

ARTIGO

Políticas Públicas em Saúde E Clínica Gestáltica: Tecendo Saberes e Prática**Políticas Públicas em Saúde E Clínica Gestáltica: Tecendo Saberes e Prática**

Jucimara Gonçalves Bernardo¹
Marcus Cézar de Borba Belmino²

¹Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, Ceará.

²Psicólogo, formação em Gestalt-terapia, mestre em Psicologia pela UNIFOR e doutorando do programa de pós-graduação em filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Este estudo objetiva apresentar uma articulação entre o modelo teórico da clínica do sofrimento ético-político e antropológico da Gestalt-terapia e a prática do psicólogo nas políticas públicas em saúde. Tal pesquisa faz-se relevante por tentar enunciar um modelo teórico e clínico aplicável e condizente com a realidade social brasileira, a saber, a clínica do sofrimento ético-político e antropológico formulada por Muller Granzotto e Muller-Granzotto (2010). Para isso, utilizou-se como ponto de partida os fundamentos da teoria do *self* proposta por Perls, Hefferline e Goodman (1997) e suas possíveis articulações com o campo das políticas públicas em saúde, além de investigar como a noção de clínica do sofrimento ético-político e antropológico pode orientar a prática do psicólogo nesse tipo de serviço. Os resultados evidenciaram que o papel ético do clínico consiste em: acolher o sujeito e escutar o seu apelo por suporte e inclusão; provocar o desvio e estimular o sistema *self* a produzir ajustamentos criativos frente as suas necessidades; atuar diretamente na função de ego e agenciar com o sofredor modos distintos de reconquistar sua autonomia; e inserir-se nas políticas públicas, gerir e estimular ações fomentadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde. À guisa de conclusão, constatou-se que o modelo teórico da clínica do sofrimento ético-político, constitui-se como um valioso véis para a compreensão do sujeito e identificação de suas reais necessidades. Bem como, possibilita ao psicólogo intervir nos mais diversos espaços de construção, aprendizagem e produção da saúde.

Palavras-chaves: Gestalt-terapia; Políticas públicas; Sistema Único de Saúde; Sofrimento ético-político e antropológico.

ABSTRACT

This study intends to present a connection between the theoretical model of the clinic suffering ethical and political anthropology of Gestalt therapy and the practice of psychologists in public health policies. This kind of investigation is relevant to try to enunciate a theoretical model and clinical applicable and consistent with the Brazilian social reality, known as the clinic ethical-political anthropological of suffering formulated by Muller- Granzotto and Muller-Granzotto (2010). For this, we used the qualitative research design and literature research that was intended to analyze the light of the theory of *self*-proposed by Perls, Hefferline and Goodman (1997), the possible articulations between Gestalt therapy and public health policies, as well to investigate how the concept of clinical ethical and political anthropology of suffering can guide the practice of the psychologist in public health. The results showed that the ethical role of the clinician is: accept the individual and listen to his appeal for support and inclusion, causing the deviation and stimulate *self*-system to produce creative adjustments before their needs, act directly on the function of ego and to create different ways with the sufferer to regain their autonomy, and insert themselves into public policies, manage and promote actions promoted the principles of universality, comprehensiveness and equity of the Unified Health System in conclusion, we found that the theoretical model of clinical ethical-political suffering, constitutes itself as a valuable bias for understanding the subject and identify their real needs. And allows the psychologist to intercede in the different areas of construction, learning and health production.

Keywords: Gestalt therapy; Public policies; National Health System; Ethical and political suffering.

1 - INTRODUÇÃO

Atualmente, preconiza-se a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), um ampliado conjunto de ações e serviços que incluem entre suas funções, a tarefa de humanizar as tecnologias de produção do cuidado em saúde e compartilhar modos distintos de gerir a promoção, prevenção e recuperação da saúde no país (BRASIL, 1990). Além disso, postula-se uma concepção de saúde pautada na visão integral do homem, e a doença como sendo um processo de desarmonia relacional que envolve o sujeito e o seu contexto sociocultural (CARVALHO; COSTA, 2010).

Neste íterim, constata-se não só a importância de ter-se uma equipe interdisciplinar que atue de forma ética e compromissada com a realidade social, mas também a abertura de um vasto campo de atuação para as diferentes áreas da saúde, inclusive a inserção cada vez maior da psicologia nesse contexto.

Contudo, apesar desta múltipla gama de espaços de atuação tão cara à psicologia, percebe-se no decurso da pesquisa a imensa dificuldade deste profissional para conseguir correlacionar teoria e prática e/ou fazer um bom uso de suas ferramentas teóricas, sobretudo quando se pensa a sua atuação nas políticas públicas em saúde. Em virtude desta dificuldade prática, levanta-se a seguinte problematização: como a teoria do *self* proposta por Perls, Hefferline e Goodman (1997), pode nortear a prática do psicólogo inserido nos serviços públicos de saúde?

A Gestalt-terapia como abordagem terapêutica, nasceu a partir de uma profunda investigação da experiência humana, principalmente aquela vivida nos consultórios psicoterápicos. Fritz Perls pensou a criação de uma nova abordagem clínica baseado nas suas experiências como psicanalista e em suas insatisfações com a teoria e método analítico (PERLS, 2002). Porém, mais do que problematizar só o campo da psicoterapia, já em seu primeiro livro, Fritz Perls tinha uma preocupação com a dinâmica social e cultural e sua relação com as experiências neuróticas. No final da década de 1940, Fritz entrega seus escritos para Paul Goodman que ficou responsável por desenvolver as ideias redigidas no livro Gestalt-terapia, principalmente a parte dedicada a pensar uma nova teoria do *self* (BELMINO, 2014). Mais do que uma proposta psicoterápica, no livro Gestalt-terapia podemos encontrar uma crítica social e as bases para pensar uma ampliação da clínica gestáltica para outros âmbitos tal como a educação e a política (BELMINO, 2014) ou para o campo das experiências psicóticas e situações de vulnerabilidade social, tal como aquelas vividas pelos indivíduos atendidos pelas políticas públicas de saúde e de assistência social (MULLER-GRANZOTTO;MULLER-GRANZOTTO, 2012a).

Sendo assim, esse artigo busca apresentar o modo como a gestalt-terapia - principalmente àquela fundamentada na teoria do *self* e o modo como Muller Granzotto e Muller-Granzotto (2010;2012a;2012b) a discutiram – pode contribuir na atuação do psicólogo no campo das políticas públicas de saúde. Para tanto, a discussão que se segue procura abordar os seguintes temas: o atual paradigma de saúde pública (SUS) e sua concepção de saúde e doença; a Gestalt-terapia e sua

noção de saúde e doença, o diálogo entre a Gestalt-terapia e as políticas públicas em saúde, a teoria do *self* e sua estreita relação com a clínica do sofrimento ético político e antropológico formulada por Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010;2012a;2012b), bem como suas contribuições para a atuação do psicólogo no contexto da saúde pública.

Assim, ressalta-se que tal discussão faz-se relevante não só por propor reflexões acerca da atuação do psicólogo nas políticas públicas em saúde, mas principalmente por tentar enunciar um modelo teórico e clínico condizente com a realidade social brasileira e aplicável nos diversos contextos da saúde pública, a saber, o modo de se pensar o que ficou denominado de clínica do sofrimento ético político antropológico.

2 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Ao analisar o percurso histórico das políticas públicas em saúde, entende-se que o tema saúde sempre foi fonte de preocupação e insatisfação por parte da população de todos os países. A Declaração de Alma-Ata configura-se como um dos principais documentos que sublinham a saúde como uma meta social e direito de todos. Tal declaração nasceu através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida no Cazaquistão em 1978, época em que a saúde era conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um "estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2012, s/p).

