

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

ALICE EPAMINONDAS DA GAMA CERQUEIRA

**AS ESPECIFICIDADES DO PSICÓLOGO NA CLÍNICA AMPLIADA DA SAÚDE DA  
FAMÍLIA À LUZ DA GESTALT-TERAPIA.**

BELO HORIZONTE

2019

ALICE EPAMINONDAS DA GAMA CERQUEIRA

**AS ESPECIFICIDADES DO PSICÓLOGO NA CLÍNICA AMPLIADA DA SAÚDE DA  
FAMÍLIA À LUZ DA GESTALT-TERAPIA.**

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, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Lins Cardoso

BELO HORIZONTE

2019

## RESUMO

O presente trabalho visa abordar a atuação do psicólogo, orientado pela Gestalt-Terapia na clínica ampliada da Saúde da Família, nas equipes de Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica: NASF - AB. Outro objetivo é vislumbrar quais são as potencialidades e as dificuldades presentes nesse contexto. Para isso, são apresentadas: as diretrizes norteadoras da Saúde Pública, em especial, a do NASF-AB e da clínica ampliada; a fundamentação filosófica, teórica e conceitos basilares da Gestalt-Terapia; a clínica ampliada e a Gestalt-Terapia, as formas de atuação nesse ambiente; a experiência da autora; e as considerações finais. Percebe-se que, por se tratar de um campo de atuação psicológica muito recente, o mesmo apresenta muitas possibilidades para o trabalho em comunidades, apesar dos entraves existentes, sendo eles, em sua maioria, econômicos, sociais e políticos. Além disso, é notável como a Gestalt-Terapia pode contribuir para a atuação na clínica ampliada, por meio de ações terapêuticas baseadas na postura fenomenológica, na concepção de homem como ser-em-relação, em contato consigo e com seu campo, de forma que pessoa e seu entorno são inconcebíveis separadamente. Também é crucial a integração e a boa comunicação entre os profissionais e entre as equipes, para que as ações terapêuticas possam ser realizadas e a interdisciplinaridade alcançada.

**Palavras-chaves:** Gestalt-Terapia; NASF-AB; clínica ampliada.

## ABSTRACT

The present work aims to address the performance of the psychologist, guided by Gestalt – Therapy in the expanded Family Health Clinic, in the teams of Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care: ENFH-BC. Another objective is to glimpse the potentialities and difficulties present in this context. Thus, the following guidelines are presented: Public Health guidelines, especially ENFH-BC and the extended clinic; the philosophical, theoretical foundation and basic concepts of Gestalt-Therapy; the expanded clinic and the Gestalt-Therapy, with the ways of acting in this environment; the author's experience; and the final considerations. It can be seen that, because it is a field of very recent psychological action, it presents many possibilities for working in communities, despite the existing obstacles, many of which are economic, social and political. In addition, it is remarkable how Gestalt-Therapy can contribute to the performance in the extended clinic, through therapeutic actions based on the phenomenological posture, the conception of man as being-in-relation, in contact with himself and his field, in a way that person and his surroundings are inconceivable separately. It is also crucial to integrate and communicate well within and between the teams, so that therapeutic actions can be carried out and the interdisciplinarity achieved.

**Keywords:** Gestalt-Therapy; EFH-BC; expanded clinic.

## LISTA DE ABREVIATURAS

Atenção Básica: AB

Centro de Atenção Psicossocial: CAPS

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: CAPSI

Equipe de Saúde da Família: ESF

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: NASF-AB

Projeto Terapêutico Singular: PTS

Sistema Único de Saúde: SUS

Unidade Básica de Saúde: UBS

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2.GESTALT-TERAPIA: FUNDAMENTAÇÃO FILOSÓFICA, TEÓRICA E CONCEITUAL.....</b>	<b>09</b>
<b>3.CLÍNICA AMPLIADA E A GESTALT-TERAPIA: PROPOSTAS DE ATUAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>4.UMA PSICÓLOGA NA CLÍNICA AMPLIADA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>24</b>
<b>5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o psicólogo encontra múltiplos cenários para a sua atuação, dentre eles, o da Saúde Pública. Nesse aspecto, é importante delinear o seu trabalho com as equipes de Atenção Básica (AB) em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção Básica é

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

A principal estratégia de trabalho na AB é a Equipe de Saúde da Família (ESF). Ela é entendida como a melhor forma para expandir, qualificar, fortalecer e firmar a AB, por sua eficiência e menor custo (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, é comum a implementação de equipes de apoio à AB. O NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) é uma equipe multidisciplinar composta por outras categorias profissionais da Saúde (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, entre outros), de forma que seu trabalho seja complementar, pedagógico e horizontal ao da equipe de AB. (ibidem).

Dessa forma, cada equipe NASF-AB passa um dia da semana numa UBS – na qual há uma ou duas ESF - que compõe a sua área de atendimento; é nesse espaço de tempo e espaço que o profissional de Saúde realiza suas atividades, de acordo com a demanda dessa população e, na semana seguinte, dá prosseguimento ao trabalho. É importante salientar que o espaço físico e os recursos disponíveis para atendimento aos usuários são os mesmos da equipe de AB. Assim, o número de salas e de outros componentes físicos serão escassos, o que convoca o profissional a ser inventivo na sua proposta de intervenção. O mesmo é demandado não apenas para atendimentos individuais na UBS, mas também para fazer intervenções em escolas, nos domicílios daqueles pacientes acamados – visitas domiciliares – e também para a execução de grupos com usuários (ibidem).

Nesse sentido, não há diretriz de trabalho no NASF-AB especificamente para o psicólogo, e sim, o que se espera da atuação de todos os seus profissionais:

Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros, no território (BRASIL, 2017).

Dessa forma, podemos perceber que o psicólogo é chamado a sair do modelo de psicoterapia individual de atendimento, tradicionalmente utilizado em consultório particular, para um espaço mais amplo e com mais atores incluídos (BRAGA, GUARIDO, 2007).

Assim, tal como afirmam os seguintes autores:

(...) acreditamos na possibilidade e na urgência de construirmos novos paradigmas tanto para a prática como para a formação do psicólogo clínico, e também de repensarmos a potência terapêutica de espaços diferentes daqueles da psicoterapia convencional (AMATUZZI, CAMBUY, 2012, p. 675).

O presente trabalho está, portanto, inserido numa necessidade de reflexão sobre a prática profissional e sobre novas formas de trabalho do psicólogo no âmbito da Saúde Pública, especificamente no NASF-AB, tentando responder à seguinte pergunta: como um psicólogo, pautado na Gestalt-Terapia, pode atuar no contexto da atenção primária brasileira? Quais são as potencialidades e as dificuldades que esse trabalho pode apresentar?

Além disso, percebe-se que não há muito material disponível a respeito de tal prática. Há trabalho de Gestalt-terapeutas em comunidades, no entanto, a produção literária a respeito ainda não é expressiva. Nesse meio, também é comum poucos psicólogos para uma demanda muito grande de trabalho, numa situação de recursos escassos; é crucial, portanto, pensarmos em formas de ação para evitar essa sobrecarga (BRITO, 2015). Ademais, a Gestalt-Terapia, com o método fenomenológico e suas especificidades teóricas, pode contribuir fortemente para a qualidade do trabalho (CARDOSO; MAYRINK, LUCZINSKI, 2006).



Em termos gestálticos, podemos falar em uma proposta que busca a construção do indivíduo como sujeito, o desenvolvimento da *awareness* de si como responsável por sua existência e o seu impacto no coletivo; o desenvolvimento da sua maturidade, ajudando-o a passar de um estado de dependência do suporte ambiental indispensável à sobrevivência, à um estado no qual ele seja capaz de sustentar a si mesmo a partir da interação com o meio (BRITO, 2015, p. 166).

