

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E
ANÁLISE EXISTENCIAL

Ávylla Soares Souza

OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA (NASF-AB): UMA
ABORDAGEM GESTÁLTICA

Belo Horizonte

2019

Ávylla Soares Souza

**OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA (NASF-AB): UMA
ABORDAGEM GESTÁLTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica.

Orientadora: professora Dra. Cláudia Lins Cardoso

Belo Horizonte

2019

Ficha Catalográfica

150	Souza, Ávylla Soares
S729d	Os desafios da psicologia na saúde coletiva (NASF-AB)
2019	[manuscrito] : uma abordagem gestáltica / Ávylla Soares Souza. - 2019. 36 f. Orientador: Cláudia Lins Cardoso.
	Monografia apresentada ao curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia.
	1.Psicologia. 2. Saúde. 3.Saúde mental. 4.Gestalt-terapia. I. Cardoso, Cláudia Lins. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

Folha de Aprovação

OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA (NASF-AB): UMA ABORDAGEM GESTÁLTICA

ÁVYLLA SOARES SOUZA

monografia defendida e aprovada, no dia **trinta e um de maio de 2019**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Claudia Lins Cardoso - Orientadora
FAFICH/UFMG

Ana Flávia Sales Costa
Externo

Belo Horizonte, 06 de abril de 2022.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista
Subcoordenadora do Curso



Documento assinado eletronicamente por **Valteir Gonçalves Ribeiro, Chefe de seção**, em 06/04/2022, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista, Professor do Magistério Superior**, em 06/04/2022, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1365367** e o código CRC **8EEC553E**.

Referência: Processo nº 23072.240739/2021-47

SEI nº 1365367

EPÍGRAFE

Saúde “é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e descente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”.

Sérgio Arouca

8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986

RESUMO

O presente trabalho aborda os desafios enfrentados pelo psicólogo no NASF-AB, a partir da perspectiva gestáltica. A inserção da Psicologia na Saúde Coletiva se deu de forma descontextualizada, replicando o modelo clínico tradicional. A transposição do modelo clássico para a atuação no SUS mostrou-se inadequada, resultando em práticas equivocadas. É relativamente recente a reflexão crítica sobre esse campo de atuação e as contribuições possíveis da ciência psicológica nesse espaço. A Gestalt-terapia apresenta-se como abordagem capaz de contribuir nas práticas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde nos diferentes níveis de atenção. Destacamos os entraves e as possibilidades encontradas pelo gestalt-terapeuta na Atenção Básica, primeiro nível de complexidade do SUS. O NASF-AB encontra-se nesse nível de atenção, através do Apoio Matricial presta suporte às equipes de Atenção Básica e Saúde da Família. O arcabouço teórico e metodológico da abordagem gestáltica subsidiam o cuidado na clínica ampliada, e a construção de alternativas na superação dos desafios identificados na Saúde Pública.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva. Saúde Mental. Gestalt-Terapia. Atenção Básica em Saúde. NASF-AB.

ABSTRACT

The present work addresses the challenges faced by the psychologist in the “NASF-AB” (Expanded Team of Family Health - Basic Care, in free translation), from the Gestalt perspective. The insertion of Psychology in Collective Health occurred in a decontextualized way, replicating the traditional clinical model. The transposition of the classic model to the “SUS” (Unique Health System, also in free translation), performance proved to be inadequate, resulting in mistaken practices. It is relatively recent critical reflection on this field of action and the possible contributions of psychological to this field. Gestalt therapy is an approach capable of contributing to health promotion, prevention and rehabilitation practices at different levels of care. We highlight the obstacles and possibilities encountered by the gestalt-therapist in Primary Care, the first level of complexity of “SUS”. “NASF-AB” is at this level of attention, through the Support Matrix, provides support to the Primary Care and Family Health teams. The theoretical and methodological framework of the gestaltic approach subsidize care in the expanded clinic, and the construction of alternatives to overcome the challenges identified in Public Health.

Key words: Collective Health. Mental Health. Gestalt-Therapy. Basic Care in Health. NASF-AB.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. SAÚDE COLETIVA: O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB).....	13
3. GESTALT-TERAPIA: UMA ABORDAGEM EXISTENCIAL- FENOMENOLÓGICA.....	16
4. CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA PARA O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO NASF-AB.....	19
5. OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA.....	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) caracteriza-se como uma equipe criada com o objetivo de ampliar as possibilidades de ação e a resolutividade das equipes de Atenção Básica, agregando profissionais com diferentes formações que trabalham na lógica do Apoio Matricial, oferecendo retaguarda especializada para as equipes de referência com as quais trabalha. Dada sua recente criação, ano de 2008 – inicialmente como NASF e a partir de 2017 com alteração da nomenclatura para NASF-AB - estes Núcleos se deparam com desafios para sua consolidação, conforme preconiza a portaria que os regulamentam (BRASIL, 2017a), especialmente no que se refere aos profissionais de Saúde Mental inseridos nesta política. A composição do NASF-AB é escolhida conforme a necessidade e deliberação dos gestores de cada município, e o psicólogo representa uma categoria profissional cada vez mais requisitada nesse arranjo. Diante deste cenário, torna-se imperativo conhecer quais são os desafios para a atuação deste profissional no NASF-AB.

Historicamente, a atuação da Psicologia é reconhecida e propagada na sua forma tradicionalmente clínica, entendida no sentido restrito do termo, enquanto atendimento individualizado e em consultório privado. Segundo Firmino e Reis Filho (2007), apesar de a Psicologia ter sido regulamentada no Brasil em 1962, há relatos anteriores a este período de atuações denominadas “práticas psicológicas” (p. 50), tratando-se de uma escuta diferenciada exercida desde o período da colonização. É o caso, por exemplo, da atividade do padre ao receber o fiel em confissão. Já na era imperial, com a difusão do conhecimento científico, a Psicologia ganha espaço como uma ferramenta de estudo do comportamento humano.

A realidade do Brasil no século XX, com a crescente industrialização e expansão do capitalismo, trouxe a necessidade de reorganização do espaço urbano e de um novo posicionamento da ciência psicológica condizente com as demandas emergentes. A Psicanálise desponta como abordagem que vai ganhando espaço e se ocupa do que Dimenstein (2000) define como “sujeito psicológico”, referindo-se a pessoa tomada fora de seu contexto e agindo a partir de determinações que escapam ao seu controle ou que desconhece: o inconsciente.

O modelo da clínica predominantemente individualista, acessível a uma pequena parcela da população, pautada na atenção curativa e com foco orientado para o sujeito descontextualizado da sua realidade social contribuiu para sustentar relações de desigualdade. Se eximindo do lugar de agente de transformação social, a Psicologia sustentou práticas excludentes a partir de modelos classificatórios e normatizadores por meio dos quais se inseriu

em diferentes contextos. Esse modelo foi perpetuado e reproduzido durante décadas nos cursos de graduação, culminando na dificuldade de inserção do psicólogo no campo das Políticas Públicas, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente porque sua atuação exige habilidades como a inserção em equipe interdisciplinar, ações em prevenção e promoção de saúde e olhar ampliado sobre o sujeito, competências distintas do que até então se ofertava na formação acadêmica (DIMENSTEIN, 2000).

A redemocratização do país, o movimento da Reforma Sanitária e a crise do modelo privatista tornaram a Saúde Pública um campo profícuo para atuação do psicólogo. Porém, a transposição do modelo clínico tradicional para o setor público de forma acrítica ocasionou dificuldades ainda hoje presentes neste espaço. O psicólogo só reconhecia sua identidade profissional atrelada à aplicação clínica clássica; de forma análoga, parte considerável da população e dos empregadores compreende que o fazer psicológico restringe-se à psicoterapia (DIMENSTEIN, 2000). Ronzani e Paiva (2009) ressaltam que a principal dificuldade do psicólogo na Atenção Primária em Saúde ainda é sua formação voltada para o modelo clínico tradicional. O serviço público lida com clientela distinta, com expectativas diferentes, modo próprio de operar os conceitos saúde/doença, e atravessamento de questões sociais nas suas queixas que, não raramente, confrontam o profissional com demandas que ultrapassam seu limite de intervenção.

