de reproduzir os referenciais teóricos como se fossem procedimentos semelhantes aos protocolos médicos.

O tempo de deslocamento que o psicólogo percorre entre as residências deve ser levado em consideração, além dos possíveis imprevistos no trânsito que implicam em atrasos que atrapalham a rotina de procedimentos de cuidado dos pacientes (LAHAM, 2004). Gerenciar o tempo para evitar situações embaraçosas e lidar com longas distâncias entre os atendimentos pode tornar o ofício desgastante e estressante, além de, eventualmente, afetar o relacionamento terapêutico (HICKEN; PLOWHEAD, 2010). Os autores recomendam contornar essas circunstâncias alargando o intervalo de tempo entre os atendimentos, embora reconheçam que o imprevisível, por vezes, é incontornável. Trazendo para a realidade de Portugal, Grilo (2012) lamenta que, apesar da demanda, a infraestrutura da cidade dificulta a adesão desse serviço de saúde, pois os profissionais não possuem meios de transportes tão eficientes.

No decorrer desse capítulo vimos os autores problematizando, segundo suas experiências, questões de extrema relevância envolvendo o exercício clínico e as novas formas de atuação na psicologia. É interessante notar que as conclusões dos estudos convergem em indagações sobre a ética e a insuficiência dos referenciais teóricos.

Para Alexandre e Romagnoli (2017) e os demais autores, as dificuldades desse tipo de atendimento vão muito além da demanda do paciente e seus familiares, elas envolvem contextos que, segundo Reichel (2008), não são alcançados pelos referenciais teóricos. Isso torna a atuação desafiadora, pois na ausência de teorias que embasassem suas ações, a experiência do momento os guiou na direção da inventividade (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012).

O relato de Junior (2008) ilustra a discussão da insuficiência dos referenciais teóricos nessa modalidade de atuação psicológica ao perceber que, inicialmente, os entrevistados de sua pesquisa tentaram atuar orientados pelo modelo clínico-intimista¹⁹ ao passo em que, simultaneamente, também teciam críticas à rigidez das teorias e técnicas disponíveis no contexto domiciliar. Como forma de escape ao “engessamento experimentado no conflito

¹⁹ Junior (2008) se vale da explicação de Bezerra Junior (2002) a respeito do modelo de clínica privada. Esta, segundo o último autor, é fundamentada na noção de individualidade e inspirada no pensamento romântico, liberal e disciplinar, em suas formas de pensar e intervir.

teoria-técnica x prática possível” (p. 121) os entrevistados ressaltaram a necessidade da flexibilidade e criatividade frente ao inusitado. Desse modo, os entrevistados, ao desenvolverem um senso crítico sobre o programa de atenção domiciliar, sugeriram a ocupação de novos espaços de novas maneiras através de recursos inventivos, além da ampliação do arcabouço teórico e técnico.

Alegando que a transposição das técnicas e teorias já existentes não são possíveis, nem adequadas ao contexto em discussão, os autores supracitados sugerem estudos que se debrucem sobre novos referenciais, desenvolvendo métodos e estratégias de intervenção que contemplem essa nova forma de acolher o sofrimento humano, mas, sobretudo que investiguem as questões éticas abrangendo a assistência domiciliar. Alexandre e Romagnoli (2017) observam ainda que “é preciso tomar como referência as questões éticas potenciais de um novo espaço facilitador para o rompimento de padrões tradicionais do atendimento psicológico no âmbito privado” (p. 51).

Concordamos com Junior (2008) ao advertir o psicólogo a não cair na recorrente adequação de um referencial teórico, mas este deve adquirir uma postura crítica sobre as bases epistemológicas e a ética que sustentam as teorias utilizadas em suas práxis. Assim, o autor encerra o estudo fazendo um apelo aos cursos de graduação em Psicologia para que incluam em suas grades curriculares disciplinas que abordem a atenção domiciliar e as ramificações da prática psicológica. Esse incentivo, segundo o autor, implica na desterritorialização da clínica psicológica tradicional e na reflexão dos saberes tidos como verdades imutáveis.

Como campo do saber que tem buscado acompanhar as mudanças socioculturais, Reichel (2008) ressalta ainda que os profissionais da psicologia precisam estar dispostos a transformar suas práticas, suas teorias e as intervenções vigentes para que estas não se resumam a meras fórmulas reproduzíveis. Junior (2008) acrescenta que devemos ter cuidado com o paradoxo característico da atenção domiciliar, pois este pode ser um campo de múltiplas possibilidades ou apenas um espaço de reprodução do discurso vigente, promovendo a cristalização do conhecimento. O autor conclui o relato de sua experiência:

Experimental a ‘clínica a céu aberto’ do atendimento domiciliar é comparável a deixar a contemplação do consolidado firmamento, fluir entre aberturas surgidas e imergir na incerteza, nas possibilidades onde acontece a vida, entre luzes e sombras, sorrisos, lástimas, odores e sabores, no caos positivo da existência. (p. 125)

Por fim, é importante observar que lidar com a complexidade da psicoterapia em domicílio, a iminência da morte, a dor e o sofrimento do paciente, familiares, cuidadores e da equipe interdisciplinar são questões frequentes da assistência domiciliar. Moreira e Crepaldi

(2016) acreditam que devemos reconhecer a impotência frente ao imprevisível/incontornável que se mostra nesse contexto de prática clínica. Laham (2004), por sua vez, afirma que as limitações da atuação devem ser encaradas como desafio. Nós pensamos que a impotência não diz da falta de potências, assim como a limitação não diz de uma restrição, mas nos mostra até onde é possível ir, no intuito de oferecer cuidados paliativos.

2.4 Considerações éticas sobre diferentes estudos

Gostaríamos, aqui, de discutir algumas considerações a respeito dos estudos apresentados acima. Por meio das nuances encontradas na assistência domiciliar, vislumbramos as modulações suscitadas por essa modalidade de atendimento. Sem dúvida, tal serviço encontra-se em constante expansão devido ao avanço de recursos tecnológicos, principalmente na área da tecnologia médica, facilitando a continuidade do tratamento de doentes crônicos em domicílio com aparelhos que simulam o internamento hospitalar. A casa que outrora era visitada apenas pelos tradicionais médicos de família, atualmente tem aberto suas portas para diversos profissionais da saúde, dentre eles, o psicólogo.

De acordo com os relatos de experiências apresentados neste capítulo, nota-se que os profissionais viram a necessidade de modificar, adaptar ou reinventar seus modos de atuação em um ambiente, por vezes, confuso e tão distante da prática hospitalar e clínica. Para os autores, psicólogos clínicos e hospitalares, atuar em um contexto tão diferente do tradicional, de início, provocou estranheza, questionamentos, desconforto e insegurança. Afinal, faz pouco tempo que as grades curriculares das graduações em psicologia estão se atualizando a fim de acompanhar as transformações da contemporaneidade.

Assim, através da revisão narrativa da literatura, os estudos nos mostraram a possibilidade de uma clínica que transcende os moldes tradicionais ao adentrar as residências. Para tal, os autores travam um diálogo com o fazer da clínica tradicional e suas especificidades, realçando a necessidade de flexibilidade diante das particularidades do âmbito domiciliar. Ainda assim os autores operavam na tentativa de delimitar um padrão, um caminho ao qual o psicólogo deve percorrer ao elegerem quais diretrizes da clínica tradicional devem ser mantidas; de que modo teorias e técnicas devem se ajustar à esfera residencial; e qual deve ser a postura do psicoterapeuta fora do tão formal consultório (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012; REITER, 2000).

Diante disso, compreendemos que a clínica psicológica não se limita a quatro paredes de um consultório e se ela adentra ao universo residencial é devido aos profissionais que, de algum modo, tentam não se prender à rigidez da clássica psicoterapia que aprendemos na universidade. Todavia, é provável que essa contradição entre a flexibilização e a manutenção de certos padrões da clínica tradicional se dê numa tentativa de não incitar uma possível descaracterização da clínica. Tal adaptação é compreensível, pois nos mostra a cautela dos profissionais ao desbravarem os novos modos de fazer clínica, bem como a dificuldade de romper com os padrões tradicionais. Isso nos mostra a força do pensamento calculante que rege o mundo moderno. O pensamento que, tal como a técnica, visa o controle e exploração de tudo ao seu redor, como afirma Heidegger em *A questão da técnica*.

Essa dificuldade também é evidente quando os autores incentivam estudos visando o desenvolvimento de novas teorias e técnicas propícias ao contexto domiciliar. Sugere-se a criação de novos referenciais que sustentem, modulem e reafirmem suas práticas, possivelmente com a finalidade de aplacar a sensação de estranheza, insegurança e despreparo diante do inusitado. Garantir o mínimo de controle e um lugar para se apoiar é importante, contudo, é intrigante observar que embora os autores atuassem com tudo o que dispunham, ainda assim falavam de uma insuficiência. Talvez esses profissionais não tenham se dado conta de que estão sugerindo aquilo que já se concretiza como seu saber-fazer²⁰ (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; GRILO, 2012; REITER, 2000).

Pensamos que, de fato, haja a necessidade de pesquisas que fomentem discussões acerca das práticas emergentes no campo do saber psi com o intuito de compreender este cenário e assim possibilitar transformações no âmbito social. Mas, sobretudo, concordamos com os autores Junior (2008) e Alexandre e Romagnoli (2017) quanto à urgência de estudos que versem sobre a indispensabilidade do olhar crítico sobre as bases epistemológicas que sustentam os consolidados aportes teóricos e técnicos, além da ética como postura do psicoterapeuta e não apenas padrões implícitos a uma profissão.

No que concerne às questões éticas presente nos estudos analisados, observamos que alguns autores mencionam o termo *ética* como substantivo, no sentido de ética profissional. Junior (2008) e Alexandre e Romagnoli (2017) se referem à palavra no sentido de *éthos*, tal com preconiza Figueiredo (2004). Esse autor explica que, etimologicamente, *éthos* tanto pode

²⁰ Termo utilizado por Feijoo (2017a). A autora usa o hífen, pois defende que o campo do saber psi é indissociável da prática clínica. Defende ainda que “a psicoterapia se articula em um saber que se aprende na própria experiência da clínica” (p. 21).

se referir a costumes e hábitos quanto à morada, habitação. Assim, optando pelo sentido de *morada*, o *éthos* é a casa e o homem, em sendo, é lançado para fora:

[...] é arremessado num mundo, que ele não escolheu, e aí ele é como a abertura ao que deste mundo lhe vem ao encontro, ou seja, ele existe no sentido preciso de ser fora se si mesmo, de ‘ser o seu fora’, vale dizer, de ser-no-mundo. (p. 68).

Figueiredo (2004) relaciona o *éthos* ao próprio modo de ser do homem, ao qual Heidegger (1927/2005) chamou de *ser-no-mundo*, em sua obra *Ser e Tempo*²¹. Dutra (2004), ao falar sobre as práticas clínicas contemporâneas, retoma a relação entre o *éthos* e o *ser-no-mundo* ao explicar a ética no sentido de dimensão da experiência de si-mesmo. Em seguida, ressalta que a ética é uma nova postura clínica focada no acolhimento do sofrimento humano, onde quer que este esteja.

A escuta clínica também foi destacada pelos autores da revisão narrativa da literatura como sendo o diferencial no contexto domiciliar. Tendo em vista a desestabilização dos critérios que compõem o atendimento convencional, a escuta acolhedora e compreensiva tornou-se o elemento delimitador das ações do atendimento domiciliar, sobretudo em situações impeditivas (LAHAM, 2004; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010, GRILO, 2012, HICKEN; PLOWHEAD, 2010, REITER, 2000). Reichel (2008) conclui que a prática clínica é caracterizada pela postura do psicoterapeuta e sua capacidade de escuta, não o local onde ela acontece. Logo, sua essência ultrapassa barreiras estruturais.

Discordando da autora acima, Laham (2004) afirma que o atendimento psicológico domiciliar é uma extensão da psicologia hospitalar. Por seu estudo ser referência, os demais autores citam sua afirmação, no entanto, embora reconheçam o caráter clínico do atendimento psicológico em domicílio, não há a pretensão de enquadrá-lo em alguma categoria existente (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010, GRILO, 2012, HICKEN; PLOWHEAD, 2010).

Essa tentativa de delimitar o atendimento psicológico domiciliar como uma modalidade da psicologia clínica ou hospitalar nos remete à problemática levantada por Garcia-Roza, em 1977, ao mencionar que “o termo ‘psicologia’ designa um espaço de dispersão do saber” (p. 3), criticando a unificação da psicologia como um campo de saber científico. Semelhantemente, Leão (1991) afirma a necessidade de transpor as fronteiras entre diferentes saberes,

²¹ Em sua obra *Ser e Tempo*, de 1927, o filósofo Heidegger, elabora a Analítica Existencial do Dasein (ser-aí) descrevendo as estruturas ontológicas fundamentais da existência. O *ser-no-mundo* é uma característica do Dasein que aponta a indissociabilidade do homem e do mundo.

possibilitando o diálogo entre ambos. Contudo, é algo que precisa ser feito com atenção, pois “o movimento de transposição tanto pode recair em uma arrogância de quem ignora ou se recolhe em novas possibilidades de saber e não-saber” (p. 75).

Retornando a Garcia-Roza (1977), essa delimitação de espaço limitaria a psicologia, pois ela não possui um lugar definido, podendo ser encontrada tanto em uma prática ideológica, como em um saber científico. Por fim, o autor sugere que *psicologia* seja um termo escrito no plural, destacando seu caráter de dispersão. A psicologia, segundo o autor, tem o caráter de dispersão, de permear e passear por diversas áreas. Endossando a discussão, Figueiredo (2004) enfatiza ser um equívoco tratar a clínica apenas como uma área de atuação onde há a aplicabilidade da teoria ou como mera área do conhecimento. E acrescenta que “a clínica se define, portanto, por um dado *éthos*: em outras palavras o que define a clínica psicológica como clínica é a sua ética: ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e dos conflitos” (p. 63).

Diante disso, concluímos que podemos pensar a psicologia e a escuta clínica podem acontecer em qualquer lugar, em qualquer área de atuação profissional, pois suas ramificações e os diálogos que são travados com os diversos campos que decorrem de sua pluralidade. Tão somente por isso que é possível ao psicólogo transitar entre diferentes áreas de atuação.

2.4.1 A herança da Psicanálise

Outro ponto que merece destaque, e que nos despertou à reflexão através da publicação da psicanalista Reichel (2008), é a contribuição da psicanálise à psicologia clínica. Por mais divergentes que possam ser os pressupostos teóricos e técnicos, há algo que as unifica: as normas no campo da práxis clínica. Em outras palavras, questões como *setting* terapêutico, sigilo, privacidade, postura do psicoterapeuta e o contrato terapêutico, que aparentemente são essenciais para as abordagens em psicologia, foram inspiradas na psicanálise.

Criada pelo neurologista austríaco Sigmund Freud, a psicanálise é uma ciência que nasce da medicina e se orienta em busca de efeitos terapêuticos nas diversas formas de sofrimento psíquico. Porém, como pesquisador da área de neuroanatomia, neurofisiologia e neurofarmacologia, Freud rompeu com a medicina ao enveredar pelo campo da investigação psicológica (SAMPAIO, 1996). Definido como um procedimento investigativo dos processos mentais, o método psicanalítico diferencia-se da medicina e do modo de observar os sintomas do paciente, pois se dirige à psique através da comunicação (ZIMMERMANN, 2010; ETCHGOYEN, 2002; AGUIAR, 2000).