Outro ponto determinante para o presente trabalho é a experiência da autora num núcleo de NASF-AB do município de Santa Luzia, cidade que faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte em Minas Gerais. Tal atuação começou há doze meses, são atendidas onze ESF, em suas UBS, e suas respectivas comunidades. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – CIDADES, 2019), Santa Luzia apresenta uma população estimada em 218.147 habitantes (2018), sendo que 32,5% da população possuem rendimento nominal mensal *per capita* de até meio salário mínimo (2010). Esse último dado pode ser visto como um indicador de que grande parte do público atendido pelo NASF-AB se insere num contexto de fragilidade econômica com desdobramentos sociais que devem ser considerados na prática profissional. Ao todo, há quatro psicólogas atuando no município na modalidade do serviço NASF-AB.

Para atingir os objetivos do trabalho, o método adotado foi a revisão bibliográfica sobre o tema, e o mesmo é estruturado em quatro momentos: o primeiro discorre acerca da fundamentação filosófica, teórica e conceitual da Gestalt-Terapia; o segundo, apresenta o lugar que o psicólogo ocupa na clínica ampliada – seu local de trabalho – e como a Gestalt-Terapia pode contribuir para esse cenário; o terceiro, vislumbra a experiência da autora na clínica ampliada; e o quarto, as considerações finais.

## 2. GESTALT-TERAPIA: FUNDAMENTAÇÃO FILOSÓFICA, TEÓRICA E CONCEITUAL

A Gestalt-Terapia se baseia em fundamentos filosóficos da Fenomenologia, do Existencialismo e do Humanismo. A Fenomenologia de Husserl propõe a redução fenomenológica ou *epoché* como “colocar entre parênteses” o senso comum e os pré-conceitos daquilo que é fenômeno - objeto - para a consciência, visando compreendê-lo a partir da experiência no aqui e agora. Não é possível separar a consciência do objeto, pois ela é compreendida como um fluxo dinâmico entre o Sujeito e Objeto, na qual a consciência é intencional, ou seja, é indissociável da relação entre esses pólos – e é sempre consciência de alguma coisa, não necessariamente material. A Fenomenologia, portanto, concebe o homem como ser-no-mundo, pois é impossível separá-lo das relações que o constituem (REHFELD, 2013).

Para podermos entrar em contato com o fenômeno, é crucial a postura fenomenológica: devemos estar abertos a ele sem a influência do nosso viés teórico, pessoal, sem qualquer *a priori*. Trabalhar fenomenologicamente é tentar ficar com a realidade como é em si, é trabalhar a partir dela: “é ver o fenômeno como a realidade primeira e a partir dele e só dele caminhar para a compreensão do que significa ir além do fenômeno” (RIBEIRO, 1994, p. 15). O fenômeno é aquilo que, no aqui-agora, “se oferece para nossa percepção e intuição como dado para a consciência” (RIBEIRO, 2016, p. 26).

Para que possamos ter acesso ao fenômeno, é necessária a atitude fenomenológica, a qual se diferencia da atitude natural. A atitude natural seria a postura irrefletida, assumindo o mundo e o que o permeia como dotado de sentido independente da consciência de quem o vê. Já a atitude fenomenológica seria suspender ou colocar fora de ação:

a nossa fé na existência do mundo em si e todos os preconceitos e teorias das ciências da natureza dela decorrentes. Deixamos fora de ação, também, a consciência, considerada independente do mundo, e as teorias das ciências do homem, como a Psicologia, elaboradas a partir desse preconceito (FORGHIERI, 2012, p. 15).

Por meio da postura fenomenológica, podemos acessar a experiência imediata, a vivência de algo passado, presente ou futuro, que a pessoa experiencia.

Através dela, o ser pode perceber e ressignificar algo, o que chamamos de redução fenomenológica (RIBEIRO, 2016).

A redução fenomenológica é o processo que nos permite a ressignificação; pela descrição do fenômeno, podemos ir além do seu significado e encontrar sua essência, seu sentido. Ademais, a redução fenomenológica, partindo de uma postura de interesse genuíno e de cuidado:

facilita o encontro com o objeto procurado, pois reduzir é aproximar distâncias (...), como fazemos com o *zoom* de uma máquina fotográfica, aproximando o objeto percebido de uma maior percepção e compreensão, como objeto para a consciência (RIBEIRO, 2016, p. 28).

Para o Existencialismo, o homem é um ser livre e em abertura para o mundo. Ele é um ser-em-relação e “só se constitui como homem enquanto está em conexão com o mundo, dando-lhe um sentido” (CARDOSO, 2013, p. 61). O homem também é responsável pela sua existência, apesar das limitações que os contextos: social; espacial; temporal e; físico impõe. Ele é um ser de possibilidades, escolhas e abertura para seu entorno e, nessa relação, ele está sempre dando sentido aos objetos. Esses sentidos, no entanto, não irão durar para sempre, o que coloca o homem diante do caráter peregrino do mundo e de si. Não há garantias de sucesso, segurança ou realizações – o homem é um ser livre, e, com essa liberdade, há o sentimento de angústia (ibidem).

O Humanismo, por sua vez, contribui com a Gestalt-Terapia a partir da sua visão de homem, na medida em que este é concebido como um ser detentor de potencial que o impulsiona ao crescimento, à integração. Além disso, cada pessoa é um ser único e, para as psicoterapias com base humanista, seu crescimento deve ser facilitado a partir de suas potencialidades (CARDOSO, 1999; MENDONÇA, 2013).

Dessa forma, a fundamentação antropológica da Gestalt-Terapia é formada através das contribuições dessas três correntes filosóficas, concebendo o homem como um ser biopsicosocioespiritual. Por meio dela, podemos adotar uma postura diferenciada de atendimento, privilegiando o fenômeno e a maneira que ele se revela diante de nós. Desse modo, fica evidente que o objetivo do trabalho terapêutico não é ensinar ou corrigir a pessoa, mas fortalecer suas potencialidades para que ela tenha mais auto suporte para lidar com as adversidades da vida, dado

que a pessoa é autônoma, em-relação, responsável por suas escolhas, e dotada de potencialidades.

Além da fundamentação filosófica, a Gestalt-Terapia também possui fundamentação teórica que se baseia em três pilares: Psicologia da Gestalt; Teoria de Campo de Kurt Lewin; e a Teoria Organísmica de Kurt Goldstein.

A Psicologia da Gestalt surge no século XX, a partir dos estudos de Wertheimer, Köhler e Koffka sobre a percepção humana, aprendizagem e solução de problemas. Para eles, a percepção ocorre a partir da integração imediata dos estímulos, divergindo da teoria de que primeiro ocorre a sensação para, em seguida, ocorrer a percepção. Assim, as totalidades não são iguais às somas de suas partes – são diferentes (CARDOSO, 1999; FRAZÃO, 2013).

Frazão (2013) ressalta que, para a Psicologia da Gestalt, nossa percepção ocorre segundo o princípio de figura/fundo: da totalidade que percebemos, algo se destaca, fica em evidência – a figura -, em contraponto ao que fica em segundo plano – fundo. Figura e fundo compõe a Gestalt, a configuração, de modo que é inconcebível Gestalt somente com a figura. O sentido da figura surge a partir da sua relação com o fundo; para compreendermos a Gestalt formada, é imprescindível a relação figura/fundo.