Na Saúde Pública, o psicólogo integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 2013 e revogada em 2017, que trata da assistência ao paciente com Transtorno Mental e condições decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017b). A RAPS conta com componentes nos diferentes níveis de atenção, o nível primeiro de complexidade é a Atenção Básica também chamada de Atenção Primária, porta de entrada para o usuário do SUS. Nesta modalidade encontra-se o NASF-AB como dispositivo da RAPS que realiza suporte em Saúde Mental através de um profissional matriciador, frequentemente, o psicólogo. O Apoio Matricial se configura como uma metodologia de trabalho, em que profissionais especialistas prestam suporte às equipes básicas, ampliando a possibilidade de intervenção em um dado território (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Em 2017, com a nova nomenclatura apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), anteriormente conhecida apenas como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o NASF-AB confere ênfase às outras equipes apoiadas além da Saúde da Família, sendo elas as de Consultório na Rua, as fluviais e ribeirinhas e os Pólos da Academia da Saúde

(BRASIL, 2017a). A necessidade de melhorar a atenção ofertada pelas equipes de Atenção Básica, através do suporte e dos cuidados compartilhados com especialistas de profissões não abarcadas nas equipes mínimas, justifica a criação dos NASFs, intervindo em situações de baixa densidade tecnológica e reduzindo encaminhamentos para outros níveis de assistência (BRASIL, 2014).

O presente trabalho visa elucidar o trabalho do psicólogo na Saúde Coletiva na perspectiva do NASF-AB à luz da Gestalt-Terapia, com o objetivo de favorecer uma reflexão acerca do fazer do psicólogo na Saúde Pública. Trata-se de um estudo qualitativo, por meio de revisão integrativa de literatura, o que permite compreensão teórica e vivencial do fenômeno analisado configurando-se como relevante estratégia metodológica para pesquisa no campo da Saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O interesse pelo tema originou-se da minha experiência pessoal enquanto psicóloga de NASF-AB, em atuação desde o ano de 2016, no município de Japonvar, norte de Minas Gerais, e da aproximação com a abordagem gestáltica.

A seguir, apresento o NASF-AB e seu funcionamento na Saúde Coletiva. O terceiro capítulo, intitulado “Gestalt-Terapia: uma abordagem existencial-fenomenológica” explicita os pressupostos e possibilidades desta abordagem. Em “Contribuições da Gestalt-Terapia para o trabalho do psicólogo no NASF-AB”, proponho uma interlocução entre abordagem e campo de atuação. Por fim, o quinto capítulo trata dos desafios da prática psicológica no NASF-AB pautados na minha experiência pessoal e na literatura disponível sobre o tema.

2. SAÚDE COLETIVA: O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

A Saúde Coletiva é aqui pensada na proposição de Nunes (1994), que a define como campo de saber e prática que trouxe as ciências humanas para a área da saúde. Ampliando o entendimento sobre os determinantes das situações de saúde/doença para além da concepção biológica, integra fatores sociais e culturais em uma visão crítica. O NASF-AB é um dispositivo de Saúde Coletiva no primeiro nível de complexidade de assistência aos usuários do SUS, onde recairá a maior parte das necessidades de saúde individual e coletiva, seja na perspectiva de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Por sua proximidade da população, este é o nível responsável pelo cuidado longitudinal dos usuários e pela coordenação do cuidado, mantendo responsabilidade sanitária mesmo quando outro nível de atenção de maior complexidade precisa ser acionado (BRASIL, 2017a).

Os NASFs foram criados em 2008 com a proposta de ampliar a capacidade resolutiva e oferta de ações da Atenção Básica mediante suporte de profissionais de diferentes formações destinado às chamadas equipes de referência. Para tanto, existem três modalidades de NASF: NASF 1, vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas (Consultório na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais, e Programa Academia da Saúde); o NASF 2, vinculado de três a quatro equipes eSF/eAB; e, NASF 3, referência para uma ou duas equipes. As três modalidades também variam quanto à carga horária dos profissionais que a compõem. Estes são definidos conforme a necessidade local e decisão dos gestores. Para esta composição existe um leque com dezenove possibilidades de categorias profissionais (BRASIL, 2014).

O NASF-AB no qual atuo corresponde à modalidade tipo 2 e presta suporte a quatro equipes de Saúde da Família em território urbano e rural. A composição é feita por Psicóloga, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Nutricionista e Profissional de Educação Física. Cada equipe de referência é composta por Médico Generalista, Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal (TSB/ASB), e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O NASF-AB não tem unidade física independente porque seu funcionamento deve ser integrado com as equipes que matricula e, para tanto, deverá ter uma agenda compatível com momentos programados para planejamento e execução de intervenções compartilhadas. Os Núcleos não são “portas de entrada” para a população, uma vez que o cuidado diretamente com os usuários é mediado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e os

atendimentos individuais que se fizerem necessários são pactuados previamente com essas equipes.

O funcionamento do NASF-AB tem como principal estratégia o Apoio Matricial, que se configura como uma modalidade de organização do processo de trabalho que prescinde de horizontalidade e corresponsabilização no cuidado da população atendida, juntamente com as equipes de referência. Conforme Campos e Domitti (2007)

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (p. 400).

O Apoio Matricial ou matriciamento prevê duas dimensões de funcionamento, uma técnico-pedagógica e outra clínico-assistencial. Enquanto a primeira se refere à educação permanente e suporte às equipes de referência, a segunda trata das ações diretamente com os usuários da Atenção Básica. As ações assistenciais devem ser pactuadas previamente com as equipes de referência através de discussão de casos, troca de saberes e cuidados compartilhados; superando os encaminhamentos clássicos ou guias de referência/contrarreferência que acabam funcionando como uma transferência de responsabilidade (BRASIL, 2014).

Algumas ferramentas são essenciais para a efetivação do Matriciamento: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Interconsulta, Consulta Compartilhada, Visita Domiciliar e estratégias para comunicação entre equipes. O PTS singulariza ações destinadas a um indivíduo ou coletivo, ordenando objetivos e possibilidades de intervenção. Inclui não apenas diagnóstico ou abordagem farmacológica, mas também abordagem psicossocial e familiar, rede de apoio disponível no território e responsabilidade de cada membro da equipe envolvido na construção do projeto. Para ser efetivo, o PTS deve ser revisitado para eventuais repactuações sempre que necessário. A interconsulta é o encontro de saberes de profissionais diferentes para ampliar o entendimento e as possibilidades de ação em um dado caso. Assim, a discussão de casos, a consulta compartilhada e a visita domiciliar compartilhada são modalidades de interconsulta (CHIAVERINI et al., 2011). Esses momentos são oportunos para o aprendizado entre os diferentes profissionais, e ampliam a capacidade das equipes de intervirem em situações semelhantes em outras ocasiões.

Como profissionais matriciadores em Saúde Mental são reconhecidas as profissões de psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, e enfermeiros de Saúde Mental. (CHIAVERINI et al., 2011). Embora, esses profissionais atuem como referência no cuidado em Saúde Mental, entende-se que neste campo devam atuar todos os profissionais de saúde. As equipes de Atenção Básica lidam cotidianamente com queixas de Saúde Mental por sua alta prevalência na população, mesmo nas práticas que não se restringem a um diagnóstico psiquiátrico, considerando a máxima de que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde. A Atenção Básica como porta de entrada do SUS apresenta-se como locus privilegiado para ações de promoção de saúde e acompanhamento dos casos de transtorno mental comum, e de casos graves e persistentes dada a sua proximidade com a população (BRASIL, 2013).

