



# O ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO IMPORTANTE FERRAMENTA DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA: UMA EXPERIÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

HOME CARE AS AN IMPORTANT TOOL OF SYSTEMIC FAMILY THERAPY:  
AN EXPERIENCE IN THE UNIVERSITY EXTENSION

Jennifer Antonelle de Moura Vasconcelos<sup>1</sup>

Tamara Alessandra dos Santos Gomes<sup>2</sup>

Stella Maria Poletti Simionato Tozo<sup>3</sup>

**RESUMO:** O artigo traz um relato de experiência que objetiva expor e discutir aspectos concernentes às visitas domiciliares realizadas pelas alunas extensionistas do curso de Psicologia no Projeto Vincular: reconstruindo relações familiar. O projeto é vinculado a uma instituição, sede de um dos grupos do projeto, que atendeu seis famílias por meio de grupos multifamiliares e atendimentos domiciliares que aconteciam paralelamente. Contando com uma breve contextualização das famílias atendidas, o relato da experiência com as visitas domiciliares enfocou fundamentalmente os resultados alcançados. Nos grupos, notamos que algumas questões eram compartilhadas pela maioria destas, como a adoção de narrativas dominadas pelo problema, baixa autoestima, violência familiar. No entanto, haviam questões específicas a cada uma delas, que nos atendimentos domiciliares puderam ser aprofundadas com as famílias em suas particularidades. Através de conversações compartilhadas sobre questões levantadas, buscou-se construções de narrativas que fossem menos limitantes e padrões interacionais que fossem considerados pela família como mais funcionais. A partir da experiência tida com esta modalidade de atendimento, endossamos as argumentações que defendem a necessidade de um embasamento teórico-metodológico específico para os atendimentos domiciliares. O atendimento clínico em domicílio não significa apenas uma mudança geográfica, e, portanto, não basta a transposição de teorias e métodos para o novo contexto. É preciso que o profissional que se engaje nesta modalidade de atendimento tenha acesso a um suporte teórico-metodológico que dê conta das especificidades inerentes aos atendimentos domiciliares, que em nossa experiência demonstram estar em torno principalmente da maior imprevisibilidade. Endossamos também a potencialidade de conciliação desta modalidade de atendimento com os grupos multifamiliares, sob a visão sistêmica. Por fim, destacamos que esta modalidade de atendimento carrega em si muita potência para a produção de mudanças pautadas na autonomia e no reconhecimento e aproveitamento de recursos pré-existentes pela família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atendimentos domiciliares; terapia sistêmica; extensão universitária; família

**ABSTRACT:** This article brings an experience report that aims to expose and discuss aspects related to home visits performed by the extension students of the Psychology course in the Project Vincular: rebuilding family relationships. The project is linked to an institution, home to one of the project groups, which assisted six families through multifamily groups and home care that happened in parallel. With a brief contextualization of the families served, the report of the experience with the home visits focused fundamentally on the results achieved. In the groups, we noticed that some issues were shared by most of them, such as the adoption of narratives dominated by the problem, low self-esteem, family violence. However, there were specific questions to each of them, that in the home care were deepened with families in their particularities. Through shared conversations on raised issues, constructions of narratives were sought that were less limiting, and interactional patterns that were considered by the family as more functional. From the experience with this type of care, we endorse the arguments that support the need for a specific theoretical-methodological basis for home care. Home care does not just mean geographic change, and therefore, it is not enough to transpose theories and methods into the new context. It is necessary that the professional that engages in this type of service have access to a theoretical and methodological support that takes into account the specifics inherent to the home care, which in our experience seems to be mainly around the greatest unpredictability. We also endorse the potential of reconciling this modality of care with multifamily groups, under the systemic view. Finally, we emphasize that this type of care carries

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela PUC Minas São Gabriel. E-mail: jenniferantonelle@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela PUC Minas São Gabriel. E-mail: tamaraalessandra1@hotmail.com

<sup>3</sup> Docente da Faculdade de Psicologia da PUC Minas, Dr<sup>a</sup> em Psicologia pela USP Ribeirão Preto, coordenadora do projeto de extensão *Vincular: reconstruindo relações familiares*. E-mail: stellatozo@pucminas.br

in itself a lot of power for the production of changes based on the autonomy and the recognition and use of pre-existing resources by the family.

**KEYWORDS:** Home care; systemic therapy; university extension; family

---

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo parte das visitas domiciliares realizadas ao longo do ano de 2017 pelas alunas extensionistas do Projeto de Extensão Universitária da PUC Minas, unidade São Gabriel, intitulado VincuLar: reconstruindo relações familiares. O projeto proporciona acompanhamento psicoterápico a famílias caracterizadas como multiestressadas, por meio de duas frentes de atuação: grupos terapêuticos multifamiliares e atendimentos domiciliares. Este artigo centrará atenção aos atendimentos domiciliares, objetivando compartilhar o relato da experiência, expondo e discutindo questões suscitadas pelo processo, sobretudo relacionadas às intervenções realizadas e resultados alcançados.

Decorrente da percepção de limitações dos modos tradicionais de se fazer clínica, o atendimento domiciliar aparece como uma modalidade de atendimento que carrega uma série de possibilidades para a terapia, sobretudo para a terapia familiar. Conforme Moreira e Crepaldi (2016) “O ambiente domiciliar se faz bastante favorável pela riqueza de elementos para o trabalho terapêutico.” (p.46). No entanto, é preciso atentar-se para que o atendimento domiciliar não se reduza a uma mudança de ambiente físico, de modo que, de fato se utilize das potencialidades dispostas por essa modalidade de atendimento (COSTA; BRANDÃO, 2005). Para isso, é preciso adotar perspectivas de compreensão e intervenção que deem conta das peculiaridades desse tipo de atendimento. Os atendimentos domiciliares realizados ao longo do ano foram feitos sob orientação do pensamento sistêmico e da terapia familiar, especialmente na perspectiva do Construcionismo social. As terapias sistêmicas são responsáveis pelo “deslocamento do eixo de compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado” (SHIMOGUIRI; SERRALVO, 2017, p. 80). Além disso, sob tal orientação o terapeuta não é um interventor no processo, de modo que, as respostas buscadas pela família não são encaradas como devendo ser fornecidas pelo terapeuta, mas pela própria família. Assim, o terapeuta se coloca no lugar de facilitador do diálogo em prol de se incentivar e preservar a autonomia da família.

