



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

JULIANA MARIA PEREIRA DIÓGENES

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM OLHAR GESTÁLTICO**

FORTALEZA

2014

JULIANA MARIA PEREIRA DIÓGENES

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM OLHAR GESTÁLTICO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares
Pontes

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- D622a Diógenes, Juliana Maria Pereira.
A atuação do psicólogo na estratégia saúde da família: um olhar gestáltico/ Juliana Maria Pereira
Diógenes. – 2014.
94 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Terapia Gestalt. I. Título.

CDD 362.1

JULIANA MARIA PEREIRA DIÓGENES

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM OLHAR GESTÁLTICO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 13/08/2024

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador e Presidente)

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota

Universidade Federal do Ceará – UFC

À vovó Cencinha, se tivesse tido a oportunidade de estudar, teria escolhido uma profissão que tivesse na essência o cuidar das pessoas, pois sua maior habilidade era o Amor...

“Minha filha, as pessoas só morrem para nós, quando deixamos de amá-las”, ela dizia.

*Minha grande mestra do Amor, saudade que eu gosto de ter, para que eu possa senti-la sempre perto de mim... **Te amo!***

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, sempre carinhosos e compreensivos, as pessoas mais importantes da minha vida, pelo amor de sempre e para sempre.

Ao meu pai, por me ajudar com as transcrições de boa parte das entrevistas. À minha mãe, por me apresentar à Gestalt-terapia.

Ao Bruno e Tainã, simplesmente por serem meus irmãos. E ao Tainã, por me ajudar com as transcrições das entrevistas.

Ao Humberto, meu companheiro de todas as horas, pela companhia silenciosa e bem-humorada nos finais-de-semana e feriados “perdidos”.

Ao Professor Ricardo Pontes por acreditar em mim, confiar nas minhas ideias e me dar o suporte de que eu necessitava para ousar. Às vezes, tudo de que se necessita é alguém que diga: “Vá, que estou aqui, com você!”

À Lika Queiroz, por ensinar a Gestalt-terapia de uma maneira tão simples, clara e prazerosa que seria difícil não me apaixonar por essa teoria. E pelas contribuições esclarecedoras e bem fundamentadas para a construção deste trabalho, no que concerne à nossa abordagem – minha, dela e de quem se interessar.

À minha Equipe de Residência e às minhas preceptoras, por me apresentarem à ESF, de uma maneira tão comprometida que também seria difícil não me apaixonar por esse campo de atuação. Pelos momentos de trabalho, ação, aprendizado, reflexão, além da amizade, choros e risadas.

À Escola de Saúde Pública do Ceará pela confiança em autorizar a realização das entrevistas com profissionais que estão sob a sua responsabilidade.

Ao grupo de pesquisa do mestrado, pelas dúvidas tiradas de última hora, que iam surgindo ao longo do meu processo de produção.

E principalmente, por isso mesmo por último, a DEUS! Pela vida, pela minha vida, e por me abençoar sempre em todos os caminhos que escolho.

*Amigo, não seja perfeccionista.
O perfeccionismo é uma praga, uma prisão.
Quanto mais você treme, mais erra o alvo.
Você é perfeito, se se permitir ser.*

*Amigo, não tenha medo de erros.
Erros não são pecados.
Erros são formas de fazer algo de maneira diferente,
Talvez, criativamente nova.*

*Amigo, não fique aborrecido por seus erros.
Alegre-se por eles.
Você teve a coragem de dar algo de si.*

Frederick Perls

RESUMO

Este trabalho emerge de interrogações da pesquisadora desenvolvidas no desenrolar de sua carreira profissional, com ênfase na experiência em Gestalt-terapia (GT) e também na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Com conhecimento teórico e prático em ambas as áreas, propõe a construção de pontes teórico-conceituais entre elas, buscando mostrar as contribuições possíveis que a GT, enquanto uma abordagem psicológica, pode oferecer para o trabalho do psicólogo no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo, fundamentada na proposta de articulação entre hermenêutica e dialética, entendendo que essa discussão traz grandes contribuições não só ao como fazer, mas também ao como pensar a análise do material empírico. A amostra intencional abrange os psicólogos residentes e preceptores ligados à Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará. Para coleta de dados, foi utilizado o recurso de entrevistas individuais semi-estruturadas. A categorização do material empírico levou a cinco temas centrais: a importância das abordagens psicológicas, de uma forma geral, para a atuação do psicólogo na ESF; as visões de homem e de mundo das abordagens humanistas enquanto norteadoras da atuação do psicólogo na ESF; a valorização pelos psicólogos do modo de vida dos sujeitos (individuais ou coletivos) e das demandas demonstradas por estes; os modos de intervenção do psicólogo no contexto da ESF; e as conexões teóricas e práticas. Em seguida, buscou-se compreender de que forma esses temas se aproximam dos conceitos relacionados à GT, à ESF, e à Clínica Ampliada, associando os temas empíricos aos conceitos teóricos. Os resultados indicaram que a Gestalt-terapia tem uma boa aceitação dos psicólogos que trabalham na ESF, os quais conseguem perceber, na sua grande maioria, as contribuições que esta abordagem oferece para a sua atuação nesse contexto. A principal contribuição da GT, que servirá de base para todas as outras, pois é o ponto de partida de um raciocínio gestáltico, é a visão de totalidade do ser humano, que propõe a sua compreensão em todas as suas dimensões. Reconhece-se, portanto, que pela própria exigência da ESF de se trabalhar com uma visão integrada de um sujeito singular, onde a pessoa, a família ou a comunidade deve ser compreendida no seu contexto amplo, o psicólogo acaba se aproximando da abordagem gestáltica.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Terapia Gestalt.

ABSTRACT

This work emerges from questions developed by the researcher in the course of his career, with an emphasis on experience in Gestalt Therapy (GT) and also Multidisciplinary Residency in Family and Community (RMSFC) Health. With theoretical and practical knowledge in both areas, proposes the construction of theoretical and conceptual bridges between them, trying to show the possible contributions that GT as a psychological approach can offer to psychologists working in the context of the Family Health Strategy (FHS). This is a research-driven qualitative approach, based on the proposed link between hermeneutics and dialectics, understanding that this discussion brings great contributions not only to how to do, but also how to think about the analysis of empirical material. A purposive sample includes residents psychologists and tutors related to Integrated Health Residency with Emphasis on Family and Community Health, School of Public Health of Ceará. For data collection, the use of semi-structured interviews was used. The categorization of the empirical material led to five central themes: the importance of psychological approaches, in general, for the psychologist in the ESF; visions of man and the world of humanistic approaches while guiding the work of the psychologist in the ESF; recovery by psychologists way of life of the subjects (individual or collective) and the demands stated by them; modes of intervention of the psychologist in the context of the ESF; and the theoretical and practical connections. Next, we sought to understand how these issues are close to concepts related to GT, the FHT and the Clinic Extended associating empirical themes to theoretical concepts. The results indicated that the Gestalt therapy has a good acceptance of psychologists working in the ESF, which can realize the vast majority of the contributions that this approach offers to its performance in this context. The main contribution of the GT, which will be the basis for all others, it is the starting point of a gestalt reasoning, is the vision of the whole human being, who proposed their understanding in all its dimensions. Therefore, it is recognized that the very demand for the ESF to work with an integrated view of a singular subject, where the person, family or community should be understood in its broader context, the psychologist just approaching the gestalt approach.

Keywords: Family Health Strategy. Gestalt Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVISA	Área de Vigilância em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
EqSF	Equipe de Saúde da Família
GT	Gestalt-terapia
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RIS	Residência Integrada em Saúde
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Campo holístico relacional.....	30
Figura 2	Co-produção dialética dos Sujeitos.....	43
Quadro 1	Conexões teórico-conceituais entre ESF, Clínica Ampliada e Gestalt- terapia.....	52
Quadro 2	Divisão em grupo dos sujeitos entrevistados.....	64
Quadro 3	Base para análise e discussão do material empírico.....	65

SUMARIO

	PREÂMBULO.....	11
1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	A Psicologia e suas abordagens teóricas.....	20
3.2	A Gestalt-terapia.....	22
3.2.1	Começando pela sua história.....	22
3.2.2	Pressupostos filosóficos, definição e principais conceitos	26
3.2.2.1	Pressupostos filosóficos: Humanismo, Fenomenologia e Existencialismo	26
3.2.2.2	Definição e principais conceitos.....	29
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	37
4.1	O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária em Saúde.....	37
4.2	A Estratégia Saúde da Família.....	39
4.3	A Clínica Ampliada	42
5	POSSÍVEIS CONEXÕES ENTRE GESTALT-TERAPIA, CLÍNICA AMPLIADA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	48
6	PERCUSO METODOLÓGICO.....	54
6.1	Pesquisa de campo: cenário e atores	55
6.2	Instrumento utilizado na pesquisa de campo	56
6.3	Sobre o método de análise e interpretação do material empírico.....	58
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
7.1	Tratamento, análise e interpretação do material empírico.....	62
7.2	Resultados e discussão.....	63
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A.....	93
	APÊNDICE B.....	94

PREÂMBULO

Pensando em como cheguei até aqui, momento onde me encontro concluindo o Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, olho pra traz e percebo que minha trajetória profissional é muito coerente com minha dissertação.

Sou psicóloga e gestalt-terapeuta. Dois aspectos essenciais que fundamentam todo o meu caminho profissional. Tive muita influência da minha mãe, pois ela também é psicóloga e gestalt-terapeuta. Não que tenha me imposto de alguma forma ser da mesma formação e abordagem que ela – até porque se assim tivesse sido, ela não seria gestalt-terapeuta – mas o fato é que me identifiquei com a abordagem gestáltica.

Tive também influência de Lika Queiroz, também psicóloga e gestalt-terapeuta, com quem fiz minha formação em Gestalt-terapia. Acho que todo gestalt-terapeuta deveria passar pelas mãos de Lika, pois é uma grande mestra.

Em 2004.2, concluí a graduação em Psicologia e a formação em Gestalt-terapia. É importante explicar que o curso de graduação não aprofunda nem a teoria nem as práticas interventivas de nenhuma das abordagens psicológicas. Por isso, quem tem a necessidade desse aprofundamento tem que procurar clínicas ou centros de estudo de Psicologia que ofereçam os chamados cursos de formação, os quais são realizados em caráter teórico-vivencial, por um período de aproximadamente dois anos.

Vale ressaltar que não é obrigatório fazer uma formação e nem escolher uma abordagem ou outra, ao longo da graduação, isso ocorre a partir da necessidade de cada psicólogo, sendo um processo singular que faz parte da formação de cada indivíduo. (SOUZA; SOUZA, 2012)

Sempre tive paixão pela clínica, e foi por ela que comecei o meu caminho profissional. Iniciei atendimentos individuais na clínica de psicologia da qual minha mãe era sócia junto com a “tia” Ruth, onde eu também atuava no setor de cursos e consultorias de lá. Foi muito valioso, pois foi aí que percebi meu gosto por grupos, e por dar aulas, embora na época minha timidez fosse maior do que a habilidade que eu sabia que tinha.

Depois resolvi sair parcialmente de lá para conhecer outros mundos, pois sabia que por eu ser filha da dona, e chamar a outra sócia de tia, por conhecê-la desde bebê, colocava-me numa zona de conforto muito agradável e protegida, mas que não me deixava crescer. E um detalhe muito importante: além de ser filha da dona, eu era (e sempre serei!) “a filha da Fatima Diógenes!!”, gestalt-terapeuta já bastante conhecida pelo Ceará e por alguns

outros Estados brasileiros, sempre muito admirada e respeitada não só pela comunidade gestáltica, mas pelos psicólogos de um modo geral.

Eu sabia que precisava crescer e vencer a minha timidez, e que ali eu não ia conseguir, pois ser filha da Fatima Diógenes me gerava uma cobrança interna angustiante, como se eu tivesse que ser tão boa quanto ela. Como se competência e experiência pudessem ser passadas por osmose.

Eu sempre tive muito orgulho da minha mãe, sempre a amei profundamente, mas ser filha da Fatima Diógenes, embora sempre visse isso como um grande presente da vida, foi difícil no início da minha carreira, pela expectativa que eu achava que as pessoas criavam em mim por ela ser minha mãe. Hoje, me sinto muito à vontade, e não existe mais cobrança interna.

Mas para isso, como já disse, precisei sair. Então, embora tenha continuado com alguns horários de atendimento na clínica, fui à procura de outros lugares para trabalhar. Em 2006, entrei no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Em 2008, fui para o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-AD).

Em 2009, entrei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, onde me apaixonei pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e tive a oportunidade de entender, pelo menos um pouco do Sistema Único de Saúde (SUS). E assim deixei de ser a filha da Fatima Diógenes para ser a Juliana Diógenes.

Tive a sorte de ser lotada num Centro de Saúde da Família (CSF), onde os profissionais tentavam fazer a ESF funcionar como deve ser, onde conseguíamos ver a interdisciplinaridade caminhando, muito embora houvesse diversas dificuldades. Tive também a sorte de ter preceptoras e colegas residentes dispostos a aprender e trabalhar. Foram dois anos de muito trabalho, estudo, muita luta, muito suor, muitas risadas, choros, aprendizado.

Lá, eu conheci os princípios do SUS, a integralidade, a prevenção e promoção da saúde, a territorialização, o planejamento participativo, compreendi o que é território e o que é comunidade, processo saúde e doença, necessidades sociais e de saúde, apoio matricial, a clínica ampliada, dentre tantos outros conceitos e práticas.

E nisso tudo, o fazer do psicólogo, e o meu fazer enquanto psicóloga, foi fascinante e desafiador. Entrei bastante imatura, sem experiência na ESF, e vi que a timidez ainda me acompanhava. Na verdade, naquela época, eu ainda não conseguia refletir da forma como reflito hoje, no mestrado, sobre a minha prática, sobre as pontes que faço com minha abordagem.

Os psicólogos residentes, sempre foram muito competentes e com mais leitura e prática nesse campo. Por algumas vezes, conversamos em nossas rodas de categoria sobre a clínica psicológica, a existência ou não das abordagens psicológicas na ESF. O que ficava para mim do que eu escutava era que o atendimento individual era importante pra algumas situações, mas que a clínica deveria ser realizada na lógica do apoio matricial e da clínica ampliada. Aceitava-se a psicoterapia breve focal para alguns casos, inclusive organizamos uma classificação dos atendimentos do psicólogo na ESF. Porém, quanto às abordagens, essas deveriam continuar onde se acreditava (ao meu ver, erroneamente) que elas estavam: apenas no consultório particular. Como se o fato de atender na ESF a partir de uma abordagem psicológica fosse limitar o trabalho do psicólogo.

Isso me causava um incômodo, que para mim, não estava claro na época. Apenas hoje tenho essa clareza. A classificação dos tipos de atendimentos foi excelente inclusive para nos situarmos no nosso contexto de trabalho. O apoio matricial e a clínica ampliada são indispensáveis não só pra atuação do psicólogo como também para todos os outros profissionais que atuam na ESF. Mas deixar as abordagens psicológicas de lado, ou achar que elas prejudicam ou limitam o fazer do psicólogo na ESF, isso eu não conseguia entender nem concordar – e era isso que me incomodava. Hoje percebo que eu era gestalt-terapeuta sim na ESF, e que eu sempre vou ser em qualquer canto que eu vá.

A pessoa que me ajudou a assumir isso foi meu professor orientador do mestrado Ricardo Pontes. Eu entrei no mestrado com a proposta de estudar a Psicologia no NASF. Porém, assim que entrei, resolvi mudar minha proposta, pois também havia passado numa seleção para bolsista da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e lá acompanho preceptores num curso que os prepara para atuação docente junto aos residentes, e por isso resolvi mudar meu objeto de estudo para a visão do preceptor sobre o seu papel na formação do residente. Porém, em orientação individual com o Professor Ricardo, ele me fez três simples e esclarecedoras perguntas: *‘Você se vê trabalhando com preceptoria quando sair do mestrado?’* *‘Não, professor’*. *‘O que você pretende fazer quando concluir o mestrado?’* *‘Eu quero ser professora universitária’*. *‘Mas você quer ensinar na Saúde Coletiva ou na Psicologia?’* *‘Eu quero ensinar Saúde Coletiva na Psicologia.’*

A partir daí estava definido o rumo do meu trabalho! E foi então que nos surgiu a ideia de trazer as contribuições da Gestalt-terapia para a atuação do psicólogo na ESF. Finalmente, a “autorização” que me faltava! Com isso, passei a refletir também sobre as diferenças de atuação do psicólogo na clínica ampliada (ESF) e numa clínica “reducionista”. Como seria essa ampliação da clínica para o psicólogo? E o que caracterizaria uma clínica

psicológica que reduz? Seria uma abordagem psicológica com a qual o psicólogo se identifica? Não seria essa uma possibilidade também de ampliação do olhar sobre a saúde de um indivíduo ou coletivo?

Hoje consigo argumentar com aspectos da teoria e da prática. A totalidade, o campo, ajustamento criativo, polaridades, a relação dialógica, figura e fundo, aqui-e-agora, o dar-se conta (*awareness*) são conceitos da Gestalt-terapia que fundamentam minha prática, e que como veremos mais adiante, podem contribuir com o trabalho do psicólogo no contexto da ESF.

Desta forma, decidi juntar minhas duas paixões num mesmo trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho emerge de interrogações produzidas durante minhas vivências no desenrolar de minha carreira profissional. Mais especificamente, a partir da experiência vivida nos dois anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), onde o fazer do psicólogo nesse contexto surgia de modo fascinante e desafiador.

Como já dito anteriormente, durante o período da RMSFC, diversas discussões foram emergindo acerca das práticas do psicólogo na Estratégia Saúde da Família, e entre elas estava o questionamento da utilização ou não de abordagens psicológicas nesse contexto, com ênfase na ideia de que essas poderiam descontextualizar ou ainda limitar o trabalho do psicólogo.

Já em experiência anterior, tive a oportunidade de me aproximar profundamente da Gestalt-terapia, abordagem da Psicologia que propõe que o homem seja compreendido na sua totalidade, privilegia as relações interpessoais, e considera saúde e doença enquanto processos que vão sendo construídos pelo sujeito ao longo de sua vida. (RIBEIRO, 2006)

Ao iniciar a RMSFC, minha inexperiência especificamente na ESF era clara, porem, a facilitação de grupos, a noção de trabalho em equipe, a escuta qualificada, a visão de homem enquanto totalidade, e as percepções e intervenções voltadas para cada contexto (individual, familiar, comunitário, ou de processo de trabalho) foram experiências que já havia vivenciado e/ou estudado por meio da Gestalt-terapia, e as levei para o contexto da RMSFC, o que me foi de grande valia para a realização de meu trabalho.

Presenciando o discurso de vários colegas psicólogos, que falavam de uma falta de suporte teórico para a sua prática na ESF, realizando a revisão de literatura que indicava a mesma carência teórica (DIMENSTEIN, 1998, 2001), e com a própria experiência supracitada de como a Gestalt-terapia contribuiu para a minha prática, comecei a me questionar se essa abordagem não se aplicaria como um enfoque teórico adequado para a discussão e aplicação nas práticas da ESF.

De acordo com Ronzani e Rodrigues (2006), o psicólogo que realiza sua prática dentro da ESF volta-se para o cuidado à família e à comunidade, entendendo estas como uma rede complexa formada através da interligação das diversas relações e demandas existentes.

Para introduzir esse contexto numa visão gestáltica, é essencial oferecer uma noção do que é a Gestalt-terapia. O seu conceito se inicia pelo próprio termo que lhe

denomina, a palavra *gestalt*, que é alemã, sem tradução em qualquer outra língua, mas que se refere a uma forma, ou uma configuração, um modo peculiar de organização de partes individuais que compõem um todo. É essa configuração que vai dar sentido e significado à totalidade de cada sujeito (ORGLER; LIMA; D'ACRI, 2007).

As partes desse sujeito estão configuradas em uma totalidade significativa, ou seja o sujeito é uma *gestalt*. Assim como a família é uma *gestalt* em si e também parte da *gestalt* comunidade. Família, comunidade, população são em si, cada qual uma *gestalt*, e juntas também formam uma *gestalt* maior.

De acordo com Camargo-Borges e Cardoso (2005), o psicólogo é um profissional que contribui com a (re)construção dos processos de vida comunitários, e promove o diálogo do indivíduo com ele mesmo, entre moradores de uma comunidade, entre membros de uma família, entre a população e EqSF, etc.

Em Gestalt-terapia, os processos de vida trazidos ou expressos pela comunidade ou pelo indivíduo naquele momento são constituídos de vivências passadas, expectativas futuras, e de significados e percepções construídas a partir de seu contexto atual. Para que o psicólogo possa ter essa compreensão mais profunda do sujeito ou da comunidade, onde procura perceber as ligações entre vivências passadas, expectativas futuras e significações atuais, é essencial que o psicólogo construa vínculos com esses sujeitos. A relação dialógica facilita a construção desses vínculos, pois permite que o *gestalt*-terapeuta se coloque presente e inteiro na sua relação com o sujeito que se põe à sua frente, e olhe para ele como um todo, um ser integral.

Com conhecimento teórico e prático em ambos os campos, percebi que é possível construir pontes teórico-conceituais entre eles, e assim tentar romper com a ideia de que as abordagens psicológicas, e aqui especificando a Gestalt-terapia, não são capazes de contribuir com o trabalho do psicólogo no contexto da ESF, pois são olhares que parecem seguir na mesma direção – um ser integral, íntegro e integrado.

Assim, enquanto referencial teórico da pesquisa será apresentada a Gestalt-terapia, iniciando-se por ela em decorrência da necessidade primordial de situar o leitor numa teoria supostamente pouco conhecida no campo da Saúde Coletiva. Em seguida, como o presente estudo tem como campo de atuação a ESF, é importante contextualizar quais diretrizes o psicólogo, que atua nessa área, precisa seguir. Para tanto, serão revisados os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS) e Atenção Primária em Saúde (APS), seguidos dos conceitos e diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e bases conceituais da Clínica

Ampliada. Para concluir, serão apresentadas possíveis conexões teórico-conceituais entre a Gestalt-terapia, ESF e Clínica Ampliada.

Com isso, esse trabalho pretende responder à seguinte questão: Quais as contribuições da Gestalt-terapia para a atuação do psicólogo na ESF? Torna-se relevante refletir sobre isso quando se percebe que as Universidades ainda preparam pouco o psicólogo para esse contexto e, conseqüentemente, esse profissional entra sem instrumentos teóricos e metodológicos num campo que vem crescendo e exigindo que esteja apto para atuar. (DIMENSTEIN, 1998; 2001)

Do profissional que trabalha no contexto da ESF, é exigida uma diversidade desses instrumentos, (PRETTO; LANGARO; SANTO, 2009), os quais a abordagem gestáltica, pela sua amplitude teórica e metodológica, tem a possibilidade de contribuir, o que pode interferir na qualidade, investimento e envolvimento desse profissional, e assim, no modo de atuação a ser realizada por ele. Além de também contribuir para subsidiar a prática de gestalt-terapeutas que queiram trabalhar na ESF, uma área que ainda é relativamente nova no campo da Psicologia e mais ainda da Gestalt-terapia.