A figura e o fundo não são permanentes, eles estão sempre em mudança, ou seja, em um fluxo contínuo de formação e reintegração de *Gestalten*. Em uma pessoa saudável, esse fluxo não está interrompido, ou seja, a figura emerge do fundo, fecha e volta a compor o fundo, para assim outras figuras emergirem, segundo “uma hierarquia de necessidades a reger qual estímulo será a figura dominante” (CARDOSO, 1999, p. 56). Uma Gestalt inacabada gera tensão e é a partir da interrupção do livre emergir de figuras/fundo que se compreende a psicopatologia na Gesta-Terapia.

Somos convidados a ver a pessoa como um ser uno o qual não pode ser definido por um de seus aspectos. No contexto da fenomenologia, é necessário atentar ao fenômeno sem pré-conceitos ou julgamentos – cada encontro é novo e diferente do anterior. Na perspectiva existencial, as possibilidades de sentido para a figura são inúmeras, dado o caráter do ser humano como ser de possibilidades.

A Teoria de Campo, por sua vez, concebe o campo, ou espaço vital, como as variáveis psicológicas, não psicológicas e as inter-relações entre elas que compõe o comportamento. Nesse sentido, passado e futuro compõe o campo quando eles são presentificados no aqui e agora da pessoa, quando eles influenciam ou modificam a sua experiência (RIBEIRO, 2016).

Assim, não é possível pensar na pessoa como somente interioridade ou exterioridade – ela, como ser-em-relação, está em um campo que influencia e é influenciado por ela. Dessa maneira, para compreendermos a pessoa diante de nós, no *aqui e agora*, estamos interessados em como a pessoa descreve a sua experiência, tanto sua interioridade quanto o que é externo a ela. O foco é no “como” e não no “por que” (CARDOSO, 1999).

Para Yontef (1998), a teoria de campo é basilar para a teoria e os conceitos da Gestalt-Terapia, pois ela permite a compreensão das forças e elementos que compõe a configuração, considerando-a como um processo. A partir dela, podemos compreender a pessoa em-relação com seu ambiente, o qual pode ser escolar, social, familiar, econômico, entre outros. O autor destaca que o campo possui cinco características:

1. É uma rede sistemática de relações, um todo unido e integrado, composto por forças mútuas e influenciáveis, as quais se juntam no tempo e espaço para compor a configuração que chamamos de campo;
2. É contínuo no espaço e no tempo - “campo” e “força” carregam a conotação de dinâmica e de energia, assim, as forças do campo formam um todo que se desenvolve com o tempo;
3. Tudo é de-um-campo, isto é, fenomenologicamente, coisas, pessoas, entre outros, só podem existir em um campo e somente podem ter um sentido por meio da interação com o mesmo, a partir de quem os percebe;
4. Os fenômenos são determinados pelo campo todo - todo evento, experiência, objeto ou organismo é determinado pelo campo do qual faz parte;
5. O campo é um todo unitário – tudo no campo afeta e é afetado por ele.

É necessário ressaltar que nenhum campo pode ser definido sem considerar o aqui e agora de quem o observa; nada nessa teoria é absoluto ou objetivo: ela vai

na contramão de separar e de definir os elementos que compõe a configuração de forma normativa (YONTEF, 1998). Assim:

a identidade e a qualidade de qualquer evento, objeto ou organismo desse tipo apenas o é em-um-campo contemporâneo, e somente pode ser conhecida por meio de uma configuração, formada por uma interação mutuamente influenciável entre percebedor e percebido (YONTEF, 1998, p. 210).

Kurt Goldstein, por sua vez, desenvolveu sua teoria a partir dos estudos sobre pacientes com lesões cerebrais após a Primeira Guerra Mundial. Ele constatou que os pacientes apresentavam, além das mudanças comportamentais referentes às áreas atingidas, mudanças em toda sua organização. Dessa forma, para compreender o organismo, é necessário vê-lo como um todo e não como partes isoladas (LIMA, 2013).

Além disso, a teoria pressupõe que o organismo busca a homeostase, o equilíbrio. Logo, quando há uma tensão, o organismo busca sua autorregulação, pois ele não está isolado do seu meio, mas está sempre em interação com o seu campo. O organismo assimila do meio aquilo que é nutritivo e descarta o que é tóxico (CARDOSO, 1999; LIMA, 2013).

Podemos perceber a coerência dessa teoria com a Gestalt-Terapia, na medida em que ambas concebem o ser humano como um ser- em - relação que não pode ser isolado do seu meio. Ademais, vemos a contribuição desse pensamento na forma que a Gestalt-Terapia concebe o sintoma, como um ajustamento criativo que o organismo desenvolve para se autorregular.

Como visto anteriormente, para compreendermos o ser humano que está diante de nós, temos que ter em mente um dos aspectos essenciais da visão de homem da Gestalt-Terapia, na qual não é possível conceber o ser separado de seu meio. Eles estão sempre em interação, estão sempre em contato, um com o outro.

Segundo Ribeiro (2016), contato diz respeito a relacionar consigo mesmo e com os outros, sem perder de vista a noção de que tudo ocorre em um campo. A essência do contato é estar em-relação consigo mesmo e ele pode ocorrer em diversos níveis: do sentir, do pensar, do fazer, do falar. O mesmo também inclui a experiência consciente do aqui e agora, do estar envolvido plenamente na relação para criar algo diferente. Ele ocorre em três direções: “comigo, com o outro, com o mundo” (1994, p. 28). Tais interações acontecem na fronteira de contato, na qual

ocorre o afastamento de um perigo, assimila-se aquilo que satisfaz uma necessidade e fluem-se as energias entre o que é do organismo e o que é do meio (ibidem; MORAES, MACEDO, 2014). No entanto, devemos ressaltar que a fronteira deve ser compreendida como o local em que as diferenças se encontram, não como determinante do contato: “nós, como tudo no universo, somos um campo com fronteiras e contornos, mas não são as fronteiras ou os contornos os únicos lugares de contato, pois o contato se dá no campo que inclui fronteiras e contornos” (RIBEIRO, 2007, p. 12).

A partir do contato, a *awareness* pode acontecer. Nas palavras de Alvim, “concebemos *awareness* como o fluxo da experiência aqui-agora que, a partir do sentir e do excitação presentes no campo, orienta a formação de *Gestalten*” (2014, p. 15). É importante pontuar que o ser humano interage a partir do seu corpo, dessa forma, *awareness* não pode ser entendida como um saber explícito, reflexivo. Ela produz um conhecimento da experiência, sem interromper a relação pessoa-mundo. Na *awareness*, as dimensões corpo, mente e ambiente “são conectadas e integram o sentir e a ação motora” (2014, p. 19). Para que a ela possa ocorrer, é imprescindível abertura, entrega e aceitação: “somente pode estar inteira no contato a pessoa que tem consciência de ter intuído a totalidade de sua relação em um dado campo e em um dado momento. O contato, portanto, é aqui e agora” (RIBEIRO, 2016, p. 91).

Aqui e agora, ou aqui-agora, para a Gestalt-Terapia, são formas complexas de contato que propiciam o encontro. Referem-se às dimensões do tempo, do espaço e à nossa percepção a respeito deles; apesar de serem indissociáveis, “tempo e espaço funcionam ora separados ora juntos, produzindo processos e, às vezes, sintomas completamente diferentes” (RIBEIRO, 2016, p. 31). Aqui e agora representam a demanda real e atual da pessoa, no momento do encontro; haverá momentos em que o encontro humano solicitará respostas diretas, imediatas e outros em que o que é solicitado ainda não está pronto para ser dado (RIBEIRO, 2016).