Contudo, precisamos ressaltar que, anteriormente ao evento supracitado, a Reforma Sanitária³ fora outro marco fundamental da construção das políticas públicas de saúde aqui no Brasil. A Reforma Sanitária pode ser compreendida como uma prática democrática, sobretudo por tratar-se de um movimento político, pactuado e construído a partir da iniciativa popular e inquietação da sociedade civil frente ao autoritarismo e descaso do poder público com a saúde (PAIM, 2008). Neste sentido, a Reforma Sanitária isenta-se de ser uma ação ínfima, gestada por um grupo ou classe específica, e torna-se democrática no momento em que a temática saúde passa a ser discutida nos mais diversos campos de atuação e espaços públicos, "atribuindo-se uma categoria política e social principalmente por levar o coletivo à discussão sobre os conflitos de sua cotidianidade" (FERREIRA, 2006, p. 138).

No Brasil, ela desvela-se na década de 70, em meio à pobreza e repressão da ditadura militar, com a função de defender a modificação "[...] dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado" (BRASIL, 2005, p. 6).

³ Movimento político e social pautado na defesa dos seguintes princípios básicos: "1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas" (NUNES, 2009, p. 20).

Ademais, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, percebe-se não só uma nova reconfiguração no modo de gerir a saúde do país, mas principalmente, a abertura dos órgãos governamentais para a participação popular tendo sua relevância comprovada na elaboração de propostas e projetos políticos de saúde condizentes com as necessidades sociais em questão (BRASIL, 1986).

Destarte, salienta-se que neste período há também uma reformulação no conceito de saúde apregoado pela OMS, ou seja, a saúde passa a ser vista como uma questão plural que incorre inclusive na compreensão de um conceito amplo:

“[...] define-se um conceito de saúde pautado nos seguintes fatores: "o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 1990, p. 3-4).

Este modelo conceitual de saúde surgiu a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e foi promulgada pela Constituição de 1988, que pressupôs uma mudança de paradigma do modelo médico-organicista e clínico assistencial, para a incorporação do enfoque epidemiológico que visa ampliar a rede de cuidados primários à saúde. Como um processo em movimento, eclodiu-se a partir destas propostas de modificação um novo paradigma de saúde pública: o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) que desde a Constituição Federal de 1988, preconiza a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo uma questão coletiva e integral, e ainda, não mais como sinônimo de ausência de doença, mas uma questão plural (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Atualmente, o SUS é regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080/90 e definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p. 4) como um amplo "conjunto de ações e serviços" que visam primordialmente "a promoção, proteção e recuperação da saúde". Suas ações tecno-políticas e práticas diárias devem estar pautadas nos seguintes princípios doutrinários: *Universalidade* que garante a todo e qualquer cidadão o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde; *Equidade* que possibilita tratar diferente quem é diferente, ou seja, atender o paciente "conforme suas necessidades específicas;" e *Integralidade* que consiste no atendimento integral do sujeito⁴ e garante-lhe o direito aos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidades (BRASIL, 1990, p. 5).

Além disso, seus princípios organizativos são: *Regionalização* e *Hierarquização* que consiste em serviços "organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida"; *Resolubilidade* que é o atendimento eficiente e eficaz em toda e qualquer situação de doença; *Descentralização*, ou seja, cabe aos municípios a responsabilização "quanto às ações e serviços de saúde" prestada aos cidadãos; e *Participação dos cidadãos* na construção, implementação e controle das políticas de saúde em todos os seus níveis (BRASIL, 1990, p. 5).

⁴ "O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde" (BRASIL, 1990, p. 5).

Contudo, é importante salientar que para a efetuação destes princípios, que foram estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, o SUS conta ainda com o auxílio das seguintes propostas: a Estratégia da Atenção primária à saúde (APS)/Atenção Básica (AB) que consiste em "atender a um território delimitado, e funcionar como a porta de entrada para o atendimento com resolubilidade às principais necessidades primárias da população" (CAMPOS; TOLEDO; FARIA, 2011, p. 24) e o Programa de Saúde da Família (PSF) que:

Foca-se no trabalho em conjunto com usuários, famílias e comunidade (Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006). Através da relação de corresponsabilidade da equipe de saúde com a população, cria-se um vínculo de compromisso com os usuários do serviço (Ministério da Saúde. Brasília / Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, 1997, apud CAMPOS; TOLEDO; FARIA, 2011, p. 24).

Nesta acepção, infere-se que para o SUS, a concepção de saúde não está mais pautada no modelo biomédico, em que o foco do tratamento era a cura da doença e a saúde era entendida "[...] como sendo a ausência de sintomas" (CAMPOS; TOLEDO; FARIA, 2011, p. 24). A saúde agora é compreendida a partir da visão integral do homem, ou seja, está diretamente relacionada à integração dos seguintes fatores: as características biológicas; a singularidade de cada um; a satisfação das necessidades básicas; e o contexto sócio-cultural e familiar no qual o sujeito estabelece interações e constrói vínculos. Logo, a "saúde implica em integração com os territórios de convivências, [e] em condições para o exercício da cidadania" (PAULA, 2009, p. 2). Sendo assim, é fundamental que o profissional de saúde apreenda o território como uma força viva de relações que o permita compreender as formas de estar no mundo das pessoas. Isso se dá, não somente entendendo o lugar geográfico dessas pessoas, mas sim a partir de suas vivências e da construção de significado que atribuem àquele lugar que habitam (SOMBINI, 2009).

Destarte, percebe-se um modelo de assistência pautada no princípio da integralidade postulado pelo SUS, e na articulação necessária entre a Estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações passam a ser centradas dentro do território e pensadas "com" e "para" a comunidade, e "[...] o usuário torna-se protagonista e também um dos co responsáveis para o processo de saúde" (PAULA, 2009, p. 8). Ou seja, as ações passam a ser baseadas na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, e possibilitam por fim, a promoção, a criação e a produção de novos saberes e, por conseguinte, a ampliação da clínica.

Frente a tudo o que já foi exposto, deduz-se que todas estas mudanças no setor da saúde não devem ser analisadas apenas como uma reorganização dos espaços sanitários, mas sim, como a tentativa de humanizar as tecnologias de produção do cuidado em saúde. Corroborando com esta ideia, os autores abaixo explicam que:

Humanizar, no sentido proposto pelo Ministério da Saúde, é mais que reorganizar os espaços sanitários, é reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação popular, é instituir práticas

fundadas na integralidade. (SPINK; MATTA, 2007, p. 47 apud CARVALHO; SANTANA. J; SANTANA, V, 2009, p. 174).

Humanizar é, nesse sentido, compreender que todos aqueles envolvidos no processo, sejam usuários, trabalhadores ou gestores, possam viver “a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2010, p. 4).

Visto isso, é então neste cenário de integração dos diversos saberes e práticas, ambos perpassados pela produção de subjetividade e recriação das tecnologias de cuidado, que a Política Nacional de Humanização (PNH) volta seus olhares para o entrelaçamento dos serviços de modo a tecer redes, ou seja, propõe uma relação vincular e corresponsabilizada entre os três produtores de saúde, a saber, usuários, trabalhadores e gestores. Pois se acredita que com esta tecelagem e recriação “[...] pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2007, p. 7).