A proximidade com os usuários favorece o trabalho na Atenção Básica em decorrência do vínculo que é estabelecido, ao mesmo tempo, evidencia o risco de assumir uma posição paternalista nos cuidados prestados. Atuar em comunidade exige uma postura que paralelamente ofereça ajuda e incentive a autogestão e protagonismo do usuário/família, como pessoas capazes de construir suas próprias saídas. Costa e Brandão (2005), a esse respeito, refletem sobre a necessária conduta que considere o outro no lugar de pessoa-sujeito e não de pessoa-objeto. Podemos facilmente transitar para o modo pessoa-objeto ao nos colocarmos numa posição assimétrica e de cuidados assistencialistas, especialmente quando se trata de famílias pobres. As autoras ressaltam que o assistencialismo pode, inclusive, ser emocional, numa pretensa intenção de suprir carências da pessoa assistida, assumindo seu lugar de decisão por uma suposição de fragilidade. O papel do psicólogo deve ser o de estimular autonomia e autogestão (COSTA; BRANDÃO, 2005). O gestaltista caminha nessa direção ao preconizar o desenvolvimento do protagonismo de seus clientes. Assim, “cuidar é fazer com, não fazer por. É uma proposta de capacitação, não de orientação. É oferecer o apoio necessário para que o outro se reconheça nas suas possibilidades e referências e se erga, fortalecendo seu senso de autossuporte” (CARDOSO, 2013, p. 72).

3. GESTALT-TERAPIA: UMA ABORDAGEM EXISTENCIAL-FENOMENOLÓGICA

Os diferentes olhares da Psicologia enquanto ciência e profissão visam à compreensão do homem e propõem modelos de ajuda para lidar com o sofrimento cotidiano, com o fortuito da vida, com a ausência de sentido; enfim, lidam com os distintos modos de viver objetivando tornar essa vivência mais suportável e condizente com as potencialidades do sujeito que se apresenta. Um olhar entre tantos outros constitui a chamada Terceira Força, contraposição às visões dominantes da Psicanálise e do Behaviorismo (GIOVANETTI, 1993/1994/1995). Não se trata de um campo homogêneo de ideias; reúnem-se nessa categoria diversas orientações que, embora com algumas semelhanças, possuem feições teóricas divergentes de cunho Existencial e/ou Humanista. O enfoque existencial versa sobre a responsabilidade individual, autonomia e autenticidade do homem, enquanto as teorias de base humanista fundam-se na autodescoberta e na tendência atualizante que atribui ao sujeito uma potencialidade inata para o crescimento (TEIXEIRA, 2006).

A Gestalt-terapia tem como marco inicial o ano de 1951, com a publicação do livro *Gestalt-Therapy: excitement and growth in the human personality*, de Perls, Goodman e Hefferline, embora no Brasil ganhe destaque somente em 1970. (FRAZÃO, 2013). Como pressupostos filosóficos desta abordagem encontram-se o humanismo, o existencialismo e a fenomenologia e como Teorias de base a psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo, a Teoria Organísmica e teorias holísticas. Este conjunto de influências contribuiu para a construção da abordagem gestáltica e seu arcabouço teórico, subsidiando o entendimento de homem e de mundo veiculados por esta teoria. Da tradição humanista, a Gestalt-terapia referencia a valorização e a centralidade do homem, sua potencialidade enquanto ser; entretanto, é na filosofia existencial que há uma maior convergência de pressupostos no que diz respeito à liberdade, à responsabilidade e ao projeto de autoconstrução humana (RIBEIRO, 2012).

A fenomenologia, desenvolvida pelo filósofo alemão Edmund Husserl, compreende o fenômeno como aquilo que se mostra, desvela-se para uma consciência, que o percebe e atribui sentido. O método fenomenológico consiste em captar a essência do que se apresenta (BELLO, 2006), “uma atitude perante o ato de conhecer” (HUSSERL *apud* FEIJOO, p. 35, 2000), que pressupõe colocar entre parênteses toda ideia pré-concebida para lidar com o fenômeno como ele se evidencia.

A Fenomenologia busca captar a essência mesma das coisas, descrevendo a experiência tal como ela se processa, de modo a que se atinja a realidade exatamente como ela é, e para que se possa chegar a isso, Husserl propõe que o indivíduo suspenda todo o juízo sobre os objetos que o cercam (COSTA, 2010, p. 437).

A abordagem gestáltica utiliza a fenomenologia como método, caminho de acesso à experiência do cliente, percebendo-o na maneira em que se mostra na relação, valoriza a descrição e não a explicação, a compreensão em detrimento da interpretação. Cardoso (2002) evidencia a escuta fenomenológica como uma postura acolhedora perante o cliente, pois ele é quem sabe de si. Na presença de uma escuta genuína, o cliente aprende a se escutar também, a se orientar a partir do seu próprio referencial, e assim, a ampliar sua *awareness*. “Ao escutar profundamente o cliente, o terapeuta mergulha no seu universo de significados, permitindo o contato de ambos com aquilo que a pessoa possui de mais íntimo: sua essência” (CARDOSO, 2002, p. 5). O conceito de *awareness* é central na visão gestáltica e pode ser compreendido como “presentificação da experiência”, “consciência de si no mundo” (CARDOSO, 2013, p. 63), “contato pleno, fundamental para o estabelecimento de uma relação autêntica” (Ibid., p. 65).

A postura fenomenológica é abertura para o encontro com o outro em sua totalidade. Nas palavras de Ribeiro (2012), “O homem todo e tudo no homem são o objeto da fenomenologia” (p. 87). Toda manifestação nos diz do sujeito, não sendo possível fragmentá-lo em suas partes. Em Gestalt-Terapia, o encontro com a alteridade do outro se dá no modo dialógico. Nos construímos e nos reconhecemos na relação com os outros. Esta é uma característica fundamental da existência humana: o seu caráter relacional. Ser-no-mundo é sempre ser-com-os-outros. Na intersubjetividade surgem as experiências dolorosas e significativas da vida. O outro se apresenta, ora como nutritivo, ora como tóxico, mas sempre indispensável para o processo de crescimento e de individuação. A clínica gestáltica se funda na relação que se desenvolve a partir do encontro terapêutico, por isso pode ser caracterizada como dialógica ou relacional. O encontro implica no diálogo, na troca inter-humana, no “entre” como foco do processo (HYCNER, 1995). A dimensão dialógica é enunciada por Buber (2001) como própria do humano, que é essencialmente um ser de relação. No encontro, quando se dá no modo dialógico, temos a postura Eu-Tu; quando a partir de uma objetificação do outro, tomado como meio para se atingir um fim, prevalece a postura Eu-isso.

Quanto mais a interação de terapeuta e cliente se aproxima da atitude Eu-Tu, mais fecundo será o encontro. É diante do Tu que o Eu encontrará o ambiente propício para se desenvolver, para ser “si mesmo”, uma vez que na interação é aceito e confirmado como pessoa (LUCZINSKI; ANCONA-LOPEZ, 2010).

Na perspectiva gestáltica, a pessoa é compreendida como totalidade, um organismo integrado em relação com um campo que o circunda e em busca de autorregulação. (RIBEIRO, 2012). O conceito de autorregulação é análogo ao de ajustamento criativo que, pode ser entendido como a tentativa do organismo de se recuperar de uma situação de desequilíbrio. A busca pela homeostase por vezes falha, o adoecimento poderá surgir da inabilidade em lidar com a situação vivenciada onde as necessidades do organismo não são satisfeitas (LIMA, 2014). A circunstância mal resolvida configura-se como uma Gestalt inacabada, clamando por fechamento, em um processo que despende energia do sujeito.

O modo disfuncional de existir deriva da “interrupção, inibição ou outros acidentes” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 45) relacionados ao contato com o meio e assimilação da experiência. A atitude terapêutica em Gestalt-Terapia consiste em desobstruir as possibilidades criativas do cliente, a fim de restabelecer a fluidez na identificação e resolução das necessidades emergentes.

Sobre ajustamento disfuncional, Galli (2009) afirma que o sintoma é algo que exige atenção, relacionado a algo que nos falta, que não foi assimilado pela consciência. O caminho para a ampliação de *awareness* só pode ser alcançado subjetivamente. Cabe à pessoa desenvolver uma escuta das suas partes alienadas

Ouvir ou entender os sintomas não fará com que eles desapareçam. Na medida em que nos conscientizarmos do que nos falta, do que ainda temos de integrar em nós mesmos, teremos a oportunidade de transformar os sintomas em algo de que não precisamos mais. Esta é a diferença entre lutar contra a doença e transmutá-la. A cura acontece através da incorporação daquilo que está faltando e, portanto, ela não é possível sem uma expansão da consciência (p.66).