Em meio ao conflito entre os Estados Unidos e a França, sobre a reivindicação do nascimento da psicologia clínica, Prévost²² (1988, apud AGUIAR, 2001) afirma que essa área do conhecimento acredita ter encontrado “sua salvação aproximando-se da psicanálise e oferecendo-lhe em troca um álibi universitário” (p.611). Por isso, apesar de nunca ter utilizado o termo *psicologia clínica*, a psicanálise claramente se aproxima desse território e eleva a psicoterapia ao nível científico (ETCHGOYEN, 2002). Conseqüentemente, a psicologia contribuiu para a dispersão da psicanálise na França, tornando-se uma tendência mundial a partir dos anos 1960. Segundo Aguiar (2001), a psicanálise, por sua vez, proporcionou à psicologia um modelo de prática clínica.

Em virtude dessa articulação, a psicanálise é uma das três forças da psicologia, contudo, a disseminação do método psicanalítico alcançou diversas áreas do conhecimento. Sendo considerada uma ciência autônoma, a formação em psicanálise não se restringe apenas a psicólogos, logo, suas teorias e técnicas podem ser utilizadas por profissionais de outras áreas, desde que obtenham o título de psicanalista (CRP²³). A psicanálise e a psicoterapia são frequentemente vistas pelo leigo como sinônimos. Características da prática psicanalítica como o divã, a neutralidade do terapeuta e a associação livre são de conhecimento popular, por vezes até banalizadas e equivocadamente associadas à prática psicoterapêutica. Um adendo, embora a única regra da psicanálise deixada por Freud tenha sido a associação livre, erroneamente atribui-se os demais elementos da prática psicanalítica ao seu criador.

Em 1992, ao descrever as atribuições do psicólogo clínico - para constar no catálogo brasileiro de ocupações do Ministério do Trabalho - o Conselho Federal de Psicologia²⁴ não especificou como, onde e nem de que forma a psicoterapia deveria ocorrer. Já no Código de Ética profissional, a única menção feita é direcionada ao sigilo da intimidade do paciente. Ainda assim, sabemos que as três forças em psicologia, embora possuam modos divergentes de pensar o homem e de atuar na clínica, seguem um modelo. Acreditamos que esse *algo em comum* tenha inspiração no modelo da clínica psicanalítica. Um indicativo dessa afirmação está no texto de Moreira e Crepaldi (2016), psicólogas que se fundamentam na terapia relacional sistêmica, mas se amparam em Freud (1912-1913) ao tematizar o papel do terapeuta:

[...] estabelecer uma aliança terapêutica, 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 (p. 45).

²² Em sua publicação “La psychologie clinique”

²³ Consta em domínio público: <https://site.cfp.org.br/contato/psicoterapia/>

²⁴ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf

Por não termos a pretensão de nos alongarmos nessa temática, gostaríamos de rapidamente citar alguns elementos da prática psicanalítica que se fazem presentes na clínica psicológica. A associação livre, regra fundamental da psicanálise, onde o paciente é solicitado a falar livremente o que lhe vier à cabeça sem censura ou julgamento. Não há um direcionamento do psicoterapeuta quanto ao assunto a ser tematizado no atendimento (ZIMMERMANN, 2010; MIGLIAVACCA, 2008). A atenção flutuante é outra recomendação feita por Freud (1912/1996) em que o analista deve concentrar sua atenção ao discurso do analisado, evitando distrações com anotações. A intenção é guardar as informações na memória para serem compreendidas posteriormente. Outra similaridade é o contrato terapêutico, momento onde são estabelecidos acordos quanto à data, horário, número de sessões e honorários, que darão ao psicanalista a segurança na interpretação de possíveis infrações (FREUD, 1912/1996; ETCHGOYEN, 2002; ZIMMERMANN, 2010).

Segundo Etchgoyen (2002), o *setting* terapêutico, provavelmente, é uma das maiores contribuições da prática psicanalítica à clínica psicológica, visto que a preservação do ambiente adequado é primordial para o processo psicoterapêutico. O *setting* é construído no momento dos acordos mútuos durante o contrato terapêutico e é composto por variáveis que quando controladas formam um enquadre, uma moldura a ser mantida. Para tal, há a necessidade de silêncio, a definição dos papéis e a priorização de questões éticas.

É interessante mencionar que, no Brasil, apesar das sociedades psicanalíticas regionais se movimentarem em prol da regulamentação da psicanálise como profissão, a Federação brasileira de psicanálise (FEBRAPSI) emitiu uma nota afirmando que “a Psicanálise não se ajusta aos modelos de profissionalização que recebem algum tipo de certificação ou diploma, expedidos por instituições de ensino ou órgãos reguladores públicos” (site FEBRAPSI, s/p)²⁵. Na ausência de um órgão regulamentador, muitas vezes, consta em domínio público informações desencontradas, e até mesmo controversas, sobre a prática da psicanálise. Destacamos aqui a Ordem nacional dos psicanalistas que, no intuito de defender os direitos dos psicanalistas – mesmo não sendo uma profissão - formulou um Código de Ética do Psicanalista²⁶.

Apesar de não possuir valor jurídico, o código de ética criado pela Ordem nacional dos psicanalistas propõe normas, sobretudo quanto ao sigilo profissional, que se aproximam do Código de Ética do Psicólogo e, apesar de não possuir valor jurídico, o utilizamos como

²⁵ Consta em domínio público: <https://febrapsi.org/publicacoes/noticias/nota-a-respeito-da-regulamentacao-da-psicanalise/>

²⁶ Consta em domínio público: <http://www.onp.org.br/index.php/codigo-de-etica-do-psicanalista>

exemplo de orientações à atuação da psicanálise. As semelhanças na atuação da clínica psicológica e da psicanálise dizem respeito à garantia da intimidade do paciente/cliente por meio da confidencialidade e alertam para a possibilidade de quebra do sigilo, por exemplo, mediante uma solicitação judicial. Todavia, o Código de Ética do Psicólogo não faz recomendações minuciosas como o Código de Ética do Psicanalista da Ordem nacional dos psicanalistas. O que se destaca nessa situação é que as diversas perspectivas da psicologia clínica também seguem algumas regras básicas da psicanálise, certamente com objetivos distintos. Por exemplo: entende-se que o psicólogo só pode dar informações sobre a situação clínica do paciente mediante sua autorização e isso é dito durante o primeiro atendimento, na leitura do contrato psicoterapêutico - documento esse que compõe o modelo psicanalítico. Outra obrigação do psicanalista que é utilizado pelo psicólogo é o uso de iniciais e/ou pseudônimos em apresentações de situações clínicas e no registro dos atendimentos. Apesar de não haver uma norma quanto a isso, alguns psicólogos, tal como os psicanalistas, se preocupam em não apresentar seu (ex)cliente aos outros.

Portanto, diante do volume de recomendações sobre a garantia do sigilo e da privacidade no campo da psicologia, é compreensível a sensação de insegurança, desconforto e de impotência que emergiram diante de situações inusitadas e imprevistas vividas pelos autores no contexto domiciliar e que independem de referenciais teóricos e técnicos exercidos pelos profissionais (LAHAM, 2004; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; GRILO, 2012, HICKEN; PLOWHEAD, 2010; REITER, 2000).

Como vimos nos relatos de experiências, o atendimento psicológico em domicílio é marcado por um espaço imprevisível e passível de situações inusitadas. A tentativa de controlar o que acontece em uma residência com o propósito de preservar o *setting* terapêutico convencional neutro, silencioso e adequado, tão importante para o processo psicanalítico, implica em travar uma luta contra a imprevisibilidade da atmosfera domiciliar. Ou seja, implica em ir de encontro com a característica mais notável dessa modalidade de prática psicoterapêutica. Assim, em um lugar que se configura de modo único a cada atendimento, a luta para resguardar o modelo psicoterapêutico (inspirado na prática psicanalítica) pode se tornar uma atividade exaustiva e, conseqüentemente, uma atuação impraticável ou o psicoterapeuta pode descobrir novas formas de clinicar.

Essa ideia de uma interdição do atendimento clínico no âmbito residencial trata-se de um resquício, um legado da psicanálise na prática clínica que está para além da perspectiva a qual o psicólogo se apoia. A psicanálise estabelece uma ética em que o psicanalista deve ser

neutro, o *setting* terapêutico deve ser controlado e, basicamente, sua postura clínica determina o progresso do processo terapêutico (REICHEL, 2008; ETCHGOYEN, 2002; ZIMMERMANN, 2010). Por isso, perguntas recorrentes como: *Vai atender aqui na sala? Então vamos deixar a sala parecida com um consultório; e você consegue atender na cozinha? desde quando lá (a cozinha) é um lugar apropriado para conversar com o paciente?; como você sabe se o familiar não está ouvindo a conversa?* mostram a força desse resquício que ainda carregamos. Além disso, indica que talvez os leigos não estejam totalmente equivocados em ver a psicoterapia e a psicanálise como sinônimos.

Apesar do CFP não ter especificado como, onde, nem de que forma a psicoterapia deveria ocorrer, vimos nesse tópico que a psicanálise nos proporcionou um modelo de prática clínica que, por tempos, foi essencial nos consultórios convencionais. Entretanto, diante dos acontecimentos e transformações no país e no mundo, a psicologia tem ganhado novos contornos e ramificações, sobretudo na prática clínica, que se mostra muito mais comprometida em ir ao outro com os recursos que dispõe do que em manter o legado da psicanálise na psicoterapia.

2.4.2 Pesquisas na perspectiva tecnocrata

Sabemos que a Psicologia, enquanto ciência moderna, tem raízes sólidas pautadas na concepção cartesiana da subjetividade moderna, ou seja, sabemos que esse campo do saber se fundamenta na concepção de subjetividade do eu. Justifica-se, sobretudo, na razão e define seu objeto de estudo como um eu interiorizado, substancializado, localizável no tempo e espaço, dotado de determinações e sentidos dados (FEIJOO, 2017).

Com base no pensamento moderno, a psicologia tradicional define o homem/sujeito como ser superior dotado da soberania da vontade e da primazia da razão, aquele que detém o poder do conhecimento, o ser autônomo e independente. Em outras palavras, a dicotomia cartesiana entre sujeito-objeto, interioridade e externalidade, está no fundamento das teorias e práticas psicológicas, tornando o sujeito passível de mapeamento (FEIJOO, 2017).

Chama-nos a atenção o fato de que, apesar de diferentes, essas perspectivas da psicologia na qual os autores se fundamentaram para desenvolver suas pesquisas, partem de uma visão dicotômica de homem e mundo. Motta (2010) fundamenta sua pesquisa no behaviorismo, uma das vertentes da psicologia que se utiliza de métodos positivistas, alicerçando-se na ideia de que o homem é determinado por seu comportamento, tendo por objetivo a resolução de problemas atuais e a modificação do pensamento, comportamento e

crenças disfuncionais (BECK, 1964). Já a vertente da psicanálise, defendida por Reichel (2008), apoia-se na noção de sujeito regido por um aparelho psíquico através da dinâmica de consciente e inconsciente. Contrariamente às outras vertentes, o foco da psicanálise está no inconsciente, sendo este um aspecto vital na elaboração e formação do psiquismo humano (FREUD, 1895/1984 apud FEIJOO, 2011).

O humanismo, especificamente a gestalt, é a vertente utilizada na pesquisa de Moreira e Crepaldi (2017). Essa perspectiva psicológica se opõe às anteriores por acreditar que aquelas têm uma visão reducionista do homem, enxergando-o como objeto e de maneira fragmentada, esquecendo-se de sua totalidade. Sendo assim, adota uma postura humanista ao enfatizar que o homem deve ser visto como pessoa e não sendo determinado por fatores externos e internos, uma vez que lhe foi atribuído o livre-arbítrio. Cabe ao homem constituir-se conforme sua vontade e autodeterminação. Contudo, o humanismo reincide naquilo que critica: a substancialização do sujeito e a premissa do que lhe faz bem ou mal, pois alega que a pessoa deve ser respeitada pelos seus valores, intenções e pela sua identidade particular (FEIJOO, 2011)

A psicologia clínica, por sua vez, é o campo da aplicação de um conhecimento teórico através de técnicas interventivas para alcançar um fim determinado. Logo, se as diferentes abordagens se orientam quase que totalmente como uma atividade tecnocrata, e se vivemos numa era onde predomina a ideia de causalidade, também operamos sob essa premissa (SÁ, 2017; FEIJOO, 2017c). Na clínica de cunho científico, aplica-se a técnica desenvolvida a partir de um conhecimento teórico. O psicoterapeuta intervém direcionando-se a um objeto, partindo de uma representação do mesmo, ou seja, o seu fazer é totalmente estruturado em um modelo representacional do homem e por isso tende a agir seguindo caminhos previamente fundamentados em resultados anteriores (FEIJOO, 2011).

A escuta clínica de cunho científico se coloca no lugar da objetividade e reabilitação dos padrões, pois tem o intuito de que o homem volte ao estado de plenitude, de pureza. Delimita-se o que deve ser normativo, e o que foge a este enquadramento em padrões necessita ser reajustado e corrigido. Como dito anteriormente, esse pensamento racional de causa e efeito não se restringe às ciências naturais e exatas, pois aparentemente elas são mais suscetíveis ao cálculo e ao controle de tudo ao redor. Contudo, no âmbito das ciências humanas pouco se tem consciência do quanto podemos estar mergulhados no pensamento calculante das ciências exatas (SÁ, 2017; FEIJOO, 2017a, FEIJOO, 2017c).

Para o homem moderno, as coisas somente são como são porque há uma razão para tal, assim, quando se pergunta pelo sentido de algo, na verdade, questiona-se sobre a razão disso.

No mundo moderno as palavras de ordem são objetividade, produtividade e controle. Não há mais lugar para o encoberto, para o mistério, para o estranhamento (SÁ, 2017; FEIJOO, 2017a). O poder lhe serve para trazer facilidade, felicidade, bem-estar, saúde e para controlar as possíveis variáveis que venham interferir nos acontecimentos da vida. Não obstante, atualmente podemos contar com o aperfeiçoamento dos serviços de *home care* que visam melhorar a qualidade de vida do doente, embora exija do psicólogo a efetividade no tratamento em poucas sessões.

Todavia, Sá (2017) assinala que não se pode reduzir a essência da psicoterapia “ao tipo de conhecimento que pode ser sistematizado em algum método e repetido na forma de uma técnica” (p. 79), pois esta se mostra insuficiente e não abarca o fenômeno em sua totalidade. Distanciando-se do pensamento da era da técnica, a clínica de inspiração fenomenológico-existencial apoia-se na filosofia da existência para tentar resistir ao caminho previamente dado pelas determinações do mundo, levando em consideração outros modos de pensar o homem (HEIDEGGER, 1953/2006). A psicologia de inspiração fenomenológica critica a ideia de eu substancializado, interiorizado, fechado em si, independente do mundo. Por mais elaboradas que sejam as teorias e técnicas psicológicas, elas desconsideram o modo de ser mais originário do homem, a relação primeira entre o homem e o mundo como fenômeno inseparável. Esta crítica emerge a partir da crise da subjetividade da filosofia no século XIX, devido à insuficiência de tais teorias em abarcar a experiência humana em sua concretude, levando o encurtamento do mesmo em detrimento da complexidade da existência humana (FEIJOO, 2011).