## 2 PSICOLOGIA E ATENDIMENTOS DOMICILIARES: A CLÍNICA ALÉM DO CONSULTÓRIO

O atendimento domiciliar é uma ferramenta que pode ser utilizada por diferentes profissionais em seus diversos contextos de atuação, tais como o serviço social, da saúde e do judiciário. Para cada um desses, o atendimento domiciliar possui seu respectivo objetivo.

Na assistência social geralmente é usado como forma de acompanhar beneficiários de programas sociais; no âmbito jurídico, ele acontece nos processos de adoção; na área da saúde, ocorre no tratamento de doentes acamados ou em reabilitação (BRANDÃO; COSTA, 2008).

No que compete à produção bibliográfica sobre o atendimento domiciliar, Alexandre e Romagnoli (2017) apontam que o atendimento psicológico domiciliar ainda é pouco pesquisado. Por sua vez, Costa e Brandão (2005) qualificam a visita domiciliar como “a tão praticada - mas pouco estudada” (p. 36). Consonante a tais afirmações, Rocha et. al. (2017) constataram que, de 2003 a 2014, considerando três importantes bases de dados, a saber: Scielo, Bireme e PsycINFO, houve uma maior predominância de artigos sobre o tema em revistas cuja área de concentração é do campo da saúde. Dentre essas, a Psicologia aparece com a porcentagem de 7,8% dos artigos encontrados sobre a temática, estando atrás de revistas cuja área de concentração seja a Medicina (responsável por 26,4% da produção sobre o tema), Enfermagem (24,9%), Saúde em geral (22,9%) e Saúde Mental (11,9%). Destacam ainda que, nesse levantamento realizado, depararam com uma escassez de trabalhos da psicologia e demais áreas que abordem a visita domiciliar como uma técnica de intervenção (ROCHA et al., 2017).

Se por um lado se tem essa escassez de produção bibliográfica destacada por Rocha et. al. (2017), por outro, conforme Brandão e Costa (2008) há um “crescente interesse pelo atendimento domiciliar que reflete as limitações do atendimento institucional e da atuação individual do profissional.” (p. 182). Considerada tais limitações, Brandão e Costa (2008) e Costa e Brandão (2005) argumentam que a visita domiciliar não se efetua por meio da transposição/aplicação de práticas institucionais, tradicionais da Psicologia para o ambiente domiciliar. A questão não é apenas a mudança do ambiente do atendimento, mas da perspectiva de abordagem das questões a serem trabalhadas, pois a geografia de fato caracteriza fortemente a visita domiciliar, entretanto não a define completamente (FREITAS, 1997 apud BRANDÃO; COSTA, 2008).

O ambiente domiciliar carrega em si muita potência para a terapia familiar, uma vez que é o ambiente original da família, no qual os membros interagem, convivem, conflitam cotidianamente. Existe uma historicidade representada em cada objeto e ambiente que, na visita domiciliar passa a compor a terapia (MOREIRA; CREPALDI, 2016). Para que esse cenário contribua para o processo, é preciso uma postura por parte do terapeuta que dê conta das peculiaridades dessa modalidade de atendimento. Ou seja, é preciso que haja fundamentações próprias para esse atendimento, visando aproveitar ao máximo toda potencialidade desta prática. Costa e Brandão (2005), por exemplo, dispõem de uma proposta de intervenção domiciliar calcada na articulação da psicologia comunitária e a terapia familiar sistêmica. Em outro momento, as referidas autoras afirmam que, a articulação das contribuições de diferentes campos pertinente a uma prática atua na “construção de uma prática não proveniente da superposição ou transposição de modelos, mas, sobretudo, da tentativa de reformulação e elaboração de novas formas de atuação” (2005, p. 33).

A necessidade de adoção de um modelo teórico/metodológico específico para a fundamentação do trabalho com visitas domiciliares se justifica, portanto, pelas especificidades desta modalidade de atendimento, que são várias. Nos atendimentos domiciliares, estes deixam de ser institucionais e passam a ser no território. Isso implica ver o sujeito atendido na relação com seu contexto. Conforme Moreira e Crepaldi (2016), o ambiente domiciliar é suscetível a interferências ao longo do atendimento. Afirmam: “Isto requer do terapeuta maior flexibilidade, lidando constantemente com a imprevisibilidade [...]” (p. 43). Isso, porque o ambiente não é de uso exclusivo do profissional. Pelo contrário, comumente a pessoa atendida reside na casa com outras pessoas, que, na dinâmica do cotidiano familiar podem representar para o atendimento interações das mais diversas, desde participações a interrupções. Além das interferências internas a casa, o atendimento em domicílio é sensível também a interferências externas a essa.

As visitas domiciliares podem ocorrer em ambientes sociais diversos, de modo que não há uma restrição de perfil econômico ou social das famílias atendidas. Todavia, observa-se que conforme o contexto de atuação, poderá haver demandas específicas decorrentes destas condições da família, que se somarão à flexibilidade. Quando de camadas mais baixas da sociedade, considerando a constante transação entre vizinhos que caracteriza famílias de periferia (COSTA; BRANDÃO, 2005), argumenta-se que a imprevisibilidade é acentuada. Tal questão está longe de ser uma crítica, ou problemática a ser resolvida. Não se trata de investir esforços em prol da neutralização da imprevisibilidade. Desde que se atente para que as interrupções não inviabilizem o processo, ou comprometam questões fundamentais como o sigilo,

a presença de pessoas do círculo de convívio da pessoa ou família podem representar uma oportunidade de mobilização da sua rede social, o que é fundamental em termos de asseguramento da autonomia.