Nosso corpo é detentor de sabedoria sobre aquilo que é necessário para nossa vida. O que emerge como necessidade – figura – busca a sua satisfação, para o organismo sobreviver. Nesse sentido, a doença “é uma forma precária de

autorregulação e também o caminho que o organismo encontrou para se proteger de um mal maior” (RIBEIRO, 2016, p. 57).

A autorregulação não perde de vista as dimensões da vida humana. Somos seres biopsicosocioespirituais e cada uma dessas esferas da experiência humana têm necessidades específicas que tentarão ser satisfeitas a partir do contato ou da fuga, em outras palavras, a partir das interações no campo (CARDELLA, 2014). Portanto, “todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 45).

Ajustamento criativo é o nome do processo em que a pessoa encontra formas de se autorregular, a partir de sua espontaneidade instintiva. Nesse ponto de vista, a doença pode ser compreendida como uma forma de ajustamento criativo, uma configuração em que o organismo consegue responder a uma necessidade ou demanda. Ademais, é vital para a compreensão desse conceito a noção de contato, pois é através dele que a pessoa pode se relacionar com o mundo e assimilar aquilo que é diferente; a partir dessa troca, entre a pessoa e o diferente, a mesma pode se mover em direção ao seu crescimento (CARDOSO, 2016).

Esse processo pode ocorrer em duas direções: usando recursos do próprio organismo para se equilibrar ou usando recursos do meio ambiente:

no primeiro caso (...), o organismo age como um todo. Cada parte do todo assume as necessidades da parte necessitada, seja ela física, seja ela mental, e, em grupo, fazem o organismo se recuperar. No segundo caso, (...), o organismo percebe suas necessidades primárias e secundárias, e distingue o que deve ser discriminado do que tem uso geral, selecionando, por um processo de auto e reflexa consciência corporal, aquilo de que ele necessita no mundo para se autorregular criativamente (RIBEIRO, 2016, p. 65).

Portanto, é através do contato do ser consigo mesmo e com seu entorno que ele é capaz de viver e estabelecer relações. Além disso, o ajustamento criativo também pode ser aplicado na clínica ampliada, dado que ela se constitui pelo trabalho em conjunto de diversas áreas da Saúde. Nesse contexto, há o desafio de superar a fragmentação dos saberes que o compõe para haver abertura à diversidade (CARDOSO, 2016).

Segundo a autora, uma via para tal superação é a estimulação ao trabalho interdisciplinar, e não multidisciplinar. O primeiro trata-se de trocas intensas entre os profissionais em prol de uma ação comum, ao passo que o segundo se caracteriza



pela coexistência de diversas áreas de conhecimento sem integração entre elas. Para que a interdisciplinaridade seja possível, são necessários momentos de integração da equipe, em que ocorra o compartilhamento dos saberes, dos desafios, das dificuldades, das dúvidas, etc., numa linguagem clara e acessível para todos os profissionais.

A teoria de Martin Buber enriquece nosso entendimento a respeito do encontro por meio das atitudes Eu-isso e Eu-Tu. Na atitude Eu-isso, a pessoa experiencia as situações de forma objetiva, ao passo que na atitude Eu-Tu, a pessoa entra em relação de maneira aberta aos impactos dessa vivência - "deixa-se atravessar pela presença viva do outro, seja este outro uma pessoa, uma situação, uma obra ou um ente qualquer" (LUCZINSKI, ANCONA-LOPEZ, 2010, p. 78). Assim, é impossível permanecer sempre no mesmo encontro, pois o viver humano é uma alternância entre as atitudes Eu-isso e Eu-Tu.

Pensando na relação, não existe algo completamente do Eu ou do ente - é o espaço do mistério, no qual habitam as infinitas possibilidades de ser e de estar no mundo. Nesse sentido, o Gestalt-terapeuta deve estar sempre atento à sua postura durante suas ações terapêuticas, apesar delas serem relações profissionais, portanto, Eu-isso; para que haja a possibilidade de uma relação, é crucial que ele tenha uma postura fenomenológica, colocando entre parênteses seus conhecimentos prévios para que esteja aberto ao fenômeno tal como ele se apresenta (ibidem).

Nesse ponto, devemos frisar que a redução fenomenológica não significa analisar separadamente cada aspecto do fenômeno, como se sua somatória resultasse no seu significado:

a analítica não conduz a uma desintegração do fenômeno, mas sim ao seu caráter originário, ao seu sentido, sua condição de possibilidade. A analítica tece e destece para libertar o sentido que possibilita o tecido, para vislumbrar o próprio tecer e re-tecer (MATTAR, SA, 2008, p. 194).

Portanto, independente do contexto, seja ele atendimento individual ou grupo, o Gestalt-terapeuta deve ter como base de seu trabalho a atitude fenomenológica e procurar sempre facilitar o encontro, de forma genuína, atenciosa, para que, no aqui e agora, o trabalho realizado auxilie o paciente na sua busca por sentido.

### 3. CLÍNICA AMPLIADA E A GESTALT-TERAPIA: PROPOSTAS DE ATUAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) atua a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8080 e 8142, ambas de 1990 (COSTA, SOUZA, 2010). A Constituição Federal de 1988 determina a Saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei 8080, ou Lei orgânica da Saúde, dispõe a respeito das diretrizes e a operacionalização do SUS no território nacional. Ela oficializa os princípios de: universalidade de acesso; integralidade da assistência e; descentralização da gestão, atribuindo a cada esfera governamental suas responsabilidades. Assim, ela define como é feita a recuperação, proteção e promoção da Saúde no Brasil. Por fim, a Lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e os repasses financeiros entre as instâncias governamentais (ibidem).

O SUS foi um grande marco histórico para nosso país, no entanto, ainda há desafios para sua implementação de forma eficaz, dentre eles: a falta de estímulo para os servidores; a ineficácia do repasse efetivo da verba destinada à Saúde nos municípios; e o espaço existente entre a academia e a prática, em outras palavras, a falta de preparo dos servidores para trabalharem na Saúde Pública (ibidem). Além disso, encontra-se ainda em vigor a maneira ambulatorial de se tratar a Saúde - “O trabalho do psicólogo acompanhou o desenvolvimento da Saúde Pública no país. No entanto, apesar de algumas mudanças em sua prática, a perspectiva diagnóstica e interventiva ainda é predominante nas Unidades de Saúde do SUS” (AMATUZZI, CAMBUY, 2012, p. 674).

Assim sendo, o profissional deve sempre estar atento à forma como a pessoa humana chega ao espaço da UBS para as atividades ofertadas pelas equipes. Para isso, são fundamentais as reuniões de matriciamento, nas quais são discutidos e repassados casos, assim como são formulados os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e as melhores maneiras de se atender às demandas da população (BRASIL, 2017).

O PTS é a maneira como os profissionais envolvidos no tratamento de determinado paciente (ou grupo de pacientes) irão tratar, recuperar e promover a sua saúde. Portanto, não tem como objetivo privilegiar um saber em detrimento do outro, mas elaborar um projeto de tratamento multidisciplinar (BRASIL, 2009).

Apesar das diretrizes e dos materiais ofertados pelo Ministério da Saúde para pautar tais ações, percebe-se a resistência das equipes para adotarem esse modelo de trabalho. Ainda é muito forte a noção de atendimento individualizado, sendo essa a principal demanda repassada durante as reuniões de matriciamento, as quais ocorrem uma vez por mês. É necessário sempre repactuar com a equipe de AB as diretrizes do trabalho, para implicá-la, novamente, na necessidade de pensar em novas formas de trabalhar a demanda. Neste sentido, torna-se imprescindível ao profissional rever sua prática constantemente, de modo a estar cada vez mais aberto às novas formas de ação na AB.