Na ESF, a demanda que chega para o psicólogo é caracterizada por uma grande diversidade de pessoas e problemas, o que tem requisitado dinamicidade dos profissionais de Psicologia, e habilidade teórica e metodológica que possa dar conta dos fenômenos que vão surgindo e necessitam serem trabalhados (PRETTO; LANGARO; SANTO, 2009). A Gestalt-terapia parece atender a esses requisitos por dispor de diversos instrumentos teórico-metodológicos, e por se basear na visão holística do homem, o qual se atualiza e auto-regula a partir das relações que vai construindo, visão que está em sintonia com a própria proposta da ESF.

Alem disso, produções científicas que fundamentam e orientam a realização de práticas psicológicas no contexto da ESF ainda não são suficientes quanto ao fornecimento de aporte teórico-metodológico. Os artigos encontrados sobre atuações de psicólogos no SUS baseados na Gestalt-terapia são escassos e deixam a desejar no que se refere à contribuição desta abordagem no âmbito da prática no território. Em sua maioria, relatam experiências de facilitação de grupos vividas por alunos e/ou profissionais em comunidades, que, embora pareçam importantes para os participantes, são escolhidos não a partir da demanda emergente da comunidade, mas da disponibilidade dos facilitadores; o vínculo também é construído apenas com o grupo, deixando toda uma comunidade de fora. Também não há clareza quanto

à interdisciplinaridade, assim como interação com as equipes do CSF. Desta forma, essa pesquisa também irá contribuir para o desenvolvimento da Gestalt-terapia.

Acredita-se que essa abordagem, pode instrumentalizar o psicólogo, para que ele desenvolva seu trabalho com qualidade na ESF, e colaborar com as discussões e questionamentos acerca da atuação da Psicologia nesse contexto, pois, embora essa abordagem tenha sido originalmente usada na clínica, atualmente é utilizada em todas as áreas da Psicologia.

Portanto, com base na proposta de ligações teórico-conceituais entre ESF, Clínica Ampliada e Gestalt-terapia, este trabalho se fundamenta no intuito de explorar de modo mais profundo esses conceitos com suas possíveis conexões, identificando também como podem ser utilizados na prática de atuação do psicólogo no contexto da ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para o trabalho do psicólogo na ESF, no Estado do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as práticas desenvolvidas pelos psicólogos que trabalham na ESF, no Ceará;
- Identificar as dificuldades e facilidades encontradas pelos psicólogos no desenvolvimento do seu trabalho no contexto da ESF;
- Identificar quais conceitos da Gestalt-terapia se aplicam à proposta de trabalho do psicólogo na ESF;
- Verificar como os conceitos identificados da Gestalt-terapia se aplicam à prática do psicólogo na ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A psicologia e suas abordagens teóricas

Antes de discorrer sobre a Gestalt-terapia, a qual se configura no referencial teórico desta dissertação, é necessário citar as outras abordagens psicológicas existentes, para que seja possível situar a Gestalt-terapia, e assim diferenciá-la dessas abordagens.

Durante toda a história da Psicologia, muitos pesquisadores lançaram críticas aos seus antecessores e propuseram novas formas de estudar os processos psicológicos. Nesse sentido, a cada novo assunto estudado, surgiam divergências de opiniões, formavam-se novas correntes de pensamento, iniciavam-se novos embates. Cada nova corrente recebia novos adeptos, os quais, por sua vez, acrescentavam informações ou alteravam as formulações já existentes. (PEDRASSOLI, 2008)

Em meio a tantas transformações, e na tentativa de organizar ou classificar as abordagens teóricas da Psicologia, diversos autores as dividem em grupos ou correntes de pensamento, que também podem ser chamadas de forças (PEDRASSOLI, 2008; TINOCO, 2011; PARREIRA, 1990).

Há muitas divergências quanto a essa ordem de classificação, mas de acordo com a literatura revisada, é possível organizá-las basicamente da seguinte forma:

- 1ª FORÇA: Behaviorismo ou Psicologia Comportamental
- 2ª FORÇA: Psicanálise
- 3ª FORÇA: Psicologia Humanista

Será dado enfoque apenas aos pressupostos da Psicologia Humanista, uma vez que é nesta corrente que a Gestalt-terapia está inserida enquanto abordagem.

A Psicologia Humanista, terceira força, nasce entre as décadas de 1950 e 1960, como reação e crítica às duas forças anteriores, as quais imperavam na época. Não existe um fundador ou teórico específico que tenha iniciado essa abordagem, mas geralmente considera-se Abraham Maslow o pai da Psicologia Humanista, por ter articulado e organizado o movimento. Ele afirmava que o Behaviorismo e a Psicanálise não se preocupavam com o tema da saúde psicológica e pôs-se a trabalhar nesse sentido. (PEDRASSOLI, 2008)

Maslow acreditava que o crescimento psicológico saudável se dá à medida em que vai ocorrendo a satisfação bem sucedida de necessidades mais elevadas. Ou seja, o ser humano está constantemente satisfazendo necessidades em sua vida, que vão das mais básicas às mais complexas. As primeiras necessidades, as fisiológicas (fome, sono, sede), de

segurança (estabilidade, ordem) geralmente são preponderantes, isto é, elas devem ser satisfeitas antes que apareçam aquelas mais profundas que dizem respeito a necessidade de amor e pertinência (família, amizade), necessidade de estima (auto-respeito, aprovação) e necessidade de auto-atualização (desenvolvimento de capacidades).

Deve-se considerar também Carl Rogers, como um dos grandes colaboradores do movimento humanista, principalmente na sua fundamentação teórica. Podem ser consideradas humanistas abordagens teóricas que veem o homem como um ser livre e responsável por suas escolhas e pela própria vida, tais como o Psicodrama, a Abordagem Centrada na Pessoa, a Gestalt-terapia, entre outros. (TINOCO, 2011)

Esta corrente está fundamentada nos pressupostos da Fenomenologia e Filosofia Existencial, procura focar na pessoa e não no comportamento, enfatiza a condição de liberdade contra a pretensão determinista, e visa à compreensão e o bem-estar da pessoa e não o controle de algo interno ou externo ao ser humano.

Respeita os significados que a pessoa atribui às suas experiências e o projeto que delinea para sua vida. Procura junto com a pessoa esclarecer como vê a si, ao mundo, aos outros, o que quer e como atualiza seus potenciais. (TINOCO, 2011. p. 105)

Com isso, a abordagem humanista está direcionada para o acolhimento do sujeito em sua singularidade, focando menos no sintoma (o que) e mais no que o provoca, no modo de o sujeito funcionar no mundo (o como). Acredita nas potencialidades do ser humano e na sua capacidade de autorregulação. Trabalha com o crescimento da pessoa, com a auto-conscientização, e com a presentificação da sua experiência.

Trabalha-se sempre no aqui e agora, pois sabe-se que o que ocorreu no passado e não foi elaborado continua presente e provocando sofrimento. Juntos (psicoterapeuta e cliente) vão encontrando o caminho. (TINOCO, 2011. p. 106)

Portanto, com base no que foi exposto, é possível concluir que todas as abordagens teóricas dizem algo sobre a psicologia, mas cada uma diz apenas uma parte. O que vai diferenciar uma abordagem da outra é a base teórica na qual está sustentada, a delimitação do objeto de estudo, além das técnicas usadas pelo psicólogo para atender seu cliente/paciente. E muito embora tenham olhares diferentes, cada uma delas tem o seu lugar na Psicologia, e a sua importância na instrumentalização do psicólogo em suas atuações.

Ultimamente, porém, tem ocorrido que terapeutas de uma abordagem teórica têm feito uso de técnicas originárias de outras correntes. Isso pode ser decorrente de uma busca

por melhores resultados na atuação do profissional da psicologia, promovendo esses empréstimos (ou mesmo conexões). Talvez isto indique o início de um movimento na Psicologia de integração entre as diferentes abordagens teóricas. (PEDRASSOLI, 2008)

Nenhuma delas é capaz de abarcar o homem como um todo. Toda teoria tem suas limitações e cada qual ilumina o ser humano a partir de um determinado ângulo ou visão, de um dado enquadre epistemológico. Cada uma fornece, na realidade, uma contribuição ao nosso conhecimento sobre o homem, mesmo porque o ser humano é, e será sempre, muito mais do que qualquer palavra que possa ser dita sobre ele, muito maior do que qualquer teoria que tente descrevê-lo ou apreendê-lo. (PARREIRA, 1990, p. 9)

3.2 A gestalt-terapia

3.2.1 Começando pela sua história

A Gestalt deve seu surgimento às intuições geniais e às crises pessoais daquele que devemos considerar o seu principal fundador: Fritz Perls. (GINGER; GINGER, 1995, p. 44)

A Gestalt-terapia foi criada e batizada por Friedrich Salomon Perls, judeu, médico, nascido em Berlim, Alemanha, em julho de 1893, também conhecido como Fritz Perls.

Observa-se ao longo da leitura acerca da história de vida de Perls e da história da Gestalt-terapia a construção de uma abordagem que foi realizada à medida que seu fundador foi se construindo, desconstruindo e reconstruindo. Percebe-se uma história dentro da outra, marcadas por encontros, desencontros e reencontros.

Fritz Perls teve uma vida muito movimentada, tanto em termos de seus sentimentos (e ressentimentos!) interiores, quanto de seu comportamento exterior, suas relações sociais... e deslocamentos geográficos. (GINGER; GINGER, 1995, p. 45)

Era o terceiro filho (mais novo e único homem) de um casal judeu que “vivia num clima de conflito permanente” (GINGER E GINGER, 1995. p. 46). O pai era violento, ausente por conta das inúmeras viagens a trabalho, sedutor e infiel, aspectos também encontrados em Perls, o qual alimentava grande raiva pelo pai em decorrência de suas atitudes e características.

A mãe de Perls era judia praticante, apaixonada por ópera e teatro (paixões compartilhadas por Fritz), superprotegia a filha mais velha, que era quase cega, e dava pouca

atenção e muitas palmadas em Fritz, o que lhe gerou ciúmes e ressentimentos, nunca resolvidos. Mais tarde, ambas morreram num campo de concentração. Já sua irmã do meio lhe foi muito próxima e morou com ele durante alguns anos, após seu casamento. (GINGER; GINGER, 1995)

Segundo Kiyon (2001), Perls concluiu o curso de medicina, com o título de neuropsiquiatra, em 1920, porém ainda mantinha o forte interesse em teatro. Estava sempre envolvido com grupos de esquerda, contracultura, movimento hippie. Fez análise com grandes psicanalistas como Karen Horney, Clara Happel, que o declarou psicanalista após longo período de análise com a mesma, e Wilhelm Reich.

Em 1926, mudou-se para Frankfurt, onde foi assistente de Kurt Goldstein, neurofisiologista que desenvolvia trabalhos relacionados a distúrbios perceptivos, voltando-se para assistência a soldados com lesões cerebrais em decorrência da guerra. Esse contato foi de grande importância para a Gestalt-terapia, pois:

O referencial de organismo proposto por Goldstein – que posteriormente teve a denominação de *teoria organísmica* – fora adotado como uma das bases teóricas dessa abordagem. (SUASSUNA; HOLANDA, 2009, p. 34)

Segundo Frazão (2013), Goldstein percebeu que embora os danos cerebrais dos soldados fossem circunscritos a uma área cerebral específica, acontecia uma ampla e fascinante reorganização do comportamento, o que levou à visão do organismo como uma totalidade interativa, ou seja, tudo o que ocorre em parte do organismo afeta a sua totalidade.

Nessa mesma época e contexto, Perls conheceu Lore Posner, estudante de psicologia, que fazia parte da equipe de Goldstein. Casaram-se após três anos, em 1929, e Lore passou a ser chamada de Laura Perls. Tiveram 2 filhos, Renate e Steve.

Com a perseguição nazista aos judeus, em 1934 imigrou para a África do Sul, onde fundou o Instituto Sul-Africano de Psicanálise, e foi iniciada uma época de muito trabalho e prosperidade. Foi neste país que Laura e Fritz tiveram contato com Jan Smuts, criador do Holismo – teoria de grande importância para a Gestalt-terapia. (KIYAN, 2001; SUASSUNA; HOLANDA, 2009)

Em 1936, Perls foi ao Congresso Internacional de Psicanálise, em Praga, onde ocorreu sua ruptura com a Psicanálise em decorrência de três fatos que o decepcionaram bastante. O primeiro deles foi o tão sonhado e frustrante encontro com Freud:

‘Vim da África do Sul para dar uma palestra e para vê-lo’. ‘Bem, e quando você volta?’, disse ele. Não me recordo do resto da conversa, que durou talvez quatro minutos. Eu estava abatido e decepcionado. (PERLS, 1979, p. 74)

Já o segundo fato se deu com o encontro com Reich, que mal reconheceu Perls apesar deste ter se submetido a análise com Reich por mais de dois anos. (KIYAN, 2001; SUASSUNA; HOLANDA, 2009; GINGER; GINGER, 1995) O terceiro fato foi a palestra que apresentou sobre “As resistências orais” com o intuito de complementar as ideias de Freud sobre “resistências anais”, porém encontrou grande desaprovação dos colegas:

O veredito ‘todas as resistências são anais’ me deixou bestificado. Eu quis contribuir com a teoria psicanalítica, mas não percebi, na época, quão revolucionária era a palestra, e quanto ela balançaria e ate mesmo invalidaria alguns fundamentos básicos da teoria do Mestre. (PERLS, 1979, p. 49-51)

De acordo com Ginger e Ginger (1995), em 1942, publicou na África do Sul seu primeiro livro *Ego, hunger and aggression: a revision of Freud’s theory and method* (Ego, Fome e Agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud), no qual já surgem as primeiras noções da Gestalt-terapia: a importância do momento presente, o olhar para o corpo, a busca de uma abordagem mais sintética, proposição de uma abordagem holística do organismo e de seu meio, a responsabilidade pelos sentimentos etc.

Em 1946, decidiu abandonar sua vida no continente africano e mudou-se para Nova York. Lá, Perls teve a oportunidade de conhecer Paul Goodman, sociólogo, poeta e escritor polemista revolucionário, que Laura recebeu em terapia e depois em formação. (GINGER; GINGER, 1995)

Perls e Goodman consideravam importante o conceito reichiano de autorregulação orgânica, o qual aliado à ideia de ajustamento criativo, poderia ser uma tradução, para a perspectiva orgânica, da perspectiva econômica enunciada por Marx: “De cada uma, de acordo com suas habilidades, a cada um, de acordo com suas necessidades”. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013, p. 14)

No ano de 1950, foi constituído um grupo de intelectuais, articulado por Laura Perls, que se denominava “Grupo dos Sete”, composto por Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman, Elliot Shapiro, Ralph Hefferline e Laura Perls, além de Fritz Perls, e se reunia semanalmente para estudar e sistematizar os diversos pressupostos que Perls colecionava ao longo de toda a sua vida, uma vez que o mesmo “não possuía compromisso didático com a produção do seu material.” (KIYAN, 2001, p. 65). Este grupo estudava a

fenomenologia, o existencialismo, o zen-budismo, além de articular os pensamentos da Gestalt-terapia.

Parece que viver “aqui e agora” era por ele levado às últimas consequências, o que necessariamente levou o grupo à necessidade de sistematizar o conhecimento construído. (KIYAN, 2001, p. 65)

De acordo com Frazão e Fukumitsu (2013), Laura estudou profundamente a Fenomenologia de Husserl e Scheler, e o Existencialismo de Kierkegaard e Heidegger, que se tornaram bases filosóficas da nova abordagem, e conhecia com propriedade a Psicologia da Gestalt.

Em 1951, com o lançamento do livro *Gestalt Therapy*, de Fritz Perls em co-autoria com Paul Goodman e Ralph Hefferline, nasce a Gestalt-terapia. O livro foi escrito com base nos debates ocorridos no Grupo dos Sete e nas anotações trazidas por Perls da época em que esteve na África.

Foram sugeridos vários nomes para a nova abordagem terapêutica da época – terapia da concentração, terapia do aqui e agora, psicanálise existencial (sugerida por Laura Perls), psicodrama imaginário, entre outras – até que Perls batizou de Gestalt-terapia.

Segundo Kiyon (2001), no ano seguinte, em 1952, Perls e Laura fundaram o primeiro Instituto de Gestalt-terapia, em Nova York. Pouco tempo depois, Perls deixa o Instituto na responsabilidade de Laura e Goodman, e dá início a uma longa peregrinação pelos Estados Unidos e outros países para difundir e divulgar a nova abordagem.

Desde muito, é evidente na vida de Fritz Perls a inconstância, a inquietação e a vontade de ter seu trabalho reconhecido. Desse modo, uma série de tentativas, por meio de viagens, cursos, palestras e workshops, tomaram a atenção do autor que ansiosamente buscava a propagação de suas ideias. (SUASSUNA; HOLANDA, 2009, p. 39)

Em 1969, publicou o livro autobiográfico *In and Out the Garbage Pail [Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata do lixo]*, ano em que também lançou o livro *Gestalt-therapy Verbatim*, onde constam fragmentos de seus seminários que foram gravados.

No ano seguinte, ao chegar em Chicago para proferir mais uma conferência, onde eram esperadas setecentas pessoas, Perls precisou ser hospitalizado imediatamente em decorrência de seu estado de saúde já bastante debilitado. Em meio a diversos exames e um procedimento cirúrgico, foi descoberto câncer no pâncreas em estágio avançado e pedras na

vesícula. Aos 77 anos, faleceu no dia 14 de março de 1970, em Chicago. Vale ressaltar que há relatos de que a praça em frente ao hospital foi tomada por milhares de pessoas que torciam pela sua recuperação. (KIYAN, 2001)

Assim viveu e morreu esse homem que, mais do que tudo, viveu “gestalticamente”, extremamente amado e odiado, exemplo vivo de sua abordagem, com suas figuras inacabadas, impasses, tédios, tentativas de busca de equilíbrio, ressentimentos e conscientização. (KIYAN, 2001, p. 97)

3.2.2 Pressupostos filosóficos, definição e principais conceitos

Dando continuidade à explanação sobre a Gestalt-terapia, após a tentativa de situar o leitor no contexto em que ela foi surgindo, e tomando forma até se tornar uma Gestalt completa, entraremos agora nos aspectos teórico-conceituais e filosóficos dessa abordagem.

3.2.2.1 Pressupostos filosóficos: Humanismo, Existencialismo e Fenomenologia

- **Humanismo**

A Gestalt-terapia surge em meio à psicologia humanista, que traz para a psicologia uma nova visão de homem, significativamente diferente das disseminadas pela psicanálise e pelo behaviorismo – abordagens, na época, bastante deterministas. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013, p. 12)

Ou seja, a vertente humanista nasce da necessidade de ampliar a visão do homem que se mostrava limitada a apenas alguns elementos: a dimensão não consciente e o comportamento observável, que são apenas uma perspectiva da realidade do homem, e não sua totalidade.

De acordo com Ribeiro (2012), o humanismo vem focar no potencial criativo e na saúde do ser humano. Esse potencial criativo é transformador e mostra que o homem é capaz de evoluir a partir de suas questões internas. Dito de outro modo, é partindo de si mesmo e do significado que ele dá para as coisas – na sua relação com o mundo – que o homem pode se construir e tomar posse de si mesmo e do mundo.

Com base nisso, o humanismo propõe focar no desenvolvimento das potencialidades humanas de crescimento e criatividade. O homem tem a capacidade de se autorrealizar, interage com seu ambiente, e é livre para fazer suas escolhas, sendo responsável por cada uma delas na realidade onde vive. (FRAZÃO, 2013)

A Gestalt-terapia parece ter herdado do humanismo a fé no humano como potência e transformação, procurando otimizar condições de existência a partir do que é dado. (KIYAN, 2001, p. 104)

- **Fenomenologia**

De acordo com Frazão e Fukumitsu (2013), a Fenomenologia, literalmente falando, significa “estudo dos fenômenos”. Com base nisso, pode-se dizer que é um método de conhecimento que trata de descrever, compreender e interpretar os fenômenos que se apresentam.

Fenômeno é uma palavra grega derivada de um verbo que significa “manifestar-se, aparecer”. Podemos, portanto, definir etimologicamente fenômeno como aquilo que aparece, como aquilo que é aparente na coisa ou na aparência da coisa. (RIBEIRO, 2012, p. 63)

Isto é, a Fenomenologia traz a ideia do olhar para aquilo que se manifesta em si, vai focar naquilo que é dado à consciência, no fenômeno que se manifesta para a consciência. Edmund Husserl, o grande pensador da Fenomenologia, vem propor um método em que a relação do sujeito com o mundo se torne mais autêntica, onde o pensamento e o objeto são intrinsecamente ligados, o que permite dizer que consciência e objeto são em relação, ou seja, a consciência está para um objeto assim como um objeto está para a consciência, uma vez que a consciência não é alguma coisa, não é uma realidade separada, ela é um movimento de olhar, um modo de ver as coisas.

Husserl vê a consciência como uma síntese em fluxo que não tem nenhuma substancialidade, sendo mais uma dinâmica entre Sujeito e Objeto, onde todo ser recebe seu sentido e valor. Nada tem valor se não se apresentar como sentido, e nessa relação entre Conhecedor e Objeto a ser conhecido, uma série de formas de apreensão de mundo, que não somente a razão ou o pensamento, se oferece a nós – tais como intuição, sensibilidade e também como pré-reflexivo. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013, p. 28)

É daí que nasce a noção do retorno às coisas mesmas. A Fenomenologia traz como uma necessidade o “voltar às coisas mesmas”. Ou seja, há que se voltar às próprias coisas, evitando estabelecer quaisquer hipóteses a seu respeito, para que a relação de conhecimento seja constituída, para que o mundo ou a realidade possam ser compreendidos autenticamente pelo sujeito que vê. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013) Ou seja, Husserl traz

uma reflexão que parte da relação entre sujeito e objeto, na qual vai se construindo o conhecimento, sujeito e objeto vão sendo constituídos.

Partindo deste princípio, pode-se dizer que tudo o que envolve a Fenomenologia está relacionado ao chamado processo de Intencionalidade, que se configura no modo como a consciência vê as coisas, ou como o sujeito olha para o objeto. O sujeito olha as coisas intencionalmente, isto é, tudo parte de uma intenção, de uma vontade. Assim, a consciência é sempre consciência de alguma coisa.