De acordo com Minuchin (apud BRANDÃO; COSTA, 2008), o profissional ao trabalhar com famílias que vivem em contexto de vulnerabilidade social precisa desenvolver habilidades em quatro áreas: “coleta de informações, redefinição das suposições familiares, exploração dos padrões de interação alternativos e manejo do conflito” (p. 184). A coleta de informações sobre as famílias é importante para a criação do vínculo e para o conhecimento de sua estrutura e dinâmica das relações. Geralmente elas são vistas como problemáticas, desestruturadas e é necessário que o terapeuta reforce a capacidade que elas têm de enfrentar as crises que abalam o sistema. Por vezes será preciso explorar novos padrões de interação, sempre tendo em vista o papel que cada um exerce dentro daquele espaço. Além disso, o terapeuta deve aprender a “lidar com os conflitos familiares, seja ativando-os quando há uma tentativa do sistema de disfarçar as desavenças, seja tolerando e mediando o surgimento de um conflito” (p. 184).

A mudança de ambiente pode impactar também o vínculo terapêutico, uma vez que o atendimento em domicílio “possibilita um vínculo mais estreito, pela proximidade entre o profissional, o cliente e sua família” (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017, p. 10). Se por um lado tal impacto pode ser favorável ao processo, na medida em que pode contribuir às intervenções e aos diagnósticos; por outro, há que se atentar para que se seja capaz de, nas palavras de Alexandre e Romagnoli, “distinguir a todo tempo os limites da intimidade para não se colocar em risco o objetivo do trabalho [...]” (p. 10).

Nesse contexto, se faz necessário ressaltar que essa modalidade de atendimento também traz consideráveis ganhos para o profissional de Psicologia. Sair do espaço cômodo dos consultórios para ir até as comunidades amplia as possibilidades de atuação e possibilita que os psicólogos se sintam mais próximos das pessoas e mais sensíveis em relação a realidade que eles vivem (BRANDÃO; COSTA, 2008).

Nas páginas que se seguem, explicita-se a metodologia utilizada nas atividades do *Vincular: reconstruindo relações familiares* sobretudo nos atendimentos domiciliares, e sua grande utilidade nos atendimentos familiares realizados no projeto. Na sequência, expõe os resultados alcançados.

### 3 METODOLOGIA

O projeto *VincuLar: reconstruindo relações familiares* possui duas modalidades de atendimento: grupo multifamiliar e visitas domiciliares. No período de realização do relato ambas as modalidades ocorriam quinzenalmente e intercaladas entre si, de modo que na semana em que havia grupo não aconteciam as visitas e assim sucessivamente. Segundo Costa e Brandão (2005) o trabalho conjunto de grupos multifamiliares e visitas domiciliares é potente no atendimento de famílias de baixa renda, na medida em que cada modalidade tem alcances diferentes e complementares para o processo. Segundo as referidas autoras, o grupo teria uma proposta mais educativa e preventiva, na medida em que “demonstra eficácia no alívio de tensões, compartilhamento de sentimentos e ampliação da consciência sobre os problemas enfrentados e busca de soluções” (COSTA, 1998 apud COSTA; BRANDÃO, 2005, p. 36). Por sua vez, as visitas domiciliares possibilitariam

[...] aprofundar intervenções de questões que não são possíveis em grupo; vincular a família à instituição pela qual a visita acontece e mobilizar as redes sociais, pois o espaço da casa em famílias de periferia não tem o aspecto privado das famílias de classe média alta. A presença constante de vizinhos indica, não apenas que eles também compartilham daquela realidade, como também expressam uma rede de apoio da família (BRANDÃO, 2001; BRANDÃO; COSTA, 2003 apud COSTA; BRANDÃO, 2005, p. 36).

Em nossa experiência, a complementaridade dos grupos e visitas, sinalizadas por Costa e Brandão (2005), demonstraram ser uma realidade. De fato, as duas modalidades abarcaram as limitações uma das outras, de modo a ser possível um atendimento mais contundente a partir da conciliação das duas.

O grupo era coordenado por duas extensionistas e se revelava como um espaço de reflexão, troca de opiniões, relato de experiências e um aprendizado constante com o saber do outro. Conforme pode ser notado pela descrição da amostra, que será apresentada a seguir, entre as famílias havia similaridades, mas também diferenças, o que enriqueceu profundamente às conversações por permitir que houvesse identificações, mas também diferenciações. Nos atendimentos grupais, o papel das terapeutas era fomentar o diálogo e mediar as discussões a partir dos assuntos que iam surgindo, conforme a postura dos terapeutas familiares que adotam uma visão construcionista social. Dentre os temas mais relevantes que foram foco de discussão estavam: a educação dos filhos, a violência familiar, o autocuidado e as relações de gênero.

Paralelo aos grupos, aconteciam as visitas domiciliares às famílias participantes. Os atendimentos domiciliares foram pensados como uma forma de complementar o trabalho realizado nos grupos, dando espaço a particularidade de cada família, uma vez que essa modalidade abre um novo campo de possibilidades de aproximação, diagnóstico e intervenção por parte dos terapeutas. Eles eram realizados, majoritariamente, por uma extensionista que também fazia parte da condução dos grupos na instituição parceira. Apenas uma família era acompanhada por uma outra extensionista, externa a condução do grupo multifamiliar. Como exceção, uma família específica foi acompanhada em algumas visitas por duas extensionistas, haja vista o grau de complexidade do caso.

Os atendimentos tinham duração de aproximadamente uma hora e eram todos realizados em dois ou três dias da semana, de modo que em um dia eram feitas pelo menos duas visitas. A visita a participante que era acompanhada por uma extensionista diferente das demais seguia o cronograma do restante do grupo, de modo a se manter um padrão. Ao todo, no decorrer do ano de 2017 foram realizadas 41 visitas domiciliares distribuídas entre as 6 famílias atendidas. Cada família recebeu entre 10 a 12 atendimentos, e apenas uma família recebeu menor número de visitas, pois houve a interrupção dos atendimentos no meio do ano. A interrupção aconteceu porque a representante da família arrumou um emprego que impossibilitava sua participação, devido a coincidência de horários. No decorrer das visitas foram utilizadas duas técnicas com as famílias: o genograma e o mapa de rede. As técnicas foram aplicadas nos últimos encontros com as famílias visando: no genograma trabalhar as questões transgeracionais e padrões de repetição familiar; e no mapa de rede, resgatar a rede de apoio a fim de preparar para o fim do processo de terapia familiar, primando pela garantia da autonomia da família e percepção de seus recursos. Primeiramente aplicava-se o genograma e na sequência o mapa de rede. Tendo em vista a complexidade da construção de ambos os instrumentos e o consequente tempo demandado para o investimento na tarefa de cada um deles, cada instrumento era aplicado em dias distintos, e, quando necessário, em mais de um atendimento. As intervenções foram realizadas sob orientação do pensamento sistêmico e da terapia familiar baseada no Construcionismo social, trazendo uma perspectiva colaborativa e reflexiva nas conversações (RASERA; JAPUR, 2004).