Não se trata aqui da implementação de serviços estruturados para tratar grupos monossintomáticos, ou reduzir o número de usuários e gastos com a saúde pública, ou produzir diagnósticos categoriais pautados no modelo médico positivista, cujo foco principal é a doença e não o ser humano que sofre. Trata-se de um novo modelo ampliado de clínica, que tem como principal objetivo fortalecer as redes de serviços (as quais por muito tempo funcionaram de forma fragmentada) e aproximar o vínculo entre os produtores de saúde (BRASIL, 2007).

Neste caso, a ideia de um profissional atuar dentro de uma perspectiva de Clínica Ampliada, pressupõe que ele deve buscar “ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASIL, 2004, p. 11). Para tanto, se requer um profissional que adote uma postura de relação horizontal em suas práticas, ou seja, que respeite a singularidade de cada usuário e o trate com dignidade e respeito.

Olhar para o indivíduo buscando compreender sua globalidade e, ao mesmo tempo sua singularidade, significa acolher o sujeito com toda a sua historicidade, compreender o modo como ele se relaciona com o meio e apreende as coisas advindas deste, possibilitar que ele aproprie-se não só desta compreensão (que é formulada pelo profissional), mas principalmente que ele aproprie-se dos seus próprios significados ocultos no seu processo de adoecimento. Passando assim, a utilizá-los em prol do seu auto cuidado, a compartilhar o gerenciamento da sua saúde e evitando uma postura passiva frente às terapêuticas utilizadas. Frente a isso, adverte-se que:

“Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do Sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento” (BRASIL, 2007, p. 48).

Com base nesta explanação, entende-se que “a Clínica ampliada exige, portanto,

Revista IGT na Rede, v. 12, nº 22, 2015, p.67-91 DOI **10.5281/zenodo.15048601**

Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

dos profissionais de saúde [...]", sobretudo, além de uma postura crítica sobre à realidade local e os conflitos sociais, um "compromisso ético com o usuário [...]", ou seja, capaz de ofertar um serviço que o auxilie a lidar com seus conflitos, "[...] ou ao menos perceber, estas causalidades externas", (BRASIL, 2007, p. 14). Uma equipe que esteja a favor da população e não a favor de uma ideologia partidária X ou Y que possa estar inclusive "contribuindo para o adoecimento de um usuário" (BRASIL, 2007, p. 14).

Dessa maneira, nota-se não só a necessidade de uma nova forma de escutar e olhar para o sujeito, mas também outro modo de se diagnosticar (ou fazer diagnóstico), que vá além do modelo biomédico:

“O diagnóstico [já não mais] pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. [...] [Pois] para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas” (BRASIL, 2007, p. 10).

Dada esta enunciação, deduz-se que além do profissional de saúde ter na noção de homem, o caráter biopsicossocial como eixo norteador para sua elaboração de diagnóstico, ele precisa assumir, em suas práticas de promoção à saúde, uma postura ética e compromissada pautada "[...] no incentivo ao crescimento, à ampliação da consciência e autonomia do indivíduo [...]" (CAMPOS; TOLEDO; FARIA, 2011, p. 25). E não, utilizar o diagnóstico apenas com a finalidade de classificar, incapacitar e/ou limitar o indivíduo à uma dada patologia (CARVALHO; COSTA, 2010).

Congénere a esta nova proposta de Clínica, escudada pelo Sistema Único de Saúde, que requer dos profissionais da saúde uma concepção integral de homem e de mundo que lhes permita melhor entender o processo de saúde e adoecimento do sujeito tem-se a Gestalt-terapia, que é uma abordagem fenomenológica que compreende o homem e o mundo a partir de uma visão holística, isto é, biopsicossocial. E que, por assim ser, valoriza primordialmente a relação e a influência mútua entre o campo organismo/ambiente. Entendendo aqui, o campo como sendo o solo fértil e/ou limiar ilimitado no qual se dá a relação, e o contato como “a matéria-prima da relação humana” (CARDOSO, 2009, p. 127).

É, pois, em meio a esta similaridade entre a concepção de homem e de mundo proposta pela Gestalt-terapia e pelo Sistema Único de Saúde, que entendemos que a Gestalt-terapia pode ser um excelente ferramenta crítica, leitura de homem e mundo e proposta terapêutica para se pensar a atuação do profissional de saúde frente às novas propostas do SUS. Contudo, para que tal façanha se faça, será apresentada a noção gestáltica de saúde e doença (intrínsecos ao modo como o sujeito estabelece contato com o mundo e consigo mesmo) para que possamos entender a relação desse modelo com a noção de saúde integral sugerida pelo SUS.

3 - O DIÁLOGO ENTRE A GESTALT-TERAPIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A Gestalt-terapia é uma abordagem que teve como um dos seus principais

idealizadores, o alemão, psicoterapeuta e psiquiatra Frederick (Fritz) Salomon Perls, a partir de sua releitura da teoria e do método psicanalítico. Na final da década de 1940, Fritz Perls, juntamente com sua esposa Laura Perls migram para os Estados Unidos e lá, juntamente com outros intelectuais próximos a eles, criaram essa nova abordagem, tendo a participação fundamental de Paul Goodman, um escritor e anarquista que foi designado para escrever o livro que sua publicação serviu de marco fundamental de criação da abordagem, a saber, o livro *Gestalt-terapia* escrito em 1951 (Belmino, 2014). A Gestalt-terapia, quando chega ao Brasil em meados da década de 70, mais precisamente no auge da ditadura militar, teve uma grande aceitação dado que sua proposta defendia uma atuação libertária, que pregasse a ousadia e a libertação, ou seja, que tentasse inclusive, romper com a postura hegemônica e elitista da clínica tradicional. Mais do que uma proposta eminentemente psicoterápica, a Gestalt-terapia trazia aos solos brasileiros uma perspectiva ética que se fundamentava na crença na autonomia dos indivíduos, e a retomada da confiança nas capacidades criativas e autorreguladoras de cada sujeito. Porém, essa capacidade criativa sempre se dá em uma experiência de campo, ou seja, a partir de uma experiência que se constitui na fronteira entre o organismo e o seu ambiente (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997). A experiência não pode ser resumida nem ao que ocorre no organismo somente ou no ambiente somente, mas sim, na troca que ocorre entre ambos, ou seja, no contato que se estabelece entre organismo e ambiente.

De acordo com Cardoso (2009, p. 127), o contato pode ser compreendido como sendo a troca que o organismo realiza com o ambiente (na fronteira de contato), ou seja, é a capacidade que o sujeito tem de separar o joio do trigo (introjetar do meio tudo aquilo que é nutritivo e garante a sua sobrevivência e descartar o que é ruim), tais funções englobam desde o processo de respiração até a “[...] (constituição do eu e aquisição da cultura, por exemplo)”.

No entanto, Ribeiro (2006, p. 93), considera que “o contato é o instrumento humano que transporta a vida, e a vida é a expressão visível dos invisíveis contatos que fizemos em nossas caminhadas à procura da terra do sempre”. Com base neste autor, percebe-se então, que a noção de contato não diz respeito apenas a uma comunicação de caráter espacial, ou seja, de um organismo se relacionando com seu ambiente, nem tão pouco, refere-se a uma dinâmica funcional e dualista, ou seja, de trocas entre o meio externo (ambiente) e o meio interno (organismo). A noção de contato tem a ver também, com um caráter inerentemente temporal e resultante das vivências humanas. Ocorre impreterivelmente, com a passagem entre o passado e o futuro, ou seja, “[...] acontece em determinado espaço e tempo, uma vez que o contato é resultante das variáveis psicológicas e não psicológicas que interferem no espaço de vida da pessoa” (RIBEIRO, 2006, p. 91).