Heidegger (1953/2006) sugere o pensamento meditante para além daquele que tudo mensura. Não se trata de uma teoria revolucionária, mas o pensamento que medita vem lembrar ao homem a existência de um outro modo de pensar (FEIJOO, 2017a). Por exemplo, ao refletirmos sobre os estranhamentos que nos ocorrem na atuação em âmbito domiciliar, saímos da posição do óbvio, da naturalização de tudo e cedemos lugar à reflexão, ao questionamento das coisas. No estranhamento há a desnaturalização do que era visto como previamente dado, abrindo-se, assim, o espaço para a meditação e um outro modo de experiência do ser do ente. Em suma, o estranhamento nos lembra que não somos onipotentes e nos abre a possibilidade para ver que os pressupostos teóricos e técnicos não asseguram/garantem nossas práticas clínicas.

Encerramos esse capítulo ressaltando que a revisão narrativa da literatura apresentou relatos de experiências do atendimento psicológico domiciliar sob a perspectiva da psicanálise, terapia cognitivo comportamental, esquizoanálise e terapia sistêmica. Embora sejam

divergentes, essas abordagens psicológicas se sustentam quase que hegemonicamente pelas determinações tecnocratas, ou seja, operam segundo a lógica da funcionalidade, do controle, da produtividade e da instrumentalidade. Apesar de vislumbrarem o fenômeno a partir de uma teoria específica, todas lidam com as especificidades da clínica psicológica de modo bastante semelhante. Apresentamos duas maneiras de atuar em domicílio, faz-se necessário realizar uma análise comparativa para podermos responder à pergunta que sustenta essa pesquisa.

3 O QUE EU FAÇO TAMBÉM É PSICOTERAPIA?

Como observado nos momentos anteriores, esse estudo se inicia e se desenvolve a partir do evidente questionamento *Será que o que faço é psicoterapia?* Movidos por essa indagação, embarcamos em uma jornada investigativa e compreensiva que, inicialmente, mostrou o surgimento da pergunta que intitula esse trabalho por meio do relato de experiência da autora ao enveredar no campo do atendimento psicológico domiciliar. Em seguida, acompanhamos os desafios, dificuldades e dilemas entre a teoria e a prática dos profissionais que atuam nessa modalidade clínica através de uma revisão narrativa da literatura sobre o assunto em foco. Por fim, é chegada a ocasião de refletir mais detidamente sobre a indagação a ponto de poder respondê-la com vigor. Entretanto, para alcançarmos o objetivo que norteia essa pesquisa, é indispensável nos debruçarmos sobre outra questão: *o que é psicoterapia?*

Essa temática nos traz à recordação o trecho do livro *Ser como o rio que flui* do escritor Paulo Coelho²⁷. O escritor inicia o texto se questionando sobre os hábitos do nosso cotidiano que foram instituídos há anos pela sociedade como regras que seguimos obedecendo-as atualmente, mas não aparentam ter fundamento, por exemplo, o uso da gravata. Quando há o desejo de agir de outro modo, somos considerados “fora da curva”. Assim, a sociedade segue criando hábitos que, no decorrer do tempo, perdem o sentido, mas, estranhamente, permanecem como regras. E ilustra seu pensamento com uma história japonesa:

Um grande mestre zen budista, responsável pelo mosteiro de Mayu Kagi, tinha um gato, que era sua verdadeira paixão na vida. Assim, durante as aulas de meditação, mantinha o gato ao seu lado – para desfrutar o mais possível de sua companhia.

Certa manhã, o mestre – que já estava bastante velho – apareceu morto. O discípulo mais graduado ocupou seu lugar.

– O que vamos fazer com o gato? – perguntaram os outros monges.

Numa homenagem à lembrança de seu antigo instrutor, o novo mestre decidiu permitir que o gato continuasse frequentando as aulas de zen-budismo. Alguns discípulos de mosteiros vizinhos, que viajavam muito pela região, descobriram que, num dos mais afamados templos do local, um gato participava das meditações. A história começou a correr.

Muitos anos se passaram. O gato morreu, mas os alunos do mosteiro estavam tão acostumados com a sua presença, que arranjaram outro gato. Enquanto isso, os outros templos começaram a introduzir gatos em suas meditações: acreditavam que o gato era o verdadeiro

²⁷ <https://paulocoelhoblog.com/2010/01/21/importancia-do-gato-na-meditacao/>

responsável pela fama e a qualidade do ensino de MayuKagi, e esqueciam-se que o antigo mestre era um excelente instrutor.

Uma geração se passou, e começaram a surgir tratados técnicos sobre a importância do gato na meditação zen. Um professor universitário desenvolveu uma tese – aceita pela comunidade acadêmica – que o felino tinha capacidade de aumentar a concentração humana, e eliminar as energias negativas. E assim, durante um século, o gato foi considerado como parte essencial no estudo do zen-budismo naquela região.

Até que apareceu um mestre que tinha alergia a pêlo de animais domésticos, e resolveu tirar o gato de suas práticas diárias com os alunos. Houve uma grande reação negativa – mas o mestre insistiu. Como era um excelente instrutor, os alunos continuavam com o mesmo rendimento escolar, apesar da ausência do gato.

Pouco a pouco, os mosteiros – sempre em busca de ideias novas, e já cansados de ter que alimentar tantos gatos – foram eliminando os animais das aulas. Em vinte anos, começaram a surgir novas teses revolucionárias – com títulos convincentes como “A importância da meditação sem o gato”, ou “Equilibrando o universo zen apenas pelo poder da mente, sem a ajuda de animais”.

Mais um século se passou, e o gato saiu por completo do ritual de meditação zen naquela região. Mas foram precisos duzentos anos para que tudo voltasse ao normal – já que ninguém se perguntou, durante todo este tempo, por que o gato estava ali.

O simples fato do monge apreciar a companhia do seu gato fez surgir um novo hábito durante a prática meditativa. Permitir a presença do felino como uma singela homenagem ao mestre fez desse acontecimento um hábito que, anos depois, se tornou uma convenção com a substituição do animal. Tempos depois, com a justificativa do saber científico, essa convenção transformou-se em uma regra e o motivo pelo qual o gato se fazia presente na meditação foi sucumbido pelos tratados e explicações científicas quanto ao benefício dessa nova técnica. A ciência se preocupou apenas em teorizar um costume que ela sequer buscou saber o contexto desse surgimento e, não bastando, atribuiu ao animal o sucesso da meditação. Diversos templos prosseguiram adotando essa técnica eficaz aprovada pela ciência.

A reviravolta dessa história só aconteceu séculos depois. Por causa da alergia a pêlo de animais, o instrutor sentiu a necessidade de quebrar essa tradição e, apesar da reação negativa dos alunos, percebeu-se que, surpreendentemente, a ausência do gato não prejudicou o desempenho da prática meditativa da turma. Novamente, a ciência se interessou pelo acontecimento e logo tratou de estudar os efeitos da meditação sem os gatos. Séculos depois, aparentemente, tudo voltou a ser como antes no mosteiro de Mayu Kagi e os mosteiros que

sempre buscavam novas ideias já não viam os gatos como uma técnica eficaz no ritual da meditação. Porém, curiosamente, o real motivo da presença do animal não havia sido divulgado e mesmo após a sua retirada ninguém sequer questionou *por que ele estava ali?*.

Essa breve história japonesa nos dá elementos para pensar as práticas clínicas psicológicas e suas convenções, em especial a psicoterapia. Embora tenham objetivos distintos, podemos associar a meditação à psicoterapia, e a inquestionável presença do gato às indispensáveis convenções da psicoterapia: o uso do divã, o sigilo e privacidade que é de responsabilidade (que é assegurado pelo) do profissional, e o consultório enquanto local apropriado para o atendimento. A psicoterapia, originalmente conhecida como um tratamento de cura pela fala, tem suas raízes fincadas na medicina antiga, na religião, na cura pela fé e no hipnotismo, até ser realizada somente por psiquiatras. No final do século XIX foi designada ao tratamento de doenças mentais e nervosas. No decorrer do século seguinte essa atividade passou a ser exercida por médicos clínicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais (CORDIOLI et al., 2008). Entretanto, foi através da psicanálise que a psicoterapia se tornou amplamente difundida como modalidade de tratamento psicológico. O modelo de psicoterapia tal como conhecemos atualmente foi inaugurado por Freud.

Diferentemente dos monges e alunos de meditação que tão somente reproduziam um hábito que havia se transformado em um ritual sedimentado por séculos, nos cursos de graduação e de pós-graduação, o profissional de psicologia toma conhecimento, por exemplo, do *por que* da necessidade de confidencialidade na psicoterapia (Resolução CFP N.º 010/00), bem como da importância de um ambiente confortável, a saber, um consultório. Assim como no ritual do gato, o saber científico logo se debruçou sobre a temática, e pesquisas enfatizando a importância de um ambiente controlado para a eficácia do tratamento psicoterápico ganharam visibilidade. Parafraseando o escritor Paulo Coelho, até sabemos *por que o gato estava ali*, mas também compreendemos que, em alguma medida, é possível romper com a tradição e tirá-lo da sala sem que a prática psicoterapêutica seja afetada.

O divã é um grande exemplo disso, embora esteja em desuso atualmente ainda é considerado o símbolo da psicoterapia, sobretudo psicanalítica. Esse móvel que foi dado a Freud pela paciente Madame Benvenisti - em agradecimento ao sucesso do tratamento – tornou-se parte da mobília do seu consultório²⁸. Por considerá-lo confortável, acreditava que isso proporcionaria maior relaxamento ao paciente, o que se mostrou favorável à técnica de livre associação. O que era um hábito transformou-se em convenção, posteriormente em regra até

²⁸ <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/09/14/por-que-o-div%C3%A3-se-tornou-o-s%C3%ADmbolo-da-psican%C3%A1lise>

chegar ao patamar de tradição, até mesmo entre psicoterapeutas de outras perspectivas. Atualmente em desuso nos consultórios, podemos dizer que metaforicamente o gato foi retirado do templo de meditação. E quanto ao ambiente psicoterapêutico e a confidencialidade, não estaríamos ainda falando de um hábito que se convencionou e se sedimentou enquanto regra a ser cumprida pelas práticas psicoterápicas?

Sabemos por que o sigilo, a privacidade e o ambiente seguro (consultório) são elementos importantes no atendimento psicológico, que implicam no vínculo terapêutico e na eficiência do tratamento, como afirma Cordioli (2008). Mas e quando alguém com dificuldade de locomoção solicita o acompanhamento/serviço psicológico em domicílio e opta por ser atendido na sala com a televisão ligada e na companhia de um familiar? Tal como o instrutor de meditação que, por questão de saúde, contraria as normas e o saber científico, retira o gato da sala e descobre que sua ação não descaracterizou essa prática milenar, assim também ocorreu com os psicólogos que, em alguma medida, se viram convocados a atuar no ambiente residencial. Abre-se a possibilidade de um outro modo de atuação, de fazer o que era impensável e, com isso, mais uma tradição é posta em questão: as especificidades da clínica psicológica no contexto psicoterapêutico sedimentados em nosso fazer.

As verdades científicas que versam a eficácia da psicoterapia são fruto de inúmeros tipos de pesquisas que teorizam o real, mas não o *real* no sentido de aquilo que vige, como destaca Heidegger (1953/2006) e sim o que é da ordem da representação. Por outro lado, os estudos também se debruçam sobre as novas demandas que emergem na contemporaneidade e, conseqüentemente, os outros modos de atuação na psicologia repensando o lugar ocupado pelo irrefutável saber científico frente ao saber que nasce da experiência.

Nos capítulos anteriores, acompanhamos a experiência dos psicólogos clínicos que atuam em domicílio ou psicoterapeutas domiciliares. Não temos a pretensão de nos aprofundarmos nessa seara relativa às modalidades e nomenclaturas, todavia, não podemos ignorar um detalhe percebido nas leituras para o levantamento bibliográfico: no meio acadêmico ainda é comum associar os termos *clínica psicológica* e *psicoterapia* como se fossem sinônimos. É fundamental fazer uma breve discussão sobre esses termos para podermos compreender o contexto em que emergiu o questionamento que pretendo responder: “*será que o que faço é psicoterapia?*”.

3.1 O que é psicoterapia?

Retomando o conceito de psicoterapia exposto no primeiro capítulo, de acordo com a Resolução N.º 010/00 do Conselho Federal de Psicologia, a psicoterapia é uma categoria de

atuação da psicologia clínica cuja atividades se constituem por meio de métodos e técnicas validados pela ciência e legitimado pela ética profissional, visando “promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos” (s/p). Para Cordioli et al. (2008) o tratamento, que é adaptado a cada paciente, consiste em modificar o transtorno, o problema ou a queixa deste. Em outras palavras, a psicoterapia é uma atividade tecnocrata que tem como objetivo a correção (cura) de algo em desordem. Imbuída de verdade, essa modalidade de clínica psicológica já parte do princípio de que há uma ordem a se seguir, se sustenta na dicotomização da teoria e prática (saber e fazer), além de operar a partir de conceitos estabelecidos, como: promoção de saúde, saúde mental, transtornos psíquicos e psiquismo. Assim, a busca pelo saber de si na psicoterapia evidencia o seu caráter normativo, e se dá pela confissão (falar de si) para alcançar e a cura (correção).

Na atualidade, existem mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias, descritas de uma ou de outra forma em mais de 10 mil livros e em milhares de artigos científicos relatando pesquisas realizadas com a finalidade de compreender a natureza do processo psicoterápico e os mecanismos de mudança e de comprovar a sua efetividade, especificando em que condições devem ser usados e para quais pacientes. Apesar de todo esse esforço, evidências convergentes são escassas. A controvérsia ainda é grande, e o reconhecimento da psicoterapia como ciência é tênue (CORDIOLI et al., 2008, p. 20).

Em uma publicação do CFP intitulada *O ano da psicoterapia*, Drawin (2009), ao discorrer sobre a afirmação de Cordioli (2008), explica que o reconhecimento da psicoterapia como ciência é tênue, pois: ela não se enquadraria numa ideia unitária de ciência e pode ser considerada método, “caminho ou ponte entre a ciência e a clínica, possuindo, portanto, caráter mediador entre a teoria e a prática” (p. 35); como as técnicas psicoterápicas não têm tanta aproximação com o logos científico, e sim com a prática clínica, a psicoterápica não deve ser compreendida como “ciência no sentido hegemônico da racionalidade tecnocientífica” (p. 35). Drawin (2009) finaliza a discussão destacando que a cientificidade na psicoterapia pode ser vista como um rigor crítico ou a especificidade epistêmica de cada modelo psicoterápico (perspectivas psicológicas). Desse modo, devemos aceitar que a psicoterapia se constitui como uma pluralidade de modelos.

Acrescentamos que a pluralidade da psicoterapia não está nos seus diversos modelos de atuação, pois apesar de divergentes, operam segundo a lógica de uma atividade tecnocrata. Arriscamos afirmar que a pluralidade da psicoterapia não está nas diversas perspectivas psicológicas, e sim na forma como essa atividade pode se concretizar. Ou seja, a psicoterapia é plural porque se constitui por meio de diferentes modos de cuidado.