Utilizado enquanto uma ferramenta clínica, o genograma consiste em uma técnica que projeta graficamente o sistema familiar em análise. O instrumento permite que se visualize tanto a estrutura da família, como as relações entre os membros e os padrões de comportamentos destes. O instrumento foi utilizado nas visitas dentro de uma perspectiva transgeracio-

nal, o que permitiu investigar repetições de padrões comportamentais e influências geracionais na forma atual dos membros se relacionarem e educarem os filhos.

O Mapa de Rede, seguindo o modelo exposto por Sluzki (2007) foi utilizado com outro objetivo. Na abordagem sistêmica, a rede social na qual um indivíduo ou família estão inseridos desempenha importantes funções, que vão desde o apoio emocional e social até o suporte material. Essa rede serve como auxílio em momentos de crise, pois explicita os recursos e competências que uma família pode ter para enfrentar as dificuldades. Sendo assim, no projeto *VincuLar: reconstruindo relações familiares* esse instrumento foi utilizado como um recurso para conhecer os vínculos e relações mais significativas das famílias atendidas. Ele é representado por um esquema em forma de círculo dividido em quatro quadrantes que são respectivamente: família, amigos, relações comunitárias e relações de trabalho. O mapa deve ser analisado em termos de tamanho (quantidade de pessoas em cada quadrado e na rede em geral); densidade (verificar se os membros da rede se conhecem e se relacionam entre si); composição (distribuição das pessoas nos quadrantes); dispersão (distância entre os indivíduos representados no mapa e a família atendida) e heterogeneidade (variações em relação à idade, situação econômica, religião, dentre outros). Além disto, é importante conhecer as funções que cada um dos membros representados exerce, como coloca Moré (2005):

companhia social: que indica a realização de atividades em conjunto ou o estar juntos; (b) de apoio emocional: que envolve trocas que incluem empatia, estímulo e compreensão; (c) de guia cognitivo e de conselhos: que proporciona informações e modelos de referência; (d) de regulação social: que evoca responsabilidades, neutralizando supostos desvios de comportamento e favorecendo a resolução de conflitos; (e) de ajuda material e de serviços: a que trata do fornecimento de auxílio financeiro ou de serviços especializados, como é o caso do Setor Saúde; (f) de acesso a novos contatos: o que possibilita uma abertura para o estabelecimento de relações com novas pessoas ou redes. (MORÉ, 2005, p. 290).

Este instrumento se mostrou importante para que as famílias tivessem consciência da rede de pessoas e instituições com as quais poderiam contar quando as intervenções terapêuticas do projeto chegassem ao final.

Ressalta-se que cada representante das famílias assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que incluía a adesão a participação nos grupos e os atendimentos domiciliares, respeitando o período letivo da universidade, bem como a autorização dos dados obtidos para pesquisas e publicações, mantido o anonimato.

### 3.1 Caracterização das famílias

A título de caracterização da amostra, o grupo multifamiliar era composto por seis famílias de classe média baixa, participantes da instituição parceira, que residem na região nordeste de Belo Horizonte, e vivem em situação de vulnerabilidade social, sendo caracterizadas como “multiestressadas” (BARRERO, 2012; WALSH, 2016). Tais famílias eram representadas nos grupos por cinco mães e uma avó, sendo que, ocasionalmente havia participação de um pai. Como forma de identificar as famílias, serão utilizadas as nomenclaturas A, B, C, D, E e F. Para preservar a identidade e garantir o sigilo, serão usados nomes fictícios para se referir aos membros.

A família A é composta por Ana (agente Comunitária de Saúde, 29 anos) e seus três filhos: Artur (5 anos), André (7 anos) e Augusto (10 anos). Eles moravam em uma casa que pertencia ao ex-marido de Ana (Adriano, mototaxista, 29 anos), com o qual ela ainda mantinha uma relação muito próxima. Este passou a morar com a mãe após a separação. O filho mais velho de Ana era oriundo de seu segundo relacionamento, quando ela tinha 17 anos, mas o pai não quis assumir o filho e essa mãe resolveu criá-lo sozinha.

A família B é constituída pelo casal Bianca (diarista, 35 anos) e Bernardo (38 anos), seu filho Breno (7 anos); e Bruna (18 anos) filha de Bianca em outro relacionamento. Bianca já era casada e tinha uma filha de um ano e morava em uma cidade do interior de MG. Bianca casou-se três vezes, na segunda união ela teve Bruna, entretanto, não mantinha contato com o pai de sua filha.

A família C é formada por Carolina (30 anos, cozinheira), Carlos (30 anos, desempregado) e seus 5 filhos que tinham respectivamente, 3, 8, 10, 12 e 14 anos. Eles moravam em uma casa cedida pela mãe de Carolina e esta, por sua vez, reside no mesmo lote que eles.

A família D é composta por Denise (34 anos, do lar), Diogo (35 anos, estoquista) e 3 filhos, sendo eles Daniel (14 anos), Diego (8 anos) e Davi (5 anos). Daniel não é filho de Diogo, pois é fruto do primeiro relacionamento de Denise aos 17 anos. Assim como na família A, o pai não quis assumir a criança e terminou o relacionamento. Quando ela conheceu o atual marido, ele passou a ajudá-la na criação e educação de Daniel. A família mora no mesmo lote que os sogros de Denise em uma casa cedida por eles.

A família E é formada por Elaine (60 anos, aposentada) e seu neto Elias de 13 anos. A mãe de Elias é dependente química e não tem condições de criar o garoto. Sendo assim, Elaine se responsabilizou pelo neto e estava em busca do processo de adoção do mesmo. Ela tem dois filhos, Eduardo (30 anos) e Eloísa (28 anos) que não moram mais com ela. Eloísa é casa-

da, Eduardo é solteiro e pai de Elias. Este último prestava toda assistência necessária em relação ao cuidado e criação do filho para não sobrecarregar sua mãe.