Esses aspectos tornam a fenomenologia um método de evidenciação que procura apreender o fenômeno em toda a sua pureza enquanto e da forma como é revelado à consciência. Assim, a Fenomenologia, enquanto método, é um instrumento de trabalho que permite olhar para o objeto e descrevê-lo tal como chega à consciência. (KIYAN, 2001; RIBEIRO, 2006)

A Fenomenologia, assim como a Gestalt-terapia, vai à busca de resgatar o ser humano, descrevendo seu modo de ser, interessando-se pela forma como ele se dá no mundo, deixando de lado concepções religiosas, biológicas, dentre várias outras, e indo ao encontro deste que está se revelando na sua frente. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013)

Para Perls, tudo o que há para saber está presente, aqui e agora, manifestado pelo fenômeno que se descortina. (KIYAN, 2009, p. 29)

- **Existencialismo**

O Existencialismo centra sua reflexão sobre a existência humana considerando-a em seu aspecto particular, individual e concreto. Jean-Paul Sartre pode ser considerado um dos maiores representantes dessa escola filosófica, e traz em seus pressupostos a famosa frase: “a existência precede a essência”.

Na perspectiva existencial, o homem é concebido como um ser livre e responsável por construir a própria existência. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013, p. 60)

A existência humana é entendida como algo demasiado fluído e rico e, por isso, escapa a todas as sistematizações abstratas. A existência é algo em aberto, sempre em mudança. Portanto, existir não é da ordem do ser, e sim do vir a ser, pois é um processo.

No Existencialismo, segundo Kiyon (2001), o homem é livre, e é partindo dessa liberdade que se torna responsável por toda a sua existência. Ou seja, o homem vai se constituindo a partir do que vive, e atua na relação que estabelece com o mundo de maneira a exercer seu arbítrio, sendo assim responsável por suas escolhas.

O homem pode ser entendido como um ser livre para escolher sua essência a cada momento, construindo seu projeto de vida e de ser no mundo. E é dessa forma que se torna o único responsável por sua existência. Pode-se pensar, então, o homem como um ser que não é fixado numa essência, não tem a opção nem a possibilidade de definição prévia, e somente depois poderá vir a ser. (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2013)

De acordo com Ribeiro (2012), ser livre é também ser livre para ser. A liberdade é o constante projetar-se, o que significa que projeto e escolha estão diretamente ligados à noção de liberdade, a qual não pode ser considerada um atributo do sujeito, pois ele é a própria liberdade. Assim, o homem é um ser diante da escolha, não havendo a opção de não escolher. Nesse sentido, o homem é livre para tudo menos para deixar de ser livre.

No entanto, diz Sartre, o homem é angústia, pois, sendo livre e como tal se reconhecendo, passa também a ser um legislador de si e dos outros. De outro lado, deve fazer tudo sozinho, pois ninguém pode, de fato, executar seu projeto para ele; ele é o criador responsável de si próprio. “Sozinho e sem desculpas, o homem está condenado a ser livre”, diz Sartre. (RIBEIRO, 2012, p. 58)

Tanto para o Existencialismo, quanto para a Gestalt-terapia, a existência é a grande interrogação, sendo o homem visto como um ser particular, concreto, com vontade e liberdade pessoais, consciente e responsável. (RIBEIRO, 2012)

Na abordagem Gestalt-terapêutica, se há um projeto, ele é de caráter existencial, sem nenhuma especificidade, a não ser a auto-realização de cada um, no qual o sujeito é considerado como dono de sua própria existência e pode a cada instante reconfigurar o caminho que escolhe trilhar. (KIYAN, 2009, p. 33)

3.2.2.2 Definição e principais conceitos

É difícil definir sumariamente a Gestalt-terapia, pois é a própria que orienta para uma consciência que não se reduza ao racional, mas que esteja aberta para o corporal e o sensorial, enfatizando a experiência vivida, o contato e o diálogo. As demandas devem ser compreendidas a partir do campo, pois é nele que se dá a relação do sujeito com o mundo. (RIBEIRO, 2006)

Assim, a Gestalt-terapia pressupõe que a pessoa ou o grupo devem ser vistos como um todo, sendo suas percepções e significações sempre contextualizadas de acordo com a realidade da qual faz parte, pois a construção do sujeito (individual ou coletivo) enquanto tal se dá a partir da sua relação consigo e com o mundo.

A pessoa pode ser representada esquematicamente como um campo – por exemplo, um círculo – dentro de outro campo maior, que é o seu espaço de vida, onde psicologicamente podem ocorrer situações que a influenciam. (ORGLER; LIMA; D'ACRI, 2007, p. 210)

De acordo com Ribeiro (2006), campo pode ser visto como uma totalidade de fatos que influenciam diretamente o comportamento, em determinado momento. Ou seja, é formado por dimensões que são interdependentes e estão acontecendo no momento presente.

Figura 1 – Campo holístico relacional



Figura 1. Campo holístico relacional
Fonte: Ribeiro (1997)

O campo se constitui de aspectos psicológicos (conscientes ou não) e não-psicológicos, e a interdependência destes aspectos influencia o comportamento e organiza o próprio campo da pessoa. Assim, é através destes aspectos que o mesmo se estrutura.

A Gestalt-terapia é norteada por alguns princípios. Dentre eles está o da Homeostase ou Auto-regulação Organísmica, o qual afirma que todo organismo tem a capacidade de adaptação e satisfação das necessidades que surgem na sua relação com o meio, indo em busca de seu equilíbrio. Dessa forma, a pessoa organismicamente auto-regulada é capaz de distinguir entre o que lhe será nutritivo e o que lhe será tóxico.

Ou seja, o organismo ao se relacionar com o meio, assimila o que percebeu como nutritivo e rejeita aquilo que lhe foi tóxico: desestrutura estímulos novos e estranhos ao

organismo, assimila as partes nutritivas e rejeita ou excreta o que não lhe serve. A regulação fundamentada no reconhecimento e na assimilação elabora uma resposta integrada. Acreditar na auto-regulação orgânica é aceitar o indivíduo na sua maneira de estar naquele momento e perceber o seu potencial de crescer e mudar. (YOUNTEF, 1998)

O processo homeostático está sempre se reconfigurando de acordo com as necessidades e interesses do sujeito, e se dá através da formação de figura e fundo, que formam uma *gestalt*. A figura é a necessidade emergente que, por ser a mais importante no momento, surge antes de outras necessidades, as quais ficam num segundo plano – o fundo. Neste estão todas as outras questões que precisam ser satisfeitas, mas que cederam lugar para a necessidade dominante naquele momento. Só quando esta figura – que é evidente – é (re)conhecida, ocorrerá a satisfação da necessidade, ou seja, a dissolução da figura, e assim, o surgimento de outra. Vale ressaltar que a figura não está isolada do fundo, ela existe no fundo, o qual, por sua vez, revela a figura e permite seu surgimento. (PERLS, 1981)

De acordo com Perls (1981), essa hierarquização de necessidades é o que constitui outro princípio da Gestalt-terapia, o da Dominância, o qual afirma que as necessidades mais urgentes do sujeito vão assumindo dominâncias a partir das figuras que vão emergindo da sua relação com o meio, ou emergindo do fundo.

Nossas necessidades nascem ou são resultado de nossas procuras e de nossos desejos. Algumas são necessidades inatas, como necessidade de comida, de água, de ser amado, aceito – todas ligadas às necessidades de nos ajustarmos criativamente, de nos auto-regularmos. A fim de satisfazer essas necessidades, o ser se predispõe a tarefas mais complexas – indo buscar alimentos onde eles podem ser encontrados. Selecionando, em sua sabedoria orgânica, o que deve vir primeiro, e tendo aprendido o caminho de volta à casa, deixa lá no fundo o que poderá ser utilizado depois. (RIBEIRO, 2006, p 124)

Perls, Hefferline e Goodman (1997) afirmam que aquilo que surge como dominâncias espontâneas formará figuras pregnantes, ou seja, a maior necessidade do sujeito naquele momento surgirá de forma nítida e clara. E aqui fica evidenciado mais um princípio da Gestalt-terapia, o da Pregnância, o qual afirma que a organização psicológica do sujeito se dará sempre da melhor forma permitida pelas condições de seu meio. Isso quer dizer que o sujeito procura se organizar de acordo com as suas reais condições no momento, busca a satisfação das suas necessidades considerando as possibilidades do seu meio.

Assim, esse sujeito se auto-regula de modo ordenado e significativo. Esse processo demanda um ajustamento criativo, o qual é a forma que o sujeito criou para se

adaptar à sua realidade, de acordo com suas condições, e assim poder satisfazer suas necessidades. Com ele, o sujeito assume a responsabilidade pela elaboração destas condições que o levarão ao seu próprio bem-estar. “Ajustar-se é um instinto natural do organismo no meio e do meio.” (RIBEIRO, 2006, p. 67)

A pessoa ou a família ou a comunidade como um todo está constantemente se adequando às suas necessidades e situações de vida. O ajustamento criativo se dá desde a necessidade fisiológica mais básica, como o ato de beber água quando se está com sede, até a condição psicológica ou emocional de adoecer quando não se tem suporte suficiente para enfrentar determinadas situações no seu campo.

Ao ocorrer o bloqueio da formação e destruição da *gestalt*, as necessidades deixam de ser reconhecidas, expressas, e desencadeiam *gestalten* (plural de *gestalt*) incompletas ou inacabadas, o que requer atenção e interfere na abertura de novas *gestalten* (ORGLER; LIMA; D’ACRI, 2007). Perls (1981) afirmava que as questões “em aberto”, que precisam ser “fechadas”, surgem naturalmente, no momento certo, seguindo o ritmo do processo de auto-regulação do organismo.

Vê-se que a Gestalt-terapia dá uma ênfase maior na forma como o sujeito dá significado às suas relações do que no motivo pelo qual elas ocorrem, uma vez que o “porquê” leva à racionalização, distancia a pessoa da emoção e impede o contato autêntico. Já o “como” aproxima o sujeito de si mesmo, permite a conscientização, pois se procura entender todo o processo de construção daquele evento. Ou seja, o foco da Gestalt-terapia não é explicar e entender os porquês das atitudes e pensamentos do sujeito, mas apreender o quê e a maneira como se deu esse processo, uma vez que esta abordagem entende que o sujeito se constitui a partir das relações que constrói ao longo da sua existência.

A visão de homem para a Gestalt-terapia está baseada num ser bio-psíquico-sócio-cultural, sendo a pessoa responsável pela sua própria existência. Não como uma responsabilidade alienada, individualista, mas responsável nessa construção da relação organismo-meio.

O homem constitui-se, portanto, a partir do que vive, e atua na relação que estabelece com o mundo de forma a exercer seu arbítrio. É responsável por sua vida e por suas escolhas. Essa responsabilidade acaba por estender-se a todos os outros seres humanos vivos, pois uma vez que o indivíduo faz determinada escolha, ele, como representante de toda a humanidade, está também de certa forma decidindo algo por ela. (KYAN, 2001, p. 109)

A Gestalt-terapia enfatiza também a importância do processo de constante conscientização (*awareness*), que leva o sujeito a entrar em contato pleno com suas necessidades. A *awareness* é sempre acompanhada de formação de gestalten. Ela requer aceitação, escolha e responsabilidade pelo próprio sentimento. A pessoa ou a família ou a comunidade precisa estar consciente para que possa se responsabilizar pelo seu “estar-sendo”.

A partir desse reconhecimento e conscientização de sua realidade, o sujeito vai estabelecendo suporte para fazer algo com aquilo que foi conscientizado. Assim, a *awareness* está diretamente ligada à realidade da situação e à forma como o sujeito se encontra, se percebe e se responsabiliza por ela. Além disso, a *awareness* é sempre aqui-e-agora, pois para a Gestalt-terapia, só é possível existir no aqui-e-agora, no momento em que o evento ocorre. Mesmo que o indivíduo fale de recordações passadas e planos futuros, ele está fazendo isso no presente.

Vale ressaltar que a Gestalt-terapia não descarta passado e futuro, ela simplesmente interessa-se por eles na forma como são contatados no aqui-e-agora. O passado e o futuro existem, mas são atualizados e evocados no presente, com a significação desse vivido na atualidade, e no como estão interferindo no agora da pessoa ou da família ou da comunidade.

A Gestalt-terapia ensina ao sujeito o processo de ficar *aware* daquilo que está construindo e como. A partir do momento em que o organismo se torna consciente de si mesmo, está apto a fazer mudanças. A Teoria Paradoxal da Mudança afirma que essa mudança se dá quando o sujeito se permite tornar o que é ao invés de tentar ser o que não é. (YONTEF, 1998)

O processo de *awareness* deve se desenvolver a partir do que é obvio (consciente, perceptível e possível) para o sujeito, pois:

nosso objetivo primordial não é dizer para a pessoa o que ela deve ou não fazer, ou onde está ou não... mais importante do que sair de onde está, é a pessoa se compreender como ela se colocou naquele lugar e, simultaneamente, compreender o que ela faz para não ver o que está acontecendo consigo mesma enquanto ainda está ali. (RODRIGUES, 2000, p. 96)

Pouco adiantaria informar à pessoa ou à família ou à comunidade sobre o seu modo de funcionar no mundo, se é algo que não consegue perceber. A ideia é fazer com que o sujeito utilize os seus próprios instrumentos para se satisfazer. Se ele quer atingir essa satisfação e não sabe como, o gestalt-terapeuta deverá trabalhar em cima dos impedimentos dessa satisfação.

O gestalt-terapeuta tem o papel de encorajar o sujeito a se assumir, se respeitar e se aceitar, pois acredita que ele só pode realizar uma mudança quando rejeita, pelo menos por um instante, o que gostaria de ser (mas não é), e tenta ser o que realmente é. Portanto, este profissional focaliza o que necessita ser explorado e não o que necessita ser mudado, seu papel não é o de transformar o sujeito, mas o de observar e acompanhar o seu comportamento aqui-e-agora, e catalisar a sua experiência fenomenológica.

É válido ressaltar que uma boa relação terapêutica e um processo bem sucedido dependem tanto do terapeuta quanto do sujeito que se apresenta para ele. O terapeuta é encarregado da ambientação, competência, atenção e inteireza nas suas intervenções e escuta, mas não possui a responsabilidade de mudar esse sujeito. Este é um participante ativo e responsável na relação que vai se experimentando e observando para que possa descobrir e perceber por si mesmo seus próprios objetivos. Assim, a responsabilidade pela sua mudança e pelo esforço em atingi-la é do sujeito. (YONTEF, 1998)

Existem dois aspectos de suma importância para a relação terapêutica: o diálogo e o contato. Este último se dá na fronteira de contato, onde o sujeito se encontra separado e ao mesmo tempo integrado ao mundo. O limite de contato – a fronteira – é o campo onde ocorre a relação. É um ponto de divisa porque não deixa um sujeito confundir-se com o outro, e ao mesmo tempo um ponto de união porque há uma troca entre o sujeito e o outro.

Contato é, basicamente, relação e apreciação da diferença. É onde se constrói todo o caminho de desenvolvimento saudável do sujeito, pois é no contato que ele reconhece a si mesmo e a suas necessidades que emergem ao longo de sua existência.

A necessidade, que é figura, para ser satisfeita, passa por um ciclo. Inicialmente, é importante ressaltar que o surgimento da figura desfaz o equilíbrio ao qual o sujeito estava adaptado. Este ponto inicial que vai desequilibrá-lo é chamado de sensação. Esta, na medida em que vai se tornando mais forte e evidente, prende a atenção do sujeito e assim se torna consciente. Chegando à consciência, o sujeito passa a se mobilizar para atender a essa necessidade. Feita a mobilização, o indivíduo começa a agir. Na ação, o contato com a necessidade é facilitado e esta é satisfeita, voltando para o fundo (retraimento), de onde vai emergir outra figura. Este repouso é o contexto sobre o qual surgirão as necessidades, é precedente a cada ciclo que se inicia.

A interrupção do ciclo está relacionada às resistências dos sujeitos, e é realizada de acordo com o modo de existir de cada um. Tais resistências bloqueiam o contato verdadeiro e, às vezes, podem gerar uma padronização no comportamento do indivíduo e/ou grupo.

Essas resistências e impedimentos que o sujeito traz podem, em certos momentos, ser uma defesa saudável, o que mostra a importância da compreensão de como e em que contexto elas são usadas. Por vezes, são a melhor forma que o indivíduo encontrou para suportar determinada realidade de sua existência. Sua esquiva pode ser uma defesa para o equilíbrio.

De acordo com Kiyon (2001), a utilização de defesas não significa que a pessoa ou grupo esteja com seu desenvolvimento comprometido, pois todas as pessoas em algumas situações podem se utilizar delas (as defesas) para se protegerem ou preservarem seu equilíbrio.

Já o diálogo é definido por Ribeiro (2006, p. 104) como “encontro humano por intermédio da palavra”, sendo a palavra o instrumento que faz o transporte do ser de uma pessoa para outra, possibilitando que o encontro entre elas aconteça. Existem diálogos internos e externos.

Diálogo interno é aquele mediante o qual, por aproximações lógicas, caminhamos à procura das melhores soluções. É uma fala expressa sem sons, como a essência pura dos processos, em que todas as possibilidades se tornam viáveis, porque os interlocutores internos estão protegidos da censura dos outros – embora, muitas vezes, tenhamos medo de nossas próprias palavras não faladas. (RIBEIRO, 2006, p. 104)

Apenas quando o sujeito consegue aceitar seus diálogos internos ele estará pronto para externalizá-los. Assim, diálogos internos e externos estão intimamente ligados, podendo estes ser reflexos daqueles. (RIBEIRO, 2006)

Nossos diálogos externos são um resultado de nossas identificações projetivas e introjetivas com o mundo. Perguntando, respondendo ou ficando calados, estamos sempre em diálogo, pois é a palavra interna ou externa que nos dá a possibilidade de nos encontrarmos com o outro. (RIBEIRO, 2006, p. 105)

Desta forma, o diálogo se constitui do encontro e da relação gerada por ele. Isso faz nascer uma relação dialógica, onde todos afetam e são afetados, pois a troca, o ouvir e o falar, o perguntar e o responder são compartilhados dentro da relação. Numa abordagem dialógica, o Gestalt-terapeuta deve mostrar-se atento, presente, aberto no encontro com o sujeito que se põe à sua frente.

Assim, pode-se dizer que a Gestalt-terapia é uma abordagem vivencial, capacitada para focar o contato e a consciência no aqui-e-agora. Seguindo o processo contínuo do sujeito, com atenção especial para a relação baseada no diálogo, o gestalt-terapeuta pode

“ajudá-lo” a atravessar e ir além de bloqueios emocionais dolorosos. Isto o liberta para começar a explorar novos comportamentos.

Portanto, a Gestalt-terapia valoriza e aceita o ser humano na forma como ele pode ser naquele momento, respeitando-o e facilitando seu encontro consigo mesmo e com o mundo, na busca do seu funcionamento saudável.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O Sistema Único de Saúde e a atenção primária em saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi pensado durante a década de 1970, durante a Reforma Sanitária Brasileira, quando o sistema de saúde do Brasil da época estava em defasagem. Criado nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (8080 e 8142), teve suas bases legais fixadas na Constituição Federal Brasileira de 1988, com o intuito de ampliar o conceito de saúde, garantir o desenvolvimento de serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, e facilitar um cuidado continuado ao usuário, entendendo a saúde como um direito fundamental do ser humano e responsabilidade do Estado. (GIOVANELLA, 2008)

Assim, é possível pensar o SUS como um sistema de saúde de grande complexidade, sendo responsável pela articulação e coordenação das ações de prevenção e promoção com as de cura e reabilitação. Ou seja, um arranjo organizacional constituído por um conjunto de serviços e ações de saúde com o intuito de efetivar seus princípios e diretrizes. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009)

As diretrizes organizativas são: participação comunitária, descentralização, e regionalização e hierarquização; já universalidade, equidade e integralidade são os princípios doutrinários do SUS. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009)

A universalidade garante a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde, com acesso sem qualquer tipo de barreira ao serviço ou ação de saúde do qual esteja necessitando no momento, indo “da vacina à cirurgia mais complexa”. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 535)

A equidade prioriza o acesso às ações e serviços de saúde para os segmentos populacionais de maior vulnerabilidade, levando em conta as desigualdades decorrentes da distribuição de renda, bens e serviços.

A integralidade considera as várias dimensões do processo saúde-doença de indivíduos e coletivos, procurando integrá-las para que os mesmos possam ser compreendidos como um ser integral.

“A descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas.”

(PAIM, 2009, p. 49) Com isso, enfatiza a municipalização da gestão de ações e serviços de saúde, responsabilizando o próprio município pela prestação direta da maioria dos serviços.

A regionalização distribui os recursos assistenciais existentes no território, de acordo com a distribuição populacional. “Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento” (PAIM, 2009, p. 49). Já a hierarquização pretende organizar o sistema de saúde por níveis de atenção, regulando os fluxos assistenciais entre os serviços – dos básicos aos mais especializados.

Por fim, a participação comunitária se refere à participação dos cidadãos na fiscalização e avaliação de ações e serviços públicos de saúde, através das Conferências e Conselhos de Saúde organizados nas três esferas do governo. “Esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS”. (PAIM, 2009, p. 51)

Para organizar todas as ações e serviços, numa perspectiva de conceito ampliado de Saúde, e de descentralização e municipalização (dessas ações e serviços), a Atenção Primária à Saúde (APS) foi implantada no Brasil, também a partir da Constituição de 1988. (LUPPI et al., 2011)

De acordo com Andrade et al. (2009), a APS pode ser considerada como um nível de um sistema de saúde que presta serviços voltados principalmente para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Pretende sair do modelo de atenção de abordagem curativa, centrado no médico e na doença para uma abordagem preventiva e promocional, integrada a outros níveis de atenção, ampliando o olhar sobre indivíduos e coletivos, e evidenciando a importância de uma equipe multiprofissional.

Os sistemas de saúde orientados pela APS devem estar voltados para as necessidades de saúde da comunidade, com foco na família, sendo os Centros de Saúde da Família (CSF) a sua porta de entrada, o que facilita a concretização de um atributo fundamental da APS que é o primeiro acesso da população ao sistema de saúde, o qual oferece um diálogo com a atenção especializada através dos encaminhamentos de referência e contra-referência. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

A longitudinalidade, outro atributo da APS, é a relação pessoal construída entre profissionais de saúde e pacientes em suas unidades de saúde, durante um longo período de tempo, o qual facilita o reconhecimento de determinados tipos de problema, a observância da

medicação prescrita, e a formação de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente. (STARFIELD, 2002)

Assim, com o intuito de atender a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa, ao longo do tempo, e não direcionando apenas para a enfermidade, a APS deve propiciar um atendimento baseado na integralidade, atributo que evidencia a importância do reconhecimento pela equipe das necessidades de saúde mais comuns da comunidade, nos seus vários aspectos, para que seja possível uma oferta de serviços que possa dar conta das demandas específicas de cada comunidade. (STARFIELD, 2002)

4.2 A estratégia saúde da família

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde optou por fortalecer as ações preventivas por meio de incentivos a programas de ações básicas enquanto estratégia de reorganização do modelo de atenção.