Já para Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), o foco da experiência do contato deve ser compreendido a partir de um sistema de contatos (*self*), e enquanto tal, não pode ser entendido como uma relação espacial entre o organismo e o ambiente, mas, fundada em uma concepção eminentemente fenomenológica, o contato é a própria experiência do tempo vivido, ou seja, a construção de uma historicidade que reúne não só o resultado de suas experiências anteriores, mas também o próprio processo de passagem entre um fundo de passado em direção a uma construção futura. Desvela-se em meio a essa reunião de co-dados “[...] a criação do novo (campo) a partir das formas que, desde o passado, encontram no

conteúdo atual (no dado) novas possibilidades (um futuro)" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 236).

A partir da releitura de Cardoso (2009), sobre a metáfora de natureza instintiva e alimentar, construída por Perls (2002) em seu livro *Ego, fome e agressão*, e correlacionando-a com a noção de temporalidade, intrínseca ao contato, e a noção de totalidade⁵ introduzida pela Gestalt-terapia, percebe-se que o homem é visto como um ser: relacional "[...] constitui-se e constrói-se a cada momento a partir das relações que estabelece no mundo [...] [e] contextual, pois encontra-se irremediavelmente atravessado por inúmeros elementos do campo do qual faz parte, os quais afetam sua relação com o outro e consigo mesmo" (AGUIAR, 2005, p. 43-44).

Corroborando com as ideias apresentadas acima acerca da noção temporal, relacional e contextual do existir humano, e reportando-se a investigação de qual parâmetro de saúde e doença pode nortear as intervenções do clínico, encontra-se na Gestalt-terapia, que é uma abordagem eminentemente fenomenológica, e mais precisamente na teoria do *self* construída por Perls, Hefferline e Goodman (2007, p. 49), uma concepção de saúde e doença pautada no processo relacional e contextual de "identificação e alienação do *self*":

"[...] se um homem se identifica com seu *self* em formação, não inibe seu próprio excitamento criativo e sua busca da solução vindoura; e, inversamente, se ele aliena o que não é organicamente seu e portanto não pode ser vitalmente interessante, pois dilacera a figura/fundo, nesse caso ele é psicologicamente sadio, porque está exercendo sua capacidade superior, e fará o melhor que puder nas circunstâncias difíceis do mundo. Contudo, ao contrário, se ele se aliena e, devido a identificações falsas, tenta subjugar sua própria espontaneidade, torna sua vida insípida, confusa e dolorosa" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 2007, p. 49).

Partindo desta compreensão, intui-se que, se o indivíduo não consegue se reconhecer enquanto pessoa, pertencente e/ou incluído em seu meio social (identificar-se com seu grupo), e não pode (é privado) gozar de seus direitos civis e constitucionais, como por exemplo, o direito à: saúde, alimentação, moradia, educação, trabalho, etc. (é alienado de seu contexto), ele correrá o risco de perder a dinamicidade e espontaneidade do sistema *self*, estará por fim, num processo de adoecimento.

Exposto tal entendimento, percebe-se aqui, uma visão gestáltica de saúde semelhante à visão de saúde integral e plural postulada pelo SUS, ou seja, que norteia tal conceito a partir dos seguintes fatores: meio físico, meio-sócio econômico e cultural, fatores biológicos e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Além

⁵"Perceber o ser humano como uma totalidade significa compreendê-lo para além de suas características isoladas, articulando-as não só a outras características do seu ser total, como também a totalidade do contexto mais amplo do qual ele faz parte" (AGUIAR, 2005, p. 41).

disso, infere-se que ambas apregoam, não só uma concepção de homem biopsicossocial, mas também reconhecem nesta visão, a possibilidade de se ter uma percepção mais próxima da experiência humana e com tudo aquilo, que esteja de alguma forma, colaborando para com o adoecimento do sujeito.

Análoga a esta teoria, percebemos também na leitura fenomenológica proposta por Augras (1986), também uma noção processual, holística e integral de saúde:

“A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma. [...] A saúde encontra-se nesse jogo de interações. [...] Vê-se que essa definição da saúde como *processo de criação constante do mundo e de si* integra também o conceito de doença: saúde e doença não representam opostos, são etapas de um mesmo processo” (AUGRAS, 1986, p. 11-12).

Sob esse aporte, a doença passa a ser entendida como sendo um processo de " [...] desarmonia relacional, seja com o mundo em geral, seja consigo mesmo. Instaura-se, pois, uma compreensão de relação psicopatológica e não apenas de uma patologia enclausurada no indivíduo" (HOLANDA, 1998, p. 41 apud CARVALHO; COSTA, 2010, p. 13).

Condizente a este pensamento, Zinker (2007, p. 47) explica que a doença pode ser considerada como sendo o bloqueio do contato, em outras palavras, o autor afirma que “toda patologia pode ser compreendida como uma espécie de interrupção crônica e extensa do processo por meio do qual a pessoa se mobiliza rumo à satisfação de uma ampla gama de necessidades”. E acrescenta ainda, que “o comportamento atrofiado tem características especiais, e o que para nós parece „doente” é um estado de acomodação aos bloqueios no outro” (ZINKER, 2007, p. 48).

Contudo, em meio a este movimento do *self* (sistema de contatos) que ora dá-se de forma fluída e dinâmica e ora dá-se de forma rígida, é importante salientar que:

“A rigidez e o bloqueio no contato não implicam, necessariamente, que uma (psico)patologia esteja configurada como tal. Como anteviram Perls et. al. (1997), em sua sabedoria o organismo se vale de resistências para a defesa do *self* quando este se encontra em situação de potencial ameaça ou impossibilidade de contato. Os bloqueios, como funções preservativas, são, num primeiro momento, estratégias saudáveis e criativas para a subsistência e proteção do *self*” (CARVALHO; COSTA, 2010, p. 14).

Nesse íterim, é importante salientar que “chamamos de *self* ao sistema complexo de contatos necessários ao ajustamento⁶no campo”, ou ainda, [...] “como estando na fronteira do organismo, mas a própria fronteira não está isolada do ambiente; entra em contato com este; e pertence a ambos, ao ambiente e ao organismo” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 179).

⁶ - O ajustamento pode ser compreendido como sendo “o processo que leva as necessidades do organismo e os estímulos do ambiente a interagir” (ROBINE, 2006, p. 52-53).

Destarte, em outras palavras, o *self* diz respeito ao processo de formação figura/fundo que ocorre no campo (organismo/ambiente) mediante a relação estabelecida no sistema de contato. No entanto, é preciso ter clareza quanto à flexibilidade deste processo formativo, pois não se trata aqui, de uma estrutura ou "[...] uma instituição fixada; [assim como o é, pensado na psicanálise; o *self*] existe onde quer que haja de fato uma interação de fronteira, e sempre que esta existir" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 179). Neste sentido, pode-se dizer que:

“Chamamos de “*self*” o sistema de contatos em qualquer momento. Como tal, o *self* é flexivelmente variado, porque varia com as necessidades orgânicas dominantes e os estímulos ambientais prementes; é o sistema de respostas; diminui durante o sono, porque há menos necessidade de reagir. O *self* é a fronteira de contato em funcionamento; sua atividade é formar figuras e fundos” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 49).

Trata-se, portanto, de um processo de ajustamento criativo⁷ frente às demandas do meio (campo), que ocorre não de forma isolada, mas integrando sempre as funções sensoriais, musculares e vegetativas, ou seja, “o organismo-como-um-todo em contato com o ambiente que é consciente, manipula e sente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 180).