A família F é constituída por Fernanda (porteira, 34 anos) e Filipe (eletricista, 37 anos) e suas duas filhas, Fabiana (6 anos) e Flávia (9 anos). No entanto, no decorrer do processo, Fernanda e Filipe se separaram. A partir disso, Fernanda continuou a viver com as duas filhas na casa da família, que é no terreno da sua mãe, avó das meninas. O ex-companheiro, por sua vez, foi morar com seu irmão.

#### **4 RELATO DE EXPERIÊNCIA: AS VISITAS DOMICILIARES**

Cada família vivenciou um processo único a partir da experiência das visitas domiciliares. Com algumas foi possível realizar sessões com o casal da família, com outras foi possível ter momentos com as mães e os filhos, apenas as mães, sendo que, em um caso houve, até mesmo, contato com pessoas externas à família, que foram convidadas especificamente para participarem das sessões. Conforme Moreira e Crepaldi (2006), há uma imprevisibilidade no que tange a disponibilidade de tempo e pessoas para o processo.

Neste tópico, é apresentado os principais resultados que os atendimentos domiciliares proporcionaram às famílias a partir de cinco categorias, a saber: relações familiares: vínculo entre o casal; relações familiares: vínculo entre pais e filhos; rede de apoio: a família extensa; percepção de competências, recursos e potencialidades pessoais; e por fim, organização do lar. É importante salientar que tais resultados não são mérito exclusivo das visitas, uma vez que o trabalho realizado no grupo multifamiliar também contribuiu para as mudanças observadas.

##### **4.1 Relações familiares: vínculos entre casais**

Nossas famílias eram majoritariamente famílias com filhos pequenos e adolescentes, na medida em que possuíam crianças com idade entre 5 a 13 anos. Considerando que “O subsistema conjugal é vital para o crescimento dos filhos” (MINUCHIN, 1990, p. 27), nesta categoria, discorreremos sobre os vínculos dos casais atendidos, explicitando os padrões interacionais identificados como disfuncionais e alguns avanços obtidos com relação a isto.

Conforme Minuchin (1990), a formação de um novo sistema pela união de um novo casal envolve um longo processo de negociação, que resulta no estabelecimento de padrões transacionais. Tomados enquanto regras implícitas às relações, os padrões transacionais orien-

tam o comportamento dos indivíduos no sistema familiar, bem como a interação entre os membros. As famílias atendidas foram compostas de famílias cujos padrões interacionais considerados disfuncionais foram estabelecidos, em sua grande maioria, a partir de crenças rígidas calcadas na divisão de gênero. Percebe-se que tais crenças permeavam a relação entre os casais, a criação dos filhos, a divisão de tarefas domésticas e, até mesmo a autoimagem dos membros do sistema familiar. Todas as famílias chegaram até o projeto através de uma mulher: sendo, cinco mães e uma avó. Em linhas gerais, as queixas iniciais por elas trazidas no que compete ao relacionamento conjugal, giravam em torno das seguintes questões: sobrecarga no ambiente doméstico, violência doméstica (em alguns casos) e desentendimentos com os maridos sobre criação dos filhos.

Na família A havia uma relação bem conturbada entre Ana e o antigo companheiro Adriano. Ela relatava que ele não era presente na vida dos filhos e que no tempo em que moravam juntos ela era vítima de violência física e psicológica. Entretanto, eles ainda mantinham relações frequentemente (inclusive sexuais). Alguns atendimentos foram destinados a fazer com que Ana refletisse sobre seu envolvimento com Adriano, fazendo-a pensar sobre as consequências que o retorno definitivo dessa relação teria para ela e as crianças, e ajudando-a se responsabilizar pelas suas escolhas. Ela finalmente entendeu que a escolha de voltar ou não para o ex-companheiro era uma decisão que cabia somente a ela, uma vez que, inicialmente, ela queria que essa resposta viesse da psicóloga. Compreende-se, portanto, que Ana desenvolveu uma maior implicação com a situação vivida.

Em relação à família B, os primeiros atendimentos na casa de Bianca contavam com a participação de toda família que se mostrava bastante harmoniosa. Com o tempo, a dependência química de Bernardo se tornou uma demanda importante. Apesar de ela negligenciar este fato nos atendimentos, Bianca sempre relatava não saber lidar com isso. Foi trabalhado com ela a melhor maneira de enfrentar essa situação, como ela poderia mudar sua forma de agir com o marido, uma vez que ela ficava muito irritada e acabava gerando muitas discussões e brigas com seu parceiro. No transcorrer dos atendimentos, Bianca relatou que as brigas entre ela e Bernardo foram aumentando, chegando ao ápice de uma agressão física a ela (ocorrido no período de férias do meio do ano, quando os atendimentos foram paralizados). Após o episódio de violência física eles se separaram. A violência teve um impacto muito forte em Bianca que, logo após este episódio passou por uma crise que afetou muito a sua saúde psíquica: desde então ela encontrava-se muito ansiosa e oscilava entre períodos de extrema depressão ou agitação, o que era agravado pelo uso de drogas de forma ocasional. Nesses momentos as visitas se tornaram primordiais e passaram a ser feitas pelas duas extensionistas do

projeto. Nas conversas, o sofrimento de Bianca era acolhido e seu filho de sete anos também era escutado, uma vez que as necessidades da criança foram sendo negligenciadas. Ela foi orientada a procurar ajuda de um psiquiatra e fazer um acompanhamento contínuo com outro psicólogo. Apesar da resistência inicial, Bianca procurou ajuda do psiquiatra, começou a tomar medicação e quando sua situação se estabilizou, ela voltou a frequentar o grupo terapêutico. Apesar de Bianca ter tido outras crises, seu sofrimento continuou sendo acolhido, foi trabalhado seu processo de ressocialização ao próprio grupo. Após alguns meses, no entanto, ela acabou se reconciliando com o marido

Na família C, Carolina sempre reclamava que o marido não a ajudava no cuidado da casa e dos filhos, deixando-a sobrecarregada. No decorrer das visitas, essa mãe foi percebendo que a criação e educação dos filhos não tinha que ser uma função exclusiva da mulher. Sendo mãe de cinco filhos, ela se sentia sobrecarregada e trazia sempre o discurso de que o marido não a ajudava em nada. Tendo em vista as conversas e intervenções realizadas no grupo multifamiliar, Carolina relatou que estava deixando que Carlos se responsabilizasse mais pelos filhos e, além disso, passou a dividir as tarefas de casa, colocando os filhos mais velhos para ajudá-la na rotina familiar. Desse modo, a relação familiar também melhorou bastante.