O desenvolvimento da *awareness* possibilita ao cliente o deslocamento gradual da necessidade de heterossuporte para o autossuporte. A princípio, na presença do outro que atua como facilitador, o cliente encontrará condições propícias para a expansão de consciência. No processo de evolução para o autossuporte, desenvolve sua própria escuta. Descobre em si mesmo as condições para se responsabilizar pela própria vida, alcançando uma existência mais autêntica (FREITAS, 2016). O lugar do Gestalt-terapeuta no SUS reside na criação de espaços de escuta e de condições para que o paciente encontre seu próprio caminho e construa suas possibilidades no cuidado em saúde. Os serviços de saúde são tradicionalmente prescritivos, pautados por “deverias”. A contribuição gestáltica amplia o foco sobre o sujeito, legitima o seu lugar de fala e de ação, portanto, de autocuidado.

4. CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA PARA O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO NASF-AB

A Gestalt-terapia fornece importantes contribuições para a atuação na Saúde Coletiva, a começar pelo seu conceito de saúde, condizente com o estado de equilíbrio biopsicossocial propagado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não meramente relacionado à ausência de doenças. Conceber o ser humano como totalidade implica considerar todas as suas dimensões como interdependentes. Saúde, do ponto de vista gestáltico, está relacionada com a qualidade do contato que estabelecemos com o mundo. “Contato é saúde. Saúde é contato em ação. Qualquer interrupção do contato implica uma perda na saúde. Contato é auto-regulação orgânica”, e a doença seria resultado de “uma necessidade não satisfeita” (RIBEIRO, 2017, p. 53). Nesse sentido, o restabelecimento do contato altera o desequilíbrio anteriormente encontrado.

A fluidez entre a eleição de uma necessidade dominante e sua satisfação mobiliza o surgimento e destruição de *Gestalten* de forma saudável; a rigidez, porém, cristaliza esse processo dinâmico tornando-o disfuncional. Estar saudável, portanto, refere-se aos ajustamentos criativos, a partir da identificação das necessidades presentes no momento e sua possibilidade ou não de realizá-las de modo inventivo, com abertura para o novo. Em contrapartida, a doença seria o existir inautêntico, distanciado das necessidades mais emergentes negligenciadas pelo sujeito (CARDOSO, 2016).

Além da concepção de saúde, a Gestalt-terapia fornece outras contribuições ao trabalho do psicólogo na Saúde da Família. Conforme Diógenes e Pontes (2016), a concepção de totalidade pensada por essa abordagem revela-se congruente com a clínica ampliada; a abordagem dialógica, compatível com a noção de vínculo; e, a questão do campo relaciona-se ao conceito de território, referência crucial nas práticas de cuidado no contexto da saúde pública.

Na Atenção Básica, o Gestalt-terapeuta é convidado a uma atuação extramuros, o *setting* inclui a comunidade, o meio social e cultural em que os usuários estão inseridos e influenciam no seu existir (BRITO, 2015). Assim, a clínica ampliada consiste no movimento de deslocamento da ênfase no individual, em seu recorte cartesiano, fragmentado, para um olhar global. “Uma clínica psicológica voltada para a atenção primária em saúde cujo foco do trabalho é o sujeito integral, sendo o processo saúde-doença compreendido não apenas sob o enfoque psicológico, mas também econômico, social e político” (Ibid., p. 165). A

interdisciplinaridade na saúde objetiva, inclusive, abarcar as diversas dimensões do sujeito, uma vez que nenhum campo do saber isoladamente conseguiria dar conta da complexidade humana. O conceito doutrinário de integralidade do SUS visa a essa totalidade (BRASIL, 1990). A clínica ampliada requer integração entre os enfoques biomédico, social e psicológico. Para isso, torna-se necessário superar a lógica de trabalho fragmentado em que cada profissional se ocupa do seu núcleo de saber, operando um recorte da queixa do sujeito. Deve-se pensar a pessoa como um todo. A clínica é ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009).

O olhar ampliado sobre o sujeito também deve considerar o seu contexto territorial. Pensar a concepção de território no SUS ultrapassa o entendimento meramente geográfico, visto que engloba o espaço onde a vida acontece, com todas as suas trocas. A comunidade é o lócus de ação e, por isso, o trabalho assume uma vertente mais coletiva que individual. Nesse sentido, o grupo é um modo privilegiado de exercer a clínica ampliada, onde se mobilizam questões da vida humana em sua complexidade: econômicas, culturais, ambientais, dentre outras. A produção do cuidado inclui o entorno do paciente/usuário do serviço. Esta perspectiva é coerente com a Gestalt-terapia, pois nesta abordagem as dicotomias como mente-corpo e individual-coletivo perdem sua importância uma vez que o homem é visto em sua integralidade biopsicoespiritual em relação com um ambiente. (BRITO, 2015). Desta feita, o grupo não é uma oposição ao individual. Tomamos como referência a definição de grupo na seguinte acepção:

O grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem. Tem tudo o que eles têm e transforma esse conteúdo em um continente de imensas e vastas possibilidades. O grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, no seu poder de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se (RIBEIRO, 1994, p. 10 *apud* CARDOSO, 2009, p. 128).

O trabalho com grupos na Atenção Básica é uma metodologia valorizada por sua contribuição educativa e potência em favorecer modos de vida saudáveis e inventivos. Não se trata de otimizar a grande demanda do serviço público, antes, de abrir caminho para a aprendizagem que o encontro com o outro possibilita. Chiaverini et al. (2011) apontam como contribuições da modalidade de intervenção grupal:

estabelecimento de identificações, reforçando a possibilidade de estruturação de comportamentos imitativos positivos: se deu certo para o outro, pode dar para mim também. Esse processo reforça a percepção da Universalidade Humana, que é fonte de instilação de esperança; reprodução de conflitos, por se tratar de um verdadeiro microcosmo social, permitindo uma elaboração mais direta e rápida de conflitos e o desenvolvimento de novas formas de relacionamento e socialização; possibilidade de a transferência também ocorrer de um modo lateralizado (ou seja, entre todos os

membros do grupo), reeditando de forma corretiva o grupo familiar primário, porém com mudança de posições enrijecidas; catarse e realização de experiências emocionais corretivas; espaços importantes de apoio social, em que a troca de informações, a participação e a discussão das dificuldades de todos e de cada um levam a uma aprendizagem interpessoal em um ambiente coeso; apoio ao estabelecimento de uma verdadeira “mente grupal”, que reforça fatores existenciais humanistas e altruístas (p. 55).

Considerando a abordagem gestáltica, o crescimento que o grupo favorece é decorrente do campo, situação de interação entre indivíduo e ambiente, onde “O significado de cada elemento surge a partir de sua interação com o todo” (EVANGELISTA, 2010, p. 7) e as relações se desenvolvem “como um jogo de forças na direção de um equilíbrio” (Ibid., p. 9). O entendimento de campo deriva das contribuições de Kurt Lewin, que empregou conceitos da física para compreender a dinâmica que acontece nos processos grupais, para ele, o grupo consiste em forças interatuantes em um campo. Outras influências perpassam essa concepção, como a visão sistêmica da Teoria Organísmica, de Goldstein e as contribuições da Psicologia da Gestalt (ALBUQUERQUE, 2011). Por ser interação, o que se produz no campo, e especialmente na situação de grupo, tem um caráter subjetivo, a percepção que cada pessoa realiza singulariza sua experiência (CARDOSO, 2009). Considerando esse ponto de vista, grupo difere de massa, não se trata de uma unidade indiferenciada em estado de confluência.

Para Fadel e Pinheiro (2015), há três formas de se realizar Gestalt-Terapia com grupos conforme o estilo do terapeuta ou objetivo pretendido, denominadas terapia **em** grupo, **do** grupo e **de** grupo. A terapia em grupo tem um enfoque mais individual e o grupo aparece na cena como espectador, a exemplo dos workshops promovidos por Fritz Perls nas décadas de 60 e 70. Na terapia do grupo, o terapeuta se relaciona com uma unidade, o que os indivíduos experimentam interessam enquanto influência e repercussão no coletivo. A terceira modalidade, terapia de grupo, dialoga com nossa perspectiva na Saúde Coletiva, “não secundariza o grupo como na terapia em grupo, nem dilui o paciente no grupo como na terapia do grupo” (Ibid. p. 219). Nesta abordagem a cisão entre individual e coletivo é superada, ambas são trabalhadas no campo. Há um destaque para o dialógico e as possibilidades que surgem no encontro com o outro, na relação que se estabelece.