Com isso, “a *saúde da família* foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por meio do PSF” (PAIM, 2009, p. 76). Assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) se concretizou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993, e em 1997 foi definido como estratégia: Estratégia Saúde da Família (ESF). (LUPPI et al., 2011)

Segundo Andrade et al. (2009), a ESF pode ser considerada um modelo de APS, focado na unidade familiar e constituído de modo operacional na esfera comunitária. Sua implantação está relacionada com a consolidação dos princípios do SUS, e foi influenciada por todo um contexto de determinantes, tais como: o processo de evolução do SUS e as suas contradições; algumas experiências de modelos de atenção à saúde que causaram um impacto positivo no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão internacional por políticas guiadas pela APS. (ANDRADE et al., 2009)

A diretriz-base da ESF é a Integralidade (ANDRADE et al., 2009), a qual fundamenta a compreensão que os profissionais de saúde que trabalham dentro desse contexto devem ter sobre as pessoas, famílias e comunidades com quem vão trabalhar. Dessa forma, a Integralidade propõe:

Considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada de conjunto de ações e serviços visando a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 535)

A ESF requer equipe multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente da área. Esta equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, ter uma jornada de trabalho de quarenta horas semanais, e ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou um técnico de enfermagem, e no máximo doze agentes comunitários de saúde (ACS). Pode contar ainda com um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD), e um técnico de higiene dental (THD). (LUPPI et al., 2011)

De acordo com Andrade et al. (2009), a ESF propõe que as Equipes de Saúde da Família (EqSF) conheçam as famílias residentes no seu território de abrangência, identificando os principais problemas de saúde e as demandas de maior influência na vida da comunidade, o que dá suporte para a elaboração de atividades que possam atender às demandas identificadas.

Para isso, a ESF propõe a territorialização, que consiste na ação de reconhecimento do território, na sua totalidade, e propõe “a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas”. (SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 8)

A territorialização é uma estratégia permanente e contínua de organização dos processos de trabalho e práticas de saúde, e visa compreender toda a dinâmica de funcionamento do território, criar vínculos com a sua comunidade, tentando compreender seu modo de viver e se relacionar, quais suas principais características, problemas, demandas, costumes, entre vários outros aspectos. (SANTOS; RIGOTTO, 2010)

O território, de acordo com Góis (2005), se dá no cotidiano vivido, é um todo que abrange várias dimensões, está em permanente construção, é dinâmico, e faz parte de cada morador, ao mesmo tempo em que cada um deste faz parte do território, que por sua vez, faz parte de uma comunidade e, estando em constante movimento, gera transformações nas pessoas. Ou seja, território é o lugar onde a vida da comunidade acontece, onde as pessoas se transformam e são transformadas.

A comunidade potencializa o sentimento de pertença das pessoas, a participação na mesma cultura e vinculação a um território comum, além de ser um espaço de moradia e convivência direta e duradoura, onde os moradores possuem um nível sócio-econômico

semelhante, laço histórico comum, as mesmas necessidades e problemas sociais e um sistema próprio de representações sociais. (GÓIS, 2005)

Partindo desta lógica, podemos pensar que a saúde e a doença constituem um mesmo processo de transformação durante toda a vida de uma comunidade, favorecendo ou dificultando seu desenvolvimento. Este processo é construído dentro do campo do território, a partir da interligação de todas as suas dimensões - socioeconômicas, histórico-culturais, ambientais, políticas, biológicas, epidemiológicas, individuais, psicológicas, subjetivas, simbólicas, etc. (GÓIS, 2005)

A ESF entende que EqSF e comunidade são co-responsáveis pela evolução de todos os seus processos dentro do território, compreendendo a família no contexto relacional em que vive, e acreditando nas práticas fora do CSF direcionadas ao território, e na importância do estabelecimento de vínculos e de co-responsabilização entre EqSF e comunidade.

Ainda de acordo com o que a ESF direciona, as práticas de promoção à saúde devem possibilitar maior autonomia ao sujeito, constituindo um importante canal de fortalecimento e valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles: usuários, acompanhantes, profissionais de saúde e gestores. (BRASIL, 2009)

Assim, entendendo que “promover significa fomentar, desenvolver algo que possibilite a escolha, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos na construção coletiva de modos de viver melhor” (BRASIL, 2009, p. 148), é essencial que a atuação profissional esteja voltada para a construção e o fortalecimento dessa autonomia do sujeito, o que parece mais se aproximar do objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. (BRASIL, 2009)

Ao propor a hierarquização da rede de atendimento, garantindo a articulação entre todos os níveis de atenção, incentivar a distribuição dos serviços de saúde em todo o território dos municípios, e estimular a intervenção de uma equipe interdisciplinar, a participação comunitária e a autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das EqSF, a ESF traz “uma ampla transferência de responsabilidade e adição de novos atores no processo de decisões de saúde no nível local.” (ANDRADE et al., 2009, p. 814)

Desta forma, as EqSF deixaram de apenas dar a resposta profissional às demandas de saúde, e passaram a organizar a demanda local e planejar as ações de saúde, e assim, pode-se dizer que se transformaram em educadores populares, e principalmente, em agentes de transformação social. (ANDRADE et al., 2009)

Portanto, a ESF foi escolhida “sob a crença do custo-efetividade positivo das ações de APS e da possibilidade de melhor estruturar o SUS”. (ANDRADE et al., 2009, p. 814) Além de inovar um modelo de atenção à saúde, colaborou com a consolidação de uma nova gestão de saúde no Brasil.

Em resumo, a decisão de se implementar a ESF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS de alcançar a universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão pública e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios. (ANDRADE et al., 2009, p. 807)

4.3 A clínica ampliada

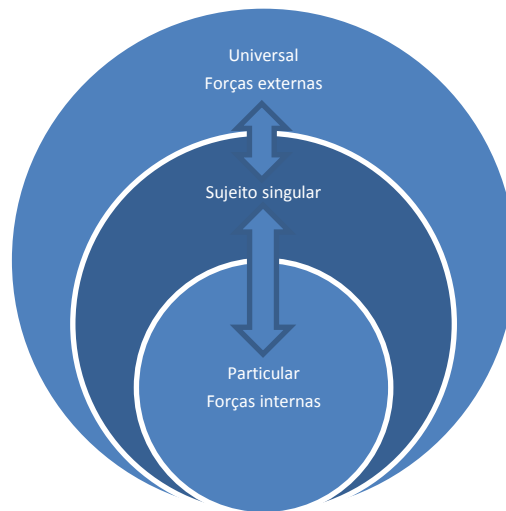
De acordo com Andrade *et al.* (2009), dentre alguns modelos assistenciais elaborados nos municípios brasileiros coerentes com o que já foi exposto, está o Método Paidéia, que foi proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos, em 2001, em Campinas (SP). Este método visa à construção de uma síntese entre clínica, saúde pública e gestão, respeitando o saber técnico e o popular.

Saúde e doença, enquanto fenômenos sociais, podem ser pensadas a partir de uma multiplicidade de fatores, externos e internos à pessoa ou à coletividade, que interagem e se influenciam permanentemente, gerando constante mudança nos sujeitos e no mundo. (CAMPOS, 2009)

O Método Paidéia baseia-se no conceito de co-produção de sujeitos, e se configura num método de co-gestão de coletivos. Nele, é proposto um sujeito co-produzido dialeticamente pelo tensionamento permanente entre forças internas e externas. (CUNHA, 2010)

Essa co-produção dialética possui basicamente três elementos: o Particular, que está relacionado a tudo aquilo que é imanente ao sujeito, são as suas forças internas que podem ser percebidas através da estruturação biológica, do desejo e interesse; o Universal, que se refere ao que é transcendente ao sujeito, são as forças externas que são observadas pelas necessidades sociais e as Instituições; e o Sujeito Singular, que surge a partir da interação entre o que lhe é inerente e o que lhe transcende. (CUNHA, 2010)

Figura 2 – Co-produção dialética dos Sujeitos



Esse Sujeito Singular, que pode ser individual ou coletivo (uma família, ou comunidade, por exemplo), é produzido a partir da tensão que o Particular e o Universal exercem simultaneamente sobre ele, provocando o encontro entre as suas forças internas e externas.

Assim, o sujeito se torna singular porque a forma como estas forças vão interagir é única. Quando o interno e o externo se encontram e se contatam, o sujeito tem a possibilidade de se constituir enquanto singular, e de agir dentro da sua realidade, configurando uma síntese entre o sujeito e seu contexto.

Vale ressaltar que, de acordo com Cunha e Campos (2010), a genética, as instituições, as condições materiais, os interesses, o desejo são todos determinantes dos sujeitos e seus contextos, porém, cada um tem maior ou menor importância de acordo com o momento de cada sujeito ou coletivo, entendendo que, mesmo estabelecendo prioridades e relevâncias, elas são provisórias, pois as coisas estão sempre em transformação. Além disso, é válido ressaltar também que não existe um limite bem determinado entre o que é interno e o que é externo, ambos vão se produzindo mútua e interativamente. Seria “produzir-se no processo de produção” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p. 36).

O singular é o resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; co-produção, portanto. (CAMPOS, 2009, p. 43)

É no campo singular que o ser humano tem a oportunidade de refletir e compreender o mundo e a si mesmo, através das diversas interações ocorridas simultaneamente, incluindo aí as que se dão entre os próprios sujeitos. Dessa forma, espaços dialógicos vão sendo abertos, as oportunidades de intervenções vão surgindo, e a co-responsabilidade dos sujeitos individuais e coletivos sobre o processo saúde e doença vai se tornando evidente para eles mesmos.

Na perspectiva Paidéia, portanto, os sujeitos devem ter uma constituição reflexiva e operativa, pois além de entender e refletir a realidade e a dinâmica de saúde e doença, é importante agir sobre elas. Ou seja, pretende-se que as pessoas desenvolvam uma capacidade reflexiva para que possam interferir nos seus fatores condicionantes.

O ser humano se constitui enquanto sujeito a partir da sua interação com as outras pessoas e com seu meio, o contexto onde vive e está. Além dessas interações, existem algumas questões particulares (estrutura física, biológica, psicológica, suporte emocional, seus desejos, aquilo que lhe interessa e lhe move), que também vão entrar na sua constituição enquanto sujeito a partir da sua interação com as outras pessoas e com o mundo.

Ou seja, no momento em que o que lhe é particular, encontra o que lhe está externo, o ser humano se constitui enquanto sujeito singular, pensante, o que pode resultar num olhar mais consciente e reflexivo sobre a sua situação de vida, sobre o seu processo saúde e doença, a situação de vida da sua comunidade e da sua família. Tendo mais consciência de tudo isso, é possível intervir e agir. Nesse movimento, o ser humano tem a oportunidade de se perceber também responsável pela própria saúde e pela própria doença, o que remete ao conceito da co-responsabilidade, que é geral, conjunta, coletiva, sobre a doença, a vida, a saúde.

O sujeito singular, individual ou coletivo, está em interação com o mundo e está colocando o mundo para interagir com as suas questões, e assim ele vai interferir também na constituição do mundo. Além disso, se interfere na constituição do mundo, interfere na constituição de tudo que faz parte do mundo, inclusive saúde e doença.

Nesta perspectiva, o modelo proposto permite reconhecer os aspectos universais e particulares de um sujeito singular que lida com sua realidade, seu adoecimento e sofrimento, ou seja, compreender o comportamento singular de cada sujeito pela sua composição (trabalho, família, cultura, classe social, medos, interesses, desejos etc). (CUNHA, 2010)

Reconhecer a complexidade e a co-produção dos e entre sujeitos pode ajudar a repensar práticas e estratégias de intervenção e atuação. De acordo com Campos (2009), o processo de trabalho em saúde deve ser compreendido como uma interação intersubjetiva, onde ocorre o encontro entre dois sujeitos singulares (equipe e paciente, profissional de saúde e paciente, equipe e comunidade etc).

Pode-se pensar tais sujeitos singulares que se encontram como dois “experts”: um que sabe sobre a doença em si e o outro que sabe sobre a sua própria doença. Ou seja, o profissional tem a técnica, o saber clínico e sanitário, e o usuário sabe de forma única e privilegiada sobre o seu sofrimento e sua própria vida. Apesar de a doença ter uma classificação diagnóstica, que é universal, essa mesma doença é singular para aquele sujeito.

Segundo Cunha (2010), a partir desta proposta de co-produção de Sujeitos, tanto profissional de saúde como usuário podem ser considerados Sujeitos Singulares co-produzidos dialeticamente, a partir de tensionamentos de forças universais e particulares.

Ou seja, o profissional de saúde está inserido numa Instituição de Saúde (força externa – Universal), dela sofrendo tensão, e possui seus saberes específicos e aspectos particulares de sua vida (forças internas – Particular), os quais também o tensionam. Por sua vez, o usuário, ao procurar o serviço de saúde, provavelmente está sofrendo tensão do seu equilíbrio singular constitutivo (força interna), independente do diagnóstico, e sendo tensionado também pela Instituição Saúde e outros fatores universais (força externa). (CUNHA, 2010)

Assim, se existe a complexidade das coisas, se tudo se transforma e tudo vai mudando e se influenciando, então saúde e doença são de responsabilidade e autonomia tanto de indivíduos como de coletivos. Ou seja, profissional de saúde, equipe, usuário, ou comunidade podem interferir num determinado contexto ou situação.

A partir do reconhecimento de dimensões individuais e coletivas, o Sujeito que se apresenta para a clínica é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos. Então, mesmo quando a clínica é individual ela também é coletiva. (CUNHA, 2010, p. 45)

Nesta perspectiva, o profissional de saúde tem a possibilidade de rever seus saberes específicos a partir do caso concreto que se põe à sua frente, com todas as suas singularidades, pois a classificação da doença ou do sintoma, quando relacionada ao sujeito que está doente sai da generalização e passa para uma situação singular.

A Clínica Ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do Sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. (CUNHA, 2010, p. 97)

Isso remete à necessidade de um compartilhamento e aliança de saberes, onde diagnóstico e terapêutica entram num processo de co-construção, por meio da combinação da racionalidade clínico/sanitária com o interesse/desejo do usuário. (CAMPOS, 2009)

Dessa forma, Campos (2009) sugere a técnica do “apoio Paidéia”, que consiste em um método de trabalho que se utiliza de espaços coletivos dos sistemas de saúde com o intuito de produzir uma relação dialógica entre técnico e usuário, onde terapêutica ou prevenção resultem de um contrato entre eles. O “apoio Paidéia” está direcionado para a ampliação da autonomia dos sujeitos, sendo os recursos construídos de modo compartilhado e refletido pelo profissional e usuário. Para isso, Campos (2009) sugere um:

Trabalho com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para essa finalidade, é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde. (CAMPOS, 2009, p. 77)

Segundo Campos (2009), o padrão de responsabilidade sanitária se torna ampliado quando existe a vinculação de clientela a equipes interdisciplinares, organizando-se no que o autor chama de “equipes de referência interdisciplinar”, que focam na adscrição da clientela, valorização do vínculo e horizontalização do atendimento. Para apoiar o trabalho de cada “equipe de referência”, recomenda o “apoio especializado matricial”, que se constitui de uma rede de especialistas.

O “apoio matricial” funciona como um suporte assistencial e técnico-pedagógico, oferecendo uma retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência; requer uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para solicitar apoio entre as equipes e os níveis de atenção do sistema; propõe a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS); e ainda personaliza referência e contra-referência.

Portanto, a prática compartilhada do trabalho em saúde é importante para o desenvolvimento da consciência e autonomia do usuário sobre o seu processo de saúde e

doença, para a ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços de saúde, para o desenvolvimento de um olhar ampliado do profissional sobre todo o contexto de vida e de saúde do território no qual trabalha, além da abertura que o profissional desenvolve para conversar com outros saberes diferentes do seu, mas que podem lhe ser complementares.

5 POSSÍVEIS CONEXÕES ENTRE GESTALT-TERAPIA, CLÍNICA AMPLIADA E ESF

*Não há ponte entre homem e homem...
 Pois estranho somos e estranhos ficamos
 Exceto algumas identidades
 Em que eu e você nos juntamos.
 Ou melhor ainda, onde você me toca
 E eu toco você
 Quando a estranheza se faz familiar.*

Frederick Perls

De acordo com o que foi exposto até agora, tentando construir algumas relações teórico-conceituais e também da prática, é possível retomar alguns conceitos e procurar relacioná-los.

A integralidade trazida pelo SUS propõe a compreensão de indivíduos e coletivos a partir de uma visão ampliada de saúde, que esteja aberta para considerar as várias dimensões que compõem o processo saúde-doença de um sujeito, buscando integrá-las. Na linguagem da abordagem gestáltica, é possível pensar em indivíduos e coletivos enquanto totalidades constituídas de várias partes que são interdependentes e influenciam o modo de ser e estar no mundo desses sujeitos.

A comunidade e o território já explicitados anteriormente, partindo de um olhar gestáltico, são o campo das pessoas que ali habitam. O campo é o meio, o espaço de vida da pessoa.

O comportamento das pessoas recebe influência direta da soma dos fatos que ocorrem dentro deste campo, ou seja, comportamento é uma função da relação da pessoa com seu meio, ou relação de campo-organismo-meio, na linguagem gestáltica. Todas as dimensões pelas quais o campo da pessoa se constitui, ou território da comunidade se constrói interferem no desenvolvimento delas.

Para a Gestalt-terapia, qualquer que seja o acontecimento ocorrerá dentro de um campo espaço/temporal, onde diversas forças agem simultaneamente, de modo que constroem a realidade do momento atual. É nesse campo, nesse território e comunidade, que o ser humano vai se constituindo e se encontra inteiro, trazendo suas vivências passadas, seu momento presente e suas potencialidades e expectativas futuras. (RODRIGUES, 2000)

No campo, encontramos variáveis de maior ou menor importância para a pessoa, e baseada nas suas vivências, necessidades e motivações, ela vai se ajustando criativamente

dentro da sua realidade. Desta forma, saúde e doença são partes do mesmo processo de ajustamento criativo daquela pessoa.

Sendo a pessoa um ser de relação, o ajustamento criativo se dá a partir da sua capacidade de adaptação, ou de se auto-regular, às situações que ocorrem dentro da relação que ela tem consigo, com o outro e com seu meio. Assim, a doença também pode ser considerada como uma forma pela qual as pessoas se ajustam dentro da sua realidade, pois acontece dentro de um processo, não é apenas em si, ela tem um sentido, ou seja, é um dos caminhos para a construção de uma vida, o significado que é dado às suas experiências, uma vez que as coisas estão interligadas.

É comum encontrar uma comunidade com pessoas adoecidas – da alma, do corpo – que vão ao CSF pedir socorro, ou pelo menos que lhes escute. Muitas vezes, a dor da barriga, por exemplo, vai mais além do que a dor numa parte de seu corpo, ela pode ser a situação de vida que está difícil de ser digerida, e faz doer, mas foi na dor orgânica que a pessoa encontrou saída para dizer que não está conseguindo lidar com a tal situação.

É possível também encontrar pessoas com funcionamento saudável, que transformam as suas dificuldades em motivo para lutar por uma vida melhor. Para essas pessoas, a “digestão” ocorre através da luta, da força, da coragem para lutar pelo que se quer, e dessa forma, podem transformar a dor na barriga em fome de vida.

A partir dos ensinamentos de Campos, o sujeito singular se constitui através dos tensionamentos simultâneos que recebe de suas forças internas (des-equilíbrio orgânico e suporte emocional, por exemplo) e externas (situação sócio-econômico-cultural, por exemplo), sendo que essa interação entre as forças vai influenciar o funcionamento saudável ou não do sujeito. A dor sentida por ele é única, ninguém mais a sente do mesmo modo, pois esse sujeito é singular, e apenas ele poderá escolher por qual caminho irá se ajustar.

Doenças físicas e mentais são, muitas vezes, formas desesperadas de ajustamento criativo, como uma linguagem que, por meio da dor, consegue se fazer ouvir, pois o intelecto já não encontra resposta adequada a suas demandas. (RIBEIRO, 2006, p. 65)

Saúde e doença fazem parte do mesmo processo de crescimento e transformação durante toda a vida de uma pessoa, favorecendo ou dificultando seu desenvolvimento, uma vez que satisfazendo ou não as necessidades que vão emergindo da sua realidade contribuem para um funcionamento saudável ou não. (ORGLER; LIMA; D’ACRI, 2007)

De acordo com Perls (1977), a doença pode ser considerada como um distúrbio no processo vital do ser humano perante uma situação que o coloca de alguma forma em risco. Já a saúde, o autor define: “Saúde é o equilíbrio apropriado da coordenação de tudo aquilo que somos”. (1977, p. 20) E ressalta que saúde e doença não são algo que o ser humano tem, o ser humano é a própria saúde e/ou a própria doença, que se manifestam na sua totalidade existencial. Assim, saúde e doença envolvem a totalidade do ser humano.

Cuando tenemos salud estamos a tono con todas nuestras capacidades y con o proceso que nos hace ser lo que somos. Nos identificamos con todas estas funciones vitales. En estado de salud, no nos encontramos en una tregua incómoda entre las facciones conflictivas de nuestra sique, ni estamos dominados por los dictados de nuestra mente, nuestro cuerpo o nuestra voluntad. Al funcionar holísticamente, todo nuestro ser es una parte de nuestra actividad en movimiento. (LATNER, 1999, p. 51)

Nesse sentido, é possível pensar dialeticamente saúde e doença ou funcionamento saudável e não-saudável, pois um mesmo comportamento pode ser considerado saudável ou não dependendo da situação e do seu intuito. (D’ACRI; LIMA; OGLER, 2007). E assim pode-se pensar também o processo saúde-doença enquanto funcionamento saudável e não-saudável.

Saúde e doença em Gestalt-terapia são concebidos não como “estados”, mas como “processos” que favorecem ou dificultam o desenvolvimento da pessoa. (ORGLER; LIMA; D’ACRI, 2007, p. 71)

De acordo com Santos e Rigotto (2010), o processo saúde-doença é construído dentro do território, a partir da interligação de todas as suas dimensões (socioeconômicas, histórico-culturais, ambientais, psicológicas, políticas, biológicas, epidemiológicas, individuais etc). O território possui aspectos inerentes ou mesmo construídos pelo homem que caracterizam o ambiente, o qual interfere no processo saúde-doença da população.

Em Gestalt-terapia, o funcionamento saudável se caracteriza como a capacidade humana de criar e recriar constantemente novas formas de atender à necessidade emergente, e de destruir formas disfuncionais, reconfigurando-as de acordo com a situação.

O funcionamento não-saudável se caracteriza por interrupções, inibições e obstruções destes processos de satisfação de necessidades (abertura e fechamento de gestalten), com a conseqüente formação de figuras confusas, que ao não se completarem fecham as possibilidades de contato com o presente. Assim, doença pode ser entendida como a recorrência crônica do funcionamento não-saudável, deixando o indivíduo com suas dificuldades cristalizadas e seus contatos com o meio empobrecidos.

Pensando na saúde enquanto algo muito além que ausência de doenças, é possível pensar no funcionamento saudável que cada pessoa pode ter, pois um sujeito pode ter um determinado problema de saúde e ter um funcionamento saudável, ou seja, o fato de o sujeito ser portador de determinada doença não necessariamente significa que é (ou está) doente por completo, ele pode funcionar saudavelmente apesar do seu problema de saúde.