A família D contou com alguns atendimentos feitos somente com Denise e Diogo. Este casal tinha dificuldades em conseguir dialogar, sem brigar. Diogo reclamava muito que Denise não tirava um tempo para sair com ele e isso fazia com que o relacionamento ficasse monótono. Os atendimentos domiciliares foram importantes para que o casal conseguisse parar e ouvir o que o outro tinha a dizer e entender as insatisfações e desejos do outro. A melhora na comunicação foi nítida, uma vez que os relatos de brigas foram diminuindo. Denise e Diogo estavam conseguindo suportar as diferenças, pois ele era muito extrovertido e carinhoso, mas ela era mais tímida e reservada. O casal até relatou que estavam querendo fazer um passeio juntos, mas estavam pensando em um lugar que agradasse a ambos.

Em relação à família F, a sobrecarga no ambiente doméstico era algo de que se queixava também Fernanda, quando ainda morando junto de Felipe. Constantemente questionava a função do marido na casa, dizendo que ele não fazia nada para “ajudá-la”. Investigando a história do casal, Fernanda foi se dando conta de que a interação entre eles estabelecida nesses termos foi algo decorrente do comportamento dele, mas também dela, na medida em que no passado ela própria muitas vezes o impediu de fazer tarefas domésticas em casa, por considerar que ficava “mal feito”. Mesmo tendo ocorrido após a separação, essa tomada de consciência foi fundamental, pois, no início do processo de separação o casal estava estabelecendo um novo padrão interacional que parecia tender a repetição: Fernanda questionava se ele saberia

cuidar das meninas longe dela e se antecipava para fazer por ele. Nas visitas, investigamos junto a ela como esse comportamento permaneceria a sobrecarregando e, pouco a pouco ela foi dando espaço ao pai para educar as filhas, de forma que quando não concordasse com o modo dele o fazer, conversasse com ele ao invés de fazer por ele.

#### **4.2 Relações familiares: vínculos entre pais e filhos**

Em relação à família A, a principal questão a ser trabalhada era os vínculos frágeis entre Ana e seus três filhos, uma vez que essa mãe se colocava sempre em primeiro plano, negligenciando a criação das crianças. Os atendimentos domiciliares tiveram como primeiro foco a aproximação entre mãe e filhos, e para isso as crianças também foram convidadas a participar das conversas. Foi dado um espaço para que elas pudessem conversar sobre a família e através de algumas técnicas foi possível perceber o que podia melhorar. A técnica desenho de família foi proposta para que Ana e as crianças fizessem juntos. O filho mais velho, Augusto, desenhou a si mesmo primeiro e ao conversar sobre isso, afirmou que se colocou em primeiro lugar devido ao fato de se ver como a figura de autoridade na casa, uma vez que acreditava que a mãe não cuidava deles como deveria. Sendo assim, ele se sentia responsável por arrumar a casa e cuidar dos irmãos mais novos. As crianças foram bem participativas e relataram suas insatisfações com a falta de atenção de Ana, assim como foi dado a ela um espaço para expor suas questões em relação aos filhos. No decorrer das conversas foi pedido para que eles pensassem juntos em como solucionar tais problemas e as principais questões foram pedir a mãe pra ficar menos tempo no celular, fazer mais atividades em conjunto, passear, organizar uma rotina para a família, ter mais autoridade principalmente com o filho mais novo que era mais agitado.

As intervenções caminharam no sentido de fazer com que Ana tirasse o foco de sua relação com o ex-parceiro e desse mais atenção aos filhos. Com o tempo foi ficando nítido o estreitamento entre os laços familiares. Ana se mostrou mais preocupada com os filhos, passando a executar uma série de iniciativas em prol das crianças: relatou um passeio que fizeram juntos ao cinema, deixou que o mais velho entrasse para uma escolinha de futebol e procurou um psicólogo especificamente para Artur, visando cuidar dos problemas que o garoto apresentava tanto na escola como em casa.

Na família E, a questão mais presente era a dificuldade da avó para criar o neto, Elias, que já estava na adolescência. A principal queixa de Elaine é que ele dava muito “trabalho”, principalmente na escola, mesmo já tendo 13 anos de idade. Após algumas conversas ela per-

cebeu que deveria tratar o neto como um adolescente e não mais como uma criança. Além disso, era um modo de fazê-lo parar de ter comportamentos infantis. Portanto, a relação avó/neto foi melhorando aos poucos, conforme o relato de Elaine.