O público dos grupos na ESF, em geral, são os chamados prioritários: “mulheres, crianças, idosos, pessoas acometidas por doenças crônicas e doenças infectocontagiosas” (PINTO *et al.*, 2016, p. 369). Porém, há variações conforme o diagnóstico territorial e identificação de prioridades da população adscrita. Na minha experiência, vivencio intervenções com os grupos em dois formatos: na educação em saúde, que são intervenções temáticas, focadas na transmissão de informações como, por exemplo, nas reuniões de pacientes

hipertensos e diabéticos e no Programa Saúde na Escola (PSE). Nesse enquadre, não há continuidade dos encontros, as reuniões são estanques, abertas e com alternância entre os facilitadores. Tem como ponto negativo assumir um formato de palestra, sem maior participação do público a que se destina. O segundo formato, são os grupos contínuos. Nestes, há uma frequência dos participantes, que constroem um sentimento de pertença, de confiança e são pensados como ambientes para a circulação da fala entre os participantes. Localmente, desenvolvo grupos contínuos com os seguintes públicos: Agentes Comunitários de Saúde (voltado para a prevenção em saúde do trabalhador – condução específica da Psicologia), grupo de reeducação alimentar (parceria com a nutricionista do NASF-AB e enfermeira da ESF), grupo de idosos (grupo preventivo de agravos em saúde e também de convivência – coordenação compartilhada entre NASF-AB e ESF), grupo de gestantes e planejamento familiar (NASF-AB compartilhado com ESF), grupo de mulheres com TMC – Transtorno Mental Comum (parceria entre Psicóloga e ESF), grupo de PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo (condução conjunta com a ESF).

As intervenções em grupo, como as individuais, pretendem ampliar o conhecimento e acesso da população ao serviço público, além de possibilitar ao usuário um envolvimento autônomo e responsável nos cuidados com a sua saúde. Na visão da Gestalt-terapia, saúde não é pensada enquanto cura, mas produção do cuidado, crescimento e desenvolvimento de *awareness* (BRITO, 2015).

Outra contribuição da Gestalt-Terapia ao trabalho na Saúde Coletiva refere-se ao paradigma da Atenção Psicossocial na Saúde Mental (PEREIRA, 2008). A atenção psicossocial ganha destaque a partir da Reforma Psiquiátrica ocorrida na década de 70 no Brasil e, evidenciou a necessidade de um redirecionamento na atenção às pessoas com transtorno mental, e condições decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; uma mudança no modo de gestão e de cuidado. O modelo psicossocial propõe a superação do modelo biomédico, centralizado na doença e na atenção individual, e preconiza um cuidado centrado na pessoa que vivencia o sofrimento mental, buscando sua reinserção social e fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares utilizando-se de ações preferencialmente realizadas no seu território.

Franco Basaglia, na experiência italiana de reforma psiquiátrica que influenciou o movimento brasileiro, já se valia do método fenomenológico de “colocar entre parênteses” a doença para lidar com a pessoa (AMARANTE, 2007; PUCHIVAILO, SILVA e HOLANDA, 2013). Isso significa dizer que, o sintoma diz de uma forma de ser no mundo e que toda pessoa, a despeito de suas restrições, constrói possibilidades singulares de existência (PEREIRA,

2008). Utilizando-se do método fenomenológico nas suas intervenções, o gestaltista no cuidado que vai do preventivo ao reabilitador, caminha na direção de guiar-se pelo sujeito e não pelo seu diagnóstico.

Através da visão gestáltica, podemos perceber o positivo, o potencialmente transformador, mesmo diante dos limites e dificuldades mais severos. Acreditamos que aquela é a melhor configuração possível do sujeito naquele momento, que mesmo diante de tantas limitações, há ali um potencial criativo que constrói como pode sua forma particular de estar no mundo (PEREIRA, 2008, p. 182).

Diante do exposto, a Gestalt-Terapia apresenta-se como uma teoria com importantes contribuições para o trabalho do psicólogo na Saúde Coletiva, aplicável nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde tanto no nível individual quanto coletivo. Sua fundamentação filosófica e teórica sustentam intervenções em grupo, com famílias, coletivos e para a efetivação de uma clínica ampliada e interprofissional.

5. OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA

Atuar em Saúde Coletiva representa um grande desafio para os profissionais que adentram esse campo. Esta é uma área de trabalho recente na história da Psicologia, que vem se desenvolvendo cotidianamente e, pela dinamicidade da atuação em comunidades, exige práticas inovadoras e propiciadoras de cuidados integrais. A atuação do psicólogo, tradicionalmente solitária, ganha um novo lugar nesse arranjo: integrante de uma equipe, precisará dialogar e compartilhar com outros profissionais a responsabilidade sanitária pelo território que assiste.

O fazer interdisciplinar requerido pela Atenção Básica é tanto fator desafiador, quanto promotor de crescimento ao favorecer o aprendizado com o diferente, representado pelos distintos saberes profissionais, e pela ampliação do olhar sobre o sujeito (cliente/paciente) que, dada sua complexidade não pode ser apreendido por um único campo do saber. Cada usuário, família ou comunidade apresenta questões complexas, que exigem um olhar holístico para sua compreensão e plano de cuidados adequados à sua necessidade. O diálogo entre os profissionais propicia uma ocasião ímpar para o aprendizado em serviço. Cardoso (2016) compara a interdisciplinaridade ao conceito de contato, oportunidade de assimilação daquilo que é diferente e resulta em uma mudança. Entretanto, processos de mudança não raramente engendram resistência.

Para Campos (1999) o trabalho transdisciplinar tem como dificuldades para sua efetivação a tradição de hierarquização de poder na saúde. Cada profissional é habituado a se fechar no seu saber, sem as trocas necessárias para a compreensão mais global dos fenômenos emergentes. Os núcleos são diversos, mas o campo é comum e deveria agregar os diferentes olhares; “a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais” (p. 400). Na prática, a inabilidade no fazer interprofissional esbarra em aspectos de poder, e na formação deficitária dos profissionais de saúde para esse encontro. A diferenciação entre os domínios multi, inter e transdisciplinares decorre do grau de coesão e articulação profissional.

Assim, a atuação numa equipe multidisciplinar se diferencia daquela da equipe interdisciplinar por consistir na junção de diversas disciplinas sem haver, no entanto, uma coordenação entre elas. Cada uma fornece sua contribuição sem a preocupação com o diálogo e com a construção de novos saberes. Por outro lado, na transdisciplinaridade, esta troca acontece de forma tão intensa que se chega a uma relativa superação dos limites dos campos de conhecimento, no que se refere ao

tratamento do fenômeno em questão (VELASCO, 2000 *apud* CARDOSO, MAYRINK E LUCZINSKI, 2006, p. 18).

Embora a atuação interprofissional seja uma questão importante no trabalho em Saúde Coletiva, com potencial de obstaculizar os processos de trabalho no SUS, outros desafios figuram nesse cenário. No que diz respeito ao NASF-AB, pairam dúvidas e entraves próprios de uma política em construção. Em artigo recente sobre a avaliação dos 10 anos da criação do NASF, os autores (MELO *et. al*, 2018) evidenciam as principais dificuldades identificadas na consolidação desta política. Não há delimitações claras sobre as atribuições dos profissionais, por exemplo, no que diz respeito ao equilíbrio na divisão entre as ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, individuais e coletivas. O NASF-AB não deve assumir um lugar de ambulatório de especialidades, uma vez que a baixa complexidade não abarca essa modalidade de atendimento, contudo, prevê uma vertente de atuação em reabilitação que, por vezes, é confundida com outros níveis assistenciais. O “nasfiano” atua em conjunto com as equipes de referência, ao mesmo tempo em que delas não faz parte; alterna entre aproximações e distanciamentos para poder intervir nas próprias relações internas das eSF e suas contradições. Arelado às atribuições profissionais como matriciador, soma-se o papel de articulador da rede, facilitando a comunicação com outros níveis de atenção e serviços intersetoriais. Acrescentam-se desafios financeiros, indisponibilidade de recursos e insumos para realização de ações, ocasionalmente ausência de apoio da gestão, formação profissional deficitária de “nasfianos” e das próprias equipes de referência para o apoio matricial. Vivencio todos estes atravessamentos apresentados cotidianamente, que demandam um olhar crítico e transformação das dificuldades em possibilidades. Concordo com MELO (*et al.*, 2018) que, a despeito dos desafios, o NASF-AB desponta como uma potência, embora necessite de estruturação.