Além disso, pensando na proposta de Campos (2009), saúde e doença, podem ser vistas como fenômenos sociais constituídos a partir de uma multiplicidade de fatores externos e internos à pessoa ou à coletividade, que são interdependentes e vão interagir constantemente, gerando contínuas mudanças nos sujeitos e seu meio.

Desta forma, na medida em que o particular encontra o universal, o ser humano em seu funcionamento saudável vai se constituindo na sua singularidade, de modo que passa a refletir sobre o seu processo de saúde e doença, tornando seu olhar para a vida mais consciente. Tendo mais consciência, sua capacidade de ação e intervenção aumenta.

Nesse movimento, o ser humano tem a possibilidade de se perceber também responsável pela própria saúde e pela própria doença, o que remete ao conceito da co-responsabilidade, que é conjunta. Co-responsabilização e vínculo são importantes ações que as diversas categorias profissionais, incluindo a Psicologia, assumem no contexto da ESF.

O psicólogo pode auxiliar a ampliação do olhar sobre o território, a comunidade, a pessoa, e fortalecer o vínculo da comunidade em si e desta com o CSF, além de contribuir para que o sujeito possa ter uma compreensão de si mesmo a partir do reconhecimento de sua identidade, dentro da comunidade na qual está inserido, percebendo-se enquanto co-responsável pela sua comunidade, seu território, sua vida.

O olhar gestáltico vê o ser humano como um ser de escolhas e responsável por todas elas ao longo de sua vida. Nesse sentido, só vai conseguir funcionar saudavelmente se for essa a sua escolha e se suas ações o levarem para tal funcionamento.

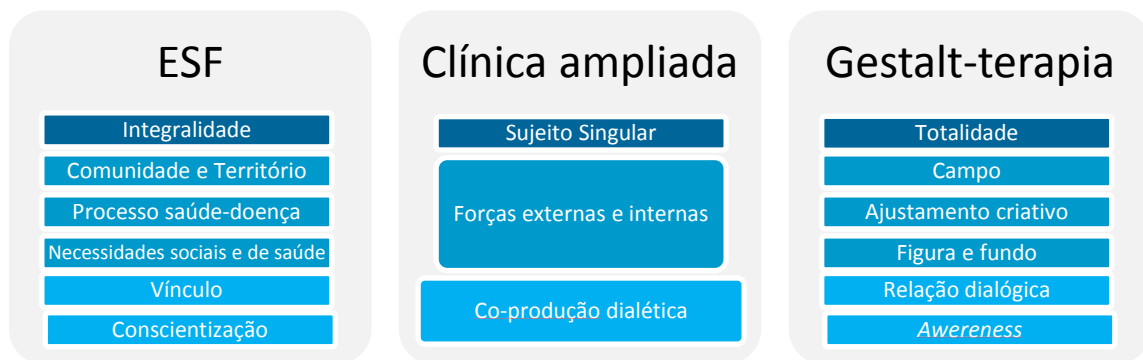
Ainda com o olhar gestáltico, é possível perceber que a coexistência de responsabilidades e o vínculo podem ser construídos a partir da relação dialógica, a qual se refere à atitude relacional do ser humano que ocorre através do diálogo construído a partir do encontro entre profissional e sujeito ou família ou comunidade.

Com o olhar Paidéia, é possível pensar no encontro entre dois sujeitos singulares, cada um com seu modo de ser e estar naquele momento e com seu papel no CSF: o profissional que conhece a técnica e a doença de forma geral, e o usuário que conhece a doença que está no seu corpo e/ou na sua alma. Nesse encontro entre dois inteiros singulares,

ambos necessitam um do outro para que aquela doença seja compreendida e tratada também de forma singular. Quando olhares se encontram e se conectam, a saúde pode ser ampliada.

Pensando em como esses olhares podem se encontrar e dialogar, elaboramos o quadro que segue abaixo. Na primeira coluna, estão alguns dos conceitos da ESF que norteiam e fundamentam a atuação profissional nesse contexto; na segunda coluna, foram colocados os conceitos que fundamentam a Clínica Ampliada; e na terceira coluna, foram elencados os conceitos da Gestalt-terapia que também norteiam e fundamentam a atuação do psicólogo.

Quadro 1 - Conexões teórico-conceituais entre ESF, Clínica Ampliada e Gestalt-terapia



Como é possível observar, todos os conceitos foram colocados propositalmente em cores semelhantes, porém em tons diferentes, com o intuito de mostrar as aproximações teóricas entre eles. Assim, percebemos que Integralidade, Sujeito Singular e Totalidade estão numa cor em tom mais escuro, sugerindo que na medida em que o psicólogo trabalha de uma maneira integral com um sujeito, que é compreendido enquanto singular (individual ou coletivo), esse profissional necessitará olhar para aquele sujeito enquanto uma totalidade.

É possível perceber também que os conceitos de Forças externas e internas, comunidade e território, processo saúde-doença, necessidades sociais e de saúde, campo, ajustamento criativo e figura e fundo estão em um tom de cor menos escuro que o dos primeiros conceitos. Isso sugere que as forças externas e internas, as quais estão o tempo todo interagindo com o sujeito singular, se dão dentro de um campo, onde comunidade e território se configuram. Essas mesmas forças estão interferindo no processo saúde-doença desse sujeito singular e fazendo com que ele se ajuste da melhor forma possível dentro do seu campo. Ainda essas mesmas forças fazem emergir desse sujeito necessidades de diversas dimensões, que se organizam de modo que vão sendo satisfeitas – e assim deixando de ser

figuras e se alocando num fundo – para que outras figuras possam emergir desse fundo e também serem satisfeitas, caracterizando assim um ciclo de vida saudável.

Já os conceitos de vínculo, conscientização, co-produção dialética, relação dialógica e awereness aparecem com um tom de cor mais clara, para sugerir que à medida em que dois sujeitos singulares se encontram, se constroem e se produzem reciprocamente, influenciando e sendo influenciado pelas próprias forças e pelas do outro, o vínculo entre eles vai sendo desenvolvido, pois surge de uma relação baseada no diálogo genuíno e aberto, que vai facilitar um processo de conscientização desses sujeitos sobre si mesmos e sobre os outros e seu mundo.

Assim, conexões entre os olhares vão acontecendo a cada encontro, a cada reflexão, a cada abertura para pensar em novos caminhos. Quando olhares se encontram, novas portas se abrem, outras formas de ver e pensar a saúde, a vida e o mundo surgem.

Olhares existem para que entrem em contato um com o outro, ou uns com os outros, e dialoguem. Dialogando, vão se acrescentando e transformando mutuamente, e assim, ampliando seus próprios olhares.

6 PERCURSO METODOLOGICO

Diante do exposto, é possível perceber que o desenvolvimento desse trabalho possui uma implicação direta da pesquisadora, sendo esta pesquisa justificada pela importância da sistematização teórica mergulhada nas experiências vividas.

De acordo com Merhy (2004), o sujeito implicado é aquele que interroga e ao mesmo tempo produz o fenômeno em pesquisa, ou seja, é aquele que se indaga acerca do sentido do fenômeno, sendo ele próprio o doador desse sentido, transformando, assim, o seu próprio agir, de maneira implicada.

Por exemplo, como em situações nas quais o sujeito que propõe o que será conhecido está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos. (MERHY, 2004, p. 32).

Com isso, este trabalho se afilia à proposta da metodologia qualitativa, uma vez que a mesma trabalha com a dimensão vivencial dos fatos, buscando compreender e explicar as relações dentro de seu processo dinâmico, olhando para um nível da realidade que não tem como ser quantificado. (MINAYO, 2012)

Esse método investiga as relações, os grupos ou segmentos delimitados, a história social a partir da visão dos seus atores, revela processos sociais ainda pouco conhecidos de grupos particulares, e colabora com a construção de novas abordagens. Além disso, tem como características a criação de novos conceitos e categorias ao longo da investigação, a empiria, e a sistematização do conhecimento que vai evoluindo até que se torne clara a lógica interna do processo em estudo. (MINAYO, 2010)

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, pensam e sentem. (MINAYO, 2010, p. 57)

Ou seja, a pesquisa qualitativa reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou uma interligação entre o sujeito e o objeto, e assim, uma postura interpretativa não-neutra do sujeito-observador que dá aos fenômenos interpretados um significado subjetivo. Configura-se, portanto, numa atividade que mostra com nitidez o lugar do observador no mundo. (DESLANDES; GOMES, 2007)

Dessa forma, a valorização da historicidade, da consciência histórica, e o reconhecimento da existência de uma identidade entre sujeito e objeto, onde os grupos sociais ou os seres humanos possuem um intuito ou uma intenção nas suas ações revelam o foco da

pesquisa qualitativa e a importância dos processos simbólicos na apreensão da realidade a ser estudada. (DESLANDES; GOMES, 2007)

6.1 A pesquisa de campo: cenário e atores

Entendendo que é de fundamental importância que o psicólogo saiba falar com propriedade em termos práticos e teóricos do seu campo de atuação, a amostra intencional da pesquisa se constituiu de psicólogos, Gestalt-terapeutas ou não, que trabalham atualmente na ESF do Estado do Ceará, ligados, enquanto preceptores ou residentes, à Residência Integrada em Saúde (RIS) com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC), realizada pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Não fechamos a amostra em psicólogos Gestalt-terapeutas por dois motivos: a quantidade destes trabalhando no contexto da ESF ainda é reduzida, o que empobreceria a pesquisa de campo; e a graduação oferece disciplinas em que é favorecida a leitura em todas as abordagens psicológicas, incluindo a Gestalt-terapia, o que torna qualquer psicólogo apto a falar, ainda que de modo geral, de qualquer abordagem.

Os profissionais que passam por um processo formativo denso e profundo como o de uma Residência, uma vez que esta se caracteriza pelo ensino em serviço, onde o residente tem a oportunidade de refletir sobre a sua prática em tempo real, com o suporte técnico-pedagógico do preceptor, têm maior capacidade para a compreensão teórica e prática do trabalho na ESF, podendo assim falar com propriedade sobre sua visão da Psicologia neste contexto.

O processo formativo da Residência se dá desde as discussões teóricas até as intervenções práticas nos territórios, dando ao profissional (residente e também preceptor) a oportunidade de vivenciar a prática, e fundamentá-la teoricamente, de acordo com o referencial estabelecido pela ESF.

A primeira turma da RIS-ESP/CE iniciou seu processo formativo em maio de 2013 e está em andamento. É constituída por quatro Ênfases: Saúde Mental Coletiva, Cancerologia, Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade, as quais fazem um total de 10 categorias profissionais, entre as quais está a Psicologia. Pelo fato de nosso interesse ser nos psicólogos com leitura e experiência na ESF, foram entrevistados os psicólogos da ênfase SFC.

Preceptores e residentes, vivenciando um dispositivo de Educação Permanente em Saúde, estão passando por toda a estruturação da ESF na sua área adscrita, refletindo,

problematizando e elaborando ações/atividades de acordo com a realidade local, de modo que potencializa a formação desses profissionais de saúde.

As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas pela pesquisadora na ESP/CE, numa sala reservada, nos dias em que os residentes e preceptores estavam na Escola para assistirem as aulas teóricas da Residência. Isso facilitava o acesso da pesquisadora aos sujeitos entrevistados, pois os mesmos trabalham em municípios diferentes, e se concentram uma vez por mês em Fortaleza para os módulos teóricos. Algumas entrevistas aconteceram no ambiente de trabalho dos informantes devido a eventuais desencontros nos dias das aulas.

A pesquisa de campo abrangeu todos os municípios nos quais a primeira turma da RIS-SFC-ESP/CE está sendo realizada. São eles: Aracati, Brejo Santo, Canindé, Horizonte, Iguatu, Jaguaruana, Maracanaú, Quixadá, Tauá. Vale ressaltar que o foco da pesquisa não é o município em si, e sim a visão prática e teórica que o profissional da Psicologia tem no contexto da ESF. Assim, os municípios não serão detalhados uma vez que não se constituem no foco da pesquisa.

6.2 Instrumento utilizado na pesquisa de campo

Na pesquisa de campo, utilizamos a entrevista individual e semiestruturada, com o objetivo de compreender as informações da forma mais abrangente possível, por meio do discurso verbal das pessoas entrevistadas, entendendo que a linguagem e o significado da fala são bastante relevantes para a pesquisa qualitativa.

A entrevista se torna um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois parte da fala do sujeito, podendo revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que transmite as representações grupais, por meio de um porta-voz, nas suas dimensões diversas. (MINAYO, 2010)

De acordo com Minayo (2010), a entrevista, enquanto fonte de informação, oferece dados primários e secundários de duas ordens: fatos objetivos ou concretos que poderiam ser acessados por meio de outras fontes como censos, registros, atestados, etc; e os subjetivos que estão relacionados diretamente ao sujeito entrevistado, e tratam de informações fornecidas a partir da reflexão do próprio indivíduo acerca da realidade que experiencia, só podendo ser acessados através da contribuição da pessoa entrevistada.

Partindo do princípio de que a entrevista, em última instância, se configura como um encontro entre sujeitos, esse instrumento:

Não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma relação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro. (MINAYO, 2010, p. 210)

Assim, esse envolvimento entre entrevistado e entrevistador é de fundamental importância, uma vez que a inter-relação construída no momento da entrevista contempla a dimensão afetiva, existencial, o contexto diário, as experiências etc. (MINAYO, 2010) As entrevistas realizadas foram muito ricas em conhecimento e relatos de experiência, ocorreram de uma forma bem natural, onde o envolvimento entre a pesquisadora e o entrevistado foi construído no desenrolar da conversa.

De acordo com Minayo (2010), os instrumentos para o trabalho de campo em pesquisa qualitativa tem o intuito de mediar os marcos teóricos e metodológicos com a realidade empírica. Partindo dessa premissa, elaboramos um roteiro com questões condutoras, visando “compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação” (MINAYO, 2010, p. 1980), através do qual as entrevistas com cada psicólogo seguiram seu caminho de modo singular.

O roteiro elaborado, o qual está em anexo (Apêndice B), abrange a trajetória profissional do entrevistado, a sua atuação na ESF, a forma como ele articula os saberes trazidos pela Psicologia ao seu atual contexto de atuação, sua visão da inclusão das abordagens psicológicas como contribuições para o trabalho do psicólogo na ESF, a forma como percebe a Gestalt-terapia como uma dessas contribuições, e quais seriam essas contribuições.

As entrevistas tiveram um tempo médio de 24 minutos, cada. Todas foram registradas em gravador de áudio, com prévia explicação da pesquisa e autorização dos informantes, sendo feitos os devidos esclarecimentos de sigilo e não-obrigatoriedade na participação da pesquisa, seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra em anexo (Apêndice A). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas, em sua maior parte pela pesquisadora, sendo as transcrições que foram realizadas por terceiros revistas e corrigidas pela mesma.

É fundamental ressaltar que este estudo seguiu os procedimentos éticos orientados pelo Conselho Nacional de Saúde, que por meio da Resolução 196/96 oferece as diretrizes para a realização de pesquisas com seres humanos. Foi inscrito na Plataforma Brasil, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e aprovado pelo mesmo através do Parecer nº 562.662, que pode ser encontrado em anexo.

Com o intuito de organizar o material empírico e garantir o sigilo e a não exposição dos psicólogos entrevistados, as entrevistas foram enumeradas de 1 a 12, indicando o quantitativo de informantes, e representadas apenas pela letra “E”. Condensado o material

discursivo, elaboramos dois quadros representando duas importantes dimensões surgidas durante a leitura do material.

Além disso, tivemos a autorização da Escola de Saúde Pública do Ceará para a realização das entrevistas com os preceptores e residentes da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, cujo documento comprobatório se encontra em anexo.

6.3 Sobre o método de análise e interpretação do material empírico

Esse estudo se fundamenta na proposta de articulação profunda entre hermenêutica e dialética, entendendo que essa discussão traz grandes contribuições não só ao *como fazer*, mas também ao *como pensar* a análise do material empírico. (MINAYO, 2010). Minayo (2010) propõe esta tipologia de análise fundamentada principalmente nas proposições de E. Stein, as quais realizam ao mesmo tempo um balanço e uma síntese sobre questões que abrangem a dialética e a hermenêutica.

A hermenêutica vai em busca da compreensão de sentido que ocorre por meio da comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Ou seja, antes de tudo, a hermenêutica se refere à arte da compreensão, “ocupa-se da arte de compreender textos” (MINAYO, 2010, p. 328). Minayo (2010) se utiliza do termo *texto* num sentido amplo: biografia, narrativa, entrevista, artigo, dentre outros; e se fundamenta principalmente na proposta de Hans-Georg Gadamer – um dos maiores estudiosos da hermenêutica.

Em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas compreender acaba sempre sendo *compreender-se*. (MINAYO, 2010, p. 337)

O ato de compreender se refere à interpretação e ao estabelecimento de relações para que seja possível chegar a conclusões. A compreensão pode ser considerada uma categoria metodológica de grande potência na investigação hermenêutica, já que é ela que “contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana – e no caso o pesquisador – de se colocar no lugar do outro” (MINAYO, 2010, p. 328). Assim, podemos pensar a compreensão como a capacidade de entender-se uns com os outros, de fazerem “um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (MINAYO, 2010, p. 329).

Outra categoria importante para a análise hermenêutica que contribui com a compreensão é o símbolo, que possui a função de representar algo que passa

concomitantemente pela dimensão do invisível e do visível, “refletindo, ao mesmo tempo, uma ideia do real e sua expressão fenomênica” (MINAYO, 2010, p. 336), ligando o mundo das ideias ao mundo dos sentidos. A identificação entre os seres humanos, facilitada pelos símbolos que a comunicação oferece, permite a compreensão detalhada dos sujeitos e seus contextos, e ainda que eles mesmos se compreendam.

Denomino símbolo ao que vale, não somente por seu conteúdo, mas por fazer uma mediação comunicacional, por existir como um “documento” e “uma senha” que permitem aos membros de determinada comunidade se identificarem. (MINAYO, 2010, p. 335- 336)

Ou seja, o real e o simbólico constituem uma mesma totalidade, onde o fenômeno e os significados que emergem dialogam constantemente e permitem a constituição e a identificação entre os seres humanos.

Com isso, podemos perceber que hermenêutica e fenomenologia se aproximam. De acordo com Minayo (2010), essa aproximação se dá na medida em que a fenomenologia é guiada pela intencionalidade da consciência, onde sujeito e objeto coexistem, obedecendo à premissa de que *uma consciência está para um objeto assim como um objeto está para uma consciência*, ou seja, ambos são em relação, e só podem ser compreendidos a partir do contexto em que se dá essa relação.

Assim, observa-se que a hermenêutica se baseia em alguns princípios, que se tornam necessários para o investigador: o esclarecimento do contexto dos atores; a existência de racionalidade e responsabilidade nas diversas linguagens que são os instrumentos de comunicação; a contextualização dos fatos, relatos e observações na realidade dos atores; o posicionamento sobre o que ouve, observa e compartilha; e a produção de um relato dos fatos em que os atores se percebam contemplados.

Já a dialética, é considerada por Minayo (2010) como “a arte do estranhamento e da crítica” (p. 337), o que nos permite fazer ligação imediata com a hermenêutica, uma vez que esta última “caminhando entre aquilo que é familiar e o que é estranho, busca esclarecer as condições sob as quais surge a fala”. (MINAYO, 2012, p. 99) Ou seja, é nesse transitar entre os polos familiaridade e estranheza que a hermenêutica firma sua função, buscando compreender o contexto do discurso dos atores.

Porem, sendo também “a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia” (MINAYO, 2010, p. 167), a dialética se diferencia da hermenêutica, ao buscar nos fatos e nos discursos aquilo que é obscuro e contraditório para elaborar uma crítica bem fundamentada sobre eles.

A partir disso, levanta alguns princípios sobre os quais baseia seu trabalho: cada coisa é um processo, um caminhar, um devir; os processos estão encadeados, de modo que uma transformação vai gerando outra; cada coisa se constitui dela mesma e de seu contrário, ou seja, cada coisa já traz consigo o seu oposto e nele é transformada. Nesse sentido, a dialética necessita elaborar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem, compreender a análise dos significados a partir das práticas sociais, e olhar atentamente para o condicionamento histórico das falas, relações e ações.

Na prática de análise dos materiais qualitativos, essa abordagem colabora para o entendimento de que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, portanto, não há nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas. (MINAYO, 2010, p. 340)

Refletindo sobre o objeto desse estudo, que se dá através do verbo compreender, referente ao objetivo principal “Compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para o trabalho do psicólogo na ESF, no Estado do Ceará”, podemos nos perceber já fazendo esse exercício de interpretação e compreensão do lugar em que os entrevistados ocuparam e ocupam no momento atual e de como isso influencia na sua visão de homem e de mundo, e assim na forma como atuam no seu contexto de trabalho. Percebemos ainda o movimento de parte dos informantes de transitar entre uma realidade familiar – que até o momento da entrevista lhes aparecia segura – e um novo olhar para essa mesma realidade, causando estranheza e emergindo contradições essenciais para novos questionamentos tanto da pesquisadora quanto do informante.

O uso desse método nos favoreceu, portanto, a compreensão de um objeto de estudo histórico, que é, por isso, complexo e contraditório. A análise por meio da Hermenêutica Dialética considera: da hermenêutica, a oportunidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos constroem em seus discursos; da dialética, a combinação entre a compreensão desses sentidos, as contradições que lhes constituem, e o seu contexto social e histórico.

Desse modo, podemos observar a articulação entre hermenêutica e dialética, que seria a síntese dos processos compreensivos e críticos, e que propõe a interatividade entre ambas, incluindo as complementaridades e as oposições existentes entre elas, constituindo-se assim num “importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas” (MINAYO, 2010, p. 168).

Esta proposta considera os sentidos das falas dos atores, em seus consensos e dissensos, frente ao seu contexto histórico. Ou seja, enquanto a hermenêutica busca o sentido

do texto, a dialética foca nas contradições, na quebra de sentido, uma vez que acredita na crítica social daquele momento atual. (MINAYO, 2010)

Nessa combinação de oposições complementares, o método dialético tem como pressuposto o método hermenêutico, ainda quando as duas concepções tenham sido desenvolvidas através de movimentos filosóficos diferentes. (MINAYO, 2010, p. 350)

Resumindo, ao observar o modo como a hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos e da realidade cotidiana, é possível perceber que suas limitações podem ser seguramente compensadas pelas propostas da dialética, uma vez que esta última, “ao sublimar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade”. (MINAYO, 2010, p. 349)

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 Tratamento, análise e interpretação do material empírico

Assim, refletindo sobre os princípios que a Hermenêutica Dialética propõe para interpretação do material empírico, é importante estar atento à lógica interna dos fatos, relatos e observações, e à sua contextualização na realidade dos atores. Ou seja, de acordo com Minayo (2012), o tratamento do material leva o investigador ao encontro da “lógica peculiar e interna do grupo” (p. 27) que está sendo analisado. É esse entendimento profundo que caracteriza a principal construção do pesquisador. Dessa forma, é possível perceber que a análise qualitativa não se reduz a uma simples classificação de opiniões do grupo informante, ela é o desvelar “de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações” (p.27).