A diretriz dos profissionais de Saúde é a clínica ampliada, a qual se baseia na articulação e diálogo entre as diversas categorias profissionais para compreender o processo de adoecimento e saúde do paciente, elaborar seu PTS e incluir os usuários nas atividades propostas (ibidem). Ela também envolve parcerias entre os serviços de Saúde e outras políticas e serviços públicos, de acordo com a demanda dos usuários (SUNDFELD, 2010).

A clínica ampliada procura:

a singularidade dos sujeitos, busca a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, através da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional e ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde–doença (GRIGOLO, PAPPANI, 2014, p. 4).

Nesse sentido, podemos perceber que o psicólogo passa a ter uma nova demanda institucional, uma vez que seu trabalho passa a ser intra e extramuros. Nas palavras de Brito, o profissional é “(...) chamado a atuar fora dos espaços tradicionalmente constituídos para isso, sendo seu papel mediar a tensão entre a disfunção psíquica e a disfunção social” (2015, p. 164). Assim, não é incomum se deparar com situações de extrema exclusão social e de auto e heterossuporte precários.

Por isso, é importante ressaltar o ponto em comum da visão de saúde defendida pelo SUS e a concepção de saúde da Gestalt-Terapia: não se trata somente de ausência de doença, e sim de saúde com enfoques psicológico, socioeconômico e político (CAMPOS, TOLEDO, FARIA, 2011; BRITO, 2015). A referida abordagem, com a sua visão de homem como ser biopsicosocioespiritual, nos solicita a trabalhar com a pessoa de forma integrada e holística, atentando ao seu campo de relações. De modo análogo, a clínica ampliada convida o psicólogo a

trabalhar incluindo ações sociais e a rede de apoio do paciente, por meio da sua postura e escuta clínicas (ibidem).

Além disso, a clínica ampliada tem como objetivo ser um instrumento que auxilie os trabalhadores e gestores de Saúde a superar a fragmentação do sujeito nos diversos saberes inclusos na Saúde Pública e a olhá-lo de forma integrada e una, na qual cada categoria profissional tem algo com que contribuir e sempre considerando o paciente como protagonista de seu PTS (HOEPFNER, 1997).

Nesse sentido, o Gestalt-terapeuta pode contribuir por meio da proposta de:

valorizar no aqui e agora, na concretude da experiência, as singularidades de cada sujeito, em equipe de trabalho, a fim de tentar atender de acordo com a complexidade de cada um, assim como a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecer (HOEPFNER, 1997, *n.p*)

Para trabalharmos o homem numa maneira ampla e integrada, Costa e Brandão (2005) desenvolvem a abordagem clínica no contexto comunitário. Para os autores, comunidade é conceituada como “dimensões espaço/temporal na qual os sujeitos são compreendidos como foco em suas relações, sendo constituídos por meio destas, em uma constante dialética entre indivíduo e coletivo” (p.34). Assim, eles sugerem a atuação a partir dos elementos: enfoque nas relações; mobilização da rede social; vinculação com instituições e líderes da comunidade; e ações que visem autonomia e autogestão.

Tal visão se coaduna com a demanda de trabalho na clínica ampliada, pois o Gestalt-Terapeuta está em contato direto com a pessoa em seu ambiente socioeconômico e familiar. Nesse meio, o psicólogo está perante a complexidade da vida e, tal como abordado por Brito (2015), tais situações não possuem um manual orientador de trabalho.

Cardoso, Mayrink & Santos (2006) pontuam ser muito comum o paciente chegar ao psicólogo sem uma demanda anunciada por ele próprio, devido ao seu encaminhamento por um profissional de Saúde. É necessário que aquele reconheça tal solicitação, mesmo que não formulada pelo usuário, para criar espaços em que ela possa ser trabalhada. Para tal, são cruciais as reuniões de matriciamento, nas quais são discutidas as maneiras de operacionalizar a demanda, seja através de consultas compartilhadas na UBS, visitas domiciliares, em grupo ou consulta individual.

Brito (2015) indica como forma de trabalho a ação terapêutica definida como “ação ou conjunto de ações que visam à promoção de mudanças” (p. 170). Tais ações incluem características educativas, informativas, não são restritas ao espaço de consultório e ao espaço da unidade de saúde (ibidem). No caso de atendimentos individuais, cujos encontros serão poucos ou com intervalos grandes, a ação terapêutica oferece tempo e espaço nos quais pode ser abordado aquilo que é figura para o paciente no momento da ação (CAMPOS, DALTRO, 2015). Por “figura” na ação terapêutica entende-se:

metas para o trabalho - fechar uma questão aberta, ampliar uma fronteira de contato, tomar consciência, ou ressignificar algum conteúdo. O terapeuta foca na necessidade que emerge quando a pessoa traz sua queixa, sempre atento ao contexto da mesma. Oferece suporte ao cliente para juntos planejarem mudanças individuais e grupais, de modo a facilitar uma mobilização na direção da melhoria da saúde e da qualidade de vida (CAMPOS, DALTRO, 2015, p. 68).

Não são raras as situações em que a atuação deve ser preventiva e educativa para a operacionalização do trabalho (CARDOSO, MAYRINK & SANTOS, 2006; BRITO, 2015; CAMPOS, DALTRO, 2015). Nesse aspecto, é importante ressaltar que tal prática se refere à equipe multidisciplinar e às pessoas atendidas na UBS, sendo que, no último caso, concernente à apresentação de recursos que podem ajudá-las no que estão vivenciando: uma informação pertinente à doença que a pessoa ou seu familiar esteja acometido, por exemplo. A comunicação entre a equipe e o paciente deve ocorrer numa linguagem acessível, sem termos técnicos, de modo a facilitar a compreensão entre eles (CARDOSO, MAYRINK; LUCZINSKI, 2006).

Ademais, o psicólogo deve se atentar às características da população, para que sua intervenção faça sentido para ela e lhe propicie acolhimento. A psicoterapia implica em atendimentos sistemáticos e por tempo prolongado; há pessoas que terão sua demanda atendida por tal modalidade, mas há pessoas que não. Nesse sentido, a intervenção em grupos pode ser uma via de trabalho (ibidem).

Segundo o Ribeiro: “o grupo é uma extensão da experiência vivida, aqui e agora, por um grupo de pessoas, é como uma pessoa coletiva” (2007, p. 23). Da mesma forma que a pessoa individual, ele irá passar pelos mesmos processos, mas de forma mais complexa.

No grupo, a pessoa será a figura e o fundo será o grupo. Todos os participantes do grupo estão em contato, “o grupo é uma rede de contatos,

funcionando como um todo, e a produção final do grupo é fruto dessa inter, intra e transrelação, atingindo níveis que, de maneira nenhuma, podem ser quantificáveis” (RIBEIRO, 2007, p. 24). Podemos concluir que o grupo será a síntese de todos os contatos ou bloqueios experienciados pelos participantes, portanto, a coesão grupal é vital, já que ocorre na medida em que as pessoas se sentem incluídas e com permissão para falar; coeso, o grupo pode se movimentar em direção à saúde (ibidem)

Segundo o autor, o grupo, além de implicar em um número maior de pessoas atendidas, fomenta a troca de informações entre os participantes, fortalece os vínculos e provoca o reconhecimento entre eles: ao compartilharem suas vivências em grupo, a pessoa pode identificar no relato de outra algo semelhante ao que já aconteceu a ela e, assim, perceber que não está sozinha e ajudá-la a vislumbrar caminhos que ainda não haviam sido percebidos. É fundamental trabalhar a coesão grupal, para que ele seja um ambiente acolhedor que possibilite o surgimento de experiências emocionais, a compreensão e, se possível, a ressignificação das mesmas.