No que diz respeito às práticas em Saúde Mental, Gryscek e Pinto (2015) argumentam que, para um trabalho efetivo na Atenção Básica, não basta a inclusão de profissionais especialistas nas equipes de Apoio Matricial, mas que as próprias equipes de Saúde da Família e eAB assumam o cuidado compartilhado nesse contexto. Isso não deve ocorrer como uma demanda extra do seu trabalho em que cabe apenas realizar encaminhamento para avaliação especializada ou atendimento individual, mas uma abertura para o acolhimento e corresponsabilização. Para estes autores, é necessária a capacitação dos profissionais para o cuidado em SM, desenvolvimento de habilidades que superem a visão medicalizante como principal estratégia de cuidado, existência de uma rede de serviços articulados no território, inclusive intersetorialmente, e compromisso da gestão em saúde para possibilitar esse processo de ampliação e fortalecimento do trabalho em SM.

A integração entre as equipes matricial e de referência, favorecem ou dificultam o cuidado que se pretende na Saúde Coletiva de modo geral, e em particular na SM. Quanto mais as equipes entendem a importância da clínica ampliada e do apoio matricial, mais o trabalho flui resolutamente. Do contrário, a inclusão de profissionais matriciadores não mobiliza mudanças na assistência à Saúde Mental. O multidisciplinar supera o interdisciplinar, pois apenas reúnem-se no mesmo espaço profissionais com formações diferentes, o que não garante um espaço de troca e construção conjunta. Na minha experiência, percebo uma alternância entre o “multi” e o “inter”. No campo da Saúde Mental, ainda é bastante frequente a percepção de que o atendimento individual, de longo prazo e de responsabilidade exclusiva dos profissionais psi (Psicólogos, Psiquiatras, Psicanalistas), é a única estratégia possível de cuidado. Tal equívoco é combatido constantemente pela educação permanente, orientações aos profissionais, apresentação de literatura sobre o assunto. Porém, pacientes com algum transtorno mental carregam estigmas culturalmente difundidos, a falta de informação, o medo e o preconceito criam barreiras entre profissionais não ligados diretamente à formação em Saúde Mental e a assistência necessária. Embora essa seja uma demanda frequente no cotidiano das eAB

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em SM devido a transtornos mentais graves e persistentes. Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar de um terço a 50% da demanda da AB. Somando-se esta demanda aos problemas decorrentes de álcool e drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população, pode-se ter uma ideia da amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em SM (GRYSHECK; PINTO, 2015, p. 3256).

A ampliação da clínica revela impasses relevantes nos processos de trabalho no SUS. Brito (2015), no tocante a esse aspecto, elenca cinco grandes desafios enfrentados pelo Gestalt-terapeuta no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que, a meu ver, se aplicam perfeitamente à realidade do NASF-AB. O primeiro deles refere-se à novidade representada pela clínica ampliada. Historicamente, o recorte da queixa do paciente, de forma descontextualizada, tornou-se a prática hegemônica na formação e atuação dos profissionais de saúde. Alterar um paradigma culturalmente enraizado exige esforço para se efetivar. Outra questão identificada trata do contato próximo com a realidade total do paciente. Seu contexto de vida, por vezes, evidencia situações de vulnerabilidade que poderão suscitar sentimentos de impotência no profissional. A autora também menciona a dificuldade anteriormente citada, de articulação interdisciplinar entre os diferentes profissionais incluídos nas equipes, que facilmente assumem um lugar de disputa de poder. Compreende que “Trabalhar em equipe significa aprender o

significado da dança das alteridades” (p.177). Um desafio em particular para os psicólogos que trabalham na lógica da clínica ampliada merece destaque:

A multiplicidade de demandas da instituição, dos usuários e da comunidade diante da escassez de psicólogos contratados nas unidades de saúde, gerando uma sobrecarga da qual a jornada de trabalho não dá conta. Isso demanda do Gestalt-terapeuta maior integração com a equipe, disponibilidade e consciência dos próprios limites, não como impedimento e sim como desafio para novas soluções. (BRITO, 2015, p. 176).

A demanda de cuidados na Saúde Pública é sempre maior que a possibilidade de absorção pelos serviços, observa-se uma carência de profissionais disponíveis, sobrecarregando quem presta a assistência. Na minha prática, atuo como única profissional da psicologia na área da Saúde, em um município de população estimada de 8.556 habitantes (IBGE, 2018), com a cobertura apenas da Atenção Básica. A diversidade da demanda inclui transtornos mentais graves, transtorno mental comum, problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, queixas escolares, alto índice de tentativas de suicídio, sofrimento mental decorrente de violência sexual (ainda comum em áreas rurais), conflitos familiares e presença de violência doméstica. São muitos os casos que demandam uma intervenção psicológica, alguns deles, na modalidade de psicoterapia, contudo não há disponibilidade dessa oferta. A articulação com as equipes de referência nessa conjuntura é imprescindível, demanda a definição de fluxos e pactos de trabalho que respeitem casos de maior urgência que necessitam de intervenções individuais e desenvolvimento de outras modalidades de cuidado, a exemplo da própria interconsulta e capacitação dos profissionais das eSF para intervirem em situações de sofrimento mental comum.

O último item elencado por Brito (2015) refere-se ao

Impasse diante de questões políticas que fogem da sua ingerência como profissional, mas interferem em sua atuação, seus valores e sua ideologia. Isso exige, de um lado, jogo de cintura e criatividade para driblar as questões inerentes às instituições públicas – fazer muito com um mínimo de condições. De outro, uma ação política de mobilização social (p. 177).

A assistência em Saúde vai além do acesso aos profissionais e procedimentos; como conceito ampliado inclui estratégias de lazer, cultura, esporte, dentre outras. Na Saúde Mental, prioriza-se o modelo psicossocial que valoriza a vinculação do paciente com a família e a comunidade. Há um empobrecimento da assistência na medida em que são escassas as ofertas no território que agreguem o PTS, que, nesse caso, fica reduzido à doença, às consultas e à conduta farmacológica. O “mínimo de condições” impacta também na carência de materiais

para as ações de educação em saúde e nos grupos, precariedade no transporte e deslocamento das equipes para comunidades distantes.

Assim como saúde engloba diferentes dimensões da vida humana, o sofrimento também provém de muitas fontes. A “ação política de mobilização social” (BRITO, 2015, p. 177) requerida do profissional de saúde precisa redundar em práticas emancipadoras. Diariamente, são trazidas ao serviço público demandas de sofrimento emocional, que evidenciam atravessamentos individuais e sociais dos mais diversos, que interferem no projeto existencial daquele que sofre. Na epígrafe deste trabalho, o sanitarista Sérgio Arouca discorre sobre o que nos afeta, para além da existência ou não de uma patologia, somos constantemente confrontados pela miséria, pela violência e pela impotência (AROUCA, 2013). A associação feita por ele entre democracia e saúde, se coaduna com o que Bader Sawaia chama de sofrimento ético-político, entendido como processos de injustiça, desigualdade e exclusão que despotencializam o sujeito, causando sofrimento. Atingindo predominantemente as camadas mais pobres da sociedade (BERDINI, 2014). Entendo a mobilização social do gestalt-terapeuta nas práticas em saúde como o olhar ampliado, que considera a complexidade dos atravessamentos contidos nas queixas com que nos defrontamos todos os dias e na busca pela saúde enquanto qualidade de vida, autonomia e protagonismo. Angerami (2019) endossa essa visão ao argumentar que “a psicologia precisa se tornar instrumento libertário saindo de sua condição alienadora e alienante”, e contribuir para “uma sociedade mais justa, digna e fraterna” (p. 17).