Seguindo essa linha de raciocínio, os caminhos trilhados para a interpretação do material empírico se deram da seguinte forma:

- I. **Leitura compreensiva e organização do material empírico:** neste primeiro momento, buscamos realizar uma leitura exaustiva do material empírico, visando à impregnação dos sentidos e significados surgidos nos discursos dos entrevistados. Procuramos “de um lado, ter uma visão de conjunto e, de outro, apreender as particularidades do material.” (MINAYO, 2012, p. 100) A partir dessa leitura, foi possível montar uma estrutura de base para nossa interpretação, onde descrevemos o material partindo dos depoimentos dos atores, identificando temas centrais, e categorizamos as falas distribuindo-as em amplas unidades elaboradas com base nos segmentos dos atores.
- II. **Exploração do material:** nesta etapa, é essencial “ir além das falas e dos fatos [...] na direção do que está explícito para o que é implícito, do revelado para o velado.” (MINAYO, 2012, p. 101) Assim, após a identificação de temas centrais e as devidas categorizações e distribuições, nos voltamos para os sentidos e significados atribuídos pelos atores ao fenômeno em questão. Ou seja, inicialmente, buscamos identificar e problematizar as ideias implícitas e explícitas nas entrevistas, depois partimos para a busca propriamente dita de sentidos e significados atribuídas ao fenômeno, e em seguida, procuramos promover um “diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo” (MINAYO,

2012, p. 101). Buscamos, dessa forma, decompor o material em dimensões de análise que contemplassem a totalidade das falas da melhor maneira possível. Com isso, foram incluídas tanto elementos recorrentes, como divergências e aspectos pontuais.

- III. **Elaboração de síntese interpretativa:** nessa etapa, como o termo sugere, buscamos ir em direção a uma síntese, configurando em um exercício interpretativo. Para isso, “trabalhamos com os sentidos mais amplos que traduzem a lógica do conjunto do material” (MINAYO, 2012, p. 101), articulando cuidadosamente os objetivos do estudo, o seu referencial teórico e o material empírico.

Assim, os relatos passaram por uma análise detalhada, com a finalidade de identificar sentidos e significados emergidos ao longo dos encontros, sendo em seguida organizados em categorias empíricas de modo que fosse possível uma intrínseca articulação entre o discurso dos informantes e a interpretação do investigador. É válido dizer que os momentos das entrevistas para essa pesquisa foram muito ricos, pois proporcionou junção de olhares, abertura de novas ideias, interação entre o empírico e o científico, e entre teoria e prática.

7.2 Resultados e discussão

Considerando a natureza complexa deste objeto de estudo, optamos por expor os resultados de modo que mesclasse o material empírico com os aspectos teórico-conceituais apresentados. Desta forma, procuramos valorizar as falas evocativas de sentido para o estudo como um todo, bem como para suas partes, nos utilizando de movimentos que, ao mesmo tempo, partem de uma visão macro do objeto para um olhar micro, e de uma visão micro para um olhar macro deste objeto.

É importante ressaltar que as especificidades e contradições de alguns dos pontos de vistas dos entrevistados foram consideradas na análise do material, pelo fato de também serem relevantes para o estudo em questão.

Nesse sentido, a primeira dimensão é a divisão, por segmento, dos psicólogos em dois grandes grupos: (A) aqueles que se identificam ou seguem a linha da Gestalt-terapia ou das abordagens humanistas, e (B) aqueles que não se identificam ou não seguem a linha da Gestalt-terapia ou das abordagens humanistas. Como já explicitado no Capítulo 3 desse

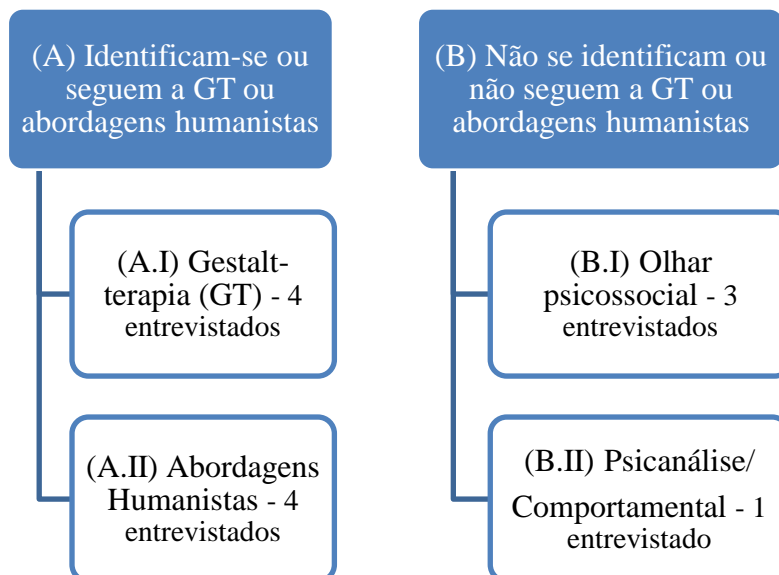
trabalho (tópico 3.1), as humanistas aproximam-se, entre elas mesmas, intimamente em suas bases teóricas e visões de mundo: Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), a própria Gestalt-terapia, dentre outras.

Sempre haverá diversidade de opiniões e crenças dentro de um mesmo segmento social e a análise qualitativa deve dar conta dessa diferenciação interna aos grupos. Assim, ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social. (MINAYO, 2012, p. 79- 80)

Pelo fato de a abordagem gestáltica ser o referencial teórico deste trabalho, a mesma foi destacada das abordagens humanistas. Sendo assim, dentro do grupo A, temos uma subdivisão: (A.I) aqueles que trabalham norteados pela Gestalt-terapia, e (A.II) aqueles que trabalham a partir de outra abordagem humanista. Já dentro do grupo B, a subdivisão se dá da seguinte forma: (B.I), aqueles que partem de um olhar psicossocial, onde encontramos a Psicologia Comunitária, a Psicologia Social, abordagem sócio-histórica, e (B.II) aqueles que trabalham com base na Psicanálise ou na Psicologia Comportamental.

O quadro a seguir demonstra as já referidas subdivisões, com a quantidade de profissionais entrevistados correspondentes a cada subgrupo.

Quadro 2 - Divisão em grupos dos sujeitos entrevistados



Os Gestalt-terapeutas com formação concluída nesta abordagem são poucos, mas como pode ser percebido, a maior parte dos entrevistados são adeptos ou se identificam com a GT, ou com as abordagens humanistas, questão que será retomada posteriormente.

Após essa percepção inicial do material empírico, organizamos as entrevistas em cinco grandes temas, a saber: a) a importância das abordagens psicológicas, de uma forma geral, para a atuação do psicólogo na ESF; b) as visões de homem e de mundo das abordagens humanistas enquanto norteadoras da atuação do psicólogo na ESF; c) a valorização pelos psicólogos do modo de vida dos sujeitos (individuais ou coletivos) e das demandas demonstradas por estes; d) os modos de intervenção do psicólogo no contexto da ESF; e) as conexões teóricas e práticas.

Em seguida, com foco nos objetivos deste trabalho, buscamos compreender de que forma esses temas se aproximam dos conceitos evidenciados no Quadro 1 (Conexões teórico-conceituais entre ESF, Clínica Ampliada e Gestalt-terapia), exposto ao final do Capítulo 5 desta dissertação, associando os temas empíricos aos conceitos teóricos.

Assim, foi elaborado o seguinte quadro, onde é possível observar: que as linhas estão pontilhadas, que três dos temas empíricos estão associados a mais de um conceito teórico, e que os outros dois temas não estão associados especificamente a nenhum conceito. Isso significa que na verdade, essa separação e associação são apenas um modo de facilitar a compreensão do estudo e das conexões existentes entre eles, mas que todos estão interligados e se influenciam. Este quadro servirá de base para a análise e discussão do material empírico a partir deste momento.

Quadro 3 – Base para análise e discussão do material empírico.

A importância das abordagens psicológicas para o trabalho do psicólogo na ESF					
Totalidade / Integralidade	Campo / Comunidade e território	Figura e fundo / Necessidades sociais e de saúde	Ajustamento Criativo / Processo saúde-doença	Relação dialógica / Vínculo	Awareness / Conscientização
Visão de homem e de mundo	Visão de homem e de mundo; Valorização do modo de vida e das demandas dos sujeitos	Valorização do modo de vida e das demandas dos sujeitos	Valorização do modo de vida e das demandas dos sujeitos	Modos de intervenção	Modos de intervenção
Conexões teóricas e práticas					

✓ **A importância das abordagens psicológicas, de uma forma geral, para a atuação do psicólogo na ESF.**

Seguindo ou não uma abordagem específica, os entrevistados percebem que cada uma das abordagens pode oferecer contribuições ao trabalho do psicólogo na ESF, através do suporte teórico que elas fornecem para este profissional, o que torna clara a importância delas nesse contexto.

A gente precisa de uma fundamentação. É o que diferencia o psicólogo de outro profissional, enquanto alguém que faz uma escuta qualificada, porque qualquer profissional de saúde pode fazer, mas eu acho que o que diferencia a nossa escuta qualificada, o contato com o outro, o estabelecimento do vínculo é exatamente esse embasamento teórico que a gente adquire. Então, elas são importantes sim. (E.10)

Sem abordagem, acho que a coisa fica meio solta, quando o psicólogo está atuando, ele se baseia em alguma abordagem. (E11)

Assim, torna-se visível que são as abordagens psicológicas, por meio das suas fundamentações teóricas, que vão diferenciar a atuação do psicólogo com a das outras categorias profissionais, pois são essas abordagens que trazem conceitos e modos de ver o homem e o mundo que norteiam aspectos fundamentais para uma prática interventiva de qualidade, tais como: o tipo de relação a ser estabelecido com o sujeito e conseqüentemente a profundidade do vínculo, as técnicas a serem utilizadas com esse sujeito, bem como o modo de acompanhá-lo.

É importante no sentido de enxergar outras dimensões do sujeito, o tipo de relação... a própria Gestalt, várias vezes eu recorri aos livros de abordagem gestáltica, diante de dificuldades que encontrei nos atendimentos. Essa articulação é possível. (E7)

De acordo com Parreira (1990), cada teoria psicológica ilumina o ser humano em um foco ou ângulo de visão, oferecendo uma contribuição acerca do conhecimento sobre o homem, de modo que o psicólogo tenha respaldo teórico e científico para atuar com responsabilidade e segurança.

Cordioli (1998) aponta fatores comuns a todas as teorias que são fundamentais para o acompanhamento dos sujeitos:

- 1) Uma relação intensa de confiança e emocionalmente carregada com a pessoa que ajuda;
- 2) uma teoria explicativa das causas dos problemas do paciente e na qual a técnica se fundamenta;
- 3) acesso a novas informações sobre a natureza dos

problemas e de alternativas de como manejá-los; 4) aumento da esperança de auxílio em virtude das qualidades e capacidades do terapeuta; 5) possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida, acarretando um aumento da autoconfiança; 6) oportunidade para expressar emoções pessoais. (CORDIOLI, 1998, p. 35)

Outro ponto surgido nas entrevistas, refere-se ao fato de que o profissional deve saber se utilizar das abordagens psicológicas de modo adequado e singular a cada situação e sujeito, uma vez que, no contexto da ESF, existe uma grande diversidade deles.

Eu trabalho dentro da linha das abordagens humanistas, mas é a ACP, mas não tão fechada. A gente que trabalha na saúde pública, não tem que seguir totalmente, mas a gente precisa dessas abordagens... eu acho que seria trabalhar as teorias de uma forma contextualizada dentro da comunidade (E12)

Na verdade não são as abordagens, são as pessoas, o próprio psicólogo que limita sua visão, ou a visão que a abordagem traz, no contexto teórico. (E7)

De acordo com Pedrassoli (2008), os psicólogos de uma determinada abordagem teórica podem e devem fazer uso de técnicas originárias de outras correntes, sempre partindo da necessidade daquele sujeito que se põe à sua frente, e assim, caminhando em busca de melhores resultados na atuação profissional, já que o mais importante é o desenvolvimento emocional e psicológico desse sujeito, de maneira saudável. Ou seja, o fato de se nortear por uma abordagem não significa que as outras deverão ser excluídas ou rejeitadas. Se o foco principal é a necessidade do sujeito, então o psicólogo deve se utilizar de instrumentos que se adequem a cada situação.

Dessa forma, podemos perceber que o psicólogo, utilizando-se adequadamente das abordagens teóricas conforme a necessidade de cada sujeito, consegue ampliar a sua visão sobre este, de modo a considerá-lo na sua totalidade, e compreendendo-o dentro do seu contexto.

Eu sou um generalista, eu geralmente, costumo extrair aquilo que faz sentido pra mim das principais abordagens, e de acordo com as necessidades das pessoas com quem eu vou entrando em contato, mas acho que me aproximo mais das humanistas. (E10)

Como podemos observar no material empírico, as abordagens psicológicas estão diretamente ligadas ao modo de ver e perceber o mundo e o ser humano. Em seus

embasamentos teóricos, elas trazem pressupostos filosóficos que vão nortear essas visões e assim influenciar a atuação do profissional.

Mas a gente precisa realmente de ter dessa linha de conhecimento de uma abordagem, por que é uma visão de mundo, né? São várias abordagens da Psicologia e você precisa ter uma pra embasar a visão de mundo, sendo que nada tão fechado ou tão específico porque você precisa abranger pra outras visões, mas você tem que seguir, eu acho. (E12)

A abordagem é uma visão de mundo, pra você compreender o outro, o ser humano.... todas elas podem contribuir de alguma forma.(E7)

A visão de mundo e de homem defendida por cada abordagem é o aspecto base que vai nortear o modo de atuação do profissional, as técnicas utilizadas por ele, a forma como elas serão utilizadas, o modo do psicólogo desenvolver o vínculo com o sujeito, relacionar-se com ele e acompanhá-lo. (CORDIOLI, 1998)

A partir deste ponto, nos percebemos entrando na Gestalt-terapia, exatamente pela visão de homem e de mundo que esta abordagem propõe e que se aproxima intimamente da principal diretriz estabelecida pela ESF: a Integralidade. E assim, passamos para o segundo tema.

✓ As visões de homem e de mundo das abordagens humanistas enquanto norteadoras da atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família

A priori eu acho que a gente já se utiliza de uma abordagem, tendo ela não como um instrumento de trabalho, mas como uma visão de mundo. A abordagem influencia no método de trabalho, com certeza, porque tem a ver com a minha visão de mundo, e eu trabalho com a minha visão de mundo. (E3)

A visão de mundo trazida pelo psicólogo para seu contexto de trabalho influencia no seu modo de atuação profissional, ou seja, a forma como realiza o trabalho e sua postura diante das pessoas e das situações diz um pouco da abordagem a qual escolheu.

O profissional necessita se identificar com as propostas e princípios de uma teoria psicológica, acreditar que fazem sentido, para atuar de modo coerente ao contexto em que está inserido. Isso significa dizer que quando o psicólogo se identifica e acredita nas teorias, ou em uma teoria e não em outra, demonstra parte daquilo que ele mesmo percebe e acredita do

mundo e do ser humano, o que irá fundamentar toda a sua atuação profissional. (CORDIOLI, 1998)

Acho que abordagem vai muito além da clínica né?! Então, a forma como eu facilito um grupo, interajo com uma equipe, a forma como eu compreendo as pessoas que eu interajo no território, então de alguma maneira se aproxima das abordagens. Aí eu me identifico com as abordagens humanistas. (E3)

A forma que olho pro individuo, eu acho que já é voltada pra como eu sigo a minha abordagem, que é a Gestalt... eu tento ver este sujeito como um todo mesmo, né?! ... quando eu estou com aquele sujeito vejo todo aquele contexto familiar, contexto histórico, então querendo ou não eu já me baseio em cima da abordagem gestáltica.(E1)

O fato de a maior parte dos entrevistados serem adeptos ou se identificarem com a GT, ou com as abordagens humanistas, pode ser um indicativo de que a utilização dessas teorias no contexto da ESF seja uma das mais adequadas, uma vez que, como já explicitado, trazem uma proposta de visão de homem e de mundo que se aproxima intimamente da integralidade que a ESF tanto propõe.

Um psicólogo só conseguirá compreender que, no contexto da ESF, os sujeitos devem ser compreendidos a partir de uma visão ampliada de saúde, onde devem ser levadas em consideração todas as suas dimensões em decorrência de estarem interligadas e influenciando o processo saúde-doença desses sujeitos, se ele se identificar com essa visão de homem e de mundo.

Se a abordagem que eu acredito, que tem a ver com essa visão do mundo é quem fundamenta não só a minha atuação profissional, mas a minha própria existência, eu vou me identificar ou não com determinado contexto de trabalho, que aí eu acho que a Saúde da Família se aproxima mais realmente das humanistas e mesmo da própria Gestalt. (E3)

Eu vejo que a questão da gente trabalhar o sujeito como um todo, de você não fragmentar aquele sujeito, mas ver ele numa totalidade, que eu acho que isso a Gestalt traz como uma das maiores contribuições. (E4)

Ou seja, a Gestalt-terapia traz enquanto uma de suas contribuições para a atuação do psicólogo na ESF a visão de totalidade do ser humano, uma vez que, de acordo com Ribeiro (2006), essa abordagem propõe a compreensão deste sujeito enquanto um ser que é

formado por diversas dimensões, que são interdependentes, formam um todo significativo e influenciam o funcionamento saudável ou não desse sujeito.

Eu tenho um grupo com a nutricionista, chamado “Bem viver”. “Bem viver” porque a proposta do grupo não é trabalhar só boa nutrição ou só psicologia, é trabalhar o indivíduo integralmente né?(E5)

Dessa forma, é possível perceber a relação entre o conceito de Totalidade proposto pela GT; a Integralidade, enquanto diretriz da ESF, que considera as várias dimensões do processo saúde-doença de indivíduos e coletivos, para que os mesmos sejam compreendidos de forma integral; e o conceito de Sujeito Singular, trazido como embasamento para se pensar a Clínica Ampliada, onde, conforme Cunha (2010), esse sujeito é singular na medida em que é produzido a partir da tensão e encontro entre as suas forças internas e externas.

No que se refere às dimensões relacionadas às forças internas e externas (CUNHA, 2010), podemos retomar os conceitos de comunidade e território (GÓIS, 2005). Este último é constituído pelos seus moradores, estabelecimentos e instituições ali construídos (igrejas, escolas, associações, fábricas, praças, unidades de saúde, etc), e também pelo significado que seus moradores dão a esse território. Já a comunidade é constituída basicamente pelas pessoas e pelos costumes e laços que elas vão construindo entre si.

Seguindo essa direção, quando o psicólogo procura compreender a singularidade de cada sujeito, busca apreender tudo aquilo que está ligado ao seu processo saúde-doença e ao seu modo de funcionar no mundo, ou seja, suas questões psicológicas, emocionais e relacionais, bem como seu contexto de vida (familiar, social, sanitário, cultural etc). Assim, busca também compreender o campo desse sujeito.

O conceito de campo proposto na GT se refere ao espaço de vida onde o sujeito está inserido e vai se desenvolvendo. Pode ser visto como uma totalidade de fatos, composta por aspectos psicológicos e não-psicológicos, que são interdependentes, sendo através da interação entre eles que se dá a estruturação do sujeito enquanto uma totalidade e de seu processo saúde-doença. (RIBEIRO, 2006)

Pensar numa clínica ampliada é pensar na pessoa todinha. Tenho pra mim que a abordagem humanista me favorece acessar essa pessoa todinha. (E3)

Uma das coisas que eu faço dentro da clínica ampliada, e também que eu me embaso nas abordagens humanistas, são os atendimentos conjuntos com os outros profissionais, de algumas demandas, o que é bem rico esta troca de saberes... são

experiências ricas porque a gente compartilha os saberes, pensa o usuário a partir de vários aspectos e faz o Projeto Terapêutico Singular de alguns casos que a gente tem tentado executar, junto com os outros profissionais da equipe Nasf. (E12)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser definido como:

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. (BRASIL, 2009, p. 27)

O PTS representa um momento onde toda a equipe expõe seu ponto de vista, sendo consideradas importantes todas as opiniões, para ajudar a compreender o sujeito na sua demanda e, conseqüentemente, para definição de propostas adequadas de ações. Vale ressaltar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos. (BRASIL, 2009)

Assim, a elaboração de um PTS, pode ser um meio para ter uma visão mais clara, ampliada e contextualizada de cada sujeito, pois o olhar interdisciplinar promove a troca de saberes, a complementaridade entre eles, e o compartilhamento das intervenções. Além disso, para que ele seja elaborado, é essencial que a equipe envolvida compreenda as demandas do sujeito e conheça o território e a comunidade onde está inserido, pois o PTS é construído com base na realidade própria do sujeito e de seu território e comunidade, em busca de satisfazer suas necessidades.

Com isso, fica claro que a integralidade exigida pela ESF propicia que o psicólogo que aqui atua compreenda o sujeito enquanto um ser com necessidades específicas que dizem do seu contexto e modo de funcionar nele. O profissional, que demonstra respeito a essas necessidades e modo de funcionar de cada um dos sujeitos que atende, está apresentando um olhar atento para a singularidade e para a totalidade destes, independente da abordagem que utilize.

Tem dois exemplos aqui de dois pacientes: um parece um livro aberto de Psicanálise, sabe? É insight a todo momento, ele consegue caminhar praticamente sozinho durante o tempo que eu to atendendo com ele. E já tem outro que... eu não sei se maturidade, desenvolvimento pra esse tipo de elaboração, a gente trabalha numa linha talvez mais, mais até Cognitiva mesmo, sabe? Mais, Comportamental, de mudança de hábito... Até porque o serviço público muitas vezes ele não, não tem muita paciência de esperar o tempo que a Psicanálise precisa. (E2)

Uma vez que o grande foco é na necessidade atual do sujeito, e como é possível ajuda-lo para que seja atendida, a utilização de técnicas de diferentes abordagens é possível e

faz todo o sentido. Para compreendê-lo como um todo, não é imprescindível se fixar em apenas uma abordagem, se esta não se encaixa ao que o sujeito necessita naquele momento. É imprescindível sim que o psicólogo tenha sempre um olhar aberto.

Portanto, voltar-se para as necessidades do sujeito é dar abertura para novas possibilidades de atenção à sua saúde. Aqui, nos deparamos com outra contribuição da Gestalt-terapia, já que a visão de totalidade oferecida por esta dá essa abertura, pois compreender o sujeito como um todo é estar atento ao seu campo e às suas necessidades, e assim facilitar a conscientização e satisfação delas. Entramos, portanto, no terceiro tema.