Ano após ano, a psicoterapia vem se consolidando como uma ciência, independente do seu reconhecimento no meio científico/acadêmico. Em se tratando de uma atividade própria da modernidade, assim, visa a eficácia, a produtividade e o controle, como a resolução dos problemas, a modificação do comportamento e a cura do transtorno mental – termo esse que, por si só, já diz de um enquadramento e uma moralização do que vem a ser normal e anormal, aceitável e passível de alteração. Diante disso, concluímos que a psicoterapia é uma prática tecnocrata dotada de princípios de cientificidade.

No que concerne à cientificidade da psicoterapia, Sá (2009) discute essa problemática inspirando-se na crítica de Figueiredo (2004) quanto ao fato de o meio acadêmico considerar a clínica um mero campo de aplicação de técnicas de uma disciplina científica. A psicoterapia seria, por assim dizer, uma forma de aplicabilidade da psicologia clínica o que, para os autores, não faria jus ao seu desenvolvimento, expansão e reconhecimento. Sá (2009) afirma que a essência da psicoterapia não se reduz ao conhecimento, aos métodos e as técnicas, pois:

Não se trata, assim, de questionar apenas o que é científico ou não nas psicoterapias, mas de refletir sobre os sentidos históricos velados que o discurso científico adquiriu para o mundo moderno, buscando conquistar uma relação mais livre com a ciência e a técnica (p. 70)

Ao falar da possibilidade de se estabelecer uma relação mais livre com a ciência e a técnica, Sá (2009) está se amparando no pensamento de Heidegger que sugere esse outro modo de se relacionar com a ciência e a técnica do mundo moderno sem menosprezá-las:

Encontrar a forma conveniente para a educação do pensamento não se confunda com a erudição, nem com a pesquisa científica, é justamente a dificuldade. A gravidade se apresenta, sobretudo, na medida em que o pensamento deve sempre buscar seu lugar próprio de habitação. Pois, pensar bem em meio às ciências significa: tomar distância delas, sem, de modo algum, menosprezá-las (HEIDEGGER, 1962, p. 256)

Portanto, Sá (2009) propõe que, ao criticarmos as práticas psicológicas contemporâneas, façamo-la migrando do plano metafísico para o hermenêutico. Em outras palavras, o autor sugere que, ontologicamente haja um deslocamento do questionamento metafísico “sobre ‘o que é’ o homem (...) para a questão sobre *o sentido do seu ser*” (p. 71, grifo nosso). Com essa migração, a Psicologia se determina muito mais como uma “região transdisciplinar de construção de saber, envolvendo as dimensões ontológicas, estéticas, éticas e políticas da existência humana como produção histórica de subjetividades, abertura espaço-temporal de sentido” (p. 71) e muito menos a partir de formulações técnico-científicas. Onticamente, isso possibilita que a psicoterapia se constitua como um “espaço de cuidado e abertura a outros

modos de existir” (p. 73). Afinal, se a psicoterapia é uma categoria da psicologia clínica, o que seria, então, a clínica e o exercício de clinicar?

3.2 A clínica psicológica: um exercício de clinicar

Segundo o dicionário Michaelis on-line²⁹ a palavra *clínica* pode ser definida como um estabelecimento onde são admitidos pacientes para tratamento, podendo ser um local composto apenas por médicos ou demais profissionais da área da saúde, visando sempre um modo de cuidado. Etimologicamente, o verbo grego κλίνω (*klíno*) - *clini* - significa inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente. Já κλινική (*klíniké*) – *clínica* - refere-se aos “cuidados médicos de um doente acamado” (LANCETTI, 2014, p.22). De modo semelhante, Doron e Parot (1998) afirmam: “[...] a atividade clínica (do grego *klinê* – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento” (p.144-145). Percebe-se que, seguindo a definição desses autores, o termo *clínica* se aplica ao exercício do médico, onde há o uso da observação e da entrevista.

Interessa-nos retornar à origem da palavra *clínica* e seu significado a fim de explanarmos sobre a prática tal como a vemos, partindo de nossas experiências. Dos significados expostos anteriormente, a palavra *inclinare* chama a atenção e nos convida a refletir sobre o nosso fazer. Figueiredo (2004) define a *clínica* como um gesto de “inclinare-se diante de” (p.166). Sá (2009), por sua vez, em um movimento hermenêutico propõe que ao pensarmos o sentido da *clínica*, façamos como uma “tarefa de desocultamento e desconstrução dos sentidos previamente dados e velados nas interseções institucionais em que ela emerge como saber teórico e prático” (p. 69). Em concordância, Feijoo (2017a) enfatiza a possibilidade de pensar uma *clínica* psicológica que se sustenta na noção de cuidado e num modo de acolhimento que conduz o paciente às suas próprias possibilidades. Protasio (2014) conclui que a *clínica* psicológica, especialmente na vertente fenomenológico-existencial é:

[...] aquela que simpatiza com os interesses do homem e que se inclina, como o médico no leito do doente, para ouvir a fala da angústia e do desespero, sabendo que é aí, no espaço da fala, que descansa a possibilidade. E que é da possibilidade que pode advir uma transformação. (p. 219)

Estes autores defendem a existência de uma *clínica* para além do âmbito privado, de clientela específica, pois acreditam que o *clínico* se apoia na escuta e na fala, mas, sobretudo na experiência. Percebe-se que uma *clínica* possível é aquela que vai ao encontro do outro, que

²⁹ <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=clinar>

se faz necessária à medida que tão somente o profissional acompanha a experiência do outro por meio da escuta e da fala, é estar com o outro na experiência que é dele (FIGUEIREDO, 2004; FEIJOO, 2017a). Assim, nos parece que o encontro não precisa ser estritamente entre quatro paredes para que a prática clínica seja legítima. Pensar a clínica reduzindo-a ao âmbito do consultório revela que a psicologia clínica, em suas diversas perspectivas, preserva resquícios da psicanálise.

Ou seja, quando falamos de uma clínica psicológica de cunho psicoterápico que acontece no ambiente residencial, estamos falando de uma noção ampliada da clínica que não se reduz ao consultório e, por fim, afirmando que a clínica nasce da experiência. Isso nos remete ao incômodo dos psicólogos que, ao entrarem nesse novo espaço de atuação, se sentiram inibidos por não possuírem respaldos teóricos e técnicos e se limitaram a fazer adaptações (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILLO, 2012; REITER, 2000).

Um adendo, afirmamos que *se limitaram*, porque esses profissionais enxergavam o movimento como uma adequação e, por romperem com a tradição normativa da tarefa de clinicar, não aparentavam estar confortáveis em seu fazer clínico. Muito embora a atuação desses profissionais revele que é possível atender em domicílio prescindindo de um referencial teórico e técnico, pois o saber-fazer que vem da experiência foi o que se mostrou fundamental (tornou possível). Com isso, ao final de suas pesquisas Laham, 2004; Reichel, 2008; Moreira e Crepaldi, 2016; Motta, 2010; Hicken e Plowhead, 2010; Grilo, 2012; Reiter, 2000 sugerem a realização de novos estudos incentivando a criação de teorias e técnicas que fundamentem a prática psicoterápica nesse local, ou seja, novas convenções para poderem se apoiar. É interessante notar que eles desconsideraram a realização de ajustes ao contexto domiciliar como um novo modo de atuação. Se na graduação somos instruídos a seguir padrões de atuação nas mais diversas áreas da psicologia, é compreensível o incentivo dos autores ao desenvolvimento de um modelo para o atendimento domiciliar.

3.3 Um outro modo de fazer psicoterapia

Percorremos um amplo caminho expondo a experiência dos psicólogos que atendem em domicílio, contextualizando a clínica psicológica e a psicoterapia para, agora, respondermos a indagação que sustenta essa pesquisa: “*será que o que faço é psicoterapia?*”. Como dito no primeiro capítulo, os primeiros passos da autora dessa pesquisa nesse mundo misterioso

trouxeram questionamentos, estranhamentos e a sensação de desconforto. Fato é que também possibilitou uma sensação aprazível, de entusiasmo e de encanto. Embora a autora se sentisse sozinha nessa caminhada, não estava preocupada com o que se dizia sobre essa modalidade clínica.

A inquietação foi tomando forma conforme ela entrava em contato com o saber-fazer dos outros profissionais e notava a divergência no modo de fazer clínica: *então o que eu faço não pode ser feito? Então não posso atender numa sala com o barulho de televisão e junto a um familiar; fazer cuscuz durante o atendimento? Eu devo garantir a privacidade e o sigilo do paciente mesmo acreditando que isso não me cabe? Também não devo atuar prescindindo de teorias, técnicas e um ambiente seguro mesmo percebendo que a relação terapêutica é o que sustenta a minha clínica psicológica?*

Se no primeiro capítulo vimos uma clínica domiciliar que se constitui na própria experiência, no segundo momento foi mostrado uma clínica que também nasce da experiência, mas buscando se manter apoiada nos padrões da psicoterapia. Assim, é possível dizer que *o que faço é um outro modo de psicoterapia?* Elegemos alguns elementos que se mostraram relevantes, nos relatos de experiências apresentados, para discutir a pluralidade da psicoterapia como diferentes modos de cuidado.

3.3.1 Sigilo, privacidade e ambiente domiciliar

Amplamente abordado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o sigilo e a privacidade são uma das poucas normas regulamentadas pela profissão que se tornou de conhecimento público, especialmente quando associado à prática clínica. O Código de Ética do Psicólogo determina no artigo 9: "É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional" (p. 13). Em consonância com o CFP, Cristina Pellini, membro da Comissão de Ética do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, esclarece que o "sigilo tem por finalidade tutelar a intimidade das pessoas, protegendo-as contra violações e indiscrições de outrem"³⁰ (s/p). Portanto, é dever do psicólogo zelar, cuidar, e proteger o que é dito entre as quatro paredes do consultório, pois quem o procura deposita sua confiança no profissional.

³⁰ CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Questões éticas o prontuário, a comunicação dos atendimentos e o sigilo profissional. *Jornal PSI*, São Paulo, n. 163, 2009/2010 <Disponível em <http://www.crpasp.org.br/portal/comunicacao/jornalpsi.aspx>> Acesso em 02 março 2019.

De acordo com Laham (2004), cujo estudo é referência no âmbito do atendimento psicológico domiciliar, muitas vezes a confiabilidade do sigilo e da privacidade é prejudicada, sobretudo em residências menores ou que disponham de cômodos abertos para o atendimento, por exemplo, uma sala. Com isso, a autora alerta quanto ao esforço que o psicólogo deve fazer na tentativa de preservar a intimidade do paciente, embora reconheça a insuficiência desse movimento e, conseqüentemente, a vulnerabilidade do atendimento a interferências. Evidenciando o que se mostra na experiência dos demais autores da revisão narrativa da literatura, Hicken e Plowhead (2010) confirmam que manter o caráter confidencial exigido pelo código de ética é um desafio constante, podendo dificultar a preservação da privacidade na medida em que as ações dos familiares implicam na quebra do sigilo.

Os autores da revisão narrativa afirmam ainda que a presença dos familiares e cuidadores é permitida somente sob autorização do paciente (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012; REITER, 2000). Nesse sentido, para evitar a quebra de sigilo, Laham (2004) sugere que o psicólogo esteja atento aos sinais não verbais do paciente no intuito de informar o que pode ou não ser dito aos demais. A autora encerra a temática alegando que o vínculo terapêutico é fundamental para a manutenção da privacidade em momentos de possível exposição aos familiares ou à equipe.

Os autores concluem que a confidencialidade e a privacidade, bem como outras características da clínica psicológica tradicional, se configuram de outro modo no âmbito residencial (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012; REITER, 2000). Apesar das normas estabelecidas pelo CFP não contemplarem os novos rumos e modalidades emergentes na psicologia, a experiência dos profissionais mostra o quanto se esforçaram para preservá-las. Percebe-se que os autores se mantiveram na posição que lhe foi conferida pelo código de ética: guardiões das normas.

Chama-nos a atenção o fato de que a presença dos familiares e cuidadores no local do atendimento é algo decidido pelo paciente, mas ainda assim é dever do psicólogo informar o que pode ou não ser revelado. Portanto, o modo como a maioria dos psicólogos que lidam com o sigilo e a privacidade corrobora com a fala de Cristina Pellini³¹. Avesso a esse pensamento, Junior (2008) declara que nessas novas e múltiplas formas de atuação é preciso reconsiderar as especificidades e questões da ética profissional conforme cada caso. Assumir a função de tutelar

³¹ Consta em domínio público: http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/121/frames/fr_debate.aspx

a intimidade das pessoas indica que tudo deve passar pelo crivo do profissional e esse cuidado e zelo ao modo do controle destoa fortemente da experiência da autora desse texto.

O que se tornou perceptível através da experiência da autora é que paciente e psicólogo, em acordo, configuram e reconfiguram as normas a cada encontro. Muitas vezes esse *acordo* não é firmado previamente nos primeiros contatos, ele não faz parte de uma metodologia, não é da ordem do cálculo, mas tão somente acontece, se dá na própria relação. A prática da autora apontou para o fato de que atuar conforme o código de ética, ou seja, protegendo o conceito de *setting*, sigilo e privacidade no ambiente domiciliar é um modo possível de fazer psicoterapia. Porém, em consonância com Junior (2008), a autora desse estudo revelou também que atuar nesse solo pouco habitado solicita a reflexão e a reconsideração dos padrões sedimentados na clínica psicológica.

Retornando às situações clínicas apresentadas no primeiro capítulo, a autora desse trabalho lembra do momento em que cogitou proteger a intimidade do paciente conforme a ética profissional. Na tentativa de zelar pela confidencialidade, se sentiu incomodada pela delicadeza de um assunto familiar que estava tematizando na sala, espaço aberto que possibilitava a quebra de sigilo. Na qualidade de guardiã das normas, por um instante, pensou em sugerir que mudassem de assunto ou tratassem deste em outro ambiente. Foi quando se deu conta que, enquanto se movia inquietamente no sofá, o paciente continuava falando tranquilamente. Então compreendeu que a possibilidade de estar sendo ouvido não era uma questão para ele e se o paciente não havia indicado outro ambiente, é porque se sentia minimamente confortável para se expressar ali. À autora, restava a familiarização com esse incômodo e a reflexão quanto ao que se entende por sigilo. Curiosamente, em outro encontro, percebeu que nunca havia pedido para desligar a enorme televisão barulhenta, mas depois de um tempo se sentiu à vontade para diminuir o volume. Não se tratava de um acordo, mas, de certa forma, constatou-se que esse aparelho contribuía para o sigilo do atendimento, visto que o som impedia de serem ouvidos e, nitidamente, isso os tranquilizava.

Um parêntesis, o receio da autora em impor o sigilo tal como sugere o código de ética, não surgiu por estar no território do outro (a residência), e sim por ter questionado o seu papel como preservadora de algo que, naquele momento, percebeu que havia perdido o sentido de ser: *“afinal, o que posso chamar de sigilo? A quem ele protege? Como posso dar o tom de algo que é do outro?”*.