Frente às adversidades colocadas para a Psicologia na Saúde Coletiva expostas até aqui, a Gestalt-terapia fornece subsídios para uma atuação que favoreça o crescimento e emancipação dos sujeitos assistidos, através da clínica ampliada, do arcabouço teórico e estratégias de cuidado na direção da retomada da homeostase e ampliação de *awareness*. Como recurso possível para o trabalho no NASF-AB, a Gestalt-terapia dispõe de modalidades de abordagem de curta duração e desenvolvimento de grupos, relevantes para lidar com a grande demanda do serviço público. Ambas são estratégias focais que buscam enfrentamento de questões que são figura para o sujeito naquele momento e buscam capacitá-lo para gerir sua própria vida. Como dito anteriormente, saúde na visão gestáltica é entendida como produção de cuidado e não necessariamente a cura (BRITO, 2015). Chiaverini et al. (2011) corroboram com esta visão ao ressaltar que “as equipes não são responsáveis pela resolução do sofrimento emocional e dos problemas da população sob seus cuidados. Sua obrigação é acompanhar, criando espaços de superação e de reestruturação, utilizando todos os recursos disponíveis” (p. 27). Interessa o que há de preservado, e não apenas o que é disfuncional na realidade de vida da pessoa.

As estratégias de curta duração se adequam bem a realidade onde ocorre a escuta do psicólogo de NASF-AB. Como não há uma estrutura específica para essa equipe, o acolhimento e suporte individuais, quando necessários, acontecem em qualquer espaço disponível. Esse espaço difere do conhecido *setting* terapêutico da clínica clássica, praticada em consultório privado, com um mínimo de estruturação. Na minha prática, tenho vivências de adaptação de espaços de escuta na rua, na sala de expurgo da UBS, em uma calçada, na sala de atendimento da equipe de saúde bucal. Em algumas comunidades, o acesso só é possível uma vez ao mês, ou esporadicamente, exigindo do profissional ajustamento de um modelo de atendimento que seja diretivo, planejado, resolutivo e ao mesmo tempo espontâneo, considerando o método fenomenológico. A disponibilidade do gestalt-terapeuta para se adaptar ao possível, e não exatamente ao ideal é de fundamental importância. O que há de terapêutico na intervenção é a abertura para o encontro, seja ele contínuo ou único.

Como possibilidade de atuação alternativa ao modelo clínico tradicional, o psicólogo gestaltista inserido no NASF-AB dispõe de modalidades de atendimento de curta duração. Conforme definição de Brito (2006), essas modalidades se dividem em: Focal, Breve e Ação terapêutica. O modelo focal restringe a intervenção a um aspecto da vivência do cliente, empregando esforços para compreensão das *gestalten* abertas e recursos possíveis para a retomada do fluxo autorregulador. Na terapia breve, a duração temporal é definida no contrato inicial, embora essa definição não seja estabelecida pelo terapeuta, antes, responde a uma circunstância episódica do cliente, ou a uma exigência externa, como por exemplo, a demarcação prévia de número de atendimentos por um convênio de saúde. A modalidade de ação terapêutica revela-se adequada ao serviço de NASF-AB, considerando se tratar de

um modelo de atuação indicado para situações em que o terapeuta só irá ter poucos contatos com o cliente, quando o intervalo entre as sessões é mais longo, por exemplo, sessões mensais, trimestrais, e com grupos abertos onde a flutuação da clientela traz a incerteza de quem irá estar no encontro seguinte. Neste modelo cada sessão é uma gestalt em si, onde o processo que for aberto deve ser fechado; o foco é a situação emergencial trazida pelo cliente, uma situação inacabada que possa ser fechada na própria sessão, uma pequena fronteira de contato a ser ampliada ou delimitada, o dar-se conta de como se está funcionando na vida, a resignificação de algum conteúdo (BRITO, 2006, p. 161-162).

O foco nas abordagens de curta duração é demarcado em conjunto com o cliente e tem como finalidade “a diminuição ou resolução do sintoma e a restauração do equilíbrio apresentado pelo cliente antes do eclodir da crise” (Ibid., p. 162-163). Conforme a autora, pode parecer paradoxal trabalhar com um foco em uma postura fenomenológica, porém o aspecto

destacado é um orientador para que o cliente receba suporte em um momento de crise que o instrumentalize a retomar seu processo de autorregulação orgânica (BRITO, 2006).

Como apontado até aqui, a atuação psicológica na Saúde Coletiva se desenvolve no terreno de muitos desafios, que aos poucos vão se estruturando na construção de um SUS de qualidade. A Gestalt-terapia se mostra eficaz na superação destas adversidades, como uma proposta congruente com o conceito de saúde enquanto bem-estar biopsicossocial, alinhada às políticas públicas de saúde e com importantes contribuições para a atuação transformadora requerida pela Psicologia na Atenção Básica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação em NASF-AB integra uma política recente, mas potente nos resultados possíveis para ampliar o acesso, a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. No que diz respeito ao trabalho do psicólogo, apresentam-se desafios relativos à identidade profissional, ainda muito vinculada ao atendimento individualizado e em consultório. Em decorrência desta cultura profissional temos a imagem que a população, gestores e outros trabalhadores da saúde possuem da Psicologia como profissão restrita ao âmbito individual, à psicoterapia de longo prazo e à atenção curativa.

A inserção de profissionais psicólogos no campo da saúde pública não foi acompanhada de qualificação e preparação para este trabalho, deflagrando práticas equivocadas. A realidade colocada pelo serviço público evidenciou a necessidade de rever o lugar e as contribuições da Psicologia neste espaço. O NASF-AB conferiu centralidade ao arranjo organizacional que prescinde de trabalho em equipe, da clínica ampliada, dinamismo na oferta de promoção, prevenção e recuperação da saúde, parcerias intersetoriais e diálogo da rede de cuidados em saúde.

A grande demanda de usuários, incompatível com a oferta de profissionais e recursos disponíveis acrescenta uma dificuldade nesse percurso: “fazer muito com um mínimo de condições” (BRITO, 2015, p. 177). Adequar modalidades de atendimento, fluxo de urgência, estreitar os laços com outros atores que possam colaborar na assistência aos pacientes, sair da zona de conforto e do previsível para se lançar na construção de um saber que se faz em ato constitui o cotidiano do psicólogo “nasfiano”. Além de disponibilidade e suporte para lidar com o não saber, com a impotência, com os atravessamentos sociais e de outras ordens manifestos nas queixas. Porém, sem se paralisar diante desses desafios. É criar novas possibilidades, não se abster do compromisso social e ético da profissão, dar voz aos pacientes que não são e nem devem ser considerados passivos, refletir a prática, buscar capacitação contínua e se ajustar criativamente todos os dias.

A Gestalt-terapia apresenta-se como aporte teórico e metodológico capaz de contribuir nas práticas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. A fundamentação para o trabalho com grupos, as estratégias de atendimento de curta duração, o entendimento de saúde enquanto produção de cuidado e a dimensão dialógica comprovam a pertinência dessa abordagem para a atuação no SUS.

Conforme exposto até aqui, atuar em Saúde Pública nos defronta com uma série de desafios, e outras tantas oportunidades de enriquecimento pessoal e profissional. Compreendo dois aspectos nesse contexto, aplicáveis à visão gestáltica, embora relacionados à chamada experiência elementar (MAHFOUD, 2016). O primeiro deles quanto à provocação que a experiência que cada cliente/usuário do serviço desperta no profissional. A clínica ampliada nos confronta com a complexidade humana manifesta nas demandas daquele que sofre. O *setting* terapêutico “extramuros” da instituição aproxima uma realidade que, para além dos cuidados básicos prestados, escancara situações de violência, de desigualdade social, de injustiça. Porém, mesmo nas circunstâncias mais desfavoráveis a potência de vida também tem espaço. Certa vez, li o psicólogo André Torres (2005) tecer algumas considerações sobre resiliência da seguinte forma:

Surpreende-me como algumas pessoas parecem muito fortes diante das adversidades. Não obstante a miséria e as péssimas condições em que vivem, mantêm-se incredivelmente em pé. Uma resistência admirável a que os teóricos chamam de “resiliência”; eu, porém, prefiro “força”, sem o tecnicismo de vocabulário. É um fenômeno incrível quando topamos frente a frente com ele (p. 71).