✓ **A valorização pelos psicólogos do modo de vida dos sujeitos (individuais ou coletivos) e das demandas demonstradas por estes.**

No meu município, tem uma demanda muito grande com pessoas com ansiedade, e aí estou tentando montar um grupo agora... são pessoas que estão ociosas, ou porque trabalharam muito tempo e aí pararam pra cuidar da casa, ou simplesmente nunca trabalharam fora mesmo, só cuidando da casa. Lá, não oferta um lazer, ou outra atividade para que eles possam tá participando. (E11)

Com base nos conceitos refletidos no tema anterior, podemos perceber que escutar a demanda de um indivíduo ou observar o modo de funcionar e os movimentos de uma comunidade significa compreender esses sujeitos enquanto singulares, na sua integralidade, como uma totalidade.

O grupo foi montado a partir de uma demanda que nós percebemos lá. Seria mais terapêutico... O foco dele seria tentar abrir um espaço pra saúde mental, de acompanhamento da saúde mental na atenção básica. (E2)

O grupo terapêutico, à luz da Gestalt-terapia, oferece suporte, compreensão, amor, companheirismo, respeito, e funciona como uma escola da vida, em que as lições se dão de acordo com a capacidade de percepção de cada um de seus membros (RIBEIRO, 2009), contribuindo para o desenvolvimento saudável não apenas das pessoas e do grupo, mas também da comunidade em que estão inseridos.

Observar e valorizar as necessidades apresentadas pelos sujeitos e, a partir delas, realizar ações e atividades adequadas ao contexto destes está diretamente ligado à compreensão do campo, ao respeito ao ritmo deles e ao que realmente fará sentido para o desenvolvimento de um funcionamento saudável da comunidade como um todo.

As demandas se repetiam, por exemplo, eu percebia que eu atendia muita mulher com demanda de depressão, ansiedade, e daí surgiu o grupo. (E3)

Fiz um levantamento das pessoas que usam psicofármacos no território, comecei a fazer atendimento individual com essas pessoas para saber melhor da necessidade do uso, pra trabalhar com o médico na interconsulta. (E8)

Tem um grupo agora com atividades voltadas para os pais, porque a gente estava vendo as mães com dificuldades na educação, na compreensão do desenvolvimento das crianças. (E9)

Podemos perceber também a preocupação desses profissionais com a comunidade onde estão trabalhando, voltando seu olhar para o campo, atentos às necessidades dos moradores daquele território, buscando constantemente perceber como as pessoas vivem, do que mais adoecem, quais aspectos psicológicos e não-psicológicos interferem no processo saúde-doença, e qual a melhor maneira de atender às demandas daquela realidade.

A gente tem um grupo de terapia comunitária numa comunidade que é bastante vulnerável, com relação a todo tipo de coisa: a droga, pobreza, questão ambiental, saúde tudo, a gente estabeleceu uma parceria com uma escola da comunidade pra fazer esse grupo lá. (E10)

Os profissionais partem das demandas e necessidades da comunidade ou do indivíduo, procurando entendê-los dentro da sua realidade, e assim atendê-los com atividades que fazem sentido para aquela comunidade ou aquela pessoa. De acordo com Ribeiro (2006), olhar para as necessidades do sujeito é olhar para sua totalidade, uma vez que essas necessidades, enquanto partes, interferem na composição do todo.

Eles todos estão atentos às potencialidades e fragilidades dos territórios onde trabalham, buscando saber com quais equipamentos podem ou não fazer parcerias, perceber quais os desejos e angústias daqueles sujeitos e qual relação existe entre seu processo saúde-doença e seu contexto de vida.

De acordo com a GT, saúde e doença fazem parte de um mesmo processo de vida e estão relacionadas com a consciência da pessoa de suas necessidades, ou seja, quando o sujeito não toma conhecimento do que necessita, ele pode adoecer, pois não teve condições de satisfazer as próprias necessidades. (KIYAN, 2001)

Quando a gente fala da questão do fenômeno, essa coisa de ouvir as pessoas, a necessidade delas, de onde é que parte aquele sofrimento, acho que tem muito

essa referência da Gestalt mesmo, de olhar o sujeito com essa perspectiva de que ele... tem uma coisa que está emergindo ali e precisando ser explorado.(E8)

Segundo Kiyon (2001), em Gestalt-terapia, os conceitos de figura e fundo, estão relacionados às necessidades diversas do sujeito. A figura é o fenômeno que aparece, é a própria necessidade emergente que é variável, pois depende do momento em que o sujeito está, e emerge do fundo, da sua situação de vida.

Dessa forma, podemos observar outra contribuição da GT, no sentido de compreender as necessidades do sujeito enquanto partes de um movimento de figuras que emergem de um fundo e depois voltam para ele. Ou seja, podemos pensar as necessidades sociais e de saúde enquanto figuras que emergem, a todo momento, de um fundo que é o seu contexto de vida, entendendo que essas necessidades estão interligadas entre si e ao seu meio, pois partem sempre dele.

Nos trabalhos em grupo, a gente vê qual a demanda, desejo daquele grupo, e a partir do que eles nos trazem a gente começa a trabalhar temáticas específicas. (E8)

Tem um grupo de mulheres... frequentemente, a gente trabalha questões relacionadas a todos os aspectos da vida delas mesmo, ao ser mulher, autoestima, questões relacionadas à saúde, é um grupo terapêutico mesmo, porque a gente tem muita demanda de mulheres adultas com algumas questões de ansiedade, precisando desabafar, colocar pra fora algumas angústias ... (E10)

Ao trabalhar em grupo, o psicólogo está atento tanto às necessidades de indivíduos como às de um coletivo. Dessa forma, ao perceber que a ansiedade é uma figura emergente naquela comunidade, um bom meio para tentar diminuir os sintomas ansiosos é a formação de um grupo, onde dentro dele poderá trabalhar as figuras (necessidades) mais específicas de cada participante e do grupo como um todo, indo em busca do seu funcionamento saudável, por meio da facilitação da autorregulação orgânica.

Se as pessoas, individualmente, tendem à autorregulação, o grupo também tenderá a autorregular-se [...] Se o grupo é formado de indivíduos e se o indivíduo, por natureza, tende a autorregular-se, o grupo fará o mesmo ainda que em moldes diferentes. (RIBEIRO, 2009, p. 169)

Assim, podemos pensar o grupo enquanto um espaço gerador de vida onde cada um dos seus participantes realiza em si o ato de se reorganizar, reencontrar, renascer. É um espaço onde se forma um núcleo de saúde que proporciona uma sucessão de mudanças intrapessoais, interpessoais e intergrupais.

Segundo Ribeiro (1994), em GT, o grupo tem sempre uma dimensão terapêutica e uma ação transformadora, onde as pessoas podem experienciar o verdadeiro sentido da existência à procura da sua essência, o que permite perceber o ser humano enquanto um ser de infinitas possibilidades.

O processo grupal propicia a criação de um Espaço Vital grupal, em que cada Espaço Vital singular, sem perder suas características, se sobreponha dinamicamente. Isso significa que, se ocorrerem mudanças com o indivíduo, também ocorrerão mudanças no grupo, e o inverso. (RIBEIRO, 2009, p. 172)

O processo de um grupo acontece simultaneamente com os processos individuais, o que possibilita ao facilitador ver o todo e as partes funcionando em perfeita sintonia. O grupo funciona como uma rede viva, onde a comunicação acontece no plano visível e no sutil. Cada membro é um ponto, inclusive o facilitador. O movimento de qualquer pessoa altera todo o funcionamento da rede, ainda que o movimento seja imperceptível. O grupo é uma unidade e recebe a interferência de cada um de seus membros. “É a interdependência que cria as totalidades dinâmicas.” (RIBEIRO, 2009, p. 171)

O grupo com o enfoque gestáltico possui três grandes aspectos:

1. O grupo como processo: O grupo é o lugar em que essência e existência se encontram. [...] forma uma grande matriz, uma gestalt, por meio da qual os processos se tornam inteligíveis e o processo de mudança ocorre. [...]
2. O grupo como fator de cura: O grupo vive, a todo instante, um conjunto de processos que, visto como totalidade, nos remete a reflexões que nos permitem vislumbrar os caminhos que a mudança percorre para se transformar em cura. [...]
3. O grupo como prática psicossocial: O ser humano nasce, desenvolve-se e morre em grupo. É o lugar natural da pessoa. O grupo repete a vida: briga, ataca, defende-se, é violento, às vezes é amoroso, é reparador. É o fenômeno por excelência. Vive a espontaneidade do aqui-e-agora. O aprendizado grupal é mais totalizador, mais integrado, pois é fruto de uma relação pessoas-mundo mais complexa. [...] responde mais prontamente a uma demanda de saúde mental coletiva. Em geral, não tem contraindicação [...]. É o lugar do contato pleno, porque é ali na relação pessoa a pessoa que a humanidade de cada um se revela. (RIBEIRO, 2009, p. 176-179)

Dessa forma, é possível perceber a importância dos trabalhos de grupo para uma comunidade, pois o grupo é um momento onde os sujeitos têm a oportunidade de perceber quais suas possibilidades de se ajustar criativamente ao seu contexto de vida, ao seu processo saúde-doença. Sempre que o organismo sente qualquer tipo de necessidade – independente da dimensão – vai em busca no meio de algo que satisfaça a sua necessidade.

À medida que as necessidades do grupo vão sendo satisfeitas, vão se encaminhando para o fundo e dele outras figuras vão emergindo para que sejam trabalhadas e também satisfeitas, constituindo assim um ciclo de funcionamento saudável dos sujeitos.

Atualmente, especificamente a psicologia, nós temos um grupo de saúde mental, onde nós trabalhamos com pacientes com ansiedade e depressão, e nós temos um grupo de oficina produtiva com arte, que também são pacientes, que é uma espécie de manutenção desse grupo. Por exemplo, o paciente vem pra atendimento individual, fez as sessões do individual, aí vejo que ele tem condições pra estar no grupo, ele vai pro grupo de saúde mental e ao sair do grupo de saúde mental ele tem a opção de continuar na oficina que é aberta, né? É como se fosse uma espécie de manutenção. (E4)

Ele é tanto terapêutico, mas ele hoje vem com uma outra vertente que é a questão da geração de renda, que não foi algo inicialmente que se pensou como objetivo, mas que hoje, pela própria proposta de vida delas, né, hoje muitas estão tendo essa arte como geração de renda. (E4)

O psicólogo, estando atento ao processo saúde-doença dos sujeitos que acompanha e às suas demandas, pode facilitar o desenvolvimento de um funcionamento saudável desses sujeitos. Nesse sentido, partindo do princípio de que as pessoas podem ter um funcionamento saudável mesmo com alguns problemas de saúde, é possível pensar que saúde também está relacionada à forma como o sujeito se ajusta, ou lida com as coisas que lhe acontecem, à forma como percebe os fatos e satisfaz suas necessidades. (KIYAN, 2001)

A satisfação das necessidades é o que vai tornar possível o ajustamento criativo de cada sujeito (KIYAN, 2001), ou seja, é o que vai movimentar o seu processo saúde-doença. Em outras palavras, o sujeito procura se organizar de acordo com as suas condições no momento. Esse processo demanda um ajustamento criativo, que é a capacidade que o sujeito tem de criar respostas novas às situações que surgem, para se adaptar à sua realidade, de acordo com suas condições, sendo desse modo que consegue satisfazer suas necessidades. (RIBEIRO, 2006)

Esta é mais uma contribuição da Gestalt-terapia para o trabalho do psicólogo na ESF. E assim entramos no próximo tema.

✓ Os modos de intervenção do psicólogo no contexto da ESF

Eu acredito que dentro do contexto da Saúde da Família a gente precisa ser bastante flexível. (E10)

Ser flexível é muito coerente com a metodologia de trabalho da GT e com o contexto de atuação da ESF. Em decorrência da grande diversidade de situações ocorridas e da complexidade das relações existentes no território e mesmo no CSF, a flexibilidade do psicólogo pode ser uma atitude fundamental no modo de realizar suas intervenções.

A Gestalt é o que mais bem se aproxima da discussão da Saúde da Família. Não só a integralidade, que a gente aproxima com a visão de todo, mas a coisa da humanização, do afeto. Assim... do vínculo. Como é que pra... sei lá... um psicanalista clássico... eu vou tomar café na casa da “Raimunda” e vou dar um abraço nela, vou pro velório do irmão dela, vou chorar junto com ela, né?! Então, a Gestalt traz muito essa coisa do vínculo, do afeto mesmo. (E3)

As diretrizes para o contexto de atuação da ESF indicam que o profissional desenvolva vínculos com os moradores do território através da construção de relações de confiança e afeto, onde saberes e práticas devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, tornando os serviços de saúde mais acolhedores, para que a criação desses vínculos seja possível. (BRASIL, 2009)

A GT deixa o psicólogo livre e aberto para se relacionar com as pessoas com afetividade, acreditando que nessa relação mais próxima é onde estão embasadas as suas intervenções, com o intuito de facilitar o desenvolvimento de um funcionamento saudável dos sujeitos. Podemos perceber, assim, mais uma contribuição da abordagem gestáltica para o trabalho do psicólogo na ESF.

O que a gente tem observado também é esse contexto da relação terapêutica, que é também importante pra Gestalt, né? Esse aqui e agora dessas relações que vão se estabelecendo, né?(E4)

Esta questão do vínculo, da construção do vínculo, da escuta atenta, da acolhida, uma relação mais próxima com a população... isso tudo dá pra aproximar com a Gestalt. (E8)

Que momento é esse da vida dela, que ela está vivendo e que eu não posso “jogar na cara dela” o sofrimento que ela não dá conta ainda? Que alicerce é esse que está se apresentando pra mim pra eu cuidar disso melhor? Não consigo ver outra técnica que não seja a da Gestalt-terapia não. (E9)

A abordagem gestáltica propõe que a relação terapêutica seja formada a partir de dois aspectos essenciais: o diálogo e o contato entre duas pessoas. Contato é a própria relação, onde se constrói todo o caminho de desenvolvimento saudável do sujeito, pois é no contato que ele reconhece a si mesmo e a suas necessidades. Já o diálogo se constitui do contato e da relação gerada por ele, e assim nasce o que a GT reconhece como uma relação dialógica, onde

as pessoas se vinculam no momento em que se contatam, pois a troca é compartilhada dentro da relação e aproxima as pessoas. (RIBEIRO, 2006)

Então eu vejo a Gestalt como uma possibilidade de você realmente ter esse contato mesmo, dessa percepção maior desse sujeito... mais próxima. (E4)

Eu não consigo perceber outra técnica terapêutica, não consigo perceber outra forma de trabalhar, a não ser olhar o que tem nessa relação entre eu e o outro, e ser honesta com ele, não consigo perceber essa escuta sem essa verdade. Não consigo me perceber fazendo um atendimento sem estar atento às sensações que eu to tendo com a pessoa que está sendo acolhida. Eu tenho que ter consciência dessa relação que se estabelece ali, entre mim e o usuário do serviço. (E9)

Numa abordagem dialógica, o psicólogo deve estar atento a ele mesmo e ao outro, e inteiramente presente no encontro com o sujeito que se põe à sua frente, o que pode contribuir para que o vínculo proposto pela ESF seja desenvolvido, já que este mesmo vínculo é espontaneamente construído através do diálogo e do contato que compõem a relação dialógica.

Fazendo um diálogo com a pessoa, orientação, aconselhamento, eu vou facilitando a expressão da pessoa diante do que ela traz. (E12)

Eu acho que a Gestalt ela facilita muito as relações, ela facilita muito a técnica, ela facilita a melhora desse indivíduo, porque a forma como eu vou intervindo e dialogando com ele, eu acho que amplia muito mais a consciência. (E4)

Construída essa relação, de vínculo e afeto, o psicólogo tem a oportunidade de facilitar o processo de conscientização do sujeito, através do qual ele tem a possibilidade de dar-se conta de si mesmo, de suas necessidades, de seu contexto de vida. Assim, temos: a ESF que propõe facilitar a conscientização e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2009); e a GT que enfatiza o processo de conscientização, que é chamado de *awareness*, o que leva o sujeito a entrar em contato pleno com suas necessidades, como se fosse uma consciência da consciência. É através da *awareness* que pessoa, família ou comunidade se tornam conscientes de si e de todo o seu campo (YONTEF, 1998).

Especificamente falando da abordagem gestáltica, eu acho que a gente trabalha muito com essa vertente quando a gente propõe essa tomada de consciência desse momento que elas estão passando, a gente propõe também a questão das relações, né, que é muito privilegiada nesse grupo, então eu acho fantástico. (E4)

Querendo às vezes trazer o indivíduo pro aqui-e-agora, que é uma linha que a Gestalt se baseia, trabalhar em cima do hoje, do agora, do presente. (E1)

Não consigo não ver a Gestalt, o que é pra mim a gestalt, se não essa experiência do vivido, essa presentificação do sujeito, essa relação dialogada... eu não consigo compreender no contexto da ESF o que é não-isso (E9)

A Gestalt-terapia facilita junto ao sujeito o processo de ficar *aware* daquilo que está fazendo consigo e com sua vida, ou seja, facilita o seu processo de se dar conta de si mesmo, de suas atitudes, do seu campo. À medida que o reconhecimento e a conscientização do sujeito vão acontecendo, este vai desenvolvendo um “auto-suporte” para que possa tomar uma atitude diante daquilo que foi conscientizado.

É essa consciência de suas necessidades e também das condições do entorno que vai possibilitar o indivíduo ou a família ou a comunidade a fazer suas escolhas para o atendimento dessas necessidades, e com isso ir se tornando autônomo. Isso mostra que o sujeito – que pode ser um indivíduo ou um coletivo – é autor e ator de sua existência enquanto ser de escolha. Além disso, vale ressaltar a importância dessa consciência para que as escolhas sejam exequíveis e que ele se responsabilize sobre as mesmas.

Outro aspecto importante da *awareness* é o aqui e agora, ou seja, a valorização do momento presente, pois para a GT, existe apenas o momento atual, ou, só é possível existir no aqui-e-agora. Ainda que o sujeito traga fatos passados e expectativas futuras, ele o está fazendo no momento presente. O que importa é o significado que o sujeito dá atualmente para passado e futuro. Ou seja, é somente no aqui-e-agora que ele pode estar consciente de si mesmo, suas necessidades e de seu campo, e se transformar de alguma forma, caso seja esse o seu desejo.

A questão de trabalhar, não com esse sujeito do passado, né, de viver em função de um inconsciente, de um sujeito viver preso a um passado, né? Na Gestalt a gente vê muito o presente, né? E aí, eu gosto muito é... do “pra quê?” Porque aí vem a questão de você se descobrir, né? Pra Psicanálise, você sabe dos por quês, né, “sim, eu ajo dessa forma, eu sou agressivo com a minha esposa, porque aconteceu alguma coisa no passado”, mas pra quê, né? Esse pra quê é o que a Gestalt vem trabalhar. Pra quê que eu vou ser agressivo com a minha esposa, né? Então essa função que o sintoma tem, pra essa pessoa. Qual é a função? Qual é a função que essa depressão tá apresentando na vida dessa pessoa, né?(E4)

O psicólogo pode colocar em prática a facilitação do processo de conscientização através do diálogo que vai desenvolver com o sujeito, e de alguns questionamentos surgidos com base naquilo que vai emergindo ao longo do encontro.

A GT leva mais em consideração o sentido e a finalidade das situações e dos comportamentos do sujeito e a forma como este significa as suas relações, do que o motivo pelo qual elas ocorrem, uma vez que o “porquê” promove uma racionalização excessiva que distancia o sujeito de si mesmo, não permite que se perceba enquanto responsável por seus atos. Já o “como” e o “para quê” facilitam a sua conscientização, o aproximam de seus sentimentos e da percepção de seus próprios atos, ou seja, sendo o foco maior no processo de construção daquele fenômeno (sentimentos, comportamentos, etc) trazido pelo sujeito.

Outra forma de facilitar o processo de conscientização do sujeito, e que inclusive facilita também o diálogo, são os recursos corporais e artísticos que a GT utiliza, pela sua dimensão terapêutica.

A gente procura trabalhar com o que emerge, tentar vivenciar aquele momento, fazer atividades mais vivenciais... levar atividades que envolvem mais o paciente, trabalhar mais com o aqui-e-agora, com aquilo que emerge... pode fazer exercício de respiração, de relaxamento... ou alguma atividade no papel, desenho... que eles possam falar o que está emergindo, o que estão sentindo naquele momento. (E11)

Exercícios de respiração e relaxamento propiciam a conscientização da pessoa sobre seu corpo, suas dores e sensações, e sobre a própria situação de vida. A partir disso, a pessoa pode fazer pontes dentro do seu processo saúde-doença.

Na verdade, o corpo é a manifestação viva do que está acontecendo agora, e como tal deve ser necessariamente integrado ao processo como um todo. Há nele importantes mensagens que ao ser captadas e decodificadas podem fornecer pistas vitais de possibilidades de conscientização. (KIYAN, 2009, p. 139)

Quanto às atividades artísticas, o foco deve ser voltado para as possibilidades de conexão entre a produção artística e o processo de conscientização do sujeito. Desenhos, colagens, pinturas, dentre vários outros recursos, ajudam-no a perceber sentimentos antes não percebidos, e dar novos significados a relações e situações conflituosas, de modo que o sujeito encontra outras formas de lidar com estas situações e relações. (KIYAN, 2009)

E trabalhamos com arte como recurso artístico, né? Que é uma das estratégias que a gente tem encontrado, assim, é um grande subsídio mesmo pra tá trabalhando com o sofrimento emocional, né? É visível, né? Hoje nós estamos

com quinze mulheres nesse grupo de oficina produtiva, e dessas quinze mulheres apenas duas estão ainda com a intervenção medicamentosa. (E4)

Eu fiz uma formação em Arteterapia. E eu tenho certeza que ela foi um diferencial. Assim, pra minha atuação, sobretudo na facilitação de grupo... A Arteterapia vem trazendo muitos elementos da Gestalt e eu não tenho dúvida que tem um papel importante nos grupos que eu facilito no território. (E3)

Para a GT, a arte favorece a reconciliação das necessidades internas do sujeito com as demandas do mundo exterior. Ou seja, ela funciona como um porta-voz do que há no interior de cada um que se aventura a expressá-la, de alguma maneira. Portanto, ela integra, externa, comunica, catalisa e mostra tanto para o produtor quanto para o expectador as mais profundas emoções até então indisponíveis. (KIYAN, 2009)

Assim, o psicólogo que, por meio dos recursos interventivos mais adequados para cada situação, facilita a tomada de consciência do sujeito sobre seu momento atual de vida e sua responsabilidade sobre isso está contribuindo com a conscientização e autonomia propostas pela ESF. Portanto, mais uma contribuição da Gestalt-terapia para a atuação deste profissional neste contexto.