Em outra situação clínica pediu-se que a técnica de enfermagem e a secretária do lar participassem de um atendimento, pois assim a paciente se sentiria mais confortável. Questionar seu desconforto em ficar a sós com a psicóloga era um caminho possível, mas ao ver da autora

dessa pesquisa, intervir desse modo implicaria em tutelar a responsabilidade da decisão que, naquele instante, ficou claro que não caberia a ela: conduzir o sigilo e a privacidade que é do outro. É por ele ser do outro que posso apenas acompanhá-lo. Assim, esporadicamente as funcionárias participavam dos encontros, mas quando a paciente decidia ficar no quarto sabia-se que ela estava optando por um momento mais privativo. Mais uma vez, não houve um acordo de confidencialidade prévio, quando psicóloga e paciente se deram conta, o sigilo já estava se configurando dessa forma, na própria relação.

O que está em questão não é como o acordo deve ser/é feito (linguagem verbal ou não verbal), e sim como o sigilo, de fato, se constitui no âmbito domiciliar. As situações relatadas apontaram para a possibilidade de um outro modo de lidar com a confidencialidade e a privacidade que, embora destoe do código de ética pelo fato do psicólogo não adotar uma postura tutelar, ainda assim diz de um movimento de zelo e de cuidado de ambas as partes. Se esses elementos da prática psicológica dizem respeito à intimidade do paciente, eles não apenas podem, mas devem ser de sua responsabilidade.

Constatamos que, no contexto do atendimento psicológico domiciliar, o sigilo também pode nascer da experiência, do exercício do saber-fazer, ou seja, se constituir na relação terapêutica. Despret (2011), ao fazer uma leitura etnopsicológica do segredo nas práticas psicológicas, revela que, no tratamento, o caminho que leva à cura passa pela confissão de algo que é tido como um segredo a ser velado. Sob essa perspectiva, se a cura vem pela proteção desse segredo - legitimado pelo código de ética e reiterado na resolução CFP N.º 010/00 – é possível entender a apreensão de Laham (2004) ao salientar que o ambiente domiciliar, por ser imprevisível e incontornável, pode prejudicar o sigilo. Para compreendermos esse outro modo de pensar o sigilo e, conseqüentemente, de fazer psicoterapia, faz-se necessário nos determos na proposição de Despret (2011) quanto ao segredo como um dispositivo, uma técnica que visa a constituição de um processo específico.

Ao problematizar etnopsicologicamente o segredo na psicoterapia, Despret (2011) retoma uma situação clínica³² apresentada por Ellenberger (1995) ao tematizar os segredos patogênicos. O autor conclui que a cura do segredo se dá no segredo, ou seja, trata-se de “tratar o segredo pelo segredo” (p. 203). Esse assunto interessa a Despret (2011) porque “torna particularmente legível a maneira como a cultura não apenas propõe o cuidado, mas vai guiar, influenciar inclusive a maneira como as pessoas experienciam seus problemas” (p. 7). Fato é que, o que é dito ao profissional (queixa) deve ser feito em tom de confissão, em segredo, a fim

³² Ellenberger (1995) conta a história de Achille, um homem de negócios que busca auxílio psiquiátrico com sintomas de “possessão diabólica” (p. 6).

de obter a cura. O segredo, diz a autora, sempre está em concordância com as teorias e atua de duas formas: no sentido de causa-efeito, ao passo que o paciente expõe seus segredos, o psicoterapeuta firma o compromisso de trabalhar em segredo – a confidencialidade da ética profissional. Além disso, é possível vê-lo como uma técnica, um dispositivo que visa à construção de um processo específico.

Enquanto técnica, o segredo sai da posição de compreensão da sua essência para a exploração pragmática do que ele faz e “o que ele faz fazer” (DESPRET, 2011, p. 9). O que está em questão não é mais fazer cumprir o código de ética, agora o segredo faz falar, faz criar e transformar as pessoas conforme uma teoria. Em outras palavras, como dispositivo teórico e técnico, “o segredo fabrica o segredo” (p. 10) criando um modo peculiar de experiência de desordem. O que está em jogo, e nos interessa elucidar, é que o segredo instaura uma noção de interioridade e exterioridade onde a expressão dos sentimentos e emoções é reservada ao espaço privado. Despret (2011) recorre à etimologia da palavra para repensar o segredo: *secretus*, “aquilo que se separa” (p. 12, grifo nosso). Portanto, o segredo organiza o que deve ser separado, descartado e interiorizado demarcando a separação entre o exterior. O segredo, inclusive, separa aquilo que orgulha e pode ser dito abertamente daquilo que envergonha e deve ser mantido em sigilo.

Trazendo essa discussão para a prática psicoterapêutica, Despret (2011), questiona se o contexto da entrevista, o consultório e demais elementos da clínica também não atuam como dispositivo que reforça a separação entre o interior e o exterior. A autora cita Barrett (1998) para expor como os psicoterapeutas incentivam essa relação de interioridade:

A etiqueta da entrevista, o colocar o paciente à vontade, a sóbria atitude de interesse por ele, as questões levantadas, o estabelecimento de um contrato de confiança – tem por objetivo revelar os sintomas mentais profundos.... *Dizemos de um clínico que ele “descobre”, “faz sair” ou permite ao paciente “desabafar”* (p. 61, grifo do autor).

Concordamos energicamente com os autores e acrescentamos que, no atendimento psicológico em domicílio, como dito anteriormente, essa relação é notavelmente estremecida, pois não há garantias de que o segredo, de fato, seja protegido. E, se considerarmos que o segredo proporciona o poder do controle e a autonomia ao terapeuta, visto que também o protege, é compreensível as tentativas de adaptação dos profissionais nesse ambiente.

Com relação ao ambiente terapêutico, Despret (2011) afirma o segredo é um dispositivo que:

[...] efetua essa criação, com a *certeza de garantia de confidencialidade*, mas também de organização do espaço, com a intimidade de uma *sala de consulta apartada dos lugares da vida comum*. E tanto a etiqueta da entrevista, o interesse e a atitude do terapeuta quanto a *organização espacial e temporal da consulta afetam a maneira*

como os pacientes serão conduzidos a modificar a experiência de seu mal estar (DESPRET, 2011, p. 13, grifo nosso).

Certamente o consultório transmite uma atmosfera de segurança, propício à garantia da confidencialidade e, por ser apartado dos locais de circulação do paciente, tem o potencial de ambiente aconchegantemente íntimo para a exposição do segredo. Já numa residência, a organização espacial e temporal se dá de maneira peculiar. O local que, embora seja íntimo para o paciente, nem sempre é tido como apropriado para o atendimento e assim a etiqueta da entrevista exige uma nova roupagem e a atitude do terapeuta é de dançar conforme a nova música. Diante da sensação de despreparo, Reichel (2008) comprova o que foi alertado por Despret (2011): na graduação somos instruídos a construir um *setting* favorável para que o paciente possa se sentir acolhido e expressar suas emoções, pensamentos, conflitos e fantasias. Na residência, quem elege o lugar mais adequado é o paciente, os familiares e/ou cuidadores. Os papéis desempenhados na clínica particular se reconfiguram, ganham outra forma e os atores também são afetados de outro modo.

Os vínculos afetivos se estreitam e isso chama mais atenção para a linha tênue do profissionalismo. Linha essa em que o psicólogo deve transitar de maneira acessível, aberto aos acontecimentos, como ao analisar os convites para tomar café, ou participar de uma refeição (LAHAM, 2004; REICHEL, 2008; JUNIOR, 2008; MOREIRA; CREPALDI, 2016; MOTTA, 2010; HICKEN; PLOWHEAD, 2010; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, GRILO, 2012; REITER, 2000). Compete ao psicólogo estabelecer os limites da relação e retomá-los sempre que necessário, além disso, realçam que o vínculo com os familiares contribui na resolução de alguns impasses (HICKEN; PLOWHEAD, 2010; REICHEL, 2008; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017). Portanto, as fronteiras que envolvem o vínculo afetivo e o campo do trabalho precisam estar bem delimitadas, no entanto flexíveis, em prol do processo terapêutico.

Alexandre e Romagnoli (2017) se utilizam de um termo interessante para descrever o ambiente domiciliar: *setting terapêutico vivo*. Ele se dá em diversos espaços, ocupa os territórios múltiplos da cidade e permite que as relações clínicas se transportem para outras dimensões possibilitando novos movimentos, novos modos de relacionamento e novos modos de encontro. Por fim, Moreira e Crepaldi (2010) ressaltam que atuar no seio familiar exige uma postura de *não-saber*. Pondo-se na posição de não-especialista, o psicólogo age como um observador-participante que busca compreender “a experiência singular ali relatada” (p. 45)

Quanto ao *setting terapêutico vivo*, acreditamos que sua vitalidade e sua potência estão naquilo que mais causou estranhamento aos trabalhos dos psicólogos que encontramos na revisão narrativa da literatura: a imprevisibilidade. Na tentativa de driblar o incontornável eles

reconhecem a insuficiência das teorias e técnicas para aplicar o que não se encontra na ordem daquilo que pode ser mensurado. Em consonância com a postura de *não-saber*, Despret (2011) critica o saber técnico por não poder assegurar a legitimidade sobre o trabalho do psicólogo:

[...] a formulação de um saber especializado sob a forma de regras e de prescrições tem por consequência aquilo que define a competência de uma profissão repousa sobre um saber acessível às pessoas externas, abrindo assim a profissão a um controle externo e assim à ameaça sempre possível do dever de ‘prestar contas’ (DESPRET, 2011, p. 14).

No atendimento psicológico domiciliar, a prestação de contas se dá, por exemplo, na desconfiança do familiar que pergunta “*E desde quando o psicólogo pode atender na presença de uma terceira pessoa? Até onde sei tem a questão do sigilo*” ao perceber que não foi solicitado que saísse do quarto. Ou até do próprio psicólogo que, mesmo convicto de que gostaria de cozinhar cuscuz com o paciente durante o atendimento, se questiona se esse modo de atuação seria pertinente e condizente com a postura do psicoterapeuta. Embora tenha sido possível fazer o cuscuz porque isso (a opção) já tinha se mostrado como possibilidade, essa situação nos desperta à reflexão do que Despret (2011) chama de *saber indeterminado*, “que não se pode aprender nos livros” (p. 14) e se opõe ao saber técnico. Esse saber, que é fazer, “é resultado da experiência, durante longos períodos do tempo: ele é adquirido apenas em uma prática de muito fôlego” (p. 14).

Foi justamente por prescindir do saber encontrado nos livros (metodologias) que a autora desse estudo se sentiu confortável para se lançar àquilo que acontecia e se mostrava possível na relação psicoterapêutica. Isso diz de um fazer que nasce do saber, que não se aprende com a teoria e sim na experiência, no fazer. Defendemos que esse saber é indeterminado porque não se ampara em padrões imutáveis, mas é fluido, tal como a água que não tem forma específica e se transforma. Em contrapartida, é interessante notar que nos estudos encontrados na revisão narrativa da literatura, os autores reconheciam as limitações da teoria e da técnica vigente, porém, sugeriam novos estudos que pudessem desenvolver metodologias específicas para a atuação em domicílio. Por se fundamentarem na psicoterapia como uma atividade tecnocrata, certamente os autores acreditavam que a padronização traria mais efetividade à modalidade de atendimento domiciliar.

A experiência da autora dessa pesquisa aponta que o saber indeterminado não é necessariamente adquirido em longos períodos do tempo, como afirma Despret (2011). Concordamos com Despret (2011) ao enfatizar que esse saber-fazer exige muito fôlego, todavia, acrescentamos que o fôlego da autora dessa pesquisa se deu por meio de uma atitude serena e paciente (FEIJOO, 2017a, 2019). Ademais, constatamos a existência de uma linha tênue que

marca essa prática clínica. A riqueza de detalhes, a vicissitude do ambiente residencial e o contato com os familiares são elementos que compõem o atendimento e provoca o questionamento quanto aos padrões da clínica psicológica a ponto de repensar e reconfigurar a ideia de: lugar íntimo para a proteção do segredo; a quem serve a garantia da confidencialidade; as afetações e a postura (autonomia) do paciente diante do segredo que é guardado pelo outro, para o outro e como dispositivo técnico.

É importante frisar que a escuta atenta, a atitude serena e paciente possibilitou o acolhimento às queixas do paciente, familiares e cuidadores sem assumir um posicionamento. O CFP descreve a orientação como uma função da psicoterapia, todavia, acolher a queixa e acompanhar aquele que nos solicita em um mútuo exercício meditativo também pode ser considerado um outro modo de orientação que não direciona, mas convoca a reflexão do que está em jogo. No que diz respeito ao sigilo e ao ambiente residencial, a pergunta “*onde você quer ser atendido hoje?*” - que inicialmente era feita apenas a um paciente que se mostrava indiferente a tudo – se tornou um dispositivo desse modo de atuação. Ela não é utilizada como uma técnica, sua intenção é de reconhecer o limite da atuação clínica e de devolver ao outro aquilo que lhe cabe: o cuidado pela sua intimidade e a disponibilidade do ambiente que julga apropriado.

3.3.2 A relação psicoterapêutica

Como exposto anteriormente, o vínculo afetivo com o paciente e seus familiares e o ambiente domiciliar são considerados aspectos centrais do atendimento psicológico em domicílio. Outra característica fundamental nessa modalidade de atuação que também merece destaque, porém pouco abordada pelos participantes da revisão narrativa da literatura, é a relação psicoterapêutica. A semelhança entre esses termos provoca certa confusão e, talvez por isso, os psicólogos tratem-nos como sinônimos. Podemos dizer que o vínculo afetivo se refere aos elos que são constituídos por meio do afeto. Afetamos e somos constantemente afetados nas nossas relações e não seria diferente na esfera residencial, em que psicólogo estabelece vínculos afetivos em diversas intensidades com todos os envolvidos da trama.

A nosso ver, as experiências relatadas na revisão narrativa da literatura atenuam o potencial da relação psicoterapêutica ao enfatizar que a principal característica do atendimento domiciliar é o *setting* terapêutico diferenciado, como cita Reichel (2008). Glebova et al. (2012), por sua vez, atribui ao ambiente residencial o fracasso da relação psicoterapêutica. O estudo de Marque e Gomes (2006) nos chamou a atenção pelo seu discurso contraditório.

Fundamentando-se em Winnicott, as autoras afirmaram a importância do *setting* padrão no progresso da psicoterapia, mas, frente à necessidade da paciente, os encontros passaram a ser numa sala de aula. Diante das mudanças ambientais, as autoras constataram que o processo e o vínculo terapêutico não foram afetados. Seguindo as recomendações de Lisondo et al. (1996), vimos que eles deram mais valor à relação terapêutica do que ao próprio *setting*, entretanto, concluíram que “as mudanças físicas foram importantes instrumentos de trabalho à psicoterapeuta, pois ajudaram a confirmar a crença num ambiente de *holding*³³ que se perpetua, criando espaços potenciais” (p. 16). Ao final, alegaram que o trabalho só deu continuidade devido ao *holding* e à disponibilidade da psicóloga e paciente em realizar a mudança de ambiente. Além disso, sugeriram a formulação de propostas interventivas que mantivessem o vínculo terapêutico em ambientes avessos.

Pensamos que o *holding* até pode criar espaços potenciais, mas isso é secundário, não foi o que sustentou o processo terapêutico. A psicóloga e a paciente se disponibilizaram a mudar de ambiente porque o vínculo terapêutico já estava consolidado de modo que os obstáculos se mostraram transponíveis. Sobre as sugestões de propostas interventivas para manter a relação terapêutica, Marque e Gomes (2006) mostraram uma forma possível de mantê-lo: no exercício do saber-fazer.