Posto isto, é por fim, com base na presente teoria do *self* formulada por Perls, Hefferline e Goodman (1997) que tentar-se-á expor o que ocorre com o *self* quando este perde a sua espontaneidade ou é privado de suas experiências de contato. Contudo, para que isso seja possível, enunciar-se-á a clínica do sofrimento ético político, proposta por Muller- Granzotto e Muller-Granzotto (2010;2012a;2012b).

4 - A CLÍNICA DO SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO E ANTROPOLÓGICO

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997) é frente à preocupação e à eminência de uma situação problemática real e atual, que o sujeito buscará incansavelmente dar vazão ao seu crescente excitamento. O qual nada mais quer que solucione seu problema e/ou encontrar êxito naquilo que supostamente procura.

Destarte, é, pois, na experiência do contato e perante as infinitas possibilidades advindas do campo organismo/ambiente, que o sujeito terá a oportunidade de criar, no momento atual, uma solução vindoura. Assim, Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 182), explicam que tal criação dar-se-á tanto de forma espontânea: “[...] tanto ativa quanto passiva, tanto desejoso de fazer algo quanto disposto a que lhe façam algo [...]”, como de forma deliberada, ou seja, o sujeito seleciona a figura (objeto) de identificação de seu interesse e exclui (aliena) de seu campo (fundo) e foco de investimento aquilo que não lhe será útil.

Contudo, de acordo com os autores supracitados, o resultado presente (solução vindoura) em hipótese alguma, constitui-se como sendo fruto de um somatório de experiências passadas, mas sim, uma espécie de criação processual que se dá

⁷“O ajustamento criativo representa o processo dinâmico e ativo de interação do indivíduo com o ambiente para solucionar situações e restaurar a harmonia, o equilíbrio, a saúde do organismo” (ANTONY, 2009, p. 357).

espontaneamente, e mediante a reunião dos dados passados com as novas possibilidades de futuro. Salientando ainda, que deste modo, o presente nada mais é que a travessia "[...] do passado em direção ao futuro, e esses tempos são as etapas de um ato do *self* à medida que entra em contato com a realidade [...]" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 180).

É, pois, fundamentado nesta compreensão da experiência humana que Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 184), propõem a descrição de pelo menos três aspectos funcionais do *self*, também considerados "as etapas principais de ajustamento criativo". A saber, as funções: *Id*, Ego e Personalidade. Entretanto, perante a esta concepção de que o sistema *self* funciona por etapas e de forma sequencial, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007, p. 213), argumentam que em hipótese alguma as funções *Id*, Ego e Personalidade devem ser entendidas como sendo uma "[...] sucessão cronológica. Ao contrário, as três funções são apenas três pontos de vista diferentes que eu posso ter de uma mesma experiência, [...] O que significa que, em cada experiência vivida [...], eu tenho concomitantemente as três funções" atuando criativamente.

Por função *Id* entende-se o fundo histórico e determinado no qual se diluem "[...] as excitações orgânicas", as experiências passadas e inacabadas, "[...] o ambiente percebido de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 184). Historicidade esta, que pode a qualquer momento (na experiência de contato) emergir do fundo de co dados e tornar-se figura (consciente). Congénere a esta ideia, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007, p. 214), acrescentam que "[...] a função *Id* é a 'retenção' de algo que não se inscreve como conteúdo, apenas como hábito: forma impessoal e genérica, presença anônima do mundo em mim". E enquanto hábito motor e/ou linguageiro busca sempre através da repetição a concretude de algo inacabado. O *Id* é por assim dizer, nas palavras do autor supracitado a função "que mobiliza a 'espontaneidade' do sistema *self* - a qual não é senão aquela antes apresentada como a capacidade de sentir, base do excitação constitutivo da *awareness* sensorial" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 215).

Já a função Ego caracteriza-se por ser o processo de "[...] identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 184). É ainda, o corpo em ato, atuando na fronteira da experiência de forma singular e diferenciada, pois, conforme Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007, p. 218), escreveram é "[...] somente na ação que propriamente nos diferenciamos do meio em que estamos diluídos [...]", ou seja, é quando ocorre o processo de diferenciação do outro.

Por fim, a função Personalidade nada mais é que, "[...] a figura criada na qual o *self* se transforma e assimila ao organismo, unindo-a com os resultados de um crescimento anterior" (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 184). Em outras palavras, a função personalidade é o processo de aprendizagem, formação e transmissão de uma cultura. Ou seja, àquilo que o sistema *self* identifica a partir das ações do Ego e do fundo histórico do *Id* que se constituíram em uma experiência de campo. Assim sendo, os autores abaixo alertam que:

“É na forma da função personalidade que se desenvolve a vida moral, os valores éticos, as instituições e os diversos modo de conhecimento: filosófico, científico, religiosos... É na forma da função personalidade que o *self* passa a fruir de sua própria consistência imaginária. Todavia, essa consistência é constantemente perfurada pelo vazio do hábito e ultrapassada pelas criações da função de ego. O *self* não dispõe dela eternamente. O que esclarece em que sentido a função personalidade é também a capacidade do sistema *self* para replicar, reescrever a si mesmo”. (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 220).

Partindo deste pressuposto, os autores supracitados sugerem tratar-se mais precisamente, de uma espécie de função antropológica e cultural do homem, esta que além de ser compartilhada por várias pessoas em uma determinada situação, pode ser compreendida como sendo a capacidade que o sujeito tem de representar espontaneamente suas “[...] próprias vivências de contato”, (MULLER GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 218). Ou seja, identificar-se de forma concreta com tais representações (imaginárias) e perceber-se reconhecido nas suas interações sociais.

Ademais, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010, p. 2), apontam que por ser “[...] uma espécie de Grande Outro Social que experimentamos junto aos grupos que integramos, aos valores que assumimos e aos expedientes linguísticos de que nos servimos [...]”, é que, por conseguinte, a partir da função personalidade que o sujeito se reconhece enquanto pessoa, pertencente e/ ou incluído em seu contexto social, e substancialmente dotado de valor para si e para o outro.

Visto isso, é então através da releitura de Perls, Hefferline e Goodman (1997) que Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2012a), afirmam que a função personalidade tem um caráter fundamental de trazer ao campo da experiência, uma dimensão cultural, ou seja, em suas conotações antropológicas.

Em contrapartida, e em meio a esta discussão, ao analisar-se o atual panorama político-econômico e social brasileiro, de intensa desigualdade social, acredita-se que não é sempre que em suas experiências de contato, o sujeito encontra nos dados da realidade a satisfação de suas necessidades primária e/ou goza de seus direitos civis e constitucionais: direito a alimentação, habitação, emprego, educação e acesso aos serviços de saúde (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2012b).

Da mesma maneira, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010, p. 3), alertam que perante as adversidades do campo organismo/ambiente “[...] as experiências de contato podem inclusive malograr”. Ou seja, o sistema *self* pode falhar e com isso, conduzir os excitamentos à uma das seguintes produções de ajustamento: (1) o sujeito não assimila os excitamentos (como por exemplo é na psicose); (2) os excitamentos precipitam-se excessivamente de forma distorcida e desarticulada (como por exemplo nos transtornos paranoico e bipolares); (3) o sujeito inibe seus excitamentos e boicota toda e qualquer ação criativa que o lance rumo a um horizonte de possibilidades futuras (como por exemplo é na neurose); e (4) o sujeito em meio as suas experiências de contato, não consegue encontrar nos dados da realidade algo que lhe possibilite identificar-se como sujeito social, possuidor de um

valor reconhecido e compartilhado (como por exemplo é na aflição ou sofrimento) (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010;2012^a;2012b).