Partiremos agora para um tema que tem o intuito de amarrar e fundamentar, direta ou indiretamente, todas as possibilidades teóricas e práticas exploradas nos temas anteriores, e assim tentar enxergá-las como partes que se ligam e formam um todo.

✓ **Conexões teóricas e práticas**

Eu sempre estive muito próxima da Psicologia Social, aí pra mim é ótimo, porque a abordagem humanista, a Psicologia Social e a Saúde da Família pra mim tá tudo bem alinhadinho, e é fácil transitar nesses espaços entendeu? Então não é difícil ligar pra uma pessoa que eu atendi semana passada pra saber se ela foi ou não fazer o teste de HIV, por exemplo. (E3)

Quando o psicólogo compreende que território e comunidade fazem parte da vida dos sujeitos e influenciam diretamente no seu processo saúde-doença, surge a sua percepção sobre as necessidades desses sujeitos que funcionam como uma totalidade e que, numa relação dialógica, tomam consciência de seu contexto de vida e do que podem fazer por ele mesmo. É dessa forma que a integralidade e a corresponsabilidade propostas pela ESF podem ser colocadas em prática.

O próprio humanismo já traz essa visão de compreender o ser humano, de acolhimento, de ver e acreditar no crescimento do ser humano e se adequa muito com a realidade com a qual a gente vai se deparar, são pessoas que trazem muito sofrimento com a situação de vida.. de todo modo... precárias, situação de violência.. e essas pessoas precisam de um profissional disponível pra ouvir, pra acolher aquele sofrimento, facilitar ela se expressar, dar toda a condição pra desenvolver o vínculo e a confiança, que são essenciais pro humanismo. (E12)

É uma metodologia de trabalho que eu acredito e que eu tenho visto vários benefícios, até mesmo pra gente trabalhar com a proposta humanista dentro da comunidade. Então, eu acho que a Gestalt ela me dá mais opções, ela tem essa visão da existência, que faz com que facilite essa relação teórica e as relações no território, com os usuários. (E4)

Considerando a saúde como um processo coletivo, que envolve uma atitude ativa dos diversos sujeitos que se relacionam e estão implicados no contexto da ESF, diante das dificuldades enfrentadas nas suas dimensões orgânica, psíquica, e social, o trabalho do psicólogo passa pela tentativa de, através de uma relação de confiança, facilitar um processo de refazer sentidos e projetos de vida, permitindo a apropriação do sujeito sobre a sua singularidade e totalidade. (PRETTO; LANGARO; SANTO, 2009)

A importância da atuação da Psicologia nesse espaço está relacionada à busca da consolidação de uma compreensão ampliada de saúde, a partir da qual o sujeito encontra amparo e constrói ferramentas para lutar por sua saúde. (PRETTO; LANGARO; SANTO, 2009, p. 398)

Um alinhamento teórico, portanto, é imprescindível para que o psicólogo possa atuar na direção da ampliação da saúde, tornando seu olhar integral. Ou seja, acreditando que juntas, essas fontes teóricas, políticas, filosóficas e metodológicas dão ao psicólogo um grande suporte para o seu fazer no contexto da ESF, seria mais adequado pensar na aproximação do que na separação delas.

Uma questão surgida em duas entrevistas se referem exatamente a essa divisão, dentro da graduação em Psicologia, de algumas Universidades , em dois campos:

Eu venho de uma Universidade que quando a gente entra mais ou menos na metade do curso, a gente vai optar pela ênfase da Saúde Coletiva ou de Clínica, pra se aprofundar em uma das duas. A minha base mesmo é Saúde Coletiva. A abordagem Sócio-histórica né?! Ela leva em consideração o indivíduo na sua totalidade, no seu meio, o meio que ele tá inserido. Vê integralmente. É o que a atenção básica preconiza, que tem muito da abordagem sócio-histórica. (E6)

A minha Universidade agora tem o formato bem diferenciado, porque lá quando a gente chega no sétimo período a gente pode escolher a ênfase de Clínica ou Saúde

Coletiva. Saúde Coletiva é pra trabalhar nos dispositivos públicos né?! Venho dessa formação de Saúde Coletiva, aí fiz os estágios na atenção básica... Eu sinto falta um pouco dessa parte é... da formação clínica que foi deficitária, e a gente faz atendimento individual no território, né? Teve um déficit da formação clínica. (E5)

Embora essa visão separatista esteja mudando, como pode ser visto nas primeiras falas deste tópico, ainda é comum que o psicólogo fique dividido entre as diferentes abordagens teórico-metodológicas, e assim pense as áreas de atuação como universos estanques. (FERREIRA NETO, 2008)

Essa segmentação presente em nossos cursos, onde cada segmento só dialoga entre si, produz uma formação fragmentada e compartimentalizada. Uma das dimensões mais curiosas dessa segmentação é a separação artificial entre os campos da psicologia clínica, tendo como objeto empírico hegemônico a intervenção individual, e o da psicologia social, tendo como objeto os grupos e os coletivos. A relação entre esses dois campos sempre foi marcada por uma indisposição recíproca. (FERREIRA NETO, 2008, p. 63)

Abordagens psicológicas e seus campos de atuação podem e precisam andar juntos, não havendo necessidade de separação, inclusive porque elas podem ser complementares. Pela diversidade e complexidade encontradas nos campos de atuação da Psicologia, torna-se necessário que as fundamentações teóricas forneçam suporte nas suas diversas dimensões. De acordo com Ferreira Neto (2008), essa diversidade que a Psicologia oferece produz uma formação mais rica, porém, tende para “uma segmentação partidária em nossos cursos de formação” (p. 63).

Acontece que os psicólogos atualmente estão sendo convidados a desenvolverem, concomitantemente, ações sobre indivíduos e coletivos, ou seja, espera-se que esses profissionais nesse contexto de atuação tenham habilidades tanto da área clínica quanto da área social (FERREIRA NETO, 2008).

Ora, se a formação profissional dentro de uma graduação não fornece noções básicas, nas dimensões teóricas e práticas, para que o psicólogo desempenhe sua profissão com um mínimo de segurança e qualidade, em toda e qualquer área de atuação, onde este profissional irá encontrar esse suporte? Qual o sentido, então, dessa separação de campos?

Vale ressaltar que, embora as abordagens psicológicas tenham sua origem no campo da psicologia clínica, atualmente elas já são utilizadas nos mais diversos contextos de atuação da Psicologia (BASTOS; GOMIDE, 1989), mais um aspecto importante para “re-pensar” o sentido dessa separação das áreas de atuação.

Além disso, é comum ocorrer certa confusão entre a definição de abordagem psicológica e de área de atuação, embora – ou em decorrência de – ambas precisarem uma da outra para formar um profissional mais completo. (SOUZA; SOUZA, 2012)

Área de atuação é um conceito usado para descrever o campo de trabalho do psicólogo, que integra um conjunto de características que vão demarcar e conferir uma identidade ao profissional que se dedica àquelas atividades. Dessa forma, o conjunto de atividades e objetivos da atuação do psicólogo foi agrupado em diversas áreas, tais como: clínica, escolar, hospitalar, comunitária, social, por exemplo. Já as abordagens psicológicas se referem à orientação teórica e metodológica que fundamenta o trabalho do psicólogo na área onde está atuando. São elas: Psicanálise, Psicodrama, Gestalt-terapia, Behaviorismo, dentre várias outras. (BASTOS; GOMIDE, 1989)

Eu não sei se a gente chama assim, o Humanismo enquanto abordagem, a Fenomenologia enquanto filosofia e a Psicologia Social enquanto área de atuação, mas tudo isso junto sem dúvida me faz uma boa psicóloga na Saúde da Família. (E3)

Para um psicólogo realizar seu trabalho com qualidade, é essencial que, ao entrar numa determinada área de atuação, busque se apoiar numa abordagem que tenha bases filosóficas e metodológicas que façam sentido para ele naquele contexto.

Desde o referencial teórico e revisão de literatura, relacionados a este objeto de estudo, até a análise do material empírico, procuramos articular conceitos e práticas com vistas a contribuir para uma atuação qualificada do psicólogo na ESF. Nesse sentido, bebemos de algumas fontes: da Psicologia Social e Comunitária, principalmente através dos conceitos de território e comunidade; das diretrizes políticas da Estratégia Saúde da Família; e das abordagens humanistas, com foco especial na Gestalt-Terapia, por meio dos seus pressupostos filosóficos, conceitos teóricos e possibilidades de intervenções práticas.

Assim, podemos concluir que a Psicologia ao longo dos últimos anos vem ampliando seu campo de atuação, o que fez com que o psicólogo passasse a ser requisitado em diversas novas áreas. E diante dessa diversidade de áreas de atuação e embasamentos teórico-metodológicos, cabe ao profissional atuante ter uma visão multifacetada, para atender às demandas do mercado e ampliar cada vez mais estes espaços de forma qualificada. (SOUZA; SOUZA, 2012)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições da Gestalt-terapia para a ESF foram sendo explicitadas ao longo das reflexões de cada tema empírico com o intuito de facilitar o entendimento do leitor sobre cada uma delas bem como as inter-relações com cada conceito. Por isso, não nos deteremos em repetir o que já foi exposto, embora, falemos aqui também de contribuições – porem de modo mais conclusivo.

Gostaríamos de deixar claro, logo de início, que nossa intenção é simplesmente mostrar que a Gestalt-terapia pode contribuir para o trabalho do psicólogo na ESF, não havendo intenção alguma em desqualificar ou excluir as outras abordagens deste contexto.

Em algum momento de seu trabalho, seja em atendimentos individuais ou atividades de grupo, foi percebido que a maior parte dos psicólogos entrevistados se utiliza das abordagens psicológicas, e principalmente das humanistas, onde a GT está inserida. Inclusive, parte destes se utiliza especificamente da abordagem gestáltica. Com isso, foi possível tornar perceptível na prática a premissa teórica que diz que as abordagens psicológicas vão muito além da clínica (BASTOS; GOMIDE, 1989), podendo o psicólogo se utilizar delas no momento em que achar adequado.

Dessa forma, partindo do raciocínio de que a técnica utilizada com um sujeito tendo como foco a sua necessidade atual, independente da abordagem que a fundamenta, é um modo de compreendê-lo como um todo, foi possível observar no material empírico que o conceito de totalidade está presente na prática dos psicólogos dentro da ESF, pois todos os entrevistados relataram intervenções que partiam sempre das demandas que indivíduos ou coletivos expressavam, e só depois da sua compreensão, essas intervenções eram postas em prática.

Ou seja, ainda que o psicólogo não trabalhe com as abordagens humanistas, concreta ou conscientemente, ele segue o princípio básico delas, que é a compreensão do sujeito a partir da interligação de todas as dimensões que o compõem (orgânica, familiar, social, cultural, etc)

Especificando, a partir de agora, a Gestalt-terapia, podemos concluir que a mesma parte das necessidades que emergem desse sujeito exatamente por compreendê-lo enquanto uma totalidade. Dessa forma, não é necessário que o psicólogo, mesmo sendo orientado por esta abordagem, se prenda apenas às técnicas que ela propõe se não se encaixam ao que o sujeito necessita naquele momento.

Dessa forma, assim como a integralidade é a base que norteia a ESF, e o conceito de sujeito singular baseia a clínica ampliada, a totalidade é o norte para o raciocínio gestáltico. Todos estão interligados. Com isso, observa-se que o psicólogo acaba se aproximando da abordagem gestáltica, pela própria exigência da ESF de se trabalhar com uma visão integrada de um sujeito singular, onde a pessoa, a família ou a comunidade deve ser compreendida no seu contexto. Esta é a contribuição da GT que serve de base para todas as outras, pois é o ponto de partida de um raciocínio gestáltico.

Essas outras contribuições teóricas e metodológicas da GT para a ESF também puderam ser visualizadas nas intervenções que os entrevistados relataram. Os conceitos de comunidade e território, campo, necessidades sociais e de saúde, figura e fundo, processo saúde-doença, ajustamento criativo, e forças internas e externas emergiram em vários momentos, inclusive ligados de modo tão intrínseco, que por vezes, foi difícil separá-los, e outras vezes sequer foi possível.

Os conceitos de vínculo, relação dialógica, conscientização, awareness, e co-produção dialética de sujeitos também foram explicitados no material empírico, de modo intimamente ligados, ficando claras as contribuições destes para a atuação do psicólogo na ESF. Como já foi dito mais acima, não nos deteremos em repetições sobre essas contribuições mais específicas pelo fato de já terem sido destacadas no tópico correspondente. Além disso, podemos refletir sobre outros aspectos exatamente a partir delas.

Um deles está relacionado à formação profissional do psicólogo, tanto no que se refere a uma formação específica do seu núcleo profissional quanto a uma formação onde o psicólogo vai desenvolver um trabalho dentro de uma área de atuação. Ambas as formações são fundamentais para a qualificação deste profissional, pois o preparam de modo mais aprofundado e detalhado.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade prepara o psicólogo para trabalhar numa visão de clínica ampliada, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, onde irá atuar numa equipe interdisciplinar, com os mais diversos sujeitos e situações. A formação em uma abordagem psicológica fornece um suporte mais profundo nos aspectos teóricos e metodológicos para que este profissional atue de modo mais qualificado nas diversas áreas de atuação.

Quando uma abordagem psicológica possui uma visão de mundo e de homem que se aproxima das diretrizes da ESF, e o psicólogo consegue unir ambas as formações para que cresça profissionalmente, uma garantia de atuação qualificada neste contexto, tão complexo como o da ESF, é mais facilitada.

Ocorre que esse mesmo contexto, por trabalhar muito com a interdisciplinaridade e integralidade, coloca em risco o psicólogo de se perder dentro de um campo tão amplo, podendo se distanciar de sua identidade profissional. Por isso, é muito importante pensar a categoria, e como ela se insere nesse contexto, de modo que consiga transitar bem entre campo e núcleo.

A gente pensar o núcleo na Saúde da Família é massa, porque tem uma hora que a Saúde da Família se mistura tanto que eu sou um pouco fisioterapeuta, um pouco nutricionista, um pouco educadora física e um pouco psicóloga e não tem problema nenhum ser um pouco de cada, mas psicóloga eu não posso ser um pouco, eu tenho que ser inteira psicóloga. Aí é massa retomar a abordagem, retomar o objeto da psicologia na Saúde da Família. (E3)

Outra reflexão é o fato de que a Gestalt-terapia sozinha não pode dar conta de um campo tão amplo e complexo como o da ESF, e nenhuma outra abordagem sozinha também não. Porém, fica claro nos resultados deste estudo que a abordagem gestáltica tem uma boa aceitação dos psicólogos que trabalham neste contexto, os quais conseguem perceber, na sua grande maioria, a contribuição que a GT oferece para a sua atuação na ESF.

As convicções da abordagem gestáltica sobre o ser humano, enquanto um ser de natureza boa, a qual deve ser encorajada, e a fé que possui no homem como um ser de possibilidades, de dignidade, de confiança são também grandes contribuições para o trabalho do psicólogo na ESF, uma vez que fortalece as intervenções direcionadas para a autonomia, a cidadania, e a conscientização dos sujeitos.

Dessa forma, podemos refletir sobre o psicólogo enquanto seu próprio instrumento de trabalho, pois é dele que vai partir a relação a ser estabelecida com esses sujeitos, os vínculos e afetos a serem desenvolvidos, o modo de intervenção a ser utilizado no seu processo saúde-doença.

Para mim, a contribuição mais preciosa que temos a oferecer é NOSSA PESSOA. Nossa pessoa é o instrumento de trabalho mais importante, seja nas relações dentro da equipe, seja no trabalho como psicólogos. (POELMAN, 2011, p. 4)

O psicólogo tem a capacidade de desenvolver uma relação interpessoal diferenciada, cuja essência é facilitar e promover o desenvolvimento do sujeito, na sua totalidade, independente da relação – entre equipe ou entre usuários do serviço.

É esta relação facilitadora o que de melhor temos a oferecer. Seremos tão mais efetivos quanto mais formos congruentes, acolhedores, respeitarmos o sujeito na sua dignidade e valor, e ainda quanto mais estivermos em harmonia conosco. Não importam os recursos que utilizemos, não importam os procedimentos administrativos que sejamos obrigados a acatar nem os recursos técnicos que estejam disponíveis. (POELMAN, 2011, p. 4)

Para concluir, pensando nas contribuições conceituais, filosóficas e metodológicas que a GT oferece ao psicólogo que atua na ESF, percebemos que é possível usar a Gestalt-terapia na ESF, não só na prática dos psicólogos, mas, além disso, é possível se pensar numa abordagem gestáltica para todos os profissionais de saúde que atuam nesse contexto, caso se identifiquem com uma visão de homem que é um todo unificado e integrado, responsável pelas escolhas de sua vida, capaz de se transformar e se reinventar em busca da sua saúde. Essa visão de homem também pode ser pensada adaptando-se ao núcleo de cada categoria, ao campo, e ao contexto do território ou da comunidade, pois território e comunidade são feitos de e por seres humanos.

Este objeto de estudo é um tema amplo e complexo que oportuniza a abertura para vários outros questionamentos, reflexões e discussões, interligados de maneira direta ou indireta. Ou seja, encerrá-lo é um tanto complicado, seria mais fácil pensar num fechamento de ciclo, ou de uma gestalt.

Quando se fecha uma gestalt, outra se abre para que cumpra a sua função e depois se feche, e uma outra gestalt se abre... E assim são os ciclos na vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 25, p. 783-836.
- BASTOS, A. V. B.; GOMIDE, P. I. C. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicol. Ciên. Profissão [online]**, Brasília, v. 9, n. 1, 1989. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces? **Psicol. Soc.**, v. 17, n. 2, p. 21-25, maio/ago. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia Saúde Da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, v. 17, n. 2, p. 26-32, maio/ago. 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 2, p. 41-80.
- CARDELLA, B. H. P. **O Amor na Relação Terapêutica**: uma visão gestáltica. São Paulo: Summus, 1994.
- CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias**: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, Supl.1, p. 1385-1394, 2009.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, jan./jun. 2010.
- DESLANDES, S. F; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. cap. 2, p. 99-120.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para formação e atuação profissionais. **Est. Psicol.**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.
- _____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.
- FERREIRA NETO, J. L. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicol.: Refl. Crít.**, v. 21, n. 1, p. 110 – 118, 2008.
- _____. Intervenção Psicossocial em Saúde e formação do psicólogo. **Psicol. Soci.**, v. 20, n. 1, p. 62 – 69, 2008.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. (Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, 1).

_____. **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. (Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, 2).

FREITAS, M. F. Q. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.11, n.1, 1998.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1987.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 16, p. 575-626.

GOIS, C. W. L. **Psicologia comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de estudos Psicossociais, 2005.

_____. **Psicologia comunitária no Ceará**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2003.

_____. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008.

HYCNER, R.; JACOBS, L. **Relação e cura em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

JULIANO, J. C. **A arte de restaurar histórias: libertando o diálogo**. São Paulo: Summus, 1999.

KIYAN, A. M. M. **E a gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Altana, 2001.

_____. **O gosto do experimento: possibilidades clínicas em Gestalt-terapia**. São Paulo: Altana, 2009.

LATNER, J. **Fundamentos de la Gestalt**. Chile: Cuatro Ventos, 1999.

LUPPI, C. G.; ANDRADE, M. C.; SIMÕES, O.; PINHO, V. P. Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'A. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. v. 1, p. 21-45.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGLER, S.; LIMA, P.; D'ACRI, G. (Org.). **Dicionário de Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. São Paulo: Summus, 2007.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PERLS, F. **A Abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. **Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata do lixo**. São Paulo: Summus, 1979.

_____. **Gestalt-terapia explicada**. São Paulo: Summus, 1977.

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

POELMAN, A. M. S. S. **A inserção do psicólogo humanista no campo do trabalho: contribuições e desafios**. 2011. Disponível em: <www.institutohumanista.com.br/artigo_anamaria_abr2011.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

POLSTER, M. **Gestalt terapia integrada**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

PRETTO, Z.; LANGARO, F.; SANTO, G. B. Psicologia Clínica Existencialista na Atenção Básica à Saúde: um relato de atuação. **Psicol.: Cênc. Prof.**, v. 29, n. 2, p. 394 – 405, 2009.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos**. São Paulo: Summus, 2006.

_____. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho**. 8. ed. rev. São Paulo: Summus, 2012.

RODRIGUES, H. E. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicol.: Ciênc. Prof.**, v. 26, n.1, mar. 2006.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde (Impresso)**, v. 8, p. 387-406, 2010.

SOUZA, M. F.; SOUZA, R. L. O processo de escolha da área de atuação pelo graduando de psicologia. **Rev. Kaleidoscópio**, v. 3, p. 36-58, fev./jun. 2012.

SUASSUNA, D.; HOLANDA, A. **"Histórias" da gestalt-terapia no Brasil: um estudo historiográfico**. Curitiba: Juruá, 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 16, p. 531-562.

YAMAMOTO, O. H.; COSTA, A. L. E. **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal, RN: EDUFRN, 2010.

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

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA DE PESQUISA

Estamos realizando a pesquisa de campo, do curso de mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, denominada “*A atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família: um olhar gestáltico*” que tem como objetivo compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para o trabalho do psicólogo na Estratégia em Saúde da Família do Estado do Ceará. A coleta de dados e informações para a esta pesquisa será realizada em apenas uma etapa, que consistirá na realização de Entrevistas, envolvendo psicólogos que trabalham na Estratégia Saúde da Família do Estado do Ceará. As entrevistas serão individuais e realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado de questões relativas ao contexto de trabalho, atuação e formas de intervenção dos psicólogos na Estratégia Saúde da Família (ESF). A sua entrevista será gravada e posteriormente transcrita, para melhor organizar a análise das informações, porém não haverá identificação do entrevistado. Com estas informações, solicitamos que assine os termos de sua aceitação para participar desta pesquisa como entrevistado(a). É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. Você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. A identificação de todos os envolvidos será mantido em segredo; 4. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; 5. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. Somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento. Em caso de dúvida, o(a) sr(a). poderá falar com a responsável pela pesquisa, a mestrandia Juliana Maria Pereira Diógenes, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, cujo telefone para contato é (85) 86993251 / (85) 97187750.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Mestrandia Juliana Maria Pereira Diógenes

(85) 86993251 / (85) 97187750.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ceará (UFC):

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8344.

APENDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

1. Quanto tempo você trabalha no contexto da ESF?
2. Fale sobre seu trabalho na ESF.
3. Quais são suas práticas de atuação nesse contexto? Como as realiza?
4. Como você faz para desenvolver?
5. Você segue alguma abordagem psicológica? Qual?
6. Você acredita que uma/sua abordagem psicológica pode contribuir para sua atuação na ESF? Por que?
7. Em quais aspectos teóricos e metodológicos essa abordagem lhe oferece(u) suporte para atuação na ESF?
8. E quanto à Gestalt-terapia, especificamente, você consegue perceber alguma contribuição para a sua atuação na ESF? Qual?
9. Como o psicólogo consegue organizar suas práticas na ESF, a partir de seus saberes e vivências?