No contexto grupal, as pessoas vão aprendendo a se ouvir e a falar de suas próprias experiências de forma a não desqualificar os demais, num processo de aprendizagem interpessoal e construção do diálogo, com respeito às diferenças individuais (CARDOSO, MAYRINK; LUCZINSKI, 2006, p. 22).

A Gestalt-Terapia, por meio de seu corpo teórico, metodológico e prático, nos oferece diversas possibilidades de ação que casam com as demandas da clínica ampliada. A ação terapêutica, devido às suas características, pode abarcar: visitas domiciliares; grupos operativos; atividades de ensino; “atividades de lazer com usuários e/ou familiares; visitas institucionais e atividades comunitárias (BRITO, 2015, p. 170). Essas ações possibilitam a *awareness* do paciente ou do grupo sobre o que está acontecendo aqui e agora em seu campo e fomenta sua movimentação em direção à mudança (ibidem). Também é crucial identificar quais são as potencialidades e as forças frenadoras presentes no campo, assim como as condições presentes no território que podem facilitar ou não a intervenção.

Nesse sentido, a equipe precisa estar bem integrada e a comunicação deve ser eficiente. Segundo Hoepfner (1997):

São necessários novos arranjos que contemplem a comunicação transversal, intra/entre as equipes e fundamentalmente novas posturas

relacionais que permitam a escuta do outro e de si mesmo, a capacidade para lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos dos colegas e dos usuários e a crítica para identificar condutas meramente automatizadas (HOEPFNER, 1997, *n.p.*),

Entretanto, os profissionais de Saúde, em suas formações, aprendem, principalmente, a clínica tradicional na qual seu objeto de trabalho é o paciente, em seu consultório, tendo o profissional como a autoridade do cenário. Ele não desenvolve a habilidade de se comunicar em equipe e de acolher os afetos que podem surgir nesse contexto (*ibidem*).

Segundo Brito (2015), trabalhar em uma equipe multiprofissional implica conviver com várias linguagens e maneiras de se abordar o mesmo fenômeno para alcançar o mesmo objetivo: a saúde. A clínica ampliada também solicita que as diversas abordagens profissionais não sejam excludentes, pelo contrário, elas têm pontos em comum. Por isso, o profissional deve conhecer as especificidades de cada abordagem e validar o papel do outro. A interdisciplinaridade é um trabalho em que os diversos saberes se complementam, com cada profissional e sua abordagem específica construindo horizontalmente uma metodologia de ação (CARDOSO, MAYRINK, LUCZINSKI; 2006).

Ademais, a clínica ampliada também é um saber em construção. Ao mesmo tempo em que ela se configura como um espaço de diversas possibilidades de ação, ela também produz um sentimento de insegurança e de impotência nos profissionais, diante dos impasses econômicos e sociais que a mesma escancara. Por isso, é recomendável que o profissional esteja sempre atualizando seu conhecimento (BRITO, 2015). Ele precisa dispor de disponibilidade e de suporte interno, dada à crueza da realidade com a qual o mesmo entre em contato: “uma realidade de muita dor, miséria, desorganização psíquica, situações extremas de exclusão social, que traz à tona os não ditos, os fantasmas do profissional” (p. 176). Assim, tanto ele quanto o paciente precisa estar aberto e disponível ao contato; o Gestalt-terapeuta deve atentar ao que acontece com ele durante o trabalho, para não perder de vista o fenômeno diante de si.

Apesar das dificuldades, a Gestalt-Terapia oferece a escuta fenomenológica como grande contribuição para a clínica ampliada. Por meio dela, o psicólogo lida com a realidade vivenciada pelo paciente, e não com os significados dados *a priori*

sobre ela. A disponibilidade para o encontro, a atitude Eu-tu, oferecem acolhimento e confirmação que já são, por si só, promovedores da saúde (BRITO, 2015).

Além disso, os conceitos de campo, ajustamento criativo, contato, aqui e agora, figura/fundo, autorregulação organísmica, *awareness*, sustentam o trabalho do Gestalt-terapeuta e são fundamentais para o trabalho na clínica ampliada, por meio das ações terapêuticas que ele realiza.



#### 4. UMA PSICÓLOGA NA CLÍNICA AMPLIADA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Durante a experiência da autora de um ano na clínica ampliada, constatou-se que um dos maiores empecilhos para o trabalho é a falta de gestão pessoal direta e eficiente nos problemas intra e entre equipes. É constante a rotação de profissionais dentro das ESF, devido a questões de relacionamento interpessoal. Não é incomum tais situações adentrarem no trabalho realizado pelo NASF-AB: os profissionais da mesma estão nas UBS uma vez por semana, o que faz a qualidade do trabalho depender do envolvimento das equipes da unidade no mesmo. Se as ESF não estão bem integradas, com seus objetivos e diretrizes claros e bem delineados, as ações do NASF-AB não encontram a sustentação necessária para vingarem.

Ademais, é comum, dentro das equipes NASF-AB, ter muita demanda de intervenções envolvendo principalmente os psicólogos. Como exemplo, podemos citar principalmente a solicitação de atendimentos individuais para pessoas que estão passando por alguma situação de crise, para aquelas que não aderem ao tratamento médico proposto ou ainda para usuários políquelosos. O psicólogo, então, deve se atentar às variáveis: local onde irá realizar o atendimento e/ou o grupo; como manejar a relação com a equipe, que solicita principalmente a psicoterapia para os pacientes; explicar para a ESF os casos que devem ser encaminhados para os serviços especializados (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou Centro de Atenção Psicossocial Infante – Juvenil – CAPSI) e aqueles que podem usufruir do grupo. Também é usual outras categorias profissionais ficarem ociosas, devido ao baixo número de encaminhamentos realizados pelas ESF. Isso nos leva a questionar se o entendimento da função das diversas abordagens envolvidas na Saúde Pública ocorre entre seus pares, pois ainda há a hegemonia do pensamento médico, o que coloca tal categoria como autoridade em relação às outras.

Apesar das dificuldades, constatou-se que há grande participação dos usuários nos grupos de atividade física. Eles são realizados em espaços comunitários, a partir da parceria do serviço com esses locais, e são voltados especificamente para os pacientes hipertensos e/ou diabéticos. No entanto, também podem participar aqueles que não têm doenças crônicas, mas querem ter um estilo

de vida saudável. Para participar do grupo, é necessário aferir a pressão arterial do usuário antes da atividade física e registrá-la num cartão de controle do usuário. Como é um grupo com muitos participantes, as profissionais do NASF-AB se revezavam para auxiliar no registro dos cartões, enquanto o profissional qualificado aferia a pressão arterial do participante.

Uma vez por semana, ocorre uma reunião da equipe NASF-AB para pensar as maneiras de operacionalizar o trabalho da equipe e as dificuldades do mesmo. Numa delas, decidimos que iríamos aproveitar o grupo de atividade física para entrar em contato com seus participantes. A educadora física, então, começou a apresentar o serviço e os profissionais que o compõem antes da atividade física, e perguntava a eles se havia algum tema relacionado à psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social ou fonoaudiologia, que despertava seu interesse. Além disso, enquanto registrávamos os cartões de controle, era possível iniciar um contato com os participantes e se relacionar com eles. Através dessa atuação, a qual foi feita em todas as UBS, percebíamos quais eram as demandas de trabalho, quais categorias profissionais, dentro da equipe, poderiam responder às solicitações e como elas seriam abordadas. No caso da psicologia, constatou-se interesse pelos temas de estresse, ansiedade e dificuldade para dormir. É importante pontuar que a maioria dos participantes dos grupos de atividade física era composta por mulheres idosas. Assim, montei um grupo para essas usuárias.