No caso da família F, todo trabalho foi realizado com a mãe e as crianças. O pai e a avó materna que compunham o sistema familiar se mostraram pouco interessados em participar dos atendimentos. Todos os relatos do funcionamento familiar aqui descritos dizem da visão da mãe, Fernanda. Fernanda demonstra que os pais se organizaram com relação às crianças de um modo polarizado: o pai era narrado por ela como afetuoso e carinhoso com as crianças, porém irresponsável; enquanto que ela se narrava como cuidadosa e responsável, porém pouco afetuosa. Fernanda relatava dificuldade em brincar com as meninas, constantemente se comparando com a tia das crianças e também com Filipe, figuras exaltadas pelas suas filhas justamente por serem consideradas carinhosas. Fernanda se culpava por não conseguir ser com as filhas como o marido ou a irmã eram. No processo, Fernanda realizou um paralelo entre a sua família atual e a de origem. Conta que, também em sua família de origem as relações pragmáticas e pouco afetivas eram comuns entre sua mãe e os filhos. Investigamos junto a ela as consequências dessa relação estabelecida nesses termos, tanto para ela quanto para Flávia. Aos poucos Fernanda percebeu que o carinho não era algo que deveria ser forçado e que o fato de não expressar o amor, como o marido e a irmã, não significava que ela não amava as filhas. Ao mesmo tempo, a partir do resgate da sua experiência como filha, Fernanda percebeu que o distanciamento afetivo das crianças passava uma mensagem às filhas que não era a que ela gostaria de passar. A perda dessa culpa libertou Fernanda para aproveitar a relação com as filhas, de modo que ela própria destacou essa mudança no final do processo, relatando estar se sentindo à vontade para brincar com as meninas do jeito dela. Em meio a isso, constatou-se um avanço nas narrativas de Fernanda sobre Flávia (9 anos), que inicialmente era descrita com adjetivos como “sensível, carente, pegajosa”. Ao entrar em contato com os sentimentos dela própria para com a mãe pouco afetuosa, Fernanda legitimou a demanda de carinho de Flávia a ela, até mesmo pela via da identificação. Além disso, houve o reconhecimento da ajuda que a menina lhe prestava, dando indícios que não concebia mais esse comportamento como mera obrigação. Houve ainda uma reorganização na distribuição das tarefas domésticas a partir da consideração da avó das crianças como uma pessoa que poderia auxiliar Fernanda no seu cotidiano. Apesar destas mudanças, observou-se que a responsabilização de sua filha Flávia não foi totalmente superada, uma vez que a menina continuou executando importantes tarefas de cuidado da irmã, arcando muitas vezes com obrigações que iam além de sua capacidade devido à sua idade.

#### **4.2 Rede de apoio: família extensa**

O uso do mapa de rede junto às famílias serviu como fonte de diagnóstico, mas também de sensibilização das famílias para percepção dos recursos que dispõem e a rede de apoio com que contam. Através dele as famílias descobriram importantes funções que cumprem na rede social da qual fazem parte. Além disso, perceberam as pessoas e instituições da rede com as quais podem contar, dentre as quais comumente destacaram: parentes, amigos, vizinhos, e até mesmo as psicólogas/ extensionistas e, de certa forma, a instituição responsável por aco- lher o projeto. Através da confecção do mapa, Fernanda identificou seus familiares próximos, irmã e mãe, como pessoas a quem pode recorrer nos momentos de precisão. Após a separa- ção, por exemplo, Fernanda precisou do suporte destas pessoas, tanto emocional quanto fi- nanceiro.

Na família D, a sogra de Denise, Dolores, se mostrou um elemento importante para a família, uma vez que eles moram no mesmo lote e tem uma relação bem próxima. Em algu- mas conversas, a sogra de Denise foi convidada a participar. Denise tinha alguns conflitos com a sogra por achar que ela se intrometia muito na sua relação com Diogo. Isso foi impor- tante para que Denise percebesse que apesar de terem algumas desavenças, Dolores era a pes- soa que mais a apoiou desde que ela perdeu os pais. A sogra era uma referência materna e familiar para ela.

#### **4.3 Percepção de competências, recursos e potencialidades pessoais**

Durante o processo terapêutico, Carolina, da família C, primeiro voltou aos estudos e depois conseguiu um emprego, tendo que deixar o grupo e, conseqüentemente, as visitas. En- tretanto, esse fato evidenciou sua busca por mais autonomia e independência, o que pode ser considerado um grande avanço.

Na família D houve melhoria nos discursos da mãe que focava muito em suas fragili- dades e no que viveu no passado (abandono sofrido por parte do pai de seu primeiro filho, morte da mãe). Ela passou a reconhecer suas potencialidades (gosta de ajudar as pessoas, é compreensiva, tem facilidade para reconhecer os erros) e começou a focar no presente e futu- ro, o que demonstra uma melhora na autoestima.

No caso da Família E, é importante frisar que Elaine era bem tímida e pouco participa- tiva, tanto no grupo como nas visitas. Ela precisou de mais tempo que as outras famílias para se adaptar e se sentir mais segura para falar de seus problemas. Quando adquiriu mais confi-

ança, ela desabafou sobre a vida conjugal difícil que teve com o falecido marido que era agressivo, principalmente por causa do vício em bebidas. Elaine era muito solitária e os atendimentos possibilitaram que ela visse na figura do terapeuta alguém que podia confiar e conversar sobre questões que, mesmo tendo ocorrido no passado, ainda a incomodavam muito. Além disto, em uma ocasião de atendimento marcado, ela convidou amigas para receberem a extensionista e participarem de seu atendimento, mostrando-se mais autoconfiante em suas relações.

No decorrer do processo também houve um avanço na autoconfiança de Fernanda, da família F. Inicialmente havia a crença de que ela não conseguiria dar conta de manter uma casa sozinha, em termos financeiros. Essa crença se dava apesar de sua independência financeira advinda do trabalho como porteira em uma escola. Notamos que a superação dessa crença se deu a partir do resgate de sua autoconfiança, proporcionado através do exercício de rememoração de ações assertivas realizadas por ela em situações tanto ou mais adversas do que a atual. Também se deu pela retomada e ressignificação da história da sua família de origem, quando Fernanda lançou vistas ao esforço e engajamento da mãe para criar os filhos sozinha.

#### **4.4 Organização do lar**

Na família A, com as primeiras visitas realizadas na casa de Ana, foi possível perceber um pouco do arranjo familiar através da casa em que moravam. Era um ambiente pequeno (apenas um cômodo) e bem desorganizado, havia um excesso de móveis e utensílios espalhados, o que deixava o espaço superlotado. Ela e os filhos dormiam na mesma cama, e não havia privacidade ao usar o banheiro, que não tinha porta. Tais fatos já refletem um pouco a desorganização da família, a falta de uma rotina planejada e a indefinição dos papéis parentais. Com os atendimentos ficou nítido a melhora no cuidado com a casa, pois eles se preocuparam em organizá-la para receber a psicóloga, as crianças preparavam lanches e no desenrolar do processo, a família resolveu privatizar o banheiro, reformaram-no e colocaram uma porta.