Quando Hicken e Plowead (2010) e Reichel (2008) falam que as fronteiras que envolvem o vínculo afetivo e o campo do trabalho precisam estar bem delimitadas, no entanto flexíveis, em prol do processo terapêutico, eles estão alertando para um tipo de vinculação que nasce na psicoterapia: a relação paciente-psicólogo. Quando Laham (2004) menciona que o vínculo terapêutico é fundamental para a manutenção da privacidade em momentos de possível exposição aos familiares ou à equipe, a autora está falando de uma afinação, um vínculo de confiança, que se instaura na relação psicoterapêutica e possibilitando que a medida do sigilo se dê de tal forma.

A relação psicoterapêutica que se estabelece entre paciente e psicólogo é amplamente abordado nos livros de psicologia clínica, todavia, os estudos a respeito do atendimento domiciliar se debruçam sobre esse relacionamento pelo viés teórico e técnico. A ênfase na importância do fortalecimento desse vínculo se dá por meio da relação causal: uma relação de confiança implicaria no bom desempenho do processo terapêutico. Defendemos aqui que a relação terapêutica está para além das teorias e normas que ditam nos livros como devemos nos comportar para atingir uma relação psicoterapêutica eficaz. Para isso, nos apoiamos em Feijoo

³³ Termo utilizado por Winnicott para “indicar todos os tipos de cuidados, físicos e psíquicos, que são essenciais ao desenvolvimento inicial do ser humano e o serão por toda a vida” (MARQUE; GOMES, 2006, p. 13).

(no prelo) ao mostrar que o mais importante na psicoterapia é a própria relação psicoterapêutica. A autora argumenta que o que acontece nessa relação diz da possibilidade da conquista da medida existencial. Logo, podemos afirmar que é o vínculo paciente-psicólogo que sustenta o processo psicoterapêutico, não por meio do saber científico, e sim pela experiência e o “modo como acontece a disposição à escuta ao outro” (FEIJOO, 2017a).

Algumas perspectivas psicológicas estabelecem uma relação *eu-tu* implicando em certo distanciamento do eu (psicólogo) à medida que assume o lugar do saber verticalizando o vínculo, este que se dá ao modo da substituição. Nessa relação, o modo de cuidado costuma pressupor uma postura tutelar do psicólogo, que toma para si a responsabilidade da existência do outro respaldando-se em teorias e técnicas na busca de dar conta do existir humano. Outra possibilidade de vinculação psicoterapêutica é sugerida por Heidegger (2001) a Boss, a relação *tu-tu* que acontece de modo horizontal e se dá no abandono da postura de onipotência. Compreendendo que a onipotência e o saber impedem a conquista da liberdade na própria relação psicoterapêutica, uma vez que põe o psicólogo na posição de conhecedor da verdade, este se afasta do lugar do saber por reconhecer que não lhe cabe a prescrição de um caminho a ser seguido. Ao outro cabe a decisão daquilo que acredita ser o melhor caminho para si (a sua verdade).

Na relação *tu-tu*, o psicólogo tão somente acompanha o percurso do outro, sem se posicionar. Aqui o cuidado se constitui ao modo da anteposição. Para não substituir (tutelar) o outro e diante daquilo que ele decide, resta ao psicólogo dar um passo atrás “para pô-lo diante de suas próprias possibilidades existenciárias de ser” (SÁ, 2017, p. 58; FEIJOO, 2017a). De acordo com Feijoo (2017a) sustentar a relação *tu-tu* na psicoterapia “consiste em não dar respostas e nem mesmo devolver a pergunta, mas em acolher a questão de modo que possamos nos demorar nela. E, nessa demora, poder abrir um espaço para que o outro encontre aquilo que precisa fazer de sua vida” (p. 124).

Afirmamos que o modo de fazer psicoterapia domiciliar proposto nessa investigação se ancora na relação *tu-tu*. Ademais, se fundamenta ainda em outro aspecto da relação psicoterapêutica, defendido por Feijoo (2017a): o que acontece na relação diz da possibilidade da conquista ou da perda da medida existencial. Isto é, no intuito de auxiliar aqueles que buscam “decidir por si mesmos para encontrar a medida” (s/p), esta costuma se dar através de teorias que normatizam os comportamentos. Entretanto, justifica a autora, “podemos então assumir uma clínica na qual saímos de uma perspectiva moralizadora moderna e conscientes de tudo e de qualquer medida que apareça através de padrões de conduta que se tornem verdadeiros manuais” (FEIJOO, NO PRELO, s/p).

Distanciando-se da psicologia moderna, Feijoo (2019) propõe o “exercício clínico como uma possibilidade de resgate da medida existencial em que a clínica sustenta a sua força na frágil relação clínica” (p. 69). Fragilidade que se dá ao reconhecer que não temos o poder de antecipar o que está por vir e nem possuímos o controle de uma situação. A força da relação está em sustentar a tensão do finito e infinito (FEIJOO, 2017a). Dessa maneira, a experiência da autora desse estudo constatou que a importância da relação se constitui no encontro psicoterapêutico, pois ao se despir de medidas morais e normativas, o aspecto sensível da existência se desvela no próprio relacionamento, apontando para a possibilidade de (re)conquista da medida existencial.

Em verdade, o que é terapêutico (ou nos termos da psicologia moderna: o que, de fato, é eficaz) nasce na relação e esta abre a possibilidade para que o outro conquiste o cuidado de si. No ambiente residencial é inegável que o estreitamento dos laços afetivos facilita a tematização de assuntos delicados com mais tranquilidade. Porém, ao revelar a potência da relação psicoterapêutica, as situações clínicas evidenciaram que: se em alguns encontros - que, a nosso ver, iniciam ao entrar na residência e finalizam ao sair dela – os familiares estão presentes, a relação com estes também é terapêutica. Logo, a medida existencial (o cuidado de si) também deve se dar nessas relações. Em outras palavras, devemos estar atentos ao desdobramento dos vínculos, sobretudo com a família e/ou cuidadores, pois eles dão o tom do processo terapêutico.

Para exemplificar essa afirmação, relembremos algumas situações clínicas que mostram como o vínculo possibilitou a abertura ao aspecto sensível da existência de modo que a medida pudesse se dar nas relações. Certamente o contexto domiciliar proporciona atendimentos inusitados, com cheiro de cuscuz e sabor de lembranças da infância, mas que só foi possível devido à afinação da relação paciente-psicólogo. No entanto, o simples gesto de adoçar excessivamente o café do outro dizendo “*ela esquece que gosta de café doce...é coisa da doença*”, nos possibilitou refletir acerca da desmedida que se apresentava naquela relação.

Outra situação a se destacar é o conflito familiar vivido por um casal de irmãos que constantemente transparecia em forma de reclamações e desabafos por parte da irmã do paciente ao interromper os atendimentos. Tratava-se de uma relação desmedida, em que ela se queixava da preguiça do irmão em momentos impróprios. O paciente, por sua vez, no impasse entre a comodidade de ter sua vida tutelada pelo outro e o desejo de retomar a mobilidade física e o cuidado de si, se mostrava apático e indiferente aos acontecimentos. Assim, ambos clamavam a psicóloga por uma solução. Incomodada com as aparições inesperadas, esta se viu no dilema entre acolher e acompanhar as questões suscitadas pelos dois, bem como se

posicionar a fim de que a medida aparecesse na relação. Na tentativa de impor a medida, planejava ao modo do cálculo. Felizmente o ambiente domiciliar é imprevisível e nada do que havia esboçado se concretizava. Foi quando a psicóloga entendeu que era preciso se abrir, aguardar (sem expectativas) e resguardar a possibilidade de que algo se desse na relação. E, inesperadamente, se deu de forma que abriu a possibilidade para conversar sobre as expectativas que ambos estavam nutrindo e sustentar a tensão entre o querer e o poder emergente nos encontros.

Resumidamente, ressaltamos aqui que sustentar o espaço da clínica em paciência e serenidade nada tem a ver com uma suposta passividade e aceitação incondicional do psicólogo na constituição da relação psicoterapêutica, sobretudo com os familiares. Além disso, as situações clínicas afirmaram que a teoria não é superior ao exercício do saber-fazer, o que deveria ser feito apareceu na própria relação em seu aspecto sensível da existência. Finalizamos esse tópico fortalecendo o argumento de Feijoo (2019) quanto ao exercício clínico na perspectiva fenomenológico-existencial, a qual se ancora essa proposta de psicoterapia domiciliar. O espaço de transformação, do demorar-se, da meditação, do aguardar e resguardar que se abre na clínica se efetiva na medida em que psicólogo, paciente e os demais envolvidos se abrem nesse aguardar para que algo possa acontecer. Para tanto, é necessário estarmos atentos ao perigo de perdermos a essência da relação psicoterapêutica ao operarmos segundo a lógica da funcionalidade (FEIJOO, 2017a).

3.3.3 Modo-de-ser-psicoterapeuta

Ao longo desse estudo acompanhamos um questionamento sobre a possibilidade de um modo de fazer psicoterapia pouco convencional, não apenas pelo atendimento se dar no âmbito residencial como, principalmente, por se tratar de uma atuação que vai de encontro a alguns padrões regulamentados pelo CFP. Tendo em vista o contexto da pergunta-título *será que o que faço é psicoterapia?* sob essa ótica, é compreensível a amálgama de sentimentos experienciados pela autora dessa pesquisa que se indagava sobre a possibilidade de fazer algo que já estava sendo feito.

Se por um lado, Laham (2004), Reichel (2008), Moreira e Crepaldi (2016), Motta (2010), Hicken e Plowhead (2010), Grilo (2012); Reiter (2000) - autores encontrados na revisão narrativa da literatura – sugerem que os estudos subsequentes se debruçassem sobre o desenvolvimento de teorias, técnicas e métodos adequados para esse desdobramento da psicoterapia tradicional. Por outro, Junior (2008) e Alexandre e Romagnoli (2017)

problematizam não apenas a desestabilização do modelo de clínica clássica, mas também recomendaram o questionamento às bases epistemológicas que fundamentam essa prática psicológica. Aproximamo-nos destes autores na medida em que propomos aqui um outro modo de pensar e fazer psicoterapia a despeito desta enquanto atividade tecnocrata.

No início desse capítulo abordamos a definição de psicoterapia sob a perspectiva da psicologia moderna, tratando-se de uma atividade cercada de métodos e técnicas comprovadas cientificamente visando a eficiência do tratamento. Agora refletiremos sobre essa prática psicológica a partir da fenomenologia-existencial. De acordo com Sá (2017):

[...] o termo “psicoterapia” deriva de duas palavras gregas: *psyché* e *therapéia*. O sentido mais originário de *psyché*, alma é “respiração”, “sopro de vida”, “princípio vital”. Em Homero, o herói morre quando *psyché* escapa-lhe pela boca. *Therapéia* quer dizer “cuidado”, “zelo”, “tratamento”. Assim, psicoterapia significa etimologicamente “cuidado pela vida” (p. 78, grifo do autor)

Podemos dizer que, originalmente, *psyché* nada tem a ver com a mente humana, muito menos se reduz a uma ciência que estuda os processos mentais e comportamentais do ser humano. Para a fenomenologia, diz Sá (2017), a psicoterapia pode ser compreendida como um “modo de cuidado da alma que acontece discursivamente e isso significa aqui: inteiramente e de maneira própria, na imanência discursiva do âmbito de sentido da existência” (p. 117). É possível pensar a psicoterapia como *cuidado pela vida* que acontece na abertura ao diálogo clínico, no “estar-com que co-responde ao outro enquanto abertura às suas mais diversas e próprias possibilidades de ser” (p. 79) e cuja vida fala por si mesma através do desvelamento dos fenômenos.

Assim, como expusemos no decorrer desse capítulo, a psicoterapia fenomenológico-existencial não opera segundo o pensamento calculante vigente na modernidade, mas resiste em uma atitude serena, atenta e paciente como disposição de abertura no encontro com o outro (estar-com) lançando-se às diversas possibilidades de ser. Em suma, o espaço terapêutico também pode ser um lugar de meditação sobre as questões que se impõem na existência e, por conseguinte, um lugar de abertura onde vida se desvela, irrompe, acontece.

Um adendo, Garcia-Roza (1977) nos lembra que “o termo ‘psicologia’ seria mais adequado se escrito no plural” (p. 9), pois esta é a grande riqueza da psicologia, seus saberes, sua pluralidade, sua dispersão, e não a busca por uma identidade, uma unicidade de saberes. Nesse sentido, é plausível falar em psicoterapias, afinal, Cordioli et. al. (2008) menciona a existência de 250 modalidades distintas. Todavia, o que estamos apresentando não se resume em mais teorias e técnicas, e sim um outro modo de cuidado da alma (cuidado de si), pois seu

diferencial está em se ancorar em outras bases que não na ciência moderna; e que, frente as novas nuances (domicílio) da clínica psicológica vê na experiência o seu fio condutor.

Ao discorrer sobre os parâmetros técnicos e éticos na formação do psicoterapeuta, Dutra (2009) afirma que a formação do psicólogo deve transcender as formalidades de aprendizado teórico e técnico e estar intimamente relacionada ao desenvolvimento de uma atitude que “envolve um modo de ser, um modo de ver e de estar no mundo, o qual se assenta num *ethos*” (p. 61). Logo, o psicoterapeuta deve atuar como um dispositivo de cuidado no relacionamento consigo e na abertura à alteridade. Com isso, chamamos a atenção para o que a autora descreve como *modo-de-ser-terapeuta* que diz do compromisso social e do *ethos*, não como uma direção ética e sim no sentido de morada, habitação.

Pois a relação psicoterapêutica, como sabemos, na prática e na experiência vividas no momento do encontro, dificilmente se pautará somente na “técnica” e na “teoria”. Pois existe uma dimensão que é da própria singularidade do psicólogo, uma vez que seu conhecimento e seu saber, formal e informal, passam a constituir o seu modo-de-ser-terapeuta (DUTRA, 2009, p. 63)

A autora defende que a teoria, a técnica e a regulamentação ética, tão marcantes em nosso exercício profissional, alcançam uma posição secundária em relação ao modo-de-ser do psicoterapeuta. Isto é, ele não se limita ao exercício de uma função, ser psicoterapeuta diz de um modo-de-ser. É nessa conjuntura que nos colocamos em sintonia com o pensamento de Dutra (2009) para declarar que, ao assumir essa atitude (modo-de-ser-psicoterapeuta), a realização de uma psicoterapia domiciliar – que, despretensiosamente, se constituiu de maneira não-convencional – abriu-se como possibilidade de atuação.

Finalizamos essa temática lembrando um debate sobre a classificação do atendimento psicológico domiciliar: enquanto Reichel (2008) afirma ser um desdobramento da psicologia clínica, Laham (2004) alega se tratar de uma extensão da psicologia hospitalar. Bom, nos dispomos a resolver esse dilema a partir de outro debate sobre o título de especialista em psicologia, ocorrido nos anos 1990 e 2000. Contrária ao movimento de especialização, Coimbra (1995) destaca que, diante de um especialista *psi* não se questiona os saberes produzidos por este e seu poder fortalece os lugares sagrados de saber e não-saber. Sá (2017) ressalta que, por não existir um consenso entre o objeto de estudo da Psicologia é que seria mais adequado tratá-la como um amplo campo de dispersão teórica. Dispersão, segundo Garcia-Roza (1977), no sentido de que a Psicologia não ocupa um lugar definido dentro do saber e, por isso, deve ser escrita no plural - psicologias. Nesse sentido, Feijoo (2017a) relembra uma discussão de Leão (1991) que, ao falar sobre a relação e as fronteiras entre a filosofia e a psiquiatria, evidenciou a necessidade de transpor as demarcações dos diferentes saberes. Feijoo (2017a) parafraseia Leão

(1991) para afirmar que as barreiras da Psicologia também são permeáveis e que podemos dialogar com as demais áreas do saber.