O grupo realizado chamou-se “Mente Saudável”, era semiaberto e conduzido por mim, exclusivamente. Os encontros ocorriam na frequência quinzenal, logo após a atividade física, pela manhã, com a duração de 40-50 minutos. Não havia roteiro pré-estabelecido: as participantes debatiam a respeito de temas sobre os quais elas tinham interesse, no momento do encontro. Foi possível estabelecer o grupo em três UBS, onde, além do nosso contato com os usuários, as equipes das unidades se comprometeram a convidar e incentivar a participação dos pacientes nos mesmos. Para isso, foi fundamental o envolvimento dos médicos e das enfermeiras, os quais percebiam os benefícios do grupo através de devolutivas sobre os mesmos nas reuniões de matriciamento.

Dos temas abordados, havia grande interesse pelos assuntos: relacionamentos familiares, nos quais eram abordadas as dificuldades de relacionamento com seus maridos, filhos e netos; violência doméstica; dificuldade

para dormir; situação financeira e social; envelhecimento. A partir da atitude fenomenológica, eu convidava as participantes a descreverem o que experimentavam a respeito das temáticas abordadas no momento do grupo, sempre ressaltando os combinados de convivência do mesmo: respeitar o momento de fala do outro; não comentar a respeito do que é discutido dentro do grupo fora do mesmo; ser assíduo nos encontros; evitar atrasos.

Como as temáticas dos encontros eram multifacetadas, quando eu percebia que o grupo estava bem mobilizado a respeito de algum assunto, perguntava se as participantes tinham interesse de incluir outra categoria profissional do NASF-AB no encontro seguinte, caso isso fosse pertinente - um exemplo, foi o tópico violência doméstica, no qual convidamos a Assistente Social. Constatou-se que, além do acolhimento às usuárias, tal momento também proporcionou o compartilhamento de informações sobre o ciclo de violência e as políticas públicas de proteção à mulher. Essa oportunidade proporcionou ampliar a consciência das mesmas sobre o que significa ser mulher, as potencialidades e dificuldades envolvidas em, na terceira idade, se perceberem como chefes da família.

Em termos de atendimentos individuais, tenho uma agenda cheia, na média, com seis atendimentos por dia. Ao contrário do grupo "Mente Saudável", os números de faltas dos atendimentos individuais são superiores e se caracterizam como sendo psicoterapia de curta duração. Segundo Ribeiro (1999), a Gestalt-Terapia de curta duração é um trabalho em que paciente e psicoterapeuta se envolvem em soluções rápidas para as situações vividas pelo paciente como problemáticas, focando nas potencialidades disponíveis no campo do mesmo, para que a pessoa possa se sentir confortável para dar seguimento sozinha em sua vida. Assim sendo, é necessário ter clareza a respeito da demanda e o psicólogo deve se atentar às necessidades de cada encontro, sem perder de vista o tema central, num movimento em que o cliente é o protagonista do processo (CAMPO, DALTRO, 2015).

No caso das consultas compartilhadas, elas ocorrem em situações emergenciais, em que o profissional de Saúde percebe que é preciso a intervenção imediata, e em visitas domiciliares, nas quais mais de uma categoria profissional é solicitada. Os dias em que os carros para as visitas estão disponíveis ao NASF-AB são escassos, por isso, consultas compartilhadas são ferramentas de trabalho importantes, desde que elas ocorram de forma eficaz. Há visitas que podem ser

feitas a pé, mas elas são raras. Na minha experiência, as consultas compartilhadas foram realizadas com os médicos, enfermeiras, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta, profissionais que mostraram abertura ao trabalho interdisciplinar. Ainda não há um manual a respeito de como conduzir consultas compartilhadas, no entanto, pude perceber que é basilar o respeito à fala, à conduta e às intervenções de cada profissional. Para isso, a ética é fundamental, e é crucial repactuar com a equipe o sigilo às informações sobre o paciente.

As visitas domiciliares são disponíveis para pacientes acamados e/ou que têm a mobilização muito restrita devido a um problema de saúde. Nesses casos, percebe-se que o progresso do trabalho é lento, dado ao fato de que os retornos aos casos são mensais, em função da pequena disponibilidade de carro para a realização das visitas; se elas podem ser realizadas a pé, o retorno é mais rápido. Vale ressaltar que o foco principal do trabalho é auxiliar as famílias dos pacientes, com acolhimento e acesso a informações que podem ajudá-los no cuidado com o mesmo.

Também são comuns ações que envolvem escolas, famílias de pacientes e suas comunidades: ao longo dos doze meses, realizamos um evento de carnaval entre os participantes dos grupos de atividade física e os pacientes do CAPS e do CAPSI de Santa Luzia; palestras sobre saúde reprodutiva nas escolas municipais; parcerias com as UBS durante as campanhas de vacinação; evento de atividade física com todas as equipes NASF-AB do município, no qual cada categoria profissional do mesmo preparou uma dinâmica ou palestra breve sobre um tema de sua área. Dessa forma, podemos ver que o aspecto educativo está sempre presente no nosso trabalho, no sentido de mobilizar o compartilhamento de informações importantes para a saúde das pessoas.

Para todas as atividades realizadas, foi crucial o conceito de campo: perceber quais forças mobilizadoras ou frenadoras (BRITO, 2015) estavam presentes na vivência de cada paciente ou participante do grupo, aqui e agora, e como trabalhá-las de acordo com a forma que eles as experienciavam. Procurava sempre estar atenta à atitude fenomenológica, para poder entrar em contato com a pessoa, sem perdê-la de vista: “o profissional busca compreender o sentido do fenômeno com o qual lida não com base em seus significados, mas em como essa realidade não está sendo significada por aquele quem a vivencia” (p. 178). Além disso, buscava ter

sempre como plano de fundo, para qualquer ação, a promoção de *awareness* do usuário, de acordo com o que era possível para ele, em seu campo, em suas relações, em seu contexto familiar, econômico e social.

Nesse sentido, o critério de viabilidade (BRITO, 2015) foi fundamental. De acordo com a autora, é vital pensar nos critérios de impacto, urgência, e viabilidade, para a condução do trabalho na clínica ampliada. Mesmo que algo tenha grande impacto e urgência de elaboração, se, no contexto e nas suas possibilidades, é inviável, ele deverá ser deixado de lado para não causar desgaste nem desmobilização da equipe e dos usuários. Entretanto, isso não descarta a possibilidade de tal tema ser abordado *a posteriori*, caso as condições de viabilidade mudem.

Como visto anteriormente, o homem é um ser em-relação, assim, focava em entrar em contato com cada usuário de forma cuidadosa:

cuidar é olhar a pessoa como uma totalidade, é olhá-la como ela se apresenta a si mesma e ao outro, é respeitar o outro em sua integridade, é colocá-lo no colo, não importa onde estejam as feridas, é investir na diferença de tal modo que a pessoa se sinta no direito de ser ela mesma (RIBEIRO, 2016, 100).