Com relação à experiência do sofrimento ou aflição, Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 235), anteviram que "como distúrbio da função de *self*, a neurose encontra-se a meio caminho entre o distúrbio do *self* espontâneo, que é a aflição, e o distúrbio das funções de *id*, que é a psicose". Por fim, foi baseando-se nesta compreensão do *self*, que Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010, p. 4), ao retomarem tal descrição conseguiram definir a aflição como sendo "uma falha no funcionamento espontâneo do sistema *self*, o que significa dizer, de uma falha na experiência de contato, cuja consequência é a não produção de uma função personalidade".

Ademais, os autores deixam claro que no sofrimento ético, político e antropológico, a espontaneidade do sistema *self* é furtada exatamente no momento em que o sujeito (função Ego) é privado de encontrar nos dados sociais (experiência de contato) uma identificação com seus desejos e/ou expectativas (função personalidade). Em outras palavras, "[...] apesar de dispormos de um fundo de excitamentos (função *id*), a falta de dados (de uma realidade material e sociolinguística) impede o sistema *self* de agir, de desempenhar a função de ego" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 5). E como resultado desta falha, o sistema *self* é impedido não apenas de contatar e transitar entre as experiências passadas e as possibilidades futuras, mas "[...] também se vê impedido de assumir um valor ou identidade objetiva no presente. A função personalidade, portanto, não se desenvolve e o processo *self* sofre em decorrência de não poder assumir uma identidade objetiva" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 6).

De acordo com os referidos autores, o sentimento de aflição pode ser observado em pessoas que passaram por alguma das seguintes situações de vulnerabilidade: sofreram algum tipo de agressão gratuita, abuso ou acidente, perderam um ente querido (luto), foram por algum motivo excluídas do mercado de trabalho ou submetidas a condições desumanas e escravas de produção, foram assaltadas por uma doença grave (ou não grave) ou vivenciaram uma tragédia natural (perderam tudo na enchente ou na seca por exemplo), foram privadas de assistência médica, foram "[...] excluídas das relações sociais por conta de preconceitos e conflitos ideológicos [...]" ou ainda rotuladas como louca, marginal, deficiente ou qualquer outra categorização pejorativa (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 3).

Outrossim, os mesmos autores acrescentam que embora o sujeito possa em diversas situações sofrer algum tipo de privação, e comprometer significativamente a função personalidade, ainda assim, não é identificada a ausência de funcionamento do *self*, pois em sua sabedoria o sistema *self* procede criando:

"A criação, agora, não implica a produção de um laço amoroso/odioso com alguém que deve fazer algo "por nós", como nos ajustamentos de evitação [neurose]. Tampouco se trata de uma construção voltada exclusivamente para o fundo de excitamentos, não importando o horizonte de desejo descortinado na mediação das demandas do Grande Outro, como no caso dos ajustamentos psicóticos (de busca). A criação, em situações em que se pode verificar sofrimento ético-político, tem relação com a solidariedade, com os pedidos genuínos de inclusão, na forma da qual efetivamente

atribuímos e reconhecemos o poder do semelhante para nos ajudar".
(MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 4).

No entanto, os autores ressaltam que mesmo perante a privação dos dados da realidade, ainda assim, a função de ego parece conseguir criar. É, pois, através do "[...] pedido de socorro" que o meio social assume a função de

"[...] um ego auxiliar. [Ou seja] o Grande Outro Social deixa de ser um demandante [...] para se tornar um 'semelhante'. Funda-se, assim, a experiência da ajuda desinteressada e um tipo especial de identificação personalista que é a solidariedade" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 6).

Frente a isso, salienta-se que embora os autores acreditem que no ajustamento ético-político o sujeito reconheça no outro um semelhante, não é o caráter de culpa e responsabilização que o Grande Outro assume, mas sim o reconhecimento de um "[...] ego fazedor", ou seja, aquele que sabe como auxilia-lo naquilo (problema), que até então, era considerado como sendo da ordem do "[...] impossível naquele momento: a inclusão em determinado contexto social, que pode ser desde um horário para consulta a uma vaga de internação em um hospital" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 6).

Compreendido deste modo, percebe-se aqui, que o ajustamento ético-político nada mais é que um pedido de inclusão:

"[...] e reconhecimento, mas um pedido especial, uma vez que ele parte de alguém que não consegue mais se identificar à realidade natural e social em que se encontra. Não há um pedido de reconhecimento específico voltado para esta ou aquela identidade. O sofredor não sabe sequer o que lhe falta. Seu pedido é para que ele possa voltar a pedir. Trata-se de um ajustamento cuja meta é encontrar "suporte" para que se possa voltar a criar, para que os ajustamentos criadores voltem a acontecer [...]" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 7).

É então, respaldados no âmbito destas produções de sofrimento ético-político, ou seja, "[...] o sentimento de aflição decorrente do fato de não encontrarmos um lugar ético em que possamos estabelecer relações políticas" que Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010, p. 3) propõe a partir da teoria do *self* uma nova proposta de clínica e consequentemente um modo de intervenção específica, a saber, a Clínica do sofrimento ético-político e antropológico. Isto posto, tentar-se-á agora, tecer reflexões acerca da aplicabilidade do modelo teórico da Clínica do sofrimento ético político antropológico nas Políticas Públicas em Saúde, mais precisamente na prática do psicólogo inserido no SUS.

5 - A CLÍNICA DO SOFRIMENTO ÉTICO, POLÍTICO E ANTROPOLÓGICO E A INTERFACE COM A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A inserção do psicólogo nas políticas públicas em saúde é algo relativamente novo, sobretudo, porque a psicologia é um campo de conhecimento e profissão recente no Brasil (AGUIAR; RONZANI, 2007). Ademais, percebe-se que no decurso de sua

história, que a psicologia foi moldando-se gradativamente em virtude das inúmeras transformações sociais, políticas e econômicas alcançadas pelo país (AGUIAR; RONZANI, 2007). Assim sendo, Dimenstein (2001, p. 62), assinala que a nova práxis do psicólogo contemporâneo necessita estar "[...] associada ao processo de cidadanização, de construção de sujeitos com capacidade de ação e de proposição. Isso implica em romper o corporativismo, as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta".

Em outras palavras, denota-se em tal rompimento, não só a transgressão do modelo tradicional de psicologia, ou seja, exclusivamente elitista e voltado para a psicologização e psiquiatrização do sofrimento, mas principalmente, a resignificação da psicologia clínica e a exigência de um novo perfil de psicólogo. Exige-se um psicólogo com compromisso profissional e social, ou seja, com ações direcionadas às necessidades sociais, à práticas humanizadas, "ao acolhimento e ao vínculo com os usuários" (DIMENSTEIN, 2001, p. 58).

Na ótica da intervenção, Silva (2001), adverte que não faz sentido pensar a prática da psicologia clínica como um serviço exclusivamente particular, restrito apenas a quatro paredes de um consultório, seguindo os moldes do modelo médico e da psicologia clínica tradicional (curativa), pois:

"Seu espaço é a rua, a casa do usuário ou qualquer outro lugar propício que a comunidade disponha, ou seja, não são mais quatro paredes brancas fechadas em si mesmas. As pessoas são assistidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), pela prefeitura através de secretarias como de assistência social e/ou da saúde, o que nos mostra uma clínica como um serviço não particular; e o psicólogo aí é um funcionário público". (SILVA, 2001, p. 80).