Isso nos leva ao questionamento feito por Carvalho e Sampaio (1997): “uma vez graduado, o recém-psicólogo pode aceitar o encargo de psicólogo do esporte em um grande time de futebol?” (p. 14). Bom, as experiências relatadas nessa pesquisa, sobretudo da própria autora, evidenciam que o saber científico não pode se sobrepor à experiência da atuação, pois, segundo Junior (2008) e Feijoo (2017a), a escuta psicológica não se reduz à clínica e se faz presente em qualquer área de atuação.

Além do mais, a essência da clínica psicológica transcende os campos de especializações, pois o caráter sensível da existência se revela em toda e qualquer situação (FEIJOO, 2017a). O que queremos com isso é enfatizar que não se trata de enquadrar o atendimento psicológico domiciliar em uma outra área da psicologia, mas de compreendermos que clínica, etimologicamente, significa *inclinarse* e não podemos perder isso de vista, pois o inclinar-se diante do outro está para além de áreas de atuação. Logo, embora a psicologia não possua uma identidade unitária, toda psicologia é clínica. Portanto, onde houver existente, haverá existência, e haverá também a possibilidade da manifestação da prática psicológica, no sentido de que o profissional sempre poderá se debruçar sobre os problemas existenciais daquele que o solicita, seja no hospital, na residência, no consultório ou na beira do campo de futebol. Onde a Psicologia estiver ela é clínica.

Dito isso, se toda psicologia é clínica e se, etimologicamente, psicoterapia significa cuidado pela alma. Então, concluímos que: sim, o que faço também é psicoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que a Psicologia está em constante expansão, adquirindo novos contornos e ramificações em diversas áreas. Como profissionais, devemos estar atentos às transformações do cotidiano e os novos caminhos que a psicologia vem trilhando, acolhendo atentamente as demandas atuais e novas dores da humanidade. Em contínuo crescimento no cenário brasileiro, devido ao avanço de recursos tecnológicos que facilitam a continuidade do tratamento de doentes crônicos em suas residências, destacamos aqui o serviço de assistência domiciliar (*home care*) que tem despertado o interesse do meio acadêmico. Por meio das nuances desse dispositivo de cuidado da saúde deparamo-nos com uma situação: a casa que outrora era visitada apenas pelos tradicionais médicos de família, agora abre suas portas para diversos profissionais da saúde, dentre eles, o psicólogo. Este, que se vê desamparado em um ambiente de atuação pouco convencional, por vezes, tem de lidar com a estranheza, o questionamento, o desconforto e insegurança suscitados dessa incomum experiência de atuação. Entre a imprevisibilidade do ambiente e o apoio do referencial teórico, muitos veem a necessidade de modificar, adaptar ou reinventar seus modos de atuação na residência.

Porém, o que fazer quando o profissional começa a se inquietar com a discrepância entre seu modo de clinicar dos demais relatos publicados? Foi nessas circunstâncias que emergiu a indagação que impulsionou essa pesquisa: *será que o que faço é psicoterapia?* Tendo em vista que a Psicologia enquanto ciência moderna fundamenta-se na concepção de subjetividade do eu, via de regra, as práticas psicológicas também se orientam quase que totalmente por uma perspectiva tecnocrata. Assim, nesse trabalho alcançamos o objetivo de propor uma psicoterapia que não se amparasse na técnica da modernidade, ou seja, como uma atividade tecnocrata, mas se constituísse em outras bases considerando a indissociabilidade entre homem e mundo. Sustentando-se, também, na noção de cuidado e cujo modo de acolhimento conduzisse o paciente às suas próprias possibilidades.

Com o objetivo de apresentar uma prática clínica de base fenomenológico-existencial que ocorresse no âmbito domiciliar, iniciamos a trajetória investigativa exibindo situações clínicas que evidenciavam como as especificidades da clínica psicológica tradicional se configuravam em meio às peculiaridades do ambiente domiciliar. Na medida em que a autora expunha o seu modo de lidar com o espaço terapêutico, o sigilo e a privacidade, o contato com os familiares e a relação psicoterapêutica desvelava-se um outro modo de cuidado na prática psicológica.

Assim como Heidegger (1953/2006) sugere um outro modo de relação com a técnica moderna por meio da serenidade, nesse primeiro momento propusemos uma reflexão dos elementos em questão de acordo com o pensamento heideggeriano, reafirmando a existência de uma clínica que não nasce de tratados e teorias, mas da experiência peculiar que dá o tom, o sabor e o saber (CAMPOS, 2015; FEIJOO, 2017a). Se sabe na medida em que se faz, tal como o sabor de uma comida que só sabemos ao saboreá-la, assim é a clínica existencial que se apoia no exercício do saber-fazer. O saber emerge no próprio fazer, que diz do singelo ato de se entregar à experiência de acompanhar o outro.

Nesse percurso, a revisão narrativa da literatura se mostrou um caminho interessante para podermos enxergar lacunas pouco estudadas que nos motivaram a investigar a viabilidade de uma psicoterapia domiciliar em bases fenomenológico-existenciais. Os autores - Laham, 2004; Alexandre e Romagnoli, 2017; Reichel, 2008; Junior, 2008; Moreira e Crepaldi, 2016; Motta, 2010; Grilo, 2012; Hicken e Plowhead, 2010; Glebova et. al., 2012; Reiter, 2000 - travaram um diálogo com o fazer da clínica tradicional e suas especificidades realçando a necessidade de flexibilidade nesse âmbito de atuação. Muito embora ainda operassem na tentativa de delimitar um padrão, um caminho ao qual o psicólogo devesse percorrer, tais como: quais diretrizes da clínica tradicional devem ser mantidas; de que modo teorias e técnicas devem se ajustar a esfera residencial; e qual deve ser a postura do psicoterapeuta na ausência das quatro paredes do consultório tradicional.

Diante disso, compreendemos que há tempos a clínica psicológica já não se reduz a um ambiente particular e minimamente estável. Se as ramificações do fazer clínico estão transbordando o universo residencial é devido aos profissionais que, de algum modo, tentam não se prender à rigidez da clássica psicoterapia outrora aprendida na universidade. Todavia, provavelmente essa contradição entre a flexibilização e a manutenção de certos padrões da clínica tradicional se dê numa tentativa de não estimular a descaracterização da clínica. Outro dado a se destacar é que as perspectivas da psicologia na qual os autores se fundamentaram, partem de uma visão dicotômica de homem e mundo. Nesse sentido, vimos a importância de realizar uma análise comparativa entre as bases clínicas psicoterápicas já consagradas de atendimento domiciliar com uma prática clínica alicerçada na fenomenológico-existencial.

Segundo a definição do CFP, constatamos que a psicoterapia é uma atividade que opera por meio da lógica da funcionalidade e da instrumentalidade, portanto, segue as determinações vigentes na modernidade, visando a eficácia, a produtividade e o controle. Recorreremos à etimologia da palavra clínica para pensar o significado em sua totalidade: *inclinare*. Figueiredo (2004) define a clínica como um gesto de “inclinarse diante de” (p.166). Sá (2009), em um movimento hermenêutico, propõe que ao pensarmos o sentido da clínica, façamos como uma

“tarefa de desocultamento e desconstrução dos sentidos previamente dados e velados nas interseções institucionais em que ela emerge como saber teórico e prático” (p. 69). Em concordância, Feijoo (2017a) enfatiza a possibilidade de pensar uma clínica psicológica que se sustenta na noção de cuidado e num modo de acolhimento que conduz o paciente às suas próprias possibilidades. Ou seja, quando falamos de uma clínica psicológica de cunho psicoterápico que acontece no ambiente residencial, estamos falando de uma noção ampliada da clínica que não se limita ao consultório e, por fim, confirmando a viabilidade de uma clínica que nasce da experiência.

Inspirada no argumento de Figueiredo (2004), Sá (2009; 2017) e Feijoo (2017a; 2019) – que se fundamentam no pensamento heideggeriano - defendemos a existência de um outro modo de cuidado na psicoterapia. Para isso, tivemos que retornar à revisão narrativa da literatura cujas situações clínicas apontam que, na psicoterapia domiciliar, a confiabilidade do sigilo e da privacidade se configuram em outros moldes. O sigilo pode nessas situações ser prejudicado. Manter o caráter confidencial exigido pelo código de ética se mostrou um desafio constante e até exaustivo para os autores que se esforçavam em preservar a posição que lhes foi conferida pelo código de ética: guardiões das normas. Todavia, vimos com Despret (2011) que o segredo na psicoterapia tem o intuito de separar aquilo que deve ser dito no meio público e no particular e que isso confere ao psicólogo uma relação de poder.

A minha experiência mostrou que é possível lidar com o sigilo e a privacidade sem assumir uma postura tutelar e, ainda assim, se configurar como um movimento de zelo e de cuidado de ambas as partes. Constatamos também que, no contexto do atendimento psicológico domiciliar, o sigilo pode nascer da experiência, do exercício do saber-fazer, ou seja, se constituir na relação terapêutica em detrimento do que sugere o regulamento do código de ética.

No que diz respeito à relação psicoterapêutica, vimos que as experiências expostas na revisão narrativa da literatura diminuem o potencial da relação psicoterapêutica ao classificar o *setting* terapêutico domiciliar como o principal aspecto dessa modalidade. O vínculo psicoterapêutico se consolidava por meio da relação *eu-tu* que confere ao psicólogo a onipotência do poder do saber, e cujo desempenho do processo terapêutico se dá numa relação causal. Divergentemente, a experiência da autora desse estudo confirmou a viabilidade de uma relação terapêutica que, assim com o sigilo, também está para além das teorias e normas que ditam como as coisas devem acontecer. A importância da relação se constitui no encontro psicoterapêutico, pois ao nos despiremos de medidas morais e normativas, o aspecto sensível da existência se desvela no próprio relacionamento, apontando para a possibilidade de conquista da medida existencial, logo, a responsabilidade do cuidado de si. É necessário estar atento ao

perigo de perdermos a essência da relação psicoterapêutica ao operarmos segundo a lógica da funcionalidade (FEIJOO, 2017a).

Encerramos essa jornada investigativa nos apoiando em Sá (2017) ao argumentar que, etimologicamente, psicoterapia significa *cuidado pela vida*, então é possível pensá-la como um modo de cuidado da alma que acontece na abertura ao diálogo clínico, no “estar-com que corresponde ao outro enquanto abertura às suas mais diversas e próprias possibilidades de ser” (p. 79). O rigor desse fazer não se designa pelo saber científico, mas pelo indeterminado (DESPRET, 2011). O que é terapêutico nasce na própria relação, na experiência, no exercício do saber-fazer. Assim, independente do ambiente físico, o espaço terapêutico pode ser um lugar de meditação sobre as questões que se impõem na existência e, por conseguinte, um lugar de abertura onde vida se desvela, irrompe, acontece.

Dutra (2009) apresenta um termo pertinente para a finalização de nossa discussão: o *modo-de-ser-psicoterapeuta*. Criticando as convenções na formação do psicólogo, a autora sugere o desenvolvimento de uma atitude que esteja acima do cumprimento de normas. Atitude essa que seja decorrente do modo de ser, de ver e de estar no mundo, “o qual se assenta num *ethos*” (p. 61). Em outras palavras, o psicoterapeuta deve atuar como um dispositivo de cuidado no relacionamento consigo e na abertura à alteridade, comprometido com o social e uma ética que não se resume em normas, e sim no sentido de habitação do ser. É nessa conjuntura que nos colocamos em sintonia com o pensamento de Dutra (2009) para declarar que esse modo-de-ser-psicoterapeuta não vem do saber científico, logo, não é possível encontrá-lo nas páginas dos livros, pois se conquista na abertura à experiência. Tal como o sabor de uma comida que se alcança no movimento de provar, ajustar os temperos e saborear novamente, assim também foi a jornada da autora dessa pesquisa ao abrir-se para a possibilidade de atuação como psicoterapeuta domiciliar.

Diante disso, concluímos que a psicologia clínica e a escuta clínica podem acontecer em qualquer lugar, em qualquer área de atuação profissional, pois suas ramificações e os diálogos que são travados com os diversos campos são aspectos de sua pluralidade. Tão somente por isso que é possível ao psicólogo transitar entre diferentes áreas de atuação. Na medida em que a autora desse texto se abria para a experiência da prática clínica em domicílio, foi questionando a necessidade de um novo referencial teórico e técnico que os autores da revisão narrativa haviam sugerido. Talvez, esse costume tão característico no meio acadêmico possa estar contribuindo para a criação de mais muros entre a psicologia clínica e os demais saberes, ao invés impulsionar a transposição de suas barreiras. Em contrapartida, se perguntava como estava conseguindo conquistar uma atitude serena e paciente ao mesmo tempo em que

prescindia de métodos, estratégias e teorias. A serenidade e a paciência são atitudes do psicólogo clínico que se ampara na fenomenologia-existencial para pensar a sua clínica.

O analista, em paciência e de modo sereno, sabe que nada sabe. Assume então um saber que desconhece o caminho e o tempo das coisas se darem. Por tudo isso é que esse analista tem algo a oferecer, justamente porque não possui algo a dar; e ao nada dar, ele abre a possibilidade de que o outro conquiste as suas próprias possibilidades (FEIJOO, 2019, p. 81).

Ao se distanciar das determinações do nosso tempo, preconizados pela psicologia moderna, foi, pouco a pouco, se sentindo confortável em tão somente acompanhar os acontecimentos e as peculiaridades desse contexto. Desprovida da necessidade de caracterizar essa clínica, pôde responder ao questionamento que intitula essa pesquisa. Ao considerarmos a definição do CFP, claramente o que faço não é psicoterapia. Entretanto, parafraseando Barthes: “eis o que eu fiz. Isto não é para ser feito, pois já está feito; *mas o fato de que eu o tenha feito, prova que é fazível*” (p. 50, grifo nosso). Nesse sentido, se foi possível fazer, então sim, o que faço *também é* psicoterapia. A trajetória da autora desse trabalho clínica no ambiente familiar certamente não foi da ordem da necessidade, em que as teorias sugerem nossos passos, e sim da ordem da possibilidade, da abertura à singularidade e à alteridade do outro, como sugere a atitude fenomenológica.

Encerramos esse trabalho sugerindo novas pesquisas, mas não no sentido de gerar novos referenciais teóricos e técnicos que fundamentem o atendimento psicológico domiciliar, e sim abrindo espaço para pensar uma clínica psicológica que se sustente em outras bases e aconteça em qualquer ambiente. Assim, incentivamos o desenvolvimento de estudos que se debrucem sobre o pensamento, o questionamento e a reflexão do que se desvela e ganha sentido no espaço psicoterapêutico. Com esse trabalho, almejamos resistir à criação de um modelo que sirva de norma para o atendimento psicológico em domicílio. Ao romper com essa tradição enfatizamos um outro modo de lidar com o saber científico sem o sobrepor àquilo que nasce no exercício do saber-fazer.

Fazendo um paralelo dessa pesquisa com a história japonesa sobre o gato no ritual de meditação, contada no início do terceiro capítulo, o saber científico tem o intuito de explicar e legitimar, através da lógica, os benefícios da presença ou da ausência do gato para uma boa meditação – pensamento calculante. O que fizemos aqui foi exatamente aquilo que os monges e alunos não fizeram: questionamos o conjunto de normas que definem a meditação como tal. Ou seja, refletimos acerca dos padrões da clínica psicológica/psicoterapia no atendimento domiciliar, de maneira que o gato (elementos convencionais da clínica) não precisou ser excluído da sala, mas descobriu outro modo de habitá-la.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. *Qualidade de vida do idoso: A assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALEXANDRE, M.M. L. *O psicólogo nas trilhas dos processos de subjetivação na atenção básica à saúde/SUS: sentidos de uma prática cotidiana com as Equipes de Saúde da Família de Brumadinho*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2015.

ALEXANDRE, M.M.L; ROMAGNOLI, R.C. Atendimento Psicológico Domiciliar: relato de uma experiência. *Revista PSI UNISC*, Santa Cruz do Sul, V. 1, nº1, p. 46-59, 2017.

AGUIAR, F. Modelo Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.14, n.3, pp. 606-616. 2001.

BASTOS, A.V.B.; GOMIDE, P.I.C. *O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional*. In *Psicologia, Ciência e Profissão*, n.º 1, p.6-15, 1989. <Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v9n1/03.pdf>> Acesso em 27 de agosto de 2018.

BARTHES. R. *Aula: aula inaugural da cadeira de semiologia literária do Colégio de França*, Editora Cultrix: São Paulo, (tradução Leyla Perrone-Moisés), 1977.

BEZERRA JUNIOR, B. O acaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, C. A. (org). *Transgressões*. P. 229-251, Rio de Janeiro, 2002.

BECK, A.T. *Thinking and depression II: Theory and therapy*. *Archives of General Psychiatry*, v.10, p.561-571, 1964.

BRASIL. Lei 5.766 de 20 de dezembro de 1971. *Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências*. Brasília, 1971. <Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1971_5766.pdf> Acesso em 16 de maio de 2017.

BRASIL. Decreto 79.822 de 17 de junho de 1977. *Regulamenta a Lei 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências*. Brasília, 1977. <Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/decreto_1977_79822.pdf> Acesso em 16 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. José Mauro Ceratti Lopes (org.). *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde: experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição*; Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2016. <Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.416, de 23 de Março de 1998*. Brasília, 1998. <Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf> Acesso em 25 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) 2016 <Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em 02 março 2019.

BRASIL. *Caderno de Atenção Domiciliar*. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf> Acesso em 20 de Fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011* Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011 <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html> Acesso em 19 de fevereiro 2019.

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. 2016 <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html> Acesso em 19 de fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf> Acesso em 20 fevereiro 2019.

CAMPOS, E. *Dos “Ensaio de psicologia” à psicologia como ensaio*. Rio de Janeiro: Anais XIV Jornada Internacional de Estudos de Kierkegaard da SOBRESKI: O silêncio da solidão: tornar-se singular em Kierkegaard, p. 131-150, 2015.

CARVALHO, M. T. M.; SAMPAIO, J. R. A formação do psicólogo e as áreas emergentes. *Revista Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 17, n. 1, p. 14-19, 1997.

COIMBRA, C. *Guardiães da ordem*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Revista Mnemosine*. v. 1, n. 0, p. 48-52, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Jornal do Federal*. Ano 21, nº 95, p. 12-13, 2009. <Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/01/jornal_federal_95.pdf> Acesso em 20 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 14/2000 de 20 de dezembro de 2000. *Título de especialista*. Brasília, 2000. <Disponível em: <http://abepsi.org.br/wp-content/uploads/2011/07/2000-resolucao142000.pdf>> Acesso em 16 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 002/2004. *Reconhece a Neuropsicologia como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de Especialista*. Brasília, 2004. <Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2004_2.pdf> Acesso em 16 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 013/2007. *Inclui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Brasília, 2007. <Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf> Acesso em 16 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 03/2016. *Altera a Resolução CFP nº 013/2007, que inclui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Brasília, 2016. <Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-003-2016.pdf>> Acesso em 16 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o Psicólogo Brasileiro*. São Paulo: Edicon, 1988.

COSTA, L. F., BRANDÃO, S. N., Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Revista Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, nº 17 (2): 33-41, maio/agosto 2005.

CORDIOLI, A. V. e col. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DA COSTA, P. V. R., *Da filosofia à clínica psicológica: uma experiência malograda de atendimento atento e atmosfera permeável na clínica*. In: *Situações Clínicas I: Análise Fenomenológica de Discursos Clínicos*. (org.) 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, p. 67-95, 2015.

DESPRET, V. Leitura etnopsicológica do segredo. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, n. 1, pp. 5-28, 2011.

DORON, R.; PAROT, F. *Psicologia Clínica. Dicionário de Psicologia*. v. 1. São Paulo: Ática, p. 144-145, 1998.

DRAWIN, C. R. *Psicoterapias: elementos para uma reflexão filosófica*. In: *Ano da Psicoterapia – textos geradores*. 1ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. P. 17-37, 2009.

DUTRA, E. Formação do Psicólogo Clínico na Perspectiva Fenomenológico-Existencial: Dilemas e Desafios em Tempos de Técnicas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, vol. 19, n.2, pp. 205-211, 2013.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, vol. 9, n. 2, pp. 381-387, 2004.

DUTRA, E. *Parâmetros técnicos e éticos para a formação do psicoterapeuta: alguns apontamentos*. In: In: Ano da Psicoterapia – textos geradores. 1ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 57-66, 2009.

ETCHEGOYE, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.

FREUD, S. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Original publicado em 1912)

FEIJOO, A. M. C.; *Existência e Psicoterapia: da psicologia sem objeto ao saber-fazer na clínica psicológica-existencial*. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2017a.

FEIJOO, A. M. C. *Dor, Sofrimento e Desespero: Do Homem Grego ao Homem Moderno*. In: Interpretações Fenomenológico-Existenciais para o Sofrimento Psíquico na Atualidade. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, p. 07-32, 2017b.

FEIJOO, A. M. *Impasses da clínica psicológica existencial em um mundo tecnocrata*. In: Fenomenologia e Práticas Clínicas II: Palestras apresentadas no II Congresso Luso-Brasileiro de Psicoterapia Existencial: Casos clínicos e aplicabilidade em contextos profissionais. Lisboa 2014. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2017c

FEIJOO, A. M. *Uma ou quatro crianças em um consultório de psicologia: José e, também, Menino Maluquinho, João sem medo e Bentinho?* In: Situações clínicas 2: infantil. 1ª e. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, p. 17-50, 2017d.

FEIJOO, A. M. Confissão e cura pela revelação da verdade escondida: é o objetivo da clínica psicológica? *Revista da abordagem gestáltica*, vol. 10, n.2, pp. 221-227, 2014.

FEIJOO, A. M. C. *Paciência e Serenidade: Clínica Psicológica como a Arte do Demorar-se*. In: Daseinsanálise hoje. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, p. 65-86, 2019.

FEIJOO, A. M.; PROTÁSIO, M. Os desafios da clínica psicológica: tutela e escolha. *Revista da abordagem gestáltica*, vol. 16, n. 2, pp. 167-172, 2010.

FEIJOO, A. M. *As diferentes etapas da psicopatologia fenomenológica*. In: Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, p. 19-60, 2016.

FEIJOO, A. M. *Hybris y Psicoterapia como posibilidad de rescate de la medida existencial*. No prelo.

FIGUEIREDO, L. C. M. Quem é o psicólogo clínico? In: FIGUEIREDO, L. C. M. *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. 8 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FOGEL, G. *O homem doente do homem e a transfiguração da dor*. Rio de Janeiro: Mauad, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006 (original publicado em 1981)

GLEBOVA, T. G.; FOSTER, S. L.; CUNNINGHAM, P. B.; BRENNAN, P. A.; WHITMORE, E. Examining Therapist Comfort in Delivering Family Therapy in Home and Community Settings: Development and Evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy*, Vol. 49, No. 1, 52–61, 2012.

GARCIA-ROZA, L. A. Psicologia: um espaço de dispersão do saber. São Paulo: *Revista Radice*, v. 1, n. 4, 1977.

GEMINO, A. M. *Por uma Ontologia da ciência clínica*. Tese (doutorado em Psicologia) – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2014.

GRILO, R. Integração do Psicólogo no Serviço de Apoio Domiciliário: Intervenção com o Idoso. Ed.18, Maio, *Revista Psicologia na Atualidade*. 2012 <Disponível em <https://pt.slideshare.net/RuiGrilo1/rui-grilo-integrao-do-psicologo-no-servio-de-apoio-domicilirio-interveno-com-o-idoso-artigo-2012>> Acesso em 10 de Fevereiro 2019.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *Revista GEOgraphia*. Niterói, v. 4, n. 7, 2002.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo* – parte I. (Marcia Sá Cavalcante Schuback) Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universidade São Francisco, 2005 (Original publicado em 1927).

HEIDEGGER, M. *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget. Maria Madalena Andrade & Olga Santos, (trad.), 1959.

HEIDEGGER, M. *Seminário de Zollikon* (tradução de Arnhold, G. e Prado M. F.) Petrópolis: Vozes, 2001 (Original publicado em 1929).

HEIDEGGER, M. *A questão da técnica*. In: Ensaios e conferências. (Emanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel & Márcia Schuback). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2006 (Original publicado em 1953)

HEIDEGGER, M. *Ciência e pensamento do sentido*. In: Ensaios e conferências. (Emanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel & Márcia Schuback). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2006 (Original publicado em 1953)

HICKEN, B. L.; PLOWHEAD, A. A Model for Home-Based Psychology From the Veterans Health Administration. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 41, No. 4, 340–346, 2010. <Disponível em DOI: 10.1037/a0020431> Acesso 28 de Abril 2018>

IBOPE. *Pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia*. 2004. <Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/05/Pesquisa_IBOPE.pdf> Acesso em 30 de agosto de 2018.

JUNIOR, V. P., *A atenção domiciliar e o psicólogo: experiências, apontamentos para a formação e indícios para uma clínica*. 148f. Dissertação (Mestrado) – Centro de desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

KIERKEGAARD, S. *De la tragedia*, Tradução: J. Zavália, Buenos Aires, Editora Quadrata, 2005. (Original publicado em 1844).

LAHAM, C. F., Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Revista Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v.2, n.2, dezembro 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010 Acesso em 20 de fevereiro 2019

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2014.

LANGENBACH, M.; NEGREIROS, T. C. G. M. A formação complementar: um labirinto profissional. Em: Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* p.86-99, São Paulo: Edicon, 1988.

LEÃO, C.E. *Aprendendo a pensar*. Petrópolis: Vozes, 1991.

LELOUP, J. Y. *Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria*. Petrópolis: Vozes, 2003.

LEME, E. O. História do Home Care. In: *Portal Home Care*. 2015 <Disponível em <http://portalthomecare.com.br/historia-do-home-care/>> Acesso em 21 de agosto de 2018.

LIMA, A.A; SPAGNUOLO, R. S; e PATRÍCIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351 abr./jun. 2013.

LISONDO, A. *Psicanálise de crianças: um terreno minado?* In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. XXX, n. 1, p. 9-26, 1996.

MARQUE, C. R.; GOMES, I, C. A mudança do setting terapêutico como modelo facilitador para promover a estabilidade do vínculo frente às modificações do contexto familiar. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, v. 7, n. 2, p. 11-17, 2006.

MAGLIANO, F. R. *Meditação e Clínica: uma aproximação entre Filosofia e Psicologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2019.

MONK-TUTOR, M. R. The U.S. home infusion market. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 55, n. 19, p. 2019-2025, 1998.

MOREIRA, J. A.; CREPALDI, M. A. Atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento: um olhar sob a perspectiva sistêmica. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde, São Paulo, Editora Metodista, v. 24, n. 2, pp. 39-48, Jul.-Dez., 2016.*

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: das práticas curativas ao dispositivo de Promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007.*

MOTTA, L. F. Atendimento Domiciliar – um enfoque psicológico da prática da terapia cognitiva comportamental. In: São Paulo Internações domiciliares Grupo Mais (org). *Prata da casa 3: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida.* 1 ed. São Paulo: Oboré, p. 72-77, 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, pp. 071-079, Jan-Abr, 2000.*

PEREIRA, F. M.; NETO, A. P. O Psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. 2, pp. 19-27, 2003.*

PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita Domiciliar em Saúde Mental – O Papel do Psicólogo em Questão. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 27, n. 1, pp. 22-31, 2007.*

PORTER, R. *Cambridge: história ilustrada da medicina.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

PROTASIO, M. M. A Psicologia indicada por Kierkegaard em algumas de suas obras. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies, Goiânia, v. 20, nº 2, p. 213-220, Jul-Dez, 2014.*

REICHEL, T. J. *O processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar sob o olhar da Psicanálise.* 133f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.

REITER, M. D. Utilizing the Home Environment in Home-Based Family Therapy, *Journal of Family Psychotherapy*, 11:3, 27-39, 2000. <Disponível em DOI: 10.1300/J085v11n03_03> Acesso em 20 de fevereiro 2019.

RIBEIRO, J. L. P. *A Psicologia da Saúde.* In: Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa. ALVES, R. F (org.) Campina Grande: EDUEPB, p. 23-64, 2011.

ROTH, W. C. Atendimento psicológico domiciliar. In: ANGERAMI, V. A. (org.). *Novos rumos na psicologia da saúde.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SÁ, R. N. *Psicoterapia, cientificidade e interdisciplinaridade: a propósito de uma discussão sobre a suposta necessidade de regulamentação das práticas psicológicas clínicas.* In: Ano da Psicoterapia – textos geradores. 1ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. P. 68-87, 2009.

SÁ, R. N. A Psicoterapia e a Questão da Técnica. In: SÁ, R. N. *Para além da técnica: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado.* Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

SÁ, R. N.; AZEVEDO JUNIOR, O.; LEITE, T. L. Reflexões fenomenológicas sobre a experiência de estágio e supervisão clínica em um serviço de psicologia aplicada universitário. *Revista da abordagem gestáltica*, vol.16, n.2, pp. 135-140, 2010.

SAMPAIO, A. Psicanálise: dificuldades e impasses no fim do século. *Cogito* [online]. vol.1, pp. 11-15, 1996.

SHAKON, D. *Clinical psychology*. In: FREEDMAN, A.; KAPLAN, H.; SADOCK, B. (Edts.). *Comprehensive textbook of psychiatry/II*. (Vol. 1, 2th Ed.). Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1975, P. 2376-2386.

UNIFESP. *Tipos de Revisão de Literatura*. Botucatu, 2015. <Disponível em <http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>> Acesso em 07 de agosto de 2018.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, v. 22, n. 49(2), pp. 485-501, 2013.

WHO. *Relatório final da pesquisa junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia*. Brasília, 2001. <Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/05/Pesquisa_WHO.pdf> Acesso em 27 de agosto de 2018.

ZIMMERMANN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed. 2010 (Original 2007)