ARTIGO

Reflexões sobre a atuação da (o) Psicóloga (o) no NASF-AB no contexto da Saúde Mental e suas interlocuções com a Gestalt-terapia

Reflections on the role of the Psychologist (o) in NASF-AB in the context of Mental Health and its interlocutions with Gestalt-therapy

Juliane dos Santos Almeida

Revista IGT na Rede, v. 17, nº 33, 2020. p. 164 – 183. DOI **10.5281/zenodo.15148956**
Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs
ISSN: 1807-2526

RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir sobre a interlocução entre a Gestalt-terapia e o cuidado em Saúde Mental, visando uma reflexão sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), sob uma perspectiva psicossocial do sofrimento psíquico pautadas na atual política de Saúde Mental. A partir da revisão de literatura, apresentam-se as ideias centrais dessa abordagem, contemplando possíveis contribuições dessa teoria às práxis da atuação da (o) Psicóloga (o) no NASF-AB, levando em consideração o novo enfoque dado pela Reforma Psiquiátrica ao paradigma da saúde mental e as novas modalidades de cuidado preconizadas por ela. A metodologia utilizada é de enfoque qualitativo, realizada através de pesquisa bibliográfica na literatura de base da Gestalt-terapia e produção teórica na área da Saúde Mental. Desse modo, o presente estudo pretende proporcionar reflexão teórica através do relato de experiencia da autora. Os resultados apontam para a possibilidade de articulação entre a literatura de base gestáltica no cuidado em saúde mental partindo das noções de potencialidade, singularidade, liberdade e responsabilidade para a relação homem/mundo, também preconizadas no novo paradigma de cuidado em saúde mental e na proposta de trabalho ofertado pelo NASF-AB.

Palavras-chave: Gestalt-terapia; Saúde Mental; Atenção Básica; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aims to discuss the dialogue between Gestalt therapy and Mental Health care, aiming at reflecting on the psychologist's performance in the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) , under a psychosocial perspective of psychological suffering based on the current Mental Health policy. From the literature review, the central ideas of this approach are presented, contemplating possible contributions of this theory to the praxis of the Psychologist's performance in the NASF-AB, taking into account the new approach given by the Psychiatric Reform to the paradigm mental health and the new care modalities recommended by it. The methodology used is of a qualitative approach, carried out through bibliographic research in the basic literature of Gestalt-therapy and theoretical production in the area of Mental Health. Thus, the present study intends to provide theoretical reflection through the author's experience report. The results point to the possibility of articulation between the gestalt-based literature on mental health care based on the notions of potentiality, uniqueness, freedom and responsibility for the man / world relationship, also advocated in the new mental health care paradigm and in the proposal work offered by NASF-AB.

Key words: Gestalt-therapy; Mental Health; Primary Car; Expanded Core of Family Health and Primary Care.

Introdução

Com os avanços das reformas Sanitárias e Psiquiátricas no Brasil muitas mudanças ocorreram, inclusive no campo da Saúde Mental (SANTIN; KLAFKE, 2011), cujo tratamento ofertado pela psiquiatria pautava-se na intolerância as diferenças individuais, bem como, na exclusão daqueles que, considerados “doentes mentais” sugeriam risco e periculosidade à sociedade, afugentando-os a fim de protegê-la (RODRIGUES, 2001).

Sendo assim, uma das maiores conquistas advindas da luta pela reforma psiquiátrica brasileira foi o processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços substitutivos (SANTIN; KLAFKE, 2011). Na perspectiva de Cardoso e Frari Galera (2011) o cenário dos hospitais psiquiátricos deixaram de constituir o escopo da oferta do cuidado a Saúde Mental, como modelo vigente, conferindo espaço fundamentado numa rede de serviços de complexidade crescente, integrado, de base comunitário, e aberto, ou seja, serviços extra-hospitalares.

Tais mudanças, no entanto, estiveram centradas na ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais, nos serviços com base no território, uma mudança fundamental na concepção e na forma de cuidar, mais próximo da rede familiar, social e cultural, possibilitando a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento (BRASIL, 2009), podendo assim, contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Além dessas mudanças, o Movimento Sanitário teve como uma de suas definições a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado em 1990 através da lei n. 8080/90 que define e regulamenta a implantação e operacionalização do sistema, pautado em seus princípios norteadores respectivamente a universalidade, a equidade e a integralidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), tendo a Atenção Básica (AB) como seu eixo estruturador de acordo com as necessidades de saúde da comunidade (AYRES, 2004; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Historicamente as políticas públicas de saúde no Brasil foram marcadas pela lógica reformista, lançando novas instituições no sentido de remediar falhas no planejamento anteriormente instituído. Assim, esperava-se que o SUS, oferecesse as equipes de AB o suporte especializado às suas demandas, no entanto, na falta de recursos técnicos e materiais para as equipes de Saúde da Família, não foi possível encontrar alternativa na rede que lhes permitissem tal acesso (CELA; OLIVEIRA, 2015).

É nesse contexto que surge o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), instituído pela portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde, como um dispositivo que integra o modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2008). Ampliado por meio da portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da

AB, no âmbito do SUS, enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017).