Já para Figueiredo (1995, p. 40), "o que define a clínica psicológica como clínica é sua ética: ela está comprometida com a escuta do interditado e com a sustentação das tensões e dos conflitos". Semelhante a esta ideia, encontrou-se na clínica gestáltica a evidência de uma concepção de ética, oriunda do grego *éthos*, que significa "morada, abrigo, refúgio, lugar onde somos autênticos e despidos de defesas, estamos protegidos, abrigados, e podemos receber o outro" (MULLER GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 280).

Neste sentido, pode-se compreender a clínica como sendo "[...] o exercício do dizer tudo, ou do deixar-se dizer mais além ou mais alguém do que já é sabido [...]", o lugar da produção do desvio ao outro, ou seja, do encontro e do acolhimento ao "[...] estranho ou inesperado [...]" (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2012a, p. 6). E o clínico como sendo aquele, que ao provocar o desvio, estimula o sistema *self* a produzir soluções novas e criativas frente às suas necessidades.

Posto isto, ressalta-se que no processo terapêutico o papel ético do clínico é o de propor:

"[...] uma revolução molecular. Uma maneira poética de promover agenciamentos micropolíticos na polis, pois questionar o sistema capitalista não se restringe mais a lutas políticas e sociais em grande escala. Microrevoluções ou revoluções moleculares, assim como a ética do cuidado, são intervenções políticas extremamente amplas que podem nos encaminhar a um „estar alerta para todos os fatores de culpabilização; estar

alerta para tudo o que bloqueia os processos de transformação no campo subjetivo” (GUATTARI, 1986, p. 135 apud SILVA, 2001, p. 83-84).

Consonante a este pensamento, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010), sugerem que ao contrário de intervir diretamente nos focos centrais (problemas e/ou causas sociais) provedores do sofrimento, o papel do clínico deve ser o de escutar o sofrimento tácito daquele que vos chega. Ou seja, escutar primordialmente o seu “[...] apelo por suporte, o apelo por inclusão, bem como [ser] aquele que, a partir desse apelo, pode acompanhar o processo de tomada de decisão que cada sujeito sofredor (cada função de ego) empreende face aos conflitos e dificuldades que esteja vivendo” (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 4). Trata-se aqui, portanto, de uma intervenção clínica perpassada pela dimensão ética e política, que deve ser realizada por:

“Um psicólogo aliado da transformação social, do movimento da sociedade e dos interesses da maioria da população. Um psicólogo inquieto, conspirador, que saiba estranhar aquilo que na realidade se torna tão familiar que chega a ser pensado como natural. [...] Um psicólogo permeável às inovações que aceite o desafio de, coletivamente, produzir alternativas à Psicologia tradicional”. (BOCK, 1997, p. 41).

Enfim, uma prática orientada “no ser” e “no fazer” de um psicólogo crítico, ético, dialógico, criativo e engajado com a comunidade por ele atendida. Que interesse-se inclusive, por desenvolver mecanismos de ascensão e autonomia da função de ego e consequentemente a validação da função personalidade.

Do ponto de vista clínico, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010), acrescentam que frente ao sofrimento ético-político a intervenção do psicólogo deve incidir diretamente na função de ego. No sentido de tentar agenciar com o sofredor modos distintos e singulares, que o leve não só a recuperar a espontaneidade do seu sistema *self*, mas principalmente a “[...] reconquistar sua autonomia e voltar a fazer ajustamentos criadores [...]”, seja no consultório, na Estratégia de Saúde (ESF), no hospital, na escola, em casa, na comunidade, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), etc. (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 8).

Intervir a partir da clínica do sofrimento ético-político e antropológico “[...] significa disponibilizar-se a acompanhar os sofredores em seus pedidos de socorro, de modo a ajudá-los a encontrar os meios pelos quais eles possam ser ouvidos e atendidos em seus apelos” (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 8). Destarte, tais intervenções envolvem:

“i) ajudá-los a identificar as suas necessidades (e não seus excitamentos ou desejos); ii) ajudá-los a reconhecer e constituir o “semelhante” junto a quem possam merecer atenção e resultado; iii) e ajudá-los a executar as tarefas que possam valer o resgate de um lugar social. Porém, isso não significa “fazer por”. O trabalho de acompanhamento de alguém em sofrimento ético político não caracteriza uma forma de assistência social”. (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2010, p. 9).

De um modo geral, trata-se, pois, como bem anteviram Campos, Toledo e Faria (2011), de ampliar a autonomia do sujeito, de emancipá-lo, ou ainda, nas palavras

de Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010), trata-se de acolher e orientar aquele que genuinamente chega com toda a sua aflição, de ajudar o sujeito não só a compreender suas reais necessidades, mas principalmente a fazer por ele mesmo, suas próprias escolhas.

Nesse íterim, percebe-se que estando embasada em teorias e técnicas, a psicologia ao voltar-se para a "realidade social" brasileira, avança rumo ao seu desígnio mais nobre, que é o de servir ao cidadão, inserir-se nas políticas públicas e intervir contra qualquer tentativa de "[...] alienação do paciente no processo saúde doença [...]" (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 9-10).

Ademais, Aguiar e Ronzani (2007, p. 18), ressaltam que dentre as atribuições do psicólogo inserido nos serviços públicos de saúde, estão as seguintes funções: atuar junto à comunidade, desenvolver atividades psicossociais, terapêuticas e grupais focadas na troca de saberes, na estimulação das potencialidades do sujeito e no empoderamento social, atuar junto aos profissionais da equipe multidisciplinar, de forma "[...] a integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida e facilitar a avaliação e a evolução clínica".

Portanto, a função do psicólogo nas políticas públicas em saúde caracteriza-se por gerir e estimular ações que enalteçam a qualidade de vida do cidadão, bem como construir e implementar políticas fomentadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em tudo o que foi exposto, entende-se que atuar no campo das políticas públicas em saúde não é uma tarefa fácil, sobretudo para a psicologia que nasceu como uma profissão inicialmente elitista e focada nas práticas de consultório. No entanto, tal inserção é extremamente necessária, visto que não faz sentido pensar a psicologia fora do campo das ações e relações humanas e/ou alheia à realidade e as transformações sociais.

Ademais, é importante salientar que em hipótese alguma, propôs-se a incumbência de afirmar que a psicologia por si só será capaz de resolver e/ou sanar todos os conflitos imanentemente humanos e sociais. Pois, foi resguardando-se de qualquer tentativa de preterir outras profissões no rol da saúde, que ao longo da maior parte do corpo teórico deste trabalho, os autores referiram-se sempre aos profissionais da saúde e principalmente aos produtores da saúde. Já que, estes acreditam numa concepção de saúde perpassada pelos fatores biológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, bem como executado por um sistema de cuidados organizado, humanizado e ético.

Enfim, um sistema de saúde fomentado imprescindivelmente: na noção de integralidade e equidade do SUS, na qualidade e eficácia das ações tecno-políticas, na interdisciplinaridade, na participação do cidadão e sua implicação direta no processo de cuidado à saúde, na integração do sujeito aos seus territórios de convivências, na participação ativa dos gestores, na valorização do sujeito, e por fim, na defesa e efetivação dos direitos humanos.

Assim, após ter dissertado sobre os princípios organizativos e doutrinários do SUS, o conceito de saúde e doença, e como a Gestalt-terapia apresenta um modelo teórico compatível e dialógico com tais perspectivas, é preciso deixar claro que tal abordagem por si só, é insuficiente para dar conta da enigmática existência humana e dos complexos entraves sociais. Entraves estes, que acabam por desencadear desigualdades econômicas, sofrimento psíquico e adoecimento.