Experiência elementar aparece para mim como esse maravilhamento que me ocorre ao me deparar com as soluções criativas que cada um desenvolve dentro das suas possibilidades, ou apesar delas. Acompanhar o paciente no processo de criação de suas próprias saídas, sem tentar impor ou induzi-lo a um projeto definido previamente e sem a sua participação, o recoloca no lugar de sujeito e os resultados são surpreendentes. É um privilégio presenciar o paciente em seu processo de crescimento, se apropriando de sua existência enquanto protagonista dela. O meu ofício reside justamente em facilitar esse processo e possibilitar que outros profissionais, do mesmo modo, abram espaço para um “fazer com” o paciente do SUS e não “fazer por” ele (CARDOSO, 2013). Uma dimensão de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde, que permite a surpresa diante dos desdobramentos possíveis no encontro terapêutico.

O contexto da Saúde Coletiva torna possível o aprendizado com saberes tão diversos, com os profissionais das equipes de AB e com a população, que tem sua própria sabedoria na resolução dos problemas com que se deparam. Mesmo que a solução seja pela via do sintoma, este é o ajustamento criativo possível naquela situação e nos mostra o caminho para retomada do equilíbrio. A abertura para a aprendizagem que o cotidiano nos oferta é um ganho no trabalho com comunidades.

Longe de esgotar a temática dos desafios colocados ao psicólogo no NASF-AB, entendo ser necessária a reflexão e o questionamento constante sobre o propósito da nossa prática no SUS e como ela pode estar a serviço das pessoas para que “tenham mais alguma coisa do que

simplesmente não estar doentes” (AROUCA, 2013). Que legitime o lugar da Psicologia como agente de transformação social.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Patrícia Lima. Contextualização da terapia de grupo uma pequena apresentação da história e do desenvolvimento de algumas propostas de trabalhos com grupo. **Revista IGT na Rede**, V.8, Nº 15, 2011, Página 216 a 226. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/>> Acesso em 24 de abril de 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANGERAMI, V. A. Psicologia da saúde. Novas buscas conceituais... In: ANGERAMI, V. A. (Org.) **A Psicologia da saúde na prática: teoria e prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019.
- AROUCA, Sérgio. Democracia é Saúde. **Youtube**. 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ> Acesso em 02 de abril de 2019.
- BELLO, Angela Alles. **Introdução à fenomenologia** / Tradução Ir. Jatinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: Eduse, 2006.
- BERDINI, F.M.A. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Psicologia e Sociedade**, 26 (n. spe 2), 60-69, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- _____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.183, p.68, 22 set. 2017a.
- _____. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2018.
- BRITO, M. A. Q. Gestalt-terapia na clínica ampliada. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O (Orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2015. P. 163-180.

BRITO, M. A. Desafios de uma proposta de curta duração na abordagem gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, vol. XII, núm. 1, junho, 2006, pp. 159-164. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/3577/357735503016.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2019.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001. 170 p.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4 (2): 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (2) : 399-407, fev, 2007.

CARDOSO, Cláudia Lins. A escuta fenomenológica em psicoterapia. In: VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica, 2002, Goiânia. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**. Goiânia: ITGT, 2002. p. 61-69.

_____. Grupos terapêuticos na abordagem gestáltica: uma proposta de atuação clínica em comunidades. **Estudos e pesquisas em psicologia**; UERJ, RJ. Ano 9, n.1, P. 122-136, 2009. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a10.pdf>> Acesso em 20 de março de 2019.

_____. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013, p. 59-75.

_____. A Gestalt-Terapia no PET-Saúde: uma experiência em saúde coletiva. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Modalidades de intervenção em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2016, p. 187-210.

CARDOSO, Cláudia. L.; MAYRINK, Aline. R.; LUCZINSK, Giovana. F. O Psicólogo Clínico na Comunidade: Desafios e Possibilidades. **Revista da Abordagem Gestáltica – XII(2)**: 13-26, jul-dez, 2006.

CHIAVERINI, Dulce Helena (organizadora) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 33-41; mai/ago. 2005.

COSTA, Cristiane de Figueiredo. Fenomenologia: Uma discussão acerca da articulação entre Husserl e Gestalt-terapia. **Revista IGT na Rede**, V. 7, Nº. 13, 2010, Página 451 de 463.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, Junho de 2000. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2000000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Ago. 2018.

DIÓGENES, J., & PONTES, R. J. S. (2016). A atuação do psicólogo na estratégia saúde da família: articulações teóricas e práticas do olhar gestáltico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 36(1): 158-170. doi:10.1590/1982-3703001702014.

EVANGELISTA, P. Interpretação Crítica da teoria de Campo Lewiniana a partir da Fenomenologia. **Centro de Formação e Coordenação de Grupos em Fenomenologia**. 2010. Disponível em <http://www.fenoegrupos.com/JPM-Article3/index.php?sid=14>. Acesso em 05 de abril de 2019.

FADEL, Fábio Costa, PINHEIRO, Márcia Estarque – Gestalt-Terapia de Grupo: o que é isso? **Revista IGT na Rede**, v. 12, nº 22, 2015. p. 196 – 239. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs>. ISSN: 1807-2526. Acesso em 23 de abril de 2019.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológico-existencial**. São Paulo: Vetor, 2000.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K.O. (orgs.) **Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

FREITAS, Julia Rezende Chaves Bittencourt de. A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 13, nº 24, 2016. p. 85 – 104.

FIRMINO, Sueli; REIS FILHO, José;. Clínica escola: desafios para a formação do psicólogo. In: FILHO, José; FRANCO, Vania (orgs.). **Aprendizes da Clínica: Novos Saberes psi**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GALLI, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-Terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, Ano 9, nº1, p. 58-70, 2009. Disponível em < <http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a06.pdf>> Acesso em 22 de fev. de 2019.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3255-3262, 2015.

GIOVANETTI, José Paulo. O impacto das idéias humanistas, fenomenológicas e existenciais na psicoterapia. **Anais do Encontro Mineiro de Psicologia Humanista**, 1993/1994/1995, p. 41-53.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Panorama**. 2018. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/japonvar/panorama>. Acesso em 02 de abril de 2019.

LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. Autorregulação organísmica e homeostase. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (orgs.). **Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais**. (Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, 2). São Paulo: Summus, 2014.

LUCZINSKI, G. F.; ANCONA-LOPEZ, M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**. Campinas. p. 75-82. janeiro - março 2010.

MAHFOUD, Miguel. A estruturação da experiência segundo Luigi Giussani. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 33(3) I 395-401. julho - setembro 2016.

MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A.M.; LIMEIRA, R.M.N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, setembro 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. 3 (2): 5-21, 1994.

PEREIRA, Mabel. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT na Rede**, v. 5, nº 9, 2008, p.168-184. Disponível em <http://www.igt.psc.br>

PERLS, F.; HEFFERLINE, R; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PINTO, A. G. A.; SAMPAIO, K. R.; LOBO, A. C.; MACIEL, B. D.; JORGE, M. S. B. Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática. **Journal of Nursing and Health**. 2016; 6(3): 366-78.

PUCHIVAILO, M. C.; SILVA, G.B. da; HOLANDA, A. F. A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas Vinculações com o Pensamento Fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies – XIX(2): 230-239, jul-dez, 2013.**

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-Terapia: refazendo um caminho**. 8ª edição. São Paulo: Summus, 2012.

_____. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. 7ed. São Paulo: Summus, 2017.

RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana. A inserção do psicólogo na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. **Revista APS**, v. 12, n. 1, p.88-92, jan/mar 2009.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Introdução à psicoterapia existencial. **Análise psicológica**, 3 (XIV), 2006. p. 289-309.

TORRES, André R. R. A perspectiva existencial diante da comunidade carente de recursos socioeconômicos. In: ANGERAMI-CAMON (Org.). **As várias faces da psicologia fenomenológico-existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.