Portanto, o NASF-AB configura-se como uma equipe de apoio matricial oferecendo retaguarda especializada as equipes de referência, organizando-se em áreas estratégicas, tendo por pressupostos diversas políticas nacionais, dentre elas a Saúde Mental, cuja proposta é fortalecer a ESF, oferecendo apoio às equipes, compreendendo desde estratégias de capacitação dos profissionais aos necessários acompanhamentos dos casos, cujas intervenções realizadas partem do contexto familiar e comunitário dos usuários, por meio de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial com foco na Clínica Ampliada (BRASIL, 2009).

Nesse campo contextual, cujo processo de trabalho do NASF-AB articula-se a outros saberes e tantas outras possibilidades do cuidado em saúde, de maneira relacional e contextual, emerge a Gestalt-terapia como uma abordagem humanista que tem através do pensamento fenomenológico-existencial uma nova compreensão acerca da concepção saúde/doença, ao romper com a visão causalística do processo de adoecimento intimamente ancorado a fatores etiológicos, ou seja, causa e efeito (BESSA, 2012).

Nesta perspectiva, a Gestalt-terapia enquanto uma filosofia existencial é apontada por Ginger e Ginger (1995), como uma forma particular de conceber as relações do homem com o mundo, que valoriza a subjetividade, a singularidade, a responsabilidade, a vivência e tem como foco principal a existência humana. De modo que, fundamenta-se na fenomenologia enquanto uma atitude terapêutica, pautada na descrição do fenômeno, naquilo que emerge sem qualquer *"a priore"*, no sentido das coisas que se revelam (FREITAS, 2016), conforme afirma Ribeiro (1995) que o fenômeno busca captar a essência mesma das coisas.

Através de sua visão holística do homem, a Gestalt-terapia compreende o processo de adoecimento de maneira plural e multifatorial, incorporando a influência do ambiente e a importância da subjetividade nas formas de manifestações das patologias (BESSA, 2012). Assim, a visão de pessoa na perspectiva humanista apoia as noções de singularidade e totalidade, nas quais o sujeito não pode ser compreendido em suas partes em separado, mas como um ser multidimensional, biopsicossocioespitiritual, onde suas dimensões se interagem sinergicamente (GINGER&GINGER, 1995; RIBEIRO, 2017; SILVEIRA, 2009).

A partir de tais considerações, o presente trabalho justifica-se pelo fato de tratar-se de uma abordagem que traz ferramentas valiosas para a compreensão da dinâmica saúde/doença e contribuições em termos de cuidado humanizado. Desse modo, este artigo tem por objetivo evidenciar alguns conceitos da abordagem gestáltica que podem contribuir para reflexões acerca da Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde, mais especificamente no NASF-AB, fundamentando ações não centradas na doença e no individualismo, mas na potencialidade do desenvolvimento humano. Para tanto a metodologia utilizada é de enfoque qualitativo, realizada através de pesquisa bibliográfica na literatura de base da Gestalt-terapia e produções teóricas

na área da saúde mental. Desse modo, o presente estudo pretende proporcionar reflexão teórica através do relato de experiencia da autora.

O contexto da Reforma Psiquiátrica e a assistência em Saúde Mental

A doença mental pautava-se no pressuposto de erro da razão, ou seja, por não poder gozar da razão plena, o alienado, isto é, o doente mental destituído da razão, não poderia se valer da liberdade de escolha, logo, se não era livre não poderia ser cidadão. A partir de tal concepção, a Revolução Francesa, pautada na concepção de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, repercutiu para a nova ordem mundial, e para não contradizer esses pressupostos, o alienismo veio sugerir o asilo como solução para a condição dos alienados (AMARANTE, 1995).

Desse modo, cabia ao asilo, por meio do tratamento moral, isto é, do isolamento, a tarefa de restituir a razão e consequentemente a liberdade, como condição para tornar todos aqueles considerados loucos, delirantes e alucinados em cidadãos de direitos e deveres, transformando-se no maior e mais violento espaço de exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades. O que não serviu apenas a ordem política e econômica, que necessitava esquadrinhar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social, mas a promissora “indústria da loucura” através da privatização da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Com isso, inscrita num contexto de mudanças pela superação da violência asilar e do modelo manicomial, surgem alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico, no que se refere à assistência psiquiátrica, e dentre os seus principais questionamentos estavam à natureza do modelo privatista e à sua incapacidade de produzir um atendimento que contemplasse as necessidades de saúde de seus usuários (SANTOS et al., 2000; HIRDES, 2009).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica nasce como um movimento que visa à desconstrução de saberes e práticas, pautado no manicômio como espaço de segregação e exclusão, cujo pretexto era “tratar” as manifestações da loucura (SANTOS, 2009). Sendo uma questão de base ética, constituída enquanto um processo político e social complexo, composto por diferentes atores, instituições e forças de diferentes origens em territórios diversos (BRASIL, 2005). E conforme apontado Amarante (2007) a reforma psiquiátrica não significa apenas a busca pelo sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas a escolha diante das possibilidades de lidar com os diferentes, com as minorias e com os sujeitos em desvantagem social.

No Brasil, o início do processo de Reforma Psiquiátrica é contemporâneo ao “movimento sanitário”, nos anos 70, pautado na busca por mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde E embora contemporâneos, ambos têm história própria. Pois, fundada nos anos 70, a reforma psiquiátrica surge sob dois aspectos, por um lado, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e por outro, dos esforços dos

movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, sendo assim, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas, bem como, o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Em seu percurso histórico, a partir dos anos de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. No entanto, é somente a partir de 2001 que a Lei Paulo Delgado a Lei nº 10.216 é sancionada no país, redirecionando a assistência em Saúde Mental, impulsionando novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Tais avanços repercutiram no setor saúde, e no campo da saúde mental, com o processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços substitutivos (SANTIN; KLAFKE, 2011). Mudanças que tiveram como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços com base no território, mudança fundamental na concepção e na forma de cuidar, sendo mais próximo da rede familiar, social e cultural, possibilitando a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento (BRASIL, 2009), podendo assim, contar com um tratamento mais próximo de seus familiares de da comunidade onde vivem (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Portanto, diante desse contexto observa-se uma mudança no que cerne o atendimento no campo da Saúde Mental, ao recusar o modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo de tratamento da figura da doença para a pessoa doente, sendo assim, ações que antes eram centradas em sinais e sintomas, passam a ter outro enfoque, que é falar da saúde, de projetos terapêuticos, cidadania, reabilitação, reinserção social e sobretudo projetos de vida (GOLDBERG, 1994).

Breve histórico acerca da inserção do Núcleo Ampliado de saúde da família e Atenção Básica

Incorporada pela constituição de 1988, o Movimento Sanitário teve como uma de suas definições a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado em 1990 com a lei n. 8080/90 que define e regulamenta a implantação e operacionalização do SUS. Em concordância com o previsto na Constituição Federal, no artigo 7º da Lei n.8080, que determina as ações desenvolvidas no SUS, as quais devem estar de acordo com os treze princípios norteadores de sua política, dentre eles: a universalidade, a equidade e a integralidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Organizada em três níveis de atenção, o SUS tem a Atenção Básica (AB) como seu eixo estruturador, cujas ações e serviços oferecidos por esta modalidade de atenção vão além da assistência médica, tendo por base as necessidades em saúde da comunidade, sendo indispensável o seu reconhecimento para que se construam

relações de proximidade e diálogo entre os profissionais, território e população atendida, pois, somente através dessa relação dialógica de cuidado, é possível avançar no novo paradigma da saúde ao mais amplo estado de bem estar social (AYRES, 2004; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Isso posto, a AB tem como principal mecanismo de operacionalização a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um modelo ordenador de toda a rede de saúde do sistema (BRASIL, 2006). Que por sua vez, tem por estratégia fundamental o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais que compõem suas equipes e a população de usuários, rompendo o paradigma do modelo biomédico tradicional (BRASIL, 2013).

Diante desse contexto histórico, emerge a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, pois, esperava-se que o SUS, através dos hospitais e centros de referência, oferecesse as equipes de AB o suporte especializado de que necessitassem, no entanto, na falta de recursos técnicos e materiais para as equipes de Saúde da Família, não foi possível encontrar alternativa na rede que lhes permitissem tal acesso (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Com isso surge o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), instituído pela portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde, como um dispositivo que integra o modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2008). Ampliado por meio da portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do sistema, configurando-se enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017).

Nesta lógica, o NASF-AB tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços (BRASIL, 2008), reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009). Sua atuação está diretamente ligada ao suporte as ESF, atuando na qualificação e complementariedade do trabalho.

Desta forma, configura-se como uma equipe de apoio matricial oferecendo retaguarda especializada às equipes de referência, organizada em nove áreas estratégicas sendo elas a saúde da criança/do adolescente e do jovem; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Para tanto, tem por pressupostos diversas políticas nacionais, dentre elas a Saúde Mental, cuja proposta é fortalecer a ESF, oferecendo apoio as equipes, desde estratégias de capacitação dos profissionais aos necessários acompanhamentos dos casos, cujas intervenções contextualizadas por meio de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2009).

Sendo assim, o NASF-AB deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, em que devem atuar conjuntamente com os profissionais das ESF compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF. Tal

composição é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios e prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009). Isso posto, a Portaria n. 154/GM de 2008, infere sobre a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, sugerindo a inserção de pelo menos um profissional da área de Saúde Mental, podendo contar com Terapeuta ocupacional, Médico Psiquiatra e o Psicólogo (BRASIL, 2008). Nesse contexto, nos estudos de Cela e Oliveira (2015) ressalta-se a importância da presença do profissional psicólogo, considerando que tende a reforçar a integralidade do atendimento, na direção de construir diálogos interdisciplinares na equipe.

Conforme sua diretriz (BRASIL, 2008) embora o NASF esteja na AB este não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas como apoio às ESF, atuando dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária a Saúde, pautadas em ações interdisciplinares e intersetoriais; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

No que tange a operacionalização do processo de trabalho do NASF-AB, deve ser organizado com foco no território, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, bem como, outras ações que podem ser desenvolvidas neste contexto. Através de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009, 2014).

Uma das estratégias essências dentro de sua lógica de trabalho é a constituição de uma rede de cuidados, para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF-AB deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção. Embora possam ser realizadas intervenções diretas do NASF-AB frente a usuários e famílias, estas só podem acontecer sob encaminhamento das equipes de Saúde da Família com discussões e negociação *"a priori"* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar que a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental dos usuários deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, NASF-AB e dispositivos de Saúde Mental presentes no território, cabendo a ESF a coordenação deste cuidado, e ao NASF-AB a articulação entre os serviços da AB e os centros de

cuidados especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial, centrando-se prioritariamente na lógica do Apoio Matricial (BRASIL, 2009).

Perspectiva Teórico- conceitual da GesItalt-terapia

> Ser humanista é, antes de tudo, um jeito de ser e estar no mundo, é um jeito de olhar as pessoas, e uma forma de se relacionar (SILVEIRA, 2009, p. 43).

Fundada por Frederick Perls no início dos anos 50, a Gestalt-terapia evoluiu de um conjunto de técnicas estimuladoras da *"awareness"*, ou fluxo global de consciência perceptiva e de si, para uma vivência plena da experiência do aqui-e-agora, baseada na relação dialógica, dimensão central do processo de "cura" (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008; GINGER; GINGER, 1995; SILVEIRA, 2009).

Neste aspecto, viver o aqui-agora significa buscar uma presentificação, trazer a atenção e a intenção ao que acontece no momento presente. É nesse sentido que a Gestalt-terapia compreende a noção de tempo enquanto "espiral" e *"self"* enquanto uma dinâmica temporal (BESSA, 2012). Nesta abordagem, nada pode legitimar mais as técnicas do que a relação de encontro entre duas pessoas autênticas, baseado na clareza, aceitação mútua e criatividade, nascidas do contato entre terapeuta e cliente (FAGAN; SHEPHERD, 1973; SILVEIRA, 2009).

A premissa básica da Gestalt-terapia é que o indivíduo possui potencialidades naturais que possibilitam buscar equilíbrio do seu organismo, tendo o ritmo de contato/retirada como componente principal do equilíbrio organísmico (GALLI, 2009; GINGER; GINGER, 1995).

Nesse aspecto, o organismo seleciona no meio aquilo que necessita para sua conservação, primeiro através dos sistemas internos de compreensão fisiológica, que de modo organismicamente funciona a fim de restabelecer o equilíbrio, depois, através dos sistemas de contato, sensoriais e motores, pelos quais obtém do meio o que precisa para atender às suas necessidades vitais. Sendo assim, o organismo é capaz de desenvolver mecanismos adaptativos, denominado pela Gestalt-terapia como ajustamento criativo (FREITAS, 2016),

Essa tendência atualizante estaria presente em todos os indivíduos e apesar de ser característica do próprio organismo, precisa ser estimulada para que ocorra uma mudança terapêutica (SOUZA; CALLOU; MOREIRA, 2013). Assim, enquanto centrada no conceito de contato e na natureza das relações de contato da pessoa consigo mesma e com o mundo exterior, é considerada uma terapia do contato (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; RIBEIRO, 2017).

Considerada enquanto Terapia do Contato, Jorge Ponciano Ribeiro (2017, p.11) discute sobre a constituição relacional do ser humano e a impossibilidade de viver isolado, devido a consciência da própria realidade que se dá nesse processo de contato com o outro que existe. Sendo assim*, "Contato é emoção experienciada, é movimento à procura de equilíbrio e mudança, é energia que transforma, é consciência dando sentido à realidade"* (RIBEIRO, 2017, p. 11).

A partir dessa concepção holística do homem, enquanto totalidade, que a cisão corpo/mente inexiste na Gestalt-terapia. Se algo muda em determinada parte dessa estrutura, seja no âmbito emocional, físico ou espiritual, o todo sofrerá mudanças e será reconfigurado (BESSA,2012).

Com base nesse pressuposto, surge o conceito de *fronteira do ego* e, posteriormente *fronteira de contato.* Para Perls (1969/1977) é nessa fronteira que ocorre a relação homem/mundo. Ela não se apresenta de forma fixa ou rígida, como algo que separa, mas é constituída na, e durante essa relação. É na fronteira onde ocorrem as trocas com o mundo, permitindo a auto-regulação organísmica. É através dela que o homem consegue atingir seu equilíbrio homeostático através da satisfação de suas necessidades, sejam elas físicas ou emocionais (BESSA, 2012).

Nesta perspectiva, as pessoas administram sua energia a fim de obter um bom contato com seu ambiente ou para resistir ao contato, sendo necessário redirecionar essa energia por diversos modos (RIBEIRO, 2017; PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). Diante da impossibilidade de satisfazer suas necessidades e realizar bom contato, o sujeito pode optar por evitá-lo, obrigando o organismo a recorrer a estratégias que assegurem sua integridade e sua sobrevivência, a mecanismos de defesa, que não são considerados danosos enquanto não criarem uma cristalização no ciclo do contato dessa pessoa (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; PINTO, 2013).

Assim, o funcionamento saudável consiste num processo contínuo e energizado da *"awareness"* e formação perceptual de figura-fundo, de modo que através de fronteiras permeáveis o indivíduo interage de maneira criativa com seu meio ambiente, desenvolvendo recursos para responder a situações que o afetam, utilizando das funções de contato a fim de avaliar e de certo, estabelecer contatos enriquecedores. Do mesmo modo, o funcionamento não saudável caracteriza-se pelos bloqueios dos processos de contato e amplificação de consciência, com a consequente formação de figuras fracas e mal definidas, dificultando as possibilidades de contatos criativos e satisfação de necessidades no aqui-e-agora do sujeito (CIORNAI, 2006).

Desta forma, doença ou "patologia" seria a repetição crônica desse tipo de funcionamento, com a consequente cristalização das dificuldades do sujeito, corroborando para o desequilíbrio organísmico e empobrecimento de seus contatos e satisfação com o mundo (CIORNAI, 2006). Com isso, a abordagem gestáltica, considera as emoções procurando investigar o que eles representam para o sujeito dentro do contexto em que atua, implicado de forma permanente no curso de sua vida, evidenciando sistematicamente o sentido de suas ações (REY, 2003). Com base na abordagem existencial, compreende-se, então, como o indivíduo se instala na estrutura de ser no mundo, e o "sintoma" como um estilo de ser no mundo, isto é, o modo como seu ser se dá existencialmente (FORGHIERI, 2011; GALLI, 2009).

Neste sentido, os comportamentos "patológicos" na Gestalt-terapia são considerados contextual e funcionalmente, porque não deixa de ser a resposta mais viável que o sujeito consegue empreender no mundo, no seu aqui-e-agora, mesmo

que essa não garanta o crescimento pessoal do indivíduo (GALLI, 2009; PINTO, 2013).

Desse modo, a Gestalt-terapia, assim como as demais abordagens humanistas, que tem como base o pensamento fenomenológico-existencial, traz uma nova compreensão acerca da concepção sobre saúde/doença, rompendo com a tendência no qual o processo de adoecimento estava intimamente ligado a uma relação causal com fatores etiológicos. Desse modo, salienta uma visão holística do homem e do seu processo de adoecimento, compreendendo-a de uma forma multifatorial, incorporando a influência do ambiente e a importância da subjetividade nas formas de manifestações das patologias (BESSA, 2012).

Assim, a visão de pessoa na perspectiva humanista apoia as noções de singularidade e totalidade, nas quais o sujeito não pode ser compreendido em suas partes em separado, mas como um ser multidimensional, biopsicossocioespitiritual, onde suas dimensões se interagem sinergicamente (GINGER&GINGER, 1995; RIBEIRO, 2017; SILVEIRA, 2009).

Reflexões sobre o contexto da Saúde Mental e suas interlocuções com a Gestalt-terapia

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) define a saúde como *"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença"*. Deste modo, a concepção de saúde está relacionada ao cenário cultural, social e econômico da pessoa, visto que o contexto exerce inúmeras influências na dinâmica saúde/doença e nos processos de cuidado (SCLIAR, 2007), enquanto uma visão holística, de acordo com seus deteminantes e condicionantes de saúde (SOLHA, 2014).

Isso posto, a Gestalt-terapia considera o homem enquanto *ser-no-mundo*, que vive e existe contextualmente e de modo relacional com seu meio, pois, age sobre o mundo ao mesmo tempo em que o transforma e recebe influências mútuas a partir das noções de singularidade, liberdade, responsabilidade e potencial criativo, podendo refletir na compreensão interacional do processo saúde/doença (BESSA, 2012).

Com isso, a Gestalt-terapia acredita no potencial construtivo e reconstrutivo do ser humano, na sua relação com o mundo, na criatividade e crescimento, bem como, na sua propensão ao equilíbrio, à atualização (PERLS, 1942/2002), que só pode ser alcançado por meio da *"awareness",* enquanto estrutura singular da comunicação e do conhecimento (PERLS, 1969/1977).

Partindo desse pressuposto, o profissional psicólogo orientado na Gestalt-terapia deve buscar acompanhar o sujeito no seu inevitável encontro com a dor, tendo em vista auxiliá-lo nesse processo de encontro, pois fugir configura-se enquanto um estado de não-ser, já que a mudança e o crescimento se dão a partir do encontro com aquilo que é, ao invés de tentar se o que não é (BESSA, 2012).

Para isso, é necessário que na relação com o outro sejam explicitados e aceitos todos os pensamentos e desejos, pois só assim a pessoa pode se experienciar e a mudança ocorrer, conforme apontado por Perls, Hefferline e Goodman (1977) que não se trata necessariamente da cura, mas da possibilidade de mudança que pode contribuir para tal, pois mudar é ressignificar as coisas, eventos, pessoas e sobretudo, a própria existência (RIBEIRO, 2017). Assim, cabe ao Gestalt-terapeuta possibilitar subsídios para que a pessoa possa ser o que é, e a partir daí construir uma base sólida para que possa caminhar sozinha (BESSA, 2012).

A partir de tais considerações, emerge a correlação estabelecida entre o novo paradigma de cuidado em saúde mental e os conceitos pertinentes à Gestalt-terapia, de modo que para ambos o sofrimento psíquico é visto de forma contextualizada, a partir de um prisma biopsicossocial, priorizando uma visão compreensiva e multifatorial da dinâmica saúde/doença, vista enquanto processo e construção.

Da mesma forma, a saúde é percebida enquanto processo contínuo de busca de equilíbrio e autorregulação entre o homem-mundo, e não apenas ausência de doença. Neste aspecto infere-se que ambos focalizam a atenção e o cuidado no sujeito que vive, convive, sofre e que encontrou nessa vivência subjetiva uma maneira de estar no mundo, mesmo de forma disfuncional ou pouco saudável, não na doença propriamente dita, como outrora realizada através do tratamento moral, pautado na concepção de “isolar para tratar” (AMARENTE, 1995).

Assim, tanto a abordagem gestáltica quanto o novo paradigma de cuidado em saúde mental, isto é, o psicossocial (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018) possuem características comuns que embasam seus aspectos teóricos e práticos, ancorados ao princípio básico da percepção da pessoa como detentor de potencialidades naturais que possibilitam a busca e/ou resgate do equilíbrio organísmico, mesmo para aqueles com transtorno mental, promovendo sua autorregulação através da relação saudável com o mundo (BESSA, 2012).

Nesta perspectiva, entende-se por mundo todo contexto intra e interpsíquico, socio-econômico, familiar, comunitário, biológico e espiritual, abordados e preconizados diante do novo sentido atribuído ao cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2013; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

E decorrente da reforma psiquiátrica, a atenção às pessoas com transtornos mentais repercute no pleno exercício da cidadania, não centralizado no controle de sua sintomatologia (BRASIL, 2013; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Este cenário, contudo, implica na organização de serviços abertos, com participação ativa dos usuários, formando redes com outras políticas públicas como educação, moradia, trabalho, cultura e outras condições contextuais de se pensar saúde (BRASIL, 2013; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Diante do contexto psicossocial do cuidado em Saúde Mental (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018) o NASF-AB surge como um dispositivo de saúde estratégico, criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB,

inclusive aonde chegam as demandas de Saúde Mental, buscando contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente sob a perspectiva da Clínica Ampliada e o referencial teórico-metodológico do apoio matricial, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2013; 2014).

Sendo assim, a abordagem gestáltica, pode ser considerada ferramenta potente para os novos dispositivos de cuidado em saúde mental, inclusive na AB, através do suporte ofertado pela equipe NASF-AB, na medida em que atuam na perspectiva da integralidade do cuidado, pautado na concepção holística do homem, considerando o sujeito em detrimento da patologia, reconhecendo o homem enquanto sujeito autônomo e responsável no seu processo existencial, na busca de formas de existência mais saudáveis (GALLI, 2009; PINTO, 2013).

A Gestalt-terapia, portanto, através de seus pressupostos teóricos-metodológicos tem muito a contribuir para ações voltadas a Saúde Mental no NASF-AB, visto ser um dispositivo estratégico de cuidado que se orienta pela visão do *homem como um todo*, buscando superar a lógica fragmentada da saúde, preconizados até então antes da reforma psiquiátrica.

Refletindo a experiência sobre a atuação da Psicóloga no NASF-AB no contexto da Saúde Mental

A experiência no NASF-AB emerge como um desafio à prática dos profissionais de saúde, sobretudo ao profissional de Psicologia. Ao adentrar no universo da coletividade, do trabalho integrado e interdisciplinar, cuja prática transcende o fazer clínico assistencial e aponta para a territorialidade, o trabalho em rede e a articulação intersetorial, conforme preconiza as diretrizes de sua política (BRASIL, 2008).

Destarte, uma inquietude diante desse processo se dá no âmbito da formação acadêmica, que muitas vezes está pautada no fazer clínico da psicologia como possibilidade única de atuação, muitas vezes ainda preconizadas de forma elitizada. Sendo assim, no campo *teórico-prático* da assistência psicossocial, muitas vezes o profissional se depara com uma distância entre teoria e prática, ao deparar-se com a atuação propriamente dita no cenário das políticas públicas. Refiro-me a *teórico-prático* no intuito de potencializar que a prática não se faz sem embasamento teórico e vice-versa, são processos relacionais e interdependentes para uma atuação ética e responsiva do fazer psi.

Embora observa-se nos cursos de graduação, uma perspectiva mais ampliada e biopsicossocial, ainda prevalece em alguns cenários e de alguns modos a assistência clínica. Cabe ressaltar que essa reflexão não sinaliza uma substituição ou prevalência de fazeres psis, mas a ampliação de possibilidades no campo profissional. E diante dessa lacuna, cabe aos estudantes e profissionais, buscar qualificação e capacitação na área, com foco na Educação Permanente.

Diante do exposto, atuar no NASF-AB destacou no meu fazer a necessidade de qualificação e capacitação, para uma atuação coerente com a política que fundamenta a mesma. Ao adentrar no NASF-AB, em sua fase de implantação no ano de 2016, numa cidade do interior da Bahia, como Psicóloga e com a função de coordenar a equipe, cujos profissionais situavam nas respectivas áreas: Fisioterapia, Nutrição, Assistência Social e profissional de Educação Física. Constituindo-se como NASF tipo 2 conforme modalidades distintas e de acordo com à carga horária de trabalho e o número de equipes, cujas possibilidades de composição múltiplas, definida pelo próprio gestor municipal mediante critérios e prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Modalidades do NASF - AB.

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	**5 a 9** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 200** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **80h** de carga horária semanal;
NASF 2	**3 a 4** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 120** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **40h** de carga horária semanal;
NASF 3	**1 a 2** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 80** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **40h** de carga horária semanal;

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Tornou-se então imprescindível o processo de qualificação profissional, que se deu através de uma experiência prática no NASF-AB localizado em outro município, que já estava constituído e atuante, para experienciar de perto o funcionamento da política, os entraves e suas experiências exitosas. Também, foi realizada a leitura e estudo do material, visto que estávamos em fase de implantação, e concomitantemente a realização de uma pós graduação latu senso em Atenção Psicossocial no SUS e SUAS, o qual me proporcionou subsidio para seguir com coerência e consistência teórica, em correlação com a experiência de profissionais que trabalhavam com o enfoque das políticas públicas na rede psicossocial.

A implantação do NASF-AB se deu de forma processual. Primeiro foi realizado a capacitação da própria equipe, visto que eram profissionais de diversas áreas, que também não tinham experiência de atuação com a política. Seguidamente, com reunião para apresentação da equipe, e discussão do funcionamento da mesma, pautado em seus objetivos, e diretrizes, assim como o levantamento das necessidades e discussão das possibilidades de atuação, com os setores os quais ofertaríamos o cuidado, ou seja, com a rede de saúde, composta por três Unidades de Saúde Família, um Centro de Saúde, além dos outros pontos da rede, como

CRAS, Vigilância sanitária e epidemiológica, Conselho tutelar e secretaria de Educação. E por fim, uma apresentação coletiva, com a comunidade para que pudessem conhecer o funcionamento do serviço, inclusive esclarecendo que não se tratava de um serviço aberto, ou seja, não constituía porta de entrada na rede de saúde, mas um modo compartilhado e corresponsabilizado de ofertar cuidado em saúde, com base em suas necessidades, através do apoio clínico assistencial e técnico pedagógico (BRASIL, 2009).

Uma das maiores dificuldades no processo de implantação, primeiramente foi que a mesma se deu no ano eleitoral, e as coisas tornavam-se atravessadas pelas preferencias político-partidárias, o que dificultava a execução do NASF-AB fundamentada em suas diretrizes. E, embora realizadas reuniões com as equipes, para discussão de casos e acerca da funcionalidade do serviço, outra dificuldade apontada foi a questão dos atendimentos clínicos, pois seguiam com encaminhamentos individuais, inclusive na área da saúde mental que demandava muitos casos. O que demonstra a ênfase no modelo biomédico ainda centrado numa perspectiva assistencial e curativista, de modo que as tensões postas na rede como resultado da resistência da integração dos profissionais da AB a lógica da prevenção de agravos e promoção da saúde, muitas vezes acaba contribuindo para a reprodução e manutenção dos modelos tradicionais de atuação no cotidiano dos serviços (SOUZA; MEDINA 2018).

Mesmo diante das dificuldades citadas, implantar o serviço e vê-lo funcionar dentro de suas possibilidades foi de extrema potência para todos os envolvidos, profissionais e comunidade. Pois, vários projetos interdisciplinares foram desenvolvidos.

No âmbito da Saúde mental, várias ações foram realizadas, como reuniões com as equipes de Saúde para a discussão de casos específicos; atendimentos compartilhados; visitas domiciliares; construção de PTS em conjunto com a USF e CRAS. Bem como, projetos com grupos, como o Grupo de Ajuda Mútua: Cuidando de quem cuida, para familiares de pessoas com transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico; Grupo de auriculoterapia, além de ações com grupos de idosos, ergonomia do trabalho e ações de promoção, prevenção, reabilitação e proteção a saúde, com foco na interdisciplinaridade e nos pressupostos da Clínica Ampliada (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, a atuação da psicologia no NASF-AB, no contexto da saúde mental esteve pautada na articulação da equipe, na interdisciplinaridade e intersetorialidade, compartilhando os saberes e apoiando a AB, de modo corresponsabilizado diante das possibilidades discutidas em equipe e em rede. O que demonstra a importância da articulação dos saberes, pois a saúde mental envolve vários aspectos e todos os olhares são importantes, para uma atuação ética, técnica e humana.

Assim, a atuação da psicóloga no NASF-AB fundamentou-se nas diretrizes de sua política, instituído pela portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde (BRASIL,2008), bem como nos pressupostos da Reforma psiquiátrica, ancoradas a uma perspectiva

biopsicossocial e humanista do cuidado, considerando necessidades e realidades sem a priori e/ou julgamentos. Valendo-se da consideração positiva e incondicional, das singularidades dos sujeitos e da comunidade, sobretudo, das possibilidades e ajustamentos criativos.

Deste modo, a/o psicóloga/o enquanto profissional que lida com a subjetividade humana, pode pautar suas ações na abordagem gestáltica utilizando-a como ferramenta capaz de promover o diálogo entre as especialidades, em prol de uma atitude de abertura ao outro e de questionamentos acerca dos valores que perpassam as definições de saúde em sua perspectiva mais ampliada, na tentativa de superar as lógicas individualistas, assistencialistas e dicotômicas que generalizam e discriminam as diversidades existentes nas experiências humanas (SILVA; CARDOSO, 2013).

Enfim, os resultados do estudo apontam para possibilidade da articulação entre Gestalt-terapia e cuidado em saúde mental, como fundamental para a atuação da (o) psicóloga (o) no NASF-AB visto sua concepção holística do homem, e as noções de singularidade, liberdade, responsabilidade e potencial criativo, para a relação homem/mundo e dinâmica saúde/doença, ideias também preconizadas pelo novo paradigma da saúde mental (BESSA, 2012).

Considerações Finais

A partir dos conceitos e considerações explicitados, percebe-se que o aporte teórico e prático da abordagem gestáltica pode atuar como ferramenta valiosa para as práxis dentro dos novos dispositivos de cuidado em Saúde Mental, principalmente no que diz respeito à atuação do profissional de psicologia, respectivamente na AB, através NASF-AB, que amparada por uma abordagem humanista de cunho fenomenológico-existencial, possibilita novos olhares sobre o homem e suas diversas manifestações saudáveis e não saudáveis, repercutindo nos modos de atenção e cuidado.

Da mesma forma, as novas modalidades de cuidado e os novos dispositivos de atenção psicossocial advindos do movimento da Reforma Psiquiátrica, contribuíram para uma nova forma de olhar e compreender os indivíduos em sofrimento psíquicos, não mais os reduzindo a sua doença ou sintomas, mas percebendo-os enquanto sujeitos em sofrimento, ativos em seu processo de adoecimento.

De todo modo, o presente estudo tem o potencial de sugerir ideias fecundas para novas pesquisas, sobretudo, o relato de experiência, apresentando como essa articulação pode ser útil no contexto da atuação do psicólogo na Saúde Mental, diante dos novos dispositivos de cuidado, inclusive no NASF-AB, fomentando a compreensão de pesquisadores e psicólogos sobre o método fenomenológico, abordagem existencial do ser-no-mundo e do ser com os outros, e sobre a postura empática e criativa na relação com o outro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 1995.

_____, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2007.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação,2004.

BESSA,P. S. **Gestalt -Terapia e cuidado em saúde mental: Um diálogo possível e necessário**. Revista IGT na Rede, v. 9, nº 17, 2012.

BOCK, A. M. B.; FURTADO O.; TEIXEIRA M. L. T. (Org.). **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**.14ª edição. São Paulo: Saraiva, 2008.

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 à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 2006.

_____. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, 2008.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes**

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017.

CARDOSO, L.; FRARI GALERA, S. A. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, 2011.

CELA, M.; OLIVEIRA, I.F. **O psicólogo no Núcleo de apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações**. Estudos de Psicologia. Rio Grande do Norte, 2015.

CIORNAI, S. **Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia**. Revista Psicologia Brasil, nº 31. Editora Criarp Ltda, São Paulo, 2006.
FAGAN. J.; SHEPHERD, I. L. (Org.). **Gestalt-terapia: teoria técnicas e aplicações**. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

FREITAS, J. R. C. B. de. **A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica**. Revista IGT na Rede, v. 13, n. 24, 2016.

GALLI, L. M. P. **Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, vol.9, n.1, p. 58-70, abr. 2009.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. – São Paulo: Summus, 1995.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1994.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. **A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade**. In N. T. Lima, S. S. Gerchman & F. C. Edler (Orgs.), *Saúde e democracia: história eperspectivas do SUS* (pp. 481-502). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Ciências e Saúde Coletiva. Rio Grande do Sul, 2009.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADI, C.V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Ligia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

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

_____(1942). **Ego, Fome e Agressão**. São Paulo: Summus, 2002.

_____(1969). **Gestalt Terapia Explicada***.* 7ª edição. São Paulo: Summus, 1977.

PINTO, B. C. V. **O ciúme nas relações amorosas contemporâneas: um olhar gestáltico**. Revista IGT na Rede*,* v. 10, nº 19, 2013, p. 239 – 249.

REY, F. G. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. – 7ª ed. - São Paulo: Summus, 2017.

RODRIGUES, L.R. **"Só quem sabe da doença dele é Deus": o significado da doença mental no contexto cultural** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. **A família e o cuidado em saúde mental**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, 2011.

SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A.T.; DELGADO, P. G. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, 2000.

SANTOS A.C.C.F. **Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras**. Esc Anna NeryRev Enferm, 2009.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

SILVA, N.H.L.P.; CARDOSO, C.L. **Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do Psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Ver. Latinoam. Psicopat. Fund.*,* São Paulo, 2013.

SILVEIRA, G. M. **Psicoterapia Humanista-Existencial**. In: MEDEIROS, M. (Org). *Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

SOLHA, R.K.T. **Saúde Coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais.** 2. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, P.F.; MACIEL, S.C; MEDEIROS, K.T. **Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde estão Ancoradas as Representaçoes Sociais Acerca do Sofrimento Psiquico**? Trends Psychol., Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, 2018.

SOUZA, C. P.; CALLOU, V. T.; MOREIRA, V. **A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian**. Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia, vol.19, n.2, 2013. Disponível

em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a06.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014

SOUZA, T.S.; MEDINA, M.G. **Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS**. Saúde debate, v. 42, n. 2, 2018.

NOTAS:

Juliane dos Santos Almeida: Psicóloga; Docente da Faculdade de Tecnologia e Ciências - UniFTC/Jequié. Mestre em Ciências da Saúde - ênfase em Saúde Pública (PPGES/UESB). Especialista em Gestalt-Terapia com ênfase na Clínica Ampliada. Especialista em Atenção Psicossocial no SUS e SUAS.

Endereço para correspondência:
Juliane dos Santos Almeida
E-mail: almeida-ju@hotmail.com

Recebido em: 23/02/2019
Aprovado em: 15/12/2020