Outro ambiente que se destacou foi o da família B. Nos primeiros atendimentos a casa de Bianca estava sempre bem organizada e muito limpa. Devido à crise psíquica que abalou essa participante no meio do processo, o ambiente foi ficando cada vez mais desorganizado e mesmo com seus esforços para deixar o espaço limpo, nada adiantava. Somente após Bianca ter seguido as orientações das extensionistas e procurado ajuda do psiquiatra que ela conse-

guiu se estabilizar por um período devido a medicação e retomar os cuidados com a casa e o filho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência tida com o projeto *VincuLar: reconstruindo relações familiares* consideramos que, apesar de não ser restrito a psicologia, os atendimentos domiciliares são um excelente recurso disponível a área, sobretudo para a terapia familiar. Conciliada a participação das famílias em grupos multifamiliares, as potencialidades desta modalidade de atendimento, que é externa aos consultórios clínicos, acentua-se ainda mais. Se no grupo era possível compartilhar e conhecer alternativas de funcionamento familiar e operacionalizar uma comunicação baseada no diálogo e compreensão mútua; nos atendimentos domiciliares podíamos enfocar nas especificidades de demandas e dificuldades de cada família.

Nos atendimentos domiciliares foram realizadas junto a cada família conversações compartilhadas sobre as questões que eram levantadas como dificuldades, em busca de soluções e alternativas. Conforme observamos, a partir do trabalho realizado houve nas famílias avanços significativos no que tange à construção de narrativas menos limitantes e padrões interacionais familiares mais funcionais.

Conforme foi discutido não é possível articular conexões diretas entre atividades específicas realizadas e as mudanças geradas, uma vez que várias técnicas e intervenções foram realizadas simultaneamente e de forma complementar, em um processo com duração de aproximadamente um ano. Acreditamos que os resultados positivos do trabalho se deram, sobretudo, pela metodologia complexa adotada, em diversas frentes de atuação: com a participação no grupo multifamiliar, que proporcionava espaço para a conversa compartilhada de forma ativa e reflexiva; e com os atendimentos domiciliares, que se voltavam para aspectos particulares de cada família, não apenas com a utilização de técnicas, mas com a criação de um espaço relacional terapêutico entre a família e as extensionistas.

Apontamos como dificuldade inicial o receio, no início do projeto de extensão, em relação à obtenção das permissões para as visitas, o que foi hipotetizado pela equipe de trabalho como estando relacionado ao suposto medo que as famílias poderiam ter de avaliações e recriações por parte das extensionistas. Somente após alguns encontros do grupo multifamiliar é que os atendimentos domiciliares foram aceitos e se tornaram frequentes. Ressaltamos ainda que este é um trabalho bastante intenso e que demanda uma grande disponibilidade dos

profissionais, que tem que se deslocar para residências de difícil acesso, e que o apoio das instituições parceiras é fundamental para a entrada no campo de trabalho.

Quanto às limitações do trabalho, podemos destacar o caráter recente das intervenções e das mudanças geradas, que não permitem a continuidade de avaliação das transformações familiares. Recomenda-se a realização de pesquisas futuras sobre o tema de atendimentos domiciliares na psicologia, visando a averiguação da efetividade e da profundidade das mudanças geradas nessa metodologia de trabalho, através da investigação da transformação, ou não, dos padrões familiares a partir do trabalho da terapia familiar. Enquanto projeto de extensão buscou-se: primeiramente conhecer e proporcionar espaços grupais e particulares de acolhimento a pessoas com sofrimentos e conflitos; posteriormente construir recursos de maneira a fortalecer a autonomia das famílias; e, finalmente, trabalhar com as famílias sua capacidade de manter a mudança, mesmo longe dos terapeutas.

Endossamos, a partir de nossa experiência, a potencialidade da terapia sistêmica e do construcionismo social para servirem de base para a criação de fundamentos teórico-metodológicos para estas novas modalidades de atendimento, uma vez que estas valorizam o saber da família e seus recursos pré-existentes. Tal perspectiva possibilita o estabelecimento de relações menos hierarquizadas e desiguais entre profissionais e seus clientes, priorizando o resguardo e incentivo a autonomia e a capacidade da família de se autogerir.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Marta Maria de lima; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Atendimento Psicológico Domiciliar: relato de uma experiência. PSI UNISC, v.1, n.1, 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/9617>>. Acesso em 15 de out. 2018.

BARRERO, Guillermo Moreno. Família Retalhos: Estudo de caso sobre a estrutura relacional de uma família multiproblemática. 2012, 170 f.. Dissertação (Mestrado) – Psicologia da família, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Portugal, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13624/1/Disserta%C3%A7ao%20de%20Mestrado%2c%20Fam%C3%ADlia%20Retalhos%20%28Guillermo%20Moreno%20.pdf>>. Acesso em 15 de out. 2018.

BRANDÃO, S. N; COSTA, L. F. Transformando heranças. IN: PENSO, M.A; COSTA, L. F (org.). A Transmissão Geracional Em Diferentes Contextos: Da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus, 2008, Cap. 10, p. 181-196.

COSTA, Liana Fortunato; BRANDAO, Shyrlene Nunes. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 33-41,

Aug. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 out 2018.

MINUCHIM, Salvador. Famílias. In: MINUCHIM, Salvador. Técnicas de terapia familiar. Trad. Claudine Kinsch, Maria Efigênia F. R. Maia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 285p. Cap. 2, p. 21-36.

MORE, Carmen Ojeda Ocampo. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, v.15, n.31, 2005. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423747016>>. ISSN0103-863X.

MOREIRA, Juliana Amorim; CREPALDI, Maria Aparecida. Atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento: um olhar sob a perspectiva sistêmica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24 (2), jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6996>>. Acesso em 16 out. 2018.

RASERA, Emerson Fernando.; JAPUR, Marisa. Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 431-439, 2004

ROCHA, Kátia Bones et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862017000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862017000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 out 2018.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; SERRALVO, Fernanda Silveira. A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. *Nova perspectiva sistêmica.*, São Paulo, v. 26, n. 57, p. 69-84, abr. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-78412017000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 22 out. 2018.

SLUZKI, Carlos. Famílias e redes. *Terapia familiar, redes e poética social*. Lisboa: Climepsi, 2007

WALSH, Froma. Diversidade e Complexidade nas famílias do Séc. XXI. In: *Processos normativos da família: diversidade e complexidade*. Editora Artmed, 2016. Disponível em: <[http://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/a/m/amostra\\_1\\_.pdf](http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/a/m/amostra_1_.pdf)>.