Visando o cuidado, a abertura ao novo é crucial, tanto para o encontro com o paciente, quanto com a equipe. Com relação ao primeiro, podemos citar como exemplo o contato inicial com os usuários participantes da atividade física e o contato com os pacientes em seus domicílios. Quanto ao último, as reuniões de equipe podem ser citadas, pois eram nelas que pensávamos nas formas de operacionalizar a demanda, na qual cada categoria profissional trazia alguma contribuição. Além delas, também havia as reuniões de matriciamento, com a nossa equipe e a equipe da UBS, nas quais procurávamos cuidar dos pacientes de forma integrada.

Por fim, de acordo com Cardoso (2016), é habitual que os usuários da UBS recorram a ela por motivos diversos, dentro deles, a convivência com outras pessoas da sua região. Assim, ao procurar realizar um atendimento humanizado, o profissional de Saúde deve estar ciente à diversidade cultural, econômica, social, e de demandas que os usuários irão apresentar. Dessa forma, tal contexto solicita ações flexíveis e criativas, de acordo com a sua heterogeneidade característica; é necessário pensar em formas de operacionalizar os conceitos e teorias acadêmicos,

de modo que se adequem às características, potencialidades e limitações da população atendida, sem perder de vista o caráter científico.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber que é um contexto rico em potencialidades de ação, desde que haja integração das ESF com as de NASF-AB; caso as diretrizes do trabalho na Saúde Pública não estejam claras para as equipes, o esforço pode se perder em sua mecanicidade, focando apenas em números de atendimentos. É importante pontuar que o trabalho na Atenção Básica é precário e gera muito estresse em seus profissionais, o que torna crucial que a comunicação intra-equipe e entre as equipes seja efetiva, clara, e permeada por respeito entre os profissionais, para que questões de trabalho não se tornem problemas de relacionamento.

Apesar dos empecilhos, que são muitos, a clínica ampliada é uma ferramenta eficaz na prevenção de doenças e promoção de saúde. Quando há o interesse mútuo e genuíno dos profissionais da Saúde envolvidos na ação, quando a comunidade se reconhece na atividade, sendo algo desenvolvido baseado em suas demandas, podemos auxiliar as pessoas em seus problemas urgentes, mesmo com os entraves sociais e políticos que o trabalho não alcança.

Também podemos notar que a Gestalt-Terapia oferece diferenciais importantes para a clínica ampliada: a postura fenomenológica, que propicia abertura para como a pessoa significa a sua vida, como ela entra em contato consigo e com os outros, e a mesma também proporciona o encontro com os diversos saberes profissionais da Saúde Pública, de modo a buscar a interdisciplinaridade; a compreensão de homem como ser-em-relação, sempre de um-campo, de forma que é impossível conceber a pessoa separada de seu entorno; a compreensão de ajustamento criativo, a qual modifica a forma que vemos o processo saúde-doença; a postura de cuidado com quem estamos em contato. Na minha prática percebi que, ao trabalhar seguindo a referida abordagem, pude ultrapassar questões as quais, caso contrário, iriam interferir na ação terapêutica. Como exemplo, posso citar a hegemonia do saber médico e positivista entre as diferentes profissões que atuam nesse contexto. Sem a base teórica e prática da Gestalt-Terapia, o trabalho poderia se perder em discussões teóricas, correndo o risco de se tornarem atritos de relacionamento.

Por meio de intervenções focadas nas potencialidades das pessoas, elas podem ser protagonistas de suas histórias e de seu processo saúde-doença, realizar ressignificações e promover o fluir livre de formação e reintegração de *Gestalten*, de acordo com a sua necessidade no momento, aqui e agora. Esse é o principal objetivo do trabalho do psicólogo guiado pela Gestalt-Terapia na clínica ampliada, independentemente da ação terapêutica realizada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, B. M. *Awareness: experiência e saber da experiência*. In: **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

AMATUZZI, M. CAMBUY, K. MARTINS. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais, vol. 24, núm. 3, setembro – dezembro, p. 674–683, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326585019>. Acesso em 23 de setembro de 2018.

BRAGA, F. C. & GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In SPINK M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BRASIL. Portaria número 2.436 de 21 de set. 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)**. Brasília, DF. Set. 2017.

BRASIL. **HUMANIZA SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF. 2009.

BRITO. M. A. Q. Gestalt-terapia na clínica ampliada. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: a clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo**. São Paulo: Summus, 2015.

CAMPOS, DALTRO. A clínica ampliada no enfoque da Gestalt-Terapia: um relato e experiência em supervisão de estágio. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, vol. 4, n. 1, p. 59-68, 2015. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/743/524>. Acessado em 25 de Abril de 2019.

CAMPOS, B. G.; TOLEDO, T. B.; FARIA, N. J. Clínica gestáltica infantil e integralidade em uma unidade básica de saúde. **Rev. Abordagem Gestalt.**, Goiânia, v.17, n.1, p.23-29, jun. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180968672011000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672011000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 de Abril de 2019.

CARDELLA, P. H. B. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

CARDOSO, L. C. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

\_\_\_\_\_. **Aspectos filosóficos, teóricos e metodológicos da Gestalt-terapia**. Revista Psique. [S.l.], ano 9, n. 14, p. 47- 65, 1999.

\_\_\_\_\_. Aplicações da Gestalt-terapia na saúde pública. In: FRAZÃO, L. M. & FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Modalidades de Intervenção Clínica em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2016

\_\_\_\_\_. MAYRINK, R. A.; LUCZINSKI, F. G. O psicólogo clínico na comunidade: desafios e possibilidades. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 12, núm. 2, p. 13-26, dezembro, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3577/357735505002/>. Acesso em: 25 de Abril de 2019.

COSTA, L. F.; BRANDAO, S. N. 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=S010271822005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000200006&lng=en&nrm=iso). Acessado em 25 de Abril de 2019.

COSTA, I. C.C., SOUZA, G. C. A.O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/509-517/pt>. Acesso em 10 de Março de 2019.

FRAZÃO, L. M. Psicologia da Gestalt. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. São Paulo: Cengage Learning, 2012/1993.

GRIGOLO, T., PAPPANI, C. Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 6, dez. 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2903>. Acesso em: 25 de Abril de 2019.

HOEPFNER, M. S. A. A clínica gestáltica como proposta ética nos processos de produção de saúde do SUS. In: BELMINO, C. M. (Org.). **Gestalt-terapia e atenção psicossocial**. São Paulo: Editora Summus, 1997. Disponível em: <http://www.espacovitalsaude.com.br/portal/recomendacao/1>. Acesso em 25 de Abril de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE Cidades – Panorama Santa Luzia. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-luzia/panorama>. Acesso em 28 de Abril de 2019.

LIMA, P. V. A. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

LUCZINSKI, G. F., & ANCONA-LOPEZ, M. (2010). A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**, 2019, vol. 27, n. 1, p. 75-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a09>. Acesso em 25 de Abril de 2019.

MATTAR, C. M.; SA, R. N. Os sentidos de análise e analítica no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812008000200005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 25 Abril de 2019.

MENDONÇA, M. M. A psicologia humanista e a abordagem gestáltica. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

MORAES, G. C.; MACEDO, D. Contato: funções, fases e ciclo de contato. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

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

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

\_\_\_\_\_ **Gestalt-terapia: o processo grupal**. 5 ed. São Paulo: Summus, 1994.

\_\_\_\_\_ **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem Gestáltica**. 4 ed. São Paulo: Summus. 2007/1997.

\_\_\_\_\_ **Vade-Mécum de Gestalt-terapia**. 3 ed. São Paulo: Summus, 2016.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2010.v20n4/1079-1097/>. Acesso em 10 de março de 2019.

YONTEF, G. **Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.