Contudo, e após as devidas ressalvas quanto às limitações da Gestalt-terapia, ainda assim, apregoa-se que a teoria do *self* e mais precisamente, o modelo teórico da clínica do sofrimento ético-político, constitui-se como um valioso viés para a compreensão do sujeito e identificação de suas reais necessidades. Bem como, possibilita ao clínico intervir a partir da produção de desvios, nos mais diversos espaços de construção, aprendizagem e produção da saúde.

Visto isto, ressalta-se que tal modelo faz-se relevante principalmente por convir com a atual realidade social brasileira, que caracteriza-se por ter um alto índice de pobreza e desigualdade social, que acolhe diariamente no Sistema Único de Saúde uma população adoecida que muitas vezes, já não mais acredita em seus sonhos, ou em qualquer possibilidade de melhoria de vida. Pois são, possivelmente, sujeitos que além de se sentirem desvalorizados, alienados e/ou excluídos de seu meio social (que perderam a espontaneidade do seu sistema *self*), não conseguem se quer, se reconhecerem enquanto sujeitos humanos, ou seja, identificar-se com uma identidade concreta e objetiva (função personalidade).

Nesse ínterim, encontrou-se na teoria do *self* desenvolvida por Perls, Hefferline e Goodman (1997), e na clínica do sofrimento ético-político antropológico proposta por Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2010,2012a,2012b), a possibilidade de uma ampla gama de intervenções terapêuticas no campo das políticas públicas em saúde. Intervenções estas, que vão desde a ascensão da função de ego, a estimulação da autonomia e do empoderamento social, a criação de espaços que prezem pelo o exercício da cidadania, o acolhimento, até o incentivo de ajustamentos criadores frente às necessidades e os problemas enfrentados.

À guisa de conclusão, é preciso acrescentar que esta pesquisa não se dá por encerrada, visto que, ainda se tem muito a investigar sobre a aplicabilidade da teoria do *self*, não só nos espaços de produção e cuidado em saúde concernente as políticas públicas em saúde, mas também no campo da educação e das organizações públicas e privadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

AGUIAR, S. G.; RONZANI, T. M. PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA: RECONSTRUINDO IDENTIDADES. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472007000

200003 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2012.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Participacao%20social%20em%20saude.pdf. Acesso em: 19 JUN. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 02 MAR 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, NOV. de 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 12 MAR. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **ABC DO SUS: doutrinas e princípios**. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf/view>. Acesso em: 20 FEV. 2012.

BELMINO, M. C. A. **Fritz Perls e Paul Goodman: Duas Faces da Gestalt-terapia**. Fortaleza: Editora Premium, 2014.

BOCK, A. M. B. FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: UM DEBATE A PARTIR DO SIGNIFICADO DO FENÔMENO PSICOLÓGICO **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**. v.17, n.2, 1997. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v17n2/06.pdf>. Acesso em: 05 ABR. 2012.

CAMPOS, B.G; TOLEDO, T.B; FARIA, N. J. CLÍNICA GESTÁLTICA INFANTIL E INTEGRALIDADE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 17, n. 1, jun. 2011. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 FEV. 2012.

CAMPOS, G. W. S. et. al. TRATADO DE SAÚDE COLETIVA. In: NUNES, E. D. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 19-39.

_____. TRATADO DE SAÚDE COLETIVA. In: VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CARDOSO, C. L. GRUPOS TERAPÊUTICOS NA ABORDAGEM GESTÁLTICA: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO CLÍNICA EM COMUNIDADES. **Rev. Estudos e pesq. em psicologia**, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a10.pdf>>. Acesso em: 20 SET. 2011.

CARVALHO, D. B.; SANTANA, J. M.; SANTANA, V. M. HUMANIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: O PSICÓLOGO COMO OUVIDOR HOSPITALAR. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, mar. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2012.

CARVALHO, L. C.; COSTA, I. I. A CLÍNICA GESTÁLTICA E OS AJUSTAMENTOS DO TIPO PSICÓTICO. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 16, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 FEV. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Senhoras e senhores gestores da Saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/conasems_cr_epop_v4.pdf. Acesso em: 25 FEV. 2012. Brasília-DF, 2011

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.).NASF – Núcleo de Apoio à Saúde de Família / Conselho Regional de Psicologia 6ª Região de São Paulo – São Paulo: CRP SP, 2009. In: SOMBINI, C. H. A. M. **Saúde Mental na Atenção Básica: Uma das Possibilidades de Construção no Município de Campinas (SP)**. Disponível em: http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/fr_saude_basica.aspx. Acesso em: 18 MAR. 2012.

DIMENSTEIN, M. O PSICÓLOGO E O COMPROMISSO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA. **Rev. Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 JUN. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.

FERREIRA, G. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma Análise Sócio**

Política. Disponível em:

<http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/Revista/revistas/07/REFORMA.pdf>. Acesso em: 12 MAR.2012.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. .R. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E REFLEXOS SOBRE O CUIDADO COM O DOENTE MENTAL NA FAMÍLIA. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, mar. 2001.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em: 14 MAR. 2012.

GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L. A CLÍNICA GESTÁLTICA DA AFLIÇÃO E OS AJUSTAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS. **Rev. de Terapia Gestalt de la Asociación Española de Terapia Gestalt**. Vitoria: Ediciones la Llave D.H., n. 30 (Clínica Gestáltica), 2010.

_____. **Fenomenologia e Gestalt Terapia**. São Paulo: Editora Summus, 2007.

_____. **Clínicas Gestálticas: Sentido Ético, Político e Antropológico da Teoria do Self**. São Paulo: Editora Summus, 2012a .

_____. **Psicose e Sofrimento**. São Paulo: Editora Summus, 2012b .

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO: A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA. **Rev. katálysis, Florianópolis**, v. 10, n. spe, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 MAIO. 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

PAIM, J. S. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIALOGANDO COM HIPÓTESES CONCORRENTES. **Rev. Physis, Rio de Janeiro**, v. 18, n. 4, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ABR. 2012.

PAULA, P. P. POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM BH. In: **XV Encontro Nacional da ABRAPSO. "Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos"**. Maceió. NOV. 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/284.%20pol%C3%ADticas%20p%DAblicas%20atuais%20de%20sa%DAdede%20mental.pdf. Acesso em: 22 FEV. 2012.

PERLS, F. S. **Ego, Fome e Agressão: Uma revisão da teoria e método de Freud**. São Paulo: Summus, 2002.

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

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS.** Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_AlmaAta.htm#Alma. Acesso em: 19 JUN. 2012.

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

ROBINE, J. M. **O self desdobrado: perspectiva de campo em Gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2006.

SILVA, E. R. PSICOLOGIA CLÍNICA, UM NOVO ESPETÁCULO: DIMENSÕES ÉTICAS E POLÍTICAS. **Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001.** Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.

ZINKER, J. **Processo criativo em gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2007

Endereço para correspondência

Jucimara Gonçalves Bernardo
E-mail: jucimarabernardo@hotmail.com

Marcus Cézar de Borba Belmino
E-mail: marcuscezar@gmail.com

Recebido em: 08/01/2015
Aprovado em: 01/09/2015

NOTAS

Jucimara Gonçalves Bernardo: Graduada em Psicologia pela Faculdade Leão Sampaio de Juazeiro do Norte, Ceará. Especializanda em Gestalt-Terapia pela Diálogos Cariri, em parceria com o Instituto Muller-Granzotto (Florianópolis, SC) e Saúde Mental pela Faculdade Leão Sampaio.

Marcus Cézar de Borba Belmino: Psicólogo, formação em Gestalt-terapia, mestrado em Psicologia (UNIFOR), doutorando do programa de pós-graduação